



UC/FPCE\_2013

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Evolução da Aliança, Expetativas e Efeitos da Terapia Familiar Sistémica ao longo do Processo Terapêutico. Ponto de vista do Terapeuta.**

Juliana Oliveira Moreira Azevedo (e-mail: [julianazevedo3@sapo.pt](mailto:julianazevedo3@sapo.pt))

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde (área de sub-especialização em Psicologia Sistémica, Saúde e Família) sob a orientação da Professora Doutora Ana Paula Relvas e Mestre Ana Margarida Vilaça.

## **Evolução da Aliança, Expetativas e Efeitos da Terapia Familiar Sistêmica ao longo do Processo Terapêutico. Ponto de vista do Terapeuta.**

**Resumo:** O presente estudo exploratório tem como principal finalidade estudar a perspectiva do terapeuta em relação aos efeitos da terapia, às expetativas e à aliança terapêutica, ao longo do processo terapêutico em terapia sistêmica familiar e de casal. Propõe-se igualmente analisar o impacto de determinadas variáveis do terapeuta nos resultados obtidos. A prossecução destes objetivos foi operacionalizada através da utilização de três instrumentos: o *System for Observing Family Therapy Alliances* (SOFTA, 2006; Friedlander, Escudero, & Heatherington), o *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation* (SCORE, 2006; Stratton, Janes, & Lask) e a *Ficha de Avaliação das Expetativas*. Estes instrumentos foram aplicados em três momentos específicos da terapia (1ª, 4ª e 7ª sessões) a uma amostra constituída por 16 terapeutas, resultando num total de 16 processos completos. Os resultados permitem concluir que os terapeutas percebem melhorias na família ao longo das sessões, pontuando a relação terapêutica de forma constante e com valores médios. Algumas variáveis do terapeuta (e.g. o tipo de formação e os anos de experiência em terapia familiar sistêmica) parecem ter impacto nas expetativas do terapeuta ao longo do processo terapêutico, bem como no seu envolvimento na terapia.

**Palavras-chave:** Perspetiva do Terapeuta; Processo Terapêutico; Efeitos da Terapia; Aliança Terapêutica; Expetativas.

## **Evolution of the Alliance, Expectations and Therapy Effects of Systemic Family Therapy during the Therapeutic Process. Point of view of the Therapist.**

**Abstract:** The major goal of the present exploratory study is to learn the therapist perspective relative to the therapy effects, expectations and therapeutic alliance, during the process of family and couple's systemic therapy. It is proposed to analyze the impact of certain therapist variables in the results obtained. The pursuit of these goals was sought through the use of three instruments, namely the System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA, 2006; Friedlander, Escudero, & Heatherington), the Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE, 2006; Stratton, Janes, & Lask) and the Ficha de Avaliação das Expetativas. These instruments were applied on three specific therapy sessions (1st, 4th and 7th) to a sample of 16 therapists, resulting in a total of 16 complete processes. The outcomes allow us to conclude that the therapists perceive improvement in families during the sessions, pointing out the therapeutic alliance constantly and in an average rating. Some therapist variables (e.g. type of training and the years of experience in systemic family therapy) seem to have impact on the therapist's expectations during the therapeutic process, as well as in his/her involvement in therapy.

**Key Words:** Therapist's Perspective; Therapeutic Process; Therapy Effects; Therapeutic Alliance; Expectations.

## **Agradecimentos**

À Doutora Ana Paula Relvas e à Dra. Margarida Vilaça, pela notável orientação, pautada pelo rigor científico, permitindo-me crescer.

À Mafalda, Rita e Irina, a minha “irmã de tese”, por todo o apoio, companheirismo e partilha infindável de angústias e alegrias.

A todos aqueles que fizeram parte deste meu percurso, que me acompanharam com optimismo... Muito obrigada pelo apoio.

Aos meus pais e irmãos, pela paciência, força e por acreditarem sempre em mim.

## Índice

<b>Introdução</b> .....	1
<b>I. Enquadramento conceptual</b> .....	1
1.1. O terapeuta e os fatores comuns em psicoterapia .....	1
1.2. O terapeuta, processo e resultados terapêuticos .....	3
1.2.1. Estudos empíricos .....	4
1.3. Perspetiva do terapeuta. Instrumentos de avaliação.....	7
<b>II. Objetivos</b> .....	9
<b>III. Metodologia</b> .....	10
3.1. Processo de selecção da amostra .....	10
3.2. Caracterização da amostra .....	10
3.3. Procedimentos de aplicação e instrumentos .....	12
3.3. Procedimentos estatísticos .....	14
<b>IV. Resultados</b> .....	16
a) SCORE – Versão do Terapeuta .....	17
b) SOFTA-s .....	17
c) Ficha de Avaliação das Expectativas.....	18
d) Impacto das variáveis do terapeuta .....	18
<b>V. Discussão</b> .....	23
Primeiro objetivo: SCORE – Escala do Terapeuta .....	24
Segundo objetivo: SOFTA-s .....	24
Terceiro objetivo: Ficha de Avaliação das Expectativas.....	26
Quarto objetivo: Impacto das variáveis do terapeuta.....	26
<b>VI. Conclusões</b> .....	28
<b>Bibliografia</b> .....	29
<b>Anexos</b> .....	36

## **Introdução**

O estudo do papel do terapeuta tem-se mostrado relevante para a compreensão da evolução do processo e dos efeitos da terapia, bem como na investigação conduzida referente aos fatores comuns que influenciam o sucesso terapêutico (Sprenkle, Davis, & Lebow, 2009; Norcross, 2002).

Dada a carência de investigação focada na perspectiva do terapeuta sobre o processo terapêutico em que se encontra envolvido, o presente estudo propõe a viragem do foco de estudo do cliente para o terapeuta, centrando-se na análise das variáveis do terapeuta que poderão estar subjacentes à mudança terapêutica. A análise aqui apresentada enfatiza a perspectiva do terapeuta, centrando-se nas suas expectativas e na relação terapêutica ao longo do processo de terapia familiar e de casal sistémica.

Desta forma, o presente estudo, de carácter exploratório pretende examinar a mudança familiar e o processo terapêutico, através da análise da aliança terapêutica, segundo a ótica do terapeuta, bem como as suas expectativas ao longo da terapia. Além disso, pretende também estudar o impacto de algumas variáveis do terapeuta nos efeitos da terapia e no processo terapêutico tal como percecionados por ele próprio.

A presente dissertação encontra-se organizada em seis seções principais, designadamente a revisão do estado da arte, os objetivos do estudo, a metodologia utilizada ao longo da investigação, os resultados obtidos, a discussão dos resultados e as conclusões alcançadas.

## **I – Enquadramento conceptual**

Desde o final dos anos 30, têm sido vários os autores que evidenciam a importância do estudo dos fatores comuns e a sua influência na eficácia da psicoterapia (Sprenkle & Blow, 2004; Hubble, Duncan, & Miller, 1999; Garfield, 1992; Lambert, 1992; Luborsky, Singel, & Luborsky, 1975; Frank, 1973, citado por Thomas, 2006), sendo o papel do terapeuta apontado como essencial para o sucesso da terapia (Sprenkle, Davis, & Lebow, 2009; Norcross, 2002). Neste sentido, tem sido defendida a existência de um conjunto de fatores ou mecanismos de mudança comuns a todas as terapias, sendo os diferentes modelos teóricos veículos através dos quais estes fatores operam (Sprenkle et al., 2009). O terapeuta tem assim a função de ativar o modelo ou tratamento, enquanto o cliente deverá, de um modo idiossincrático, utilizar o que quer que lhe seja benéfico da terapia para atingir os seus objetivos (Sprenkle et al., 2009).

### **1.1 O terapeuta e os fatores comuns em psicoterapia**

Ao longo do seu estudo, os fatores comuns têm sido analisados, por vários autores, à luz de quatro áreas, contribuindo cada uma delas com determinada percentagem para os efeitos da terapia: fatores do cliente e eventos extra-terapêuticos (40%), fatores relacionais (30%), expectativas e efeitos placebo (15%) e fatores técnicos (15%) (Lambert, 1992, citado por

Asay & Lambert, 1999). Para além de Lambert, outros autores, como Sprenkle e Blow (2004), dividem os fatores comuns em fatores do cliente, efeitos do terapeuta, relação terapêutica, efeitos relacionados com as expectativas e variáveis não-específicas ao tratamento. Num outro estudo, Thomas (2006) observou que os terapeutas inquiridos atribuíam uma média de 22% dos fatores comuns no processo terapêutico aos fatores extra-terapêuticos do cliente, 35% à relação terapêutica, 27% às expectativas do cliente e, por fim, 16% aos modelos/técnicas.

De acordo com a classificação de Lambert (1992, citado por Asay & Lambert, 1999), as variáveis relacionadas com o cliente, na terapia familiar, dividem-se em três grupos: características estáticas dos indivíduos (e.g. idade, género e orientação sexual), características não-estáticas dos indivíduos, casais e famílias (e.g. estilo de aprendizagem do indivíduo, nível de compromisso do casal, coesão familiar e emoção expressa da família) e características motivacionais (relacionadas com o envolvimento na terapia; e.g. perseverança, vontade de cooperar e realizar as tarefas). Os eventos extra-terapêuticos dizem respeito às forças do cliente, à rede de apoio do cliente, ao meio e aos eventos de mudança. Deste modo, certos fatores dizem respeito ao cliente e outros ao meio que o rodeia.

Atentando nas expectativas, a investigação realizada indica que as expectativas que o cliente traz para a terapia têm uma influência importante nos efeitos terapêuticos (Frank, Gliedman, Imbert, Stone, & Nash, 1959, citado por Asay & Lambert, 1999) e aponta para a existência de uma relação positiva entre as expectativas do cliente e o seu progresso (Garfield, 1994). Os efeitos placebo – parte da melhoria do cliente que resulta do fato do próprio saber que está a ser tratado (Asay & Lambert, 1999) – parecem também ter um importante impacto, embora inferior, na mudança psicoterapêutica (Asay & Lambert, 1999).

Relativamente aos fatores técnicos, estes prendem-se com a orientação teórica do terapeuta, métodos e estratégias terapêuticas, utilizados para a mudança no cliente (Asay & Lambert, 1999). A investigação conduzida a este nível tem vindo a demonstrar que existe pouca diferença entre as várias abordagens terapêuticas na sua capacidade para produzir efeitos (Shadish & Baldwin, 2003; Sprenkle, 2002; Asay & Lambert, 1999).

No que diz respeito aos fatores relacionais, onde se destaca o papel do terapeuta, muitos estudos sugerem que, para a criação de uma aliança terapêutica e para a mudança no cliente, certas competências do terapeuta são fundamentais, tais como a empatia, o optimismo, consideração positiva e a coerência ou genuinidade (Blow, Sprenkle, & Davis, 2007; Beck, Friedlander, & Escudero, 2006; Kuehl, Blow, & Dickey, 1999). Outros autores concluíram, ainda, que a aliança é um dos preditores mais robustos dos efeitos da terapia quer para clientes adultos, quer para jovens (Shirk & Karver, 2003; Horvath & Bedi, 2002), sendo também o fator comum mais reconhecido em psicoterapia (Sprenkle et al., 2009). Gaston (1990) sugeriu a introdução de determinadas componentes nas escalas que medem a aliança, nomeadamente a relação afetiva entre o cliente e o terapeuta, a capacidade

do cliente para trabalhar por vontade própria na terapia, a compreensão empática e o envolvimento do terapeuta, e o acordo entre cliente e terapeuta nos objetivos e tarefas da terapia. Estas componentes foram analisadas noutros estudos (Norcross, 2002) e correspondem, em certa medida, às quatro dimensões avaliadas por um instrumento recentemente desenvolvido que procura analisar a aliança terapêutica em terapia familiar (SOFTA, Friedlander et al., 2006).

Seguindo este paradigma da existência de *fatores comuns* entre as diferentes abordagens terapêuticas, Davis e Piercy (2007) estudaram as perspectivas de terapeutas com diferentes modelos terapêuticos de terapia familiar e de casal, com o objectivo de compreender quais os aspetos transversais aos diversos modelos. Estes autores concluíram que todos os terapeutas mencionaram frequentemente elementos afetivos, comportamentais e cognitivos que contribuía para o ciclo interacional disfuncional dos seus clientes; todos os terapeutas forneceram uma conceptualização do problema aos clientes e estes entenderam-na como uma explicação credível; na sua intervenção, todos os terapeutas seguiram um determinado padrão; e, por fim, todos os terapeutas ajudaram os seus clientes a compreender o que está inerente à sua postura no ciclo disfuncional. Resultados semelhantes foram apresentados por outros autores, os quais observaram que os terapeutas se comportam de uma forma similar com diferentes famílias e que as diferenças técnicas são consistentes com as diversidades teóricas (Friedlander & Tuason, 2000).

Especificamente na terapia familiar sistémica (TFS), os fatores comuns têm sido pouco estudados (Davis & Piercy, 2007), podendo, no entanto, ser retiradas algumas conclusões. Segundo Sprenkle et al. (1999), podemos agrupar os fatores comuns na terapia familiar em três componentes: comportamental, cognitiva e afetiva. A regulação comportamental ocorre quando os terapeutas possibilitam a mudança dos padrões interacionais dos clientes, modificando os limites e mudando as estruturas familiares (Sprenkle et al., 1999). O domínio cognitivo acontece quando os terapeutas facilitam que o cliente alcance um novo significado dos processos interacionais (Wampler, 1997 citado por Sprenkle et al., 1999). Por último, a componente emocional prende-se com a tentativa dos terapeutas proporcionarem aos clientes o estabelecimento de ligações emocionais com eles próprios, com o terapeuta e uns com os outros (Sprenkle et al., 1999).

## **1.2. O terapeuta, processo e efeitos da terapia**

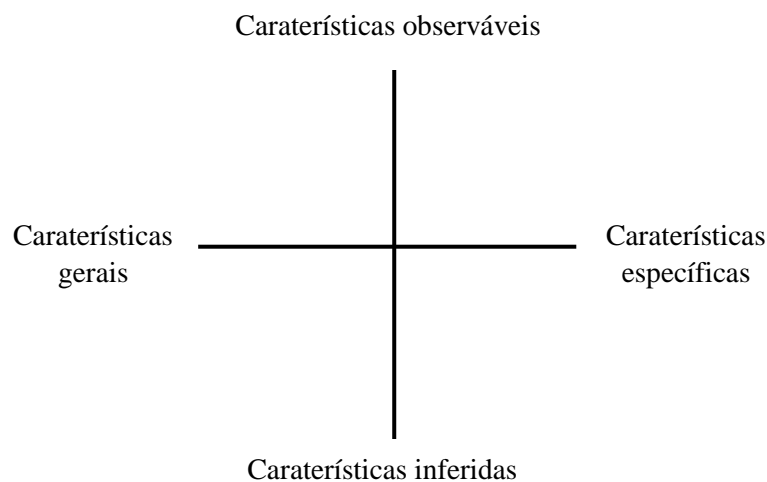
Com início na década de 30, a investigação sobre o processo e os efeitos da psicoterapia tem evoluído ao longo do tempo, representando uma estratégia empírica para determinar que aspetos e modos do processo terapêutico ajudam ou não os clientes (Orlinsky, Grawe, & Parks, 1994). Quando incidem sobre o processo, os investigadores têm como objetivo determinar o que a psicoterapia é, enquanto os estudos dos efeitos procuram avaliar o que a terapia faz, ou provoca, em termos de mudança. Deste modo, o processo está relacionado com a mudança que ocorre ao longo da terapia,

visto de várias perspectivas (observador externo, cliente e terapeuta) e analisado a diversos níveis (quer a um nível micro, como p.ex. o conteúdo da conversa, quer a nível macro, como p.ex., a relação entre o terapeuta e o cliente). O efeito é um conceito clínico que mostra algum nível de melhoria ou de deterioração na condição do cliente, julgadas por meio de várias perspectivas observacionais, através de critérios válidos (Orlinsky, Grawe, & Parks, 1994).

Admitindo que os clientes são responsáveis pela sua própria mudança, os terapeutas devem conhecer as variáveis do cliente que têm tido impacto nos efeitos da terapia e desenvolver competências para avaliar se determinada intervenção se adequa ao cliente (Sprenkle et al., 2009). Para além disso, a APA (*American Psychological Association - Presidential Task Force on Evidence-Based Practice*, 2006) salienta o papel do terapeuta como tendo impacto nos efeitos da terapia. É essencial compreender as características pessoais e as intervenções do terapeuta, bem como a respetiva relação com os efeitos terapêuticos, sendo igualmente importante proporcionar *feedback* aos terapeutas no que toca aos seus efeitos, pois parece aumentar a probabilidade de efeitos positivos (Wampold & Brown, 2005).

### 1.2.1 Estudos empíricos

Recorrendo à taxonomia de Beutler, Cargo e Arizmendi (1986, ver Figura 1) para melhor descrever as variáveis do terapeuta estudadas até aos dias de hoje, pode afirmar-se que as mesmas se classificam em quatro quadrantes que representam duas dimensões cruzadas.



*Figura 1.* Taxonomia das variáveis do terapeuta. Adaptado de “Therapist variables” by L.E. Beutler, P. Machado, & S. Neufeldt, 1994. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., p. 231).



A primeira representa a dicotomia das características observáveis, avaliadas por um observador externo *versus* as características inferidas pelo próprio terapeuta. A segunda dimensão representa uma separação bifurcada de características gerais, extra-terapêuticas e não sujeitas a mudanças rápidas, e características específicas ao *setting* terapêutico, que se desenvolvem através da formação, tendo como objetivo melhorar os efeitos terapêuticos. Estas duas dimensões, que contemplam quatro tipos de características, associam-se e complementam-se.

Em termos das características observáveis gerais, o sexo e a idade, pouca investigação tem sido conduzida neste sentido. Porém, autores como Bowman, Scogin, Floyd e Mckendree-Smith (2001) constataram que o sexo do terapeuta é um preditor pobre dos efeitos terapêuticos. Quanto à idade do terapeuta, observou-se que pode contribuir significativamente para os efeitos da terapia, na medida em que a similaridade de idades entre cliente e terapeuta pode produzir efeitos positivos (Beutler et al., 2004). Relativamente à terapia de casal, estudos indicam que o sexo influencia a associação entre a aliança terapêutica e a mudança na terapia de casal, não se sabendo, no entanto, de que forma (Knobloch-Fedders, Pinosof, & Mann, 2007).

As características inferidas gerais estão relacionadas com a personalidade do terapeuta e com as suas competências interpessoais, na percepção do mesmo e do cliente. A revisão de Ackerman e Hilsenroth (2003) sugere que reacções emocionais do terapeuta minam as suas competências para ajudar os clientes e transmitir confiança, preocupação, envolvimento e outras características interpessoais. Neste sentido, é importante que o terapeuta seja capaz de responder a sentimentos negativos do cliente sobre a terapia ou sobre o terapeuta, sem se tornar defensivo e sem recorrer a reacções anti terapêuticas (Hubble et al., 1999). Por sua vez, a empatia e a consideração positiva parecem estar ligadas ao sucesso terapêutico (Bohart, Elliot, Greenberg, & Watson, 2002; Farber & Lane, 2002).

As características inferidas específicas dizem respeito à aliança terapêutica e às expectativas do terapeuta. Relativamente à aliança terapêutica, algumas conclusões dos estudos já foram descritas (p. 2), evidenciando este fator relacional comum como fundamental em prever os efeitos da terapia para clientes adultos e jovens (Shirk & Karver, 2003; Horvath & Bedi, 2002). Acrescenta-se a existência de dados que relacionam as competências interpessoais do terapeuta e a aliança terapêutica, na medida em que o desrespeito, a falta de empatia e a falta de aceitação dos clientes por parte do terapeuta conduziram à produção de alianças terapêuticas pobres (Ackerman & Hilsenroth, 2003). Assim, os terapeutas que são capazes de transmitir compreensão e sentimentos positivos em relação ao cliente e conseguem proporcionar um diálogo que conduza à compreensão e acordo no que refere aos objetivos, técnicas e papéis terapêuticos, serão provavelmente mais competentes na produção de uma aliança positiva. Considerando as expectativas do terapeuta face a diversos aspetos da terapia, estudos indicam que a melhoria dos clientes está relacionada com o grau em que as expectativas do terapeuta coincidem com as do cliente (Martin,

Moore, & Sterne, 1977). No entanto, as expectativas do terapeuta não têm sido examinadas, em detrimento das do cliente (Weinberger, 2002).

Por fim, as características observáveis específicas prendem-se com as competências e estilos do terapeuta e as intervenções por ele adotadas, as quais se modificam ao longo da sua formação e experiência clínica. Relativamente aos efeitos do nível de formação do terapeuta, estes podem variar significativamente em função de certas características da terapia e dos clientes (Beutler et al., 1994). O nível de experiência clínica dos terapeutas tem sido relacionado, até um certo ponto, com a qualidade da aliança terapêutica, sendo os terapeutas com mais experiência os que apresentam efeitos mais elevados no estabelecimento de objetivos e na identificação de tarefas (Mallinckrodt & Nelson, 1991). Contudo, estas duas características requerem melhor investigação para a obtenção de resultados mais concretos e conclusivos (Beutler et al., 1994).

O estudo da autorrevelação, enquanto informação disponibilizada pelos indivíduos sobre eles próprios (os seus pensamentos e sentimentos) ou sobre as suas atividades e experiências (Hill & Knox, 2002), tem sido uma área controversa. No caso do terapeuta, alguns autores acreditam que facilita a formação de uma aliança, outros apontam para o impacto negativo nas percepções do cliente sobre a credibilidade do terapeuta, uma vez que o cliente pode deixar de perceber o terapeuta como competente (Barret & Berman, 2001).

Relativamente às competências de influência direta do terapeuta (como a clareza e a capacidade de dar *feedback* ao cliente), parece também não existir consenso. Por um lado, se o terapeuta se apresenta com clareza, confiança e de uma forma diretiva, pode ser entendido como credível no uso das técnicas terapêuticas (Ackerman & Hilsenroth, 2003) e, conseqüentemente, os efeitos terapêuticos serem positivos (Hoyt, 1996); por outro lado, este tipo de comportamentos pode diminuir a autonomia do cliente, conduzir à sua resistência e afetar negativamente as competências interpessoais do terapeuta, na medida em que, se o terapeuta é mais diretivo com determinado tipo de cliente, pode não criar empatia com o mesmo (Karver, Handelsman, Fields, & Bickman, 2005b).

Para além destes estudos, que incidem sobre as características evidenciadas na taxonomia de Beutler, Cargo e Arizmendi (1986), outros autores procuraram relacionar diversas variáveis do processo com os efeitos terapêuticos. Características como o sexo, a autoimagem, a experiência e os conflitos não resolvidos do terapeuta têm sido relacionadas com determinadas reações do terapeuta, tais como pensamentos distractivos, sentimentos positivos e negativos sobre os clientes e sentimentos de confusão, ansiedade e aborrecimento (Williams, Polster, Grizzard, Rockenbatjgh, & Judge, 2003; Rosenberger & Hayes, 2002; Armelius & Holmqvist, 2003 citado por Karver et al., 2005a). Na meta-análise conduzida por Orlinsky, Grawe e Parks (1994), concluiu-se que as variáveis do processo relacionadas com os efeitos, na perspectiva do terapeuta são as seguintes: aliança terapêutica; competências e percepções do terapeuta; cooperação, abertura e afeto positivo do cliente; duração do tratamento;

acordo nos objetivos; preparação do papel do cliente (instruir o cliente sobre o que deve esperar e como pode participar na terapia); adequação do cliente; estratégias de mudança, autoexploração e motivação do cliente; empatia, cooperação e auto coerência do terapeuta; e experiência do cliente.

Por fim, na terapia familiar, segundo Friedlander, Ellis, Raymond, Siegel e Milford (1987) e Friedlander e Highlen (1984), a literatura tem sido clara ao demonstrar a necessidade de o terapeuta se focar nas dinâmicas relacionais dos clientes, tomar uma posição dominante com a família, explorar pensamentos e sentimentos escondidos sobre as relações familiares e no desenvolvimento de objetivos claros com que todos os membros da família se identifiquem.

Recentemente, Karver et al. (2005a) propuseram um modelo teórico dos fatores comuns do processo, frequentes na terapia familiar com jovens, visando ligar variáveis relacionais terapêuticas com os efeitos da terapia, através de vários processos mediadores. Os processos mediadores identificados como estando relacionados com o terapeuta são as características antes da terapia (orientação teórica, competências interpessoais ou características da personalidade), as reações, percepções e sentimentos, as competências interpessoais, a autorrevelação, as competências de influência direta, a credibilidade e a aliança terapêutica com o jovem, com os pais e com a família como um todo.

Numa meta-análise, realizada pelos mesmos autores (2005b), sobre as variáveis relacionais no tratamento de crianças e adolescentes, alguns resultados obtidos coincidem com o que já foi referido anteriormente: as competências de influência direta do terapeuta e a aliança terapêutica com o cliente têm relações moderadas a fortes com os efeitos da terapia; as competências interpessoais do terapeuta, a vontade dos pais e dos jovens em participar no tratamento e a participação do cliente e dos pais no tratamento estão relacionadas moderadamente com os efeitos terapêuticos; as competências interpessoais do terapeuta bem como as suas competências de influência direta foram um fator preditor de efeitos terapêuticos positivos. No entanto, persiste a ausência de consenso relativamente a este último tipo de competências.

### **1.3. Perspetiva do terapeuta. Instrumentos de avaliação**

Por todos os fatores descritos em múltiplos estudos relacionados com o papel do terapeuta e a variabilidade no que toca à sua participação na melhoria dos clientes, o desenvolvimento de instrumentos que avaliem a perspetiva do terapeuta é um importante objetivo na compreensão e estudo do processo e dos efeitos da terapia. Neste sentido, desde meados da década de 70, alguns autores procederam à criação de novos instrumentos de avaliação. O *Therapy Sessions Report* – TSR, desenvolvido por Orlinsky & Howard (1966), visa medir aspetos da interação entre o cliente e o terapeuta como a sua relação, as suas respostas afetivas e a sua motivação para a terapia (Smith, Hilsenroth, Baity, & Knowles, 2003). Outros dois instrumentos frequentemente utilizados para medir os efeitos da terapia na sessão, segundo a perspetiva do cliente e do terapeuta, são o *Session*

*Evaluation Questionnaire* (SEQ; Stiles, 1980; Stiles & Snow, 1984) e o *Session Impacts Scale* (SIS; Elliott, 1985; Elliott & Wexler, 1994). O primeiro enfatiza as avaliações globais de sessões (e.g. o valor da sessão) e as reacções emocionais imediatas às sessões e tem sido significativamente associado a características do cliente e do terapeuta, a outros processos de mudança terapêutica e aos efeitos da terapia (Stiles, Reynolds, Hardy, Rees, Barkham, & Shapiro, 1994). O segundo avalia o conteúdo específico da sessão e tem sido associado com as avaliações do cliente da utilidade da sessão, bem como com as avaliações do terapeuta dos benefícios da sessão em geral (Elliott & Wexler, 1994).

Perante a escassez de instrumentos de avaliação da aliança terapêutica na terapia familiar, Friedlander, Escudero, Horvath, Heatherington, Cabero e Martens (2001) desenvolveram o *System for Observing Family Therapy Alliances* – SOFTA. Trata-se de um conjunto de ferramentas, observacional (SOFTA-o) e de auto-relato (SOFTA-s), que podem ser usadas para avaliar a força da aliança terapêutica a partir do comportamento observável no contexto da TFS. Um aspeto importante do SOFTA é o fato de envolver a identificação da qualidade das interações entre os membros da família, tal como as interações de cada um dos membros com o terapeuta. Estudos realizados com o SOFTA-o e o SOFTA-s demonstraram que os comportamentos dos clientes, relacionados com a aliança, foram preditivos dos seus pensamentos e sentimentos sobre a aliança, bem como a qualidade das suas interações verbais com o terapeuta e as suas estimativas de melhoria, na fase intermédia do tratamento (Friedlander, Escudero, Horvath, Heatherington, Cabero, & Martens, 2006). Foi também observado que as classificações do SOFTA-o refletiram as percepções do terapeuta (SOFTA-s) sobre o comportamento dos clientes na sessão, sobre a força da aliança, o valor e conforto na sessão, a melhoria do cliente e a realização do objetivo pós-tratamento (Friedlander et al., 2006). Em Portugal, Relvas, Escudero, Sotero, Cunha, Portugal e Vilaça (2010) estão a trabalhar no processo de validação e adaptação do SOFTA-o (versões para clientes e terapeutas) para ser possível utilizá-lo no país.

Foi recentemente desenvolvido um outro instrumento intitulado *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation* (SCORE, 2006; Stratton, Janes, & Lask), que consiste num questionário de auto-resposta que visa compreender que indicadores do funcionamento familiar são sensíveis à mudança terapêutica (Stratton, Bland, Janes, & Lask, 2010), existindo uma versão para terapeutas e outra para clientes. A versão destinada a terapeutas consiste em duas questões que deverão ser sinalizadas numa escala de 1 a 10: uma questão sobre a utilidade da terapia para a família e outra sobre a evolução da família comparativamente à primeira sessão. Este instrumento foi recentemente adaptado e validado para a população portuguesa, na sua versão para clientes e para terapeutas (Relvas, Vilaça, Sotero, Cunha, & Portugal, 2010).

Por fim, o *Goal Attainment Scaling* (GAS, 1994; Kiresuk, Smith, & Cardillo) consiste numa técnica de avaliação dos efeitos clínicos que tem como objetivo estabelecer e avaliar metas na terapia com indivíduos ou

sistemas. Neste sentido, o GAS permite identificar os problemas de cada indivíduo/família/casal, no início do processo terapêutico, para, posteriormente, avaliar em que medida foram alcançados os objetivos e/ou as mudanças terapêuticas (Sotero, 2010). A utilização deste instrumento, especificamente no contexto da intervenção familiar, permite medir quantitativamente as mudanças ocorridas no processo terapêutico; clarificar a definição dos objetivos terapêuticos, para clientes e terapeutas; criar expectativas mais ajustadas e realistas em ambos, no que respeita ao processo terapêutico; e é capaz de aumentar a satisfação com a terapia e a motivação para a mudança, por parte dos clientes (King, McDougall, Palisano, Gritzan, & Tucker, 1999).

Atualmente pouco se sabe sobre de que forma os comportamentos do terapeuta influenciam a aliança terapêutica na terapia em geral (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Weinberger, 2002), o que é surpreendente se considerarmos que esta dimensão relacional tem sido estudada, nas TFS, desde a década de 30. Por outro lado, diversos estudos têm-se centrado na análise da compatibilidade entre as características pessoais do terapeuta, as características do cliente e os aspetos do tratamento, como forma de tornar a intervenção terapêutica mais eficaz (Soares, 2007; Beutler et al., 1994; Orlinsky et al., 1994).

Sendo o terapeuta aquele que dá vida aos mecanismos de mudança do modelo que adopta com os clientes, que deve decidir sobre o que fazer e quando, com que clientes e no seu contexto cultural e familiar específico, a deslocação do foco dos estudos do cliente para o terapeuta poderia providenciar respostas para muitos dilemas sobre a mudança terapêutica (Blow, Sprenkle, & Davis, 2007). Neste sentido, estudar a perspectiva do terapeuta, como variável complexa e interligada com outras, e o seu impacto na terapia em geral e nas TFS tem-se constituído como uma crescente área de interesse para a investigação.

## **II – Objetivos**

O objetivo principal do presente estudo consiste em analisar os efeitos da terapia e a evolução do processo terapêutico em TFS, segundo a perspectiva do terapeuta. Especificamente pretende-se:

- a) Estudar a utilidade da terapia e a mudança familiar, segundo a ótica do terapeuta;
- b) Estudar o processo terapêutico, através da análise da aliança terapêutica, segundo a perspectiva do terapeuta;
- c) Estudar as expectativas do terapeuta;
- d) Analisar o impacto de algumas variáveis do terapeuta (e.g. o sexo, a idade, a formação e a experiência clínica) nos efeitos da terapia, nas expectativas e na aliança terapêutica, sempre avaliadas do ponto de vista do terapeuta.

### III - Metodologia

Nesta secção procede-se à descrição da amostra utilizada neste estudo, bem como a sua selecção, recolha e organização. Seguidamente serão apresentados os instrumentos utilizados e as análises estatísticas efectuadas.

#### 3.1 Processo de selecção da amostra

A amostra deste estudo envolveu a selecção de 16 processos terapêuticos finalizados, dos quais 14 com famílias e 2 com casais, conduzidos em vários Centros de Terapia por todo o país e ilhas. A amostra recolheu-se, essencialmente, na zona Centro do país, entre 2011 e o início de 2013. Estes serviços foram contactados no sentido de conhecerem o estudo<sup>1</sup> e serem convidados a colaborar com este. Posteriormente reuniu-se com os serviços/terapeutas que aceitaram participar, altura em foi apresentado detalhadamente o estudo e os procedimentos de administração dos instrumentos de avaliação. Em todos os Centros de Terapia participante pratica-se de um modelo de terapia breve (constituída entre 6 e 7 sessões, espaçadas de 3 a 4 semanas), com diferentes orientações da terapia familiar (estrutural, estratégica, narrativa, centrada nas soluções). Os processos recolhidos foram conduzidos por terapeutas que praticam intervenções sistémicas, cujas problemáticas se centram em questões familiares. No total, durante o período de recolha da amostra, iniciaram-se 57 processos, resultando em 16 processos completos (1<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup> e 7<sup>a</sup> aplicações), com consentimento informado, SCORE - Versão do Terapeuta, SOFTA-s e *Ficha de Avaliação das Expectativas*.

#### 3.2 Caracterização da amostra

Na compreensão da presente caracterização devemos ter em consideração o fato de, nesta amostra, a maioria dos terapeutas participantes terem integrado mais do que um processo terapêutico. Assim sendo, a amostra é composta por 16 terapeutas num total de 16 processos completos.

Na caracterização dos terapeutas foram considerados os seguintes dados, recolhidos no momento em que se iniciou cada um dos processos: sexo, idade, formação académica [grau(s) e curso(s)], tipo de formação clínica, número de anos de formação clínica (teórica e/ou supervisão), número de anos de experiência clínica e número de anos de experiência em TFS.

As idades dos terapeutas foram organizadas através da constituição de faixas etárias, tendo como referência as idades representadas na amostra. Quanto à formação académica, definiram-se três categorias gerais relativamente ao grau: a) licenciatura, b) mestrado e c) estagiários. Considerou-se esta última categoria (“estagiários”), dada a sua representatividade na amostra. A este respeito, importa referir que, nalguns Centros de Terapia, se realizam anualmente estágios curriculares no âmbito

---

<sup>1</sup> O estudo aqui apresentado insere-se num estudo de investigação mais alargado intitulado “Clientes Involuntários vs. Voluntários. Intervenção familiar, resultados e processo” (PRO-CIV).

do Mestrado Integrado em Psicologia, na subárea de Sistémica, Saúde e Família, estando prevista a integração dos estagiários em alguns processos terapêuticos. Em termos de formação, criamos as duas categorias, a) em psicologia e b) outra área. Relativamente ao tipo de formação clínica, estabeleceu-se a seguinte divisão: a) Terapia Familiar e Intervenção Sistémica da Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar (TFIS-SPTF), b) sistémica, saúde e família, e c) outro. Por fim, os dados referentes aos anos de formação clínica (teórica e/ou supervisão), número de anos de experiência clínica e número de anos de experiência em TFS, foram categorizados numa divisão de quatro em quatro anos, considerando, igual e novamente, a categoria “estagiários”.

Na análise das variáveis verificou-se que a grande maioria dos terapeutas é do sexo feminino (87.5%), sendo 12.5% do sexo masculino. As faixas etárias mais frequentemente encontradas na amostra de terapeutas situam-se nos intervalos de 27 a 33 anos (50%) e de 20 a 26 anos (31.3%). A faixa etária mais elevada (idades superiores a 33 anos) representa 18.8% da amostra.

Relativamente ao grau de formação dos terapeutas, observou-se que a maioria são licenciados (com 5 anos de formação) (43.8%) e mestres (37.5%). Os estagiários constituem 12.5% da amostra. Quanto ao curso, a maior parte da nossa amostra tem um grau, licenciado ou mestre, em Psicologia (68.8%).

Verificou-se que, no momento em que se iniciou o processo terapêutico, a grande maioria dos terapeutas tem a formação completa em TFIS-SPTF (56.3%), enquanto 37.5% tem formação na área de Sistémica, Saúde e Família. No que diz respeito aos anos de formação clínica, observou-se que 31.3% dos terapeutas tem entre 1 e 4 anos de formação e 56.3% tem entre 5 e 8 anos de formação. Considerando o número de anos de experiência clínica, os terapeutas mais representados na amostra têm entre 1 a 4 anos de experiência (43.8%), seguindo-se os que têm entre 5 a 8 anos (18.8%) e aqueles com mais de 8 anos de experiência clínica (18.8%). Por fim, quanto ao número de anos de experiência em TFS, verificou-se que a maioria da amostra (56.3%) tem entre 1 a 4 anos de experiência. Os terapeutas que têm entre 5 a 8 anos de experiência representam 25% da amostra e os que têm mais de 8 anos representam apenas 6.3%. Nestes três fatores, os estagiários representam 12.5% da amostra.

É de notar que a percentagem considerável de terapeutas com idades situadas nas faixas etárias mais baixas (31.3% apresenta idades compreendidas entre os 20-26 anos), sem formação em TFIS-SPTF (37.5%), deve-se, como referido anteriormente, ao facto de alguns locais de recolha dos dados assumirem o papel de instituições de acolhimento para formação académica e profissional (e.g., estágios curriculares). No entanto, em todos os processos considerados no âmbito do presente estudo, a equipa de co-terapeutas é constituída por pelo menos um terapeuta familiar certificado pela SPTF, procurando-se desta forma não comprometer a qualidade das intervenções desenvolvidas.

**Tabela 1.***Dados relativos aos terapeutas participantes*

	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	14	87.5
Masculino	2	12.5
<b>Faixa Etária</b>		
20-26	5	31.3
27-33	8	50
>33	3	18.8
<b>Formação Académica</b>		
a) Grau		
Licenciatura	7	43.8
Mestrado	6	37.5
Estagiários	2	12.5
b) Curso		
Em psicologia	11	68.8
Outra área	2	12.5
<b>Tipo de formação clínica</b>		
Terapia familiar	9	56.3
Sistémica, saúde e família	6	37.5
Outro	1	6.3
<b>Nº de anos de formação clínica (teórica e/ou supervisão)</b>		
Estagiários	2	12.5
1-4	5	31.3
5-8	9	56.3
<b>Nº de anos de experiência clínica</b>		
Estagiários	2	12.5
1-4	7	43.8
5-8	4	25
>8	3	18.8
<b>Nº de anos de experiência em TFS</b>		
Estagiários	2	12.5
1-4	9	56.3
5-9	4	25
>8	1	6.3

### 3.3 Procedimentos de aplicação e instrumentos

O presente estudo integra um projeto de investigação mais alargado, tal como referido anteriormente. Neste sentido, os procedimentos de aplicação dos questionários comportaram várias etapas inseridas no



protocolo do estudo de investigação original, concretizadas, preferencialmente, por outros membros da equipa terapêutica (e.g. estagiário, membros da equipa de observação, outros terapeutas). Enquanto estagiária num Centro de Terapia participante, colaborei no processo de recolha da amostra.

Feito o convite e apresentação do estudo aos terapeutas, estes preencheram um documento de consentimento informado que continha a apresentação dos objetivos do estudo, o carácter voluntário da sua participação, a garantia do anonimato das suas respostas e assegurava que os dados seriam utilizados somente para fins de investigação.

Após esta fase, os terapeutas preencheram três instrumentos, em três fases distintas, antes e depois das 1<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup> e 7<sup>a</sup> sessões, estando presente a lógica de um estudo longitudinal do processo terapêutico. Em situações em que não foi apropriado administrar o protocolo nas sessões referidas (e.g. se faltar algum membro da família à sessão, se o nível de conflito estiver muito elevado), os terapeutas puderam aplicá-lo na sessão seguinte.

O protocolo deste estudo é constituído pelo *Questionário de Dados Sociodemográficos*, pelo SCORE, pelo SOFTA-s e pela *Ficha de Avaliação das Expectativas*.

O *Questionário de Dados Sociodemográficos* (cf. Anexo A) foi aplicado somente na 1<sup>a</sup> sessão e visou recolher informação demográfica sobre o terapeuta (e.g. idade, sexo), bem como informação sobre a sua formação académica e prática profissional.

Foi utilizada a tradução portuguesa do SCORE – Versão do Terapeuta (Fay et al., 2010; tradução portuguesa: Relvas, Vilaça, Sotero, Cunha, & Portugal, 2010), cuja validação ainda está a ser desenvolvida pela equipa portuguesa. Este instrumento foi aplicado em duas fases, depois da 4<sup>a</sup> e 7<sup>a</sup> sessão, pretendendo-se saber como é que os terapeutas vêem a família, nomeadamente através das seguintes questões: “*Considera que a terapia realizada aqui tem sido útil para a família?*”, onde 0 corresponde ao “*Muito útil*” e o 10 ao “*Nada útil*”; e “*Comparando com a primeira sessão diria que a família está: com mais dificuldades (1), igual (2), melhor (3), muito melhor (4)*”, solicitando que se coloque um círculo à volta da resposta, para ambas as questões (cf. Anexo B).

Foi também administrado o SOFTA-s (auto-relato), versão terapeuta (Friedlander & Escudero, 2002; traduzido por Sotero, Relvas, Portugal, Cunha, & Vilaça, 2010), depois das 1<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup> e 7<sup>a</sup> sessões (cf. Anexo C). Este instrumento é composto por 16 itens que integram as seguintes dimensões: a) *Envolvimento no Processo Terapêutico*: uma pontuação elevada nesta dimensão indica que o terapeuta encara o tratamento como fazendo sentido e sente-se envolvido na terapia; b) *Conexão Emocional*: um resultado elevado nesta dimensão associa-se ao sentimento do terapeuta de compreensão da família, considerando-se uma pessoa importante na vida da mesma e sentindo-se capaz de ajudá-la; c) *Segurança dentro do Sistema Terapêutico*: ao pontuar elevado nesta dimensão, o terapeuta entende que a família vê a terapia como um contexto em que pode assumir riscos, estar aberta e ser flexível, sente a família confortável e sem necessidade de adoptar uma

postura defensiva; d) *Sentimento de Partilha de Objetivos*: associado a um resultado elevado nesta dimensão está o fato de o terapeuta sentir que os membros da família trabalham conjuntamente para melhorar as relações familiares e para atingir objetivos familiares comuns, e todos valorizam o tempo que passam juntos na terapia (Friedlander et al., 2006). É de notar que também está a ser desenvolvida a validação deste instrumento pela equipa portuguesa.

Cada um dos itens é cotado de acordo com uma escala de *Likert* de cinco pontos oscilando entre 1 "Nada" e 5 "Muito". Para cada dimensão existem também descritores positivos (e.g., "O que acontece na terapia pode resolver os problemas desta família") e negativos (e.g., "Faltam-me conhecimentos e capacidades para ajudar esta família").

Relativamente às qualidades psicométricas do instrumento, Friedlander et al. (2001) apontam para uma consistência interna de 0.95 para a versão inglesa, de 0.84 para a espanhola e de 0.89 para a portuguesa, no que diz respeito à versão terapeuta.

A *Ficha de Avaliação das Expectativas* (FAE) foi desenvolvida pela equipa de investigadores do projeto PRO-CIV com o intuito de avaliar aquilo que o terapeuta espera do trabalho terapêutico com as famílias ou casais. A ficha contém duas questões a serem respondidas numa escala de 0 a 10: "Indique qual é, na sua opinião, o grau de gravidade do problema desta família/casal", onde 0 corresponde a "Nada grave" e 10 a "Muito grave", e "Indique, na sua opinião, em que grau espera que esta família/casal possa melhorar relativamente ao motivo que os trouxe à terapia", na qual 0 equivale a "Nada" e 10 a "Muito" (cf. Anexo D).

### 3.4 Procedimentos estatísticos

Todas as análises estatísticas foram efetuadas utilizando o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 19.0 para *Windows*.

Antes de procedermos ao tratamento estatístico dos dados, efetuámos algumas análises preliminares, nomeadamente a exclusão dos casos omissos presentes. Para esse propósito, excluíram-se os casos omissos presentes em cada análise específica, e não na amostra total. De seguida, constituíram-se somatórios do total para o SOFTA-s e agregaram-se os itens em dimensões ou subescalas, de acordo com Friedlander et al. (2001). Por sua vez, as questões integradas no SCORE – Versão do Terapeuta e na FAE foram analisadas individualmente, visto que cada uma delas avalia conceitos distintos, além de que no primeiro instrumento a escala de *Likert* tem orientações opostas para as duas perguntas.

**Tabela 2.***Consistência interna do SOFTA-s e respetivas dimensões*

Escala e Dimensões	S1	S4	S7
<i>SOFTA-s (Total)</i>	0.441	0.612	0.786
<i>Envolvimento no Processo</i>	0.201 (0.424 <sup>a</sup> )	0.251 (0.651 <sup>a</sup> )	0.383 (0.888 <sup>a</sup> )
<i>Conexão Emocional</i>	0.120 (0.416 <sup>a</sup> )	-0.612(0.131 <sup>a</sup> )	-0.306 (0.559 <sup>a</sup> )
<i>Segurança dentro do Sistema</i>	0.10 (0.254 <sup>a</sup> )	0.567 (0.668 <sup>a</sup> )	0.541 (0.631 <sup>a</sup> )
<i>Sentimento de Partilha de Objetivos</i>	0.562 (0.782 <sup>a</sup> )	0.178 (0.729 <sup>a</sup> )	0.515 (0.862 <sup>a</sup> )

<sup>a</sup> Valor da consistência interna quando são eliminados os seguintes itens: item 5 no *Envolvimento no Processo*; item 14 na *Conexão Emocional*; item 7 para a *Segurança dentro do Sistema Terapêutico*; item 12 no *Sentimento de Partilha de Objetivos*.

Posteriormente foram testados os pressupostos da normalidade e homogeneidade e calculada a consistência interna das dimensões e do total da escala (cf. Tabela 2). No que diz respeito às diferentes dimensões, verifica-se que a eliminação de alguns itens aumenta a sua consistência interna. No entanto, tendo como base que o valor abonatório de uma boa consistência interna é de 0,7, o facto da amostra do presente estudo ser pequena (< 30; Hogg & Tanis, 1983) e de cada dimensão do SOFTA constituir apenas quatro itens, fez com que se optasse por não eliminar nenhum item da escala (Pallant, 2005).

Face aos baixos valores da consistência interna dos itens do SOFTA-s, foi conduzida uma divisão de metade dos itens do SOFTA-s correspondente à 1ª sessão e outra metade respetiva à 4ª sessão (*split-half*), através do coeficiente de *Spearman-Brown*. Teve como objetivo observar se existia alguma correlação entre o SOFTA-s administrado nos vários momentos. Esta análise permite-nos concluir que existe alguma correlação entre a consistência interna do SOFTA administrado na 1ª e na 4ª sessão pois o alfa aumenta (de 0.441 para 0.612) e o coeficiente *Spearman-Brown* é de 0.772. O mesmo acontece da 4ª para a 7ª sessão (de 0.612 para 0.786), cujo coeficiente *Spearman-Brown* é de 0.873. Estes resultados poderão ser um efeito da terapia em que a mesma diminui a variabilidade das respostas dos sujeitos.

Quanto à normalidade da distribuição dos dados, observou-se que as duas questões do SCORE – Versão do Terapeuta não cumprem o critério da normalidade, quer relativamente à 4ª sessão (respetivamente .030 e .014), quer na 7ª sessão (p<.000). No que diz respeito à *F AE*, a primeira questão não obedece ao pressuposto da normalidade apenas na 7ª sessão (.003). Relativamente à segunda questão, o critério da normalidade não foi cumprido somente na 4ª sessão (.009) No que diz respeito ao SOFTA-s, apenas os dados correspondentes à 1ª sessão cumprem o pressuposto da normalidade (.330). Focando-nos nas dimensões, só a *Conexão Emocional*, referente à 4ª e 7ª sessões (respetivamente .009 e .001), não obedece ao pressuposto da normalidade. As restantes dimensões apresentam uma distribuição normal dos dados nas três sessões em que o instrumento foi administrado, designadamente *Envolvimento no Processo Terapêutico* (respetivamente .188, .070 e .095), *Segurança dentro do Sistema*

*Terapêutico* (.122, .453 e .211) e *Sentimento de Partilha de Objetivos* (.419, .146 e .619). A este respeito, acreditamos que, de um modo geral, os dados não seguem a distribuição normal devido ao fato da amostra ser pequena e devido ao SCORE – Versão do Terapeuta e à FAE compreenderem apenas dois itens cada um, avaliando diferentes conceitos, impossibilitando, assim, recorrer a somatórios.

Deste modo, violados alguns pressupostos relativos ao uso de testes paramétricos (principalmente o da distribuição normal) e atendendo ao tamanho da nossa amostra, optou-se por recorrer ao Teste de *Friedman*, o equivalente não-paramétrico à análise de variância (*ANOVA*) para medidas repetidas. Esta primeira análise teve como finalidade responder aos três primeiros objetivos da investigação, acerca da evolução de cada instrumento ao longo do processo terapêutico.

Por forma a cumprir o nosso quarto objetivo de investigação (cf. p. 9), recorreremos à utilização de uma *ANOVA* de medições repetidas mista (fatores entre e intrasujeitos). Este tipo de análise requer o cumprimento de dois pressupostos: homogeneidade das intercorrelações e homogeneidade das variâncias (Pallant, 2005). Optámos por ignorar o primeiro pressuposto e respetivo teste (*M Box*), por dois motivos principais: por um lado, pelo fato de ser muito pouco provável que as matrizes de covariância sejam iguais com as diversas variáveis que temos para analisar e, conseqüentemente, pela reduzida probabilidade do pressuposto ser obedecido na prática (Stevens, 2009); por outro lado, pelos obstáculos inerentes às características da nossa amostra, pois além de ser reduzida, não segue uma distribuição normal, e da maioria dos nossos instrumentos (SCORE – Versão do Terapeuta e FAE), que, como já vimos, contêm apenas duas questões, analisadas individualmente, o que dificulta a análise pelas razões já mencionadas. O segundo pressuposto testa a homogeneidade das variâncias entre os grupos (1ª, 4ª e 7ª sessões) das variáveis dependentes (instrumentos), através do teste de *Levene* e verifica-se se  $p > .10$ . Este teste é robusto especialmente a desvios da normalidade (Maroco & Bispo, 2003) e se o tamanho dos grupos for igual (Stevens, 2009), como é o caso.

Atendendo novamente ao tamanho reduzido da amostra, bem como ao fato dos testes não paramétricos serem menos sensíveis às diferenças estatisticamente significativas em amostras pequenas (Maroco & Bispo, 2003), consideramos a possibilidade de resultados não significativos se deverem à menor robustez do teste utilizado. Neste sentido, optámos por ajustar o valor de significância para .10, ao invés do tradicional nível .05, para aumentar o poder da análise, tal como nos é sugerido por Stevens (1996).

#### **IV – Resultados**

Procuraremos agora responder a cada um dos objetivos individualmente, uma vez que correspondem, diretamente, às questões de investigação deste estudo.

a) *Como se processa a mudança familiar traduzida no funcionamento familiar, segundo a ótica do terapeuta?*

No que diz respeito à primeira questão (“O terapeuta considera que a terapia realizada tem sido útil para a família ao longo do processo terapêutico?”), relativa à utilidade da terapia, verifica-se que não há diferenças estatisticamente significativas, na perspetiva do terapeuta, ao longo do processo ( $p=.819$ ). Analisando as medidas descritivas, constatamos que os terapeutas pontuam a terapia como útil ao longo das sessões, respondendo em média no meio da escala (i.e., 5, em que 0 corresponde a “Muito útil” e o 10 ao “Nada útil”) (cf. Anexo E).

Relativamente à segunda questão (“Comparando com a 1ª sessão, diria que a família está?”), existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=.033$ ) ao longo do processo terapêutico. As pontuações médias obtidas em cada sessão estão apresentadas na Tabela 3. Como podemos constatar, observa-se um crescimento na pontuação da 4ª sessão para a 7ª, da opção *igual para melhor*.

**Tabela 3.**

*SCORE – “Comparando com a primeira sessão diria que a família está: com mais dificuldades (1), igual (2), melhor (3), muito melhor (4)?”*

	N	Média	Desvio Padrão
Sessão 4	23	2.70	0.635
Sessão 7	23	3.13	0.626

b) *Na ótica do terapeuta, como é que a aliança terapêutica evolui ao longo do processo terapêutico?*

Verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas na aliança terapêutica ao longo da terapia ( $p=.216$ ), apesar de se detetarem diferenças nas pontuações médias do total da escala, as quais sugerem que as respostas dos terapeutas se situam, no geral, no nível “Moderadamente”. Podemos ainda observar um ligeiro aumento da aliança da 1ª para a 4ª e da 4ª para a 7ª sessão (cf. Tabela 4).

**Tabela 4.**

*SOFTA-s Total*

Sessões	N	Média do Total	Desvio Padrão
Sessão 1	22	52.63	4.73
Sessão 4	23	54.17	4.68
Sessão 7	23	54.39	7.15

Em termos das diferentes dimensões do SOFTA-s, os resultados permitem-nos concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões, ao longo das 7 sessões. Analisando as medidas descritivas de cada dimensão, nomeadamente a média e o desvio

padrão, podemos observar que não existem valores díspares entre a 1ª, 4ª e 7ª sessão, mantendo-se, no geral, no “*Moderadamente*” (cf. Anexo F). Denota-se, apenas, que nas dimensões *Conexão Emocional* e *Sentimento de Partilha de Objetivos*, a média aumenta ligeiramente.

c) *Como evoluem as expetativas do terapeuta ao longo do processo terapêutico?*

A análise da primeira questão (“Indique qual é, na sua opinião, o grau de gravidade do problema desta família/casal”) indica-nos que não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente ao grau de gravidade do problema ao longo da terapia ( $p=.170$ ), na perspetiva do terapeuta. Assim, a média das respostas dos terapeutas mantém-se no valor 6 (sendo que 0 corresponde a “*Nada grave*” e 10 a “*Muito grave*”) (cf. Anexo G).

Relativamente à segunda questão (“Indique, na sua opinião, em que grau espera que esta família/casal possa melhorar relativamente ao motivo que os trouxe à terapia”), observamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a 1ª, 4ª e 7ª sessões no que diz respeito às expetativas do terapeuta de melhoria dos clientes ( $p=.692$ ). Através da análise das medidas descritivas, a média de respostas dos sujeitos situa-se no valor 6, subindo na 7ª sessão para uma média localizada no 7 (tendo em conta que 0 equivale a “*Nada*” e 10 a “*Muito*”).

Procedemos paralelamente à utilização do correspondente paramétrico do teste de *Friedman* (ANOVA com medidas repetidas), tendo verificado que os resultados são semelhantes visto que apenas se observou um efeito significativo ao longo do processo terapêutico na segunda questão do SCORE – Versão do Terapeuta [*Wilks' Lambda*=.78,  $F(1, 22)=6.11$ ,  $p<.10$ , eta ao quadrado parcial=.22] (cf. Anexo H).

d) *Qual é o impacto de algumas variáveis do terapeuta (o sexo, a idade, o tipo de formação, os anos de formação, de experiência clínica e de experiência em TFS) nos efeitos da terapia, nas expetativas e na aliança terapêutica, sob o ponto de vista do terapeuta?*

Foi realizada uma ANOVA mista para testar se cada variável entre-sujeitos (e.g. sexo, idade e tipo de formação) teria alguma influência no resultado terapêutico (SCORE), na aliança terapêutica (SOFTA-s) e nas expetativas (FAE) (variáveis dependentes e intra-sujeitos), segundo a ótica do terapeuta. O pressuposto da homogeneidade das variâncias foi violado nalgumas análises conduzidas. No entanto e como já referido, devido ao teste de *Levene* ser robusto especialmente a desvios da normalidade (Maroco & Bispo, 2003) e se o tamanho dos grupos for igual (Stevens, 2009), como é o caso, e não existindo nenhum teste não-paramétrico equivalente à ANOVA mista, conduzimos esta análise.

Dividimos esta seção por variáveis entre-sujeitos.

### *Sexo*

Observou-se que esta variável não tem qualquer influência no resultado terapêutico (SCORE) e na aliança terapêutica (SOFTA-s), sob o ponto de vista do terapeuta. Destaca-se apenas a análise das medidas descritivas relativamente à *Conexão Emocional*, onde os valores das respostas dos terapeutas do sexo feminino aumentam ao longo da terapia, enquanto o contrário acontece com os valores das respostas dos terapeutas do sexo masculino (cf. Anexo I). Em algumas dimensões (*Segurança dentro do Sistema* e *Sentimento de Partilha de Objetivos*), as respostas dos terapeutas do sexo masculino apresentam valores mais altos na 4ª sessão comparativamente com a 1ª e a 7ª. Relativamente às duas questões do SCORE, observa-se que na primeira questão, enquanto os terapeutas do sexo feminino classificam a utilidade da terapia de forma crescente da 4ª para a 7ª sessão, os terapeutas do sexo masculino pontuam contrariamente, existindo diferença de cerca de 3 valores na 7ª sessão (cf. Anexo I).

No que diz respeito à FAE [o pressuposto da homogeneidade não é obedecido nas duas questões na 7ª sessão (respetivamente,  $p=.003$  e  $p=.052$ )], verificou-se um valor significativo no tamanho do efeito da interação entre o sexo do terapeuta e o grau de gravidade do problema da família/casal apontado pelo terapeuta ( $p=.059$ ), indicando que o sexo pode influenciar as respostas dos sujeitos à questão, não tendo, no entanto, qualquer influência ao longo do processo (cf. Anexo J). Do mesmo modo foi possível observar um valor significativo no tamanho do efeito da interação entre esta variável e as expectativas de melhoria dos clientes por parte do terapeuta ( $p=.030$ ), o que sugere que o sexo também pode influenciar as respostas dos sujeitos à questão, não tendo igualmente interferência ao longo do processo (cf. Anexo J). Salienta-se que na análise das medidas descritivas da primeira questão, os terapeutas do sexo masculino pontuam o grau de gravidade do problema mais alto do que as terapeutas. Na segunda questão, passa-se o contrário, já que as terapeutas apresentam valores mais elevados de expectativas do que os terapeutas (cf. Anexo I).

### *Idade*

A variável idade do terapeuta não influencia o resultado terapêutico (SCORE) (nas duas questões, respetivamente,  $p=.719$  e  $p=.928$ ), a aliança terapêutica (SOFTA-s) ( $p=.467$ ) nem as expectativas do terapeuta (FAE) (respetivamente nas duas questões,  $p=.389$  e  $p=.622$ ) ao longo da terapia.

Através da análise das medidas descritivas dos valores dos instrumentos, nomeadamente da FAE, é possível observar que, no que diz respeito à primeira questão, os terapeutas com idades compreendidas entre os 27 e os 33 anos pontuam o grau de gravidade de problema no sentido decrescente (do valor 6 para o 4.7) ao longo da terapia. Os terapeutas mais velhos (> 33 anos) são os que apresentam valores mais elevados (mantendo-se no valor 7). Quanto à segunda questão, os terapeutas com idades entre os 27 anos e igual ou superior a 33 anos pontuam as suas expectativas de forma crescente, ou seja, ao longo do processo terapêutico, em média, os valores aumentam de 6 para 7 (cf. Anexo K).

No SCORE, verifica-se que, relativamente à primeira questão, os terapeutas mais novos (20-26 anos) classificam a utilidade da terapia de forma decrescente, ao longo da terapia, enquanto os terapeutas com idades compreendidas entre os 27 e igual ou superior a 33 anos, apresentam valores mais elevados na 7ª sessão do que na 4ª. No que concerne à segunda questão, todos os terapeutas pontuam a mudança familiar de forma crescente, da 4ª para a 7ª sessão.

No SOFTA-s observa-se que os terapeutas, no geral, pontuam a aliança terapêutica de forma crescente, ao longo do processo. Quanto às respetivas dimensões, o *Envolvimento no Processo* é classificado como constante ao longo da terapia por todos os terapeutas, exceto pelos terapeutas mais velhos (> 33 anos) cujos valores vão aumentando. Na *Conexão Emocional* e na *Segurança dentro do Sistema*, são os terapeutas mais novos (20-26 anos) que apresentam valores mais elevados da 1ª para a 4ª sessão e desta para a 7ª, enquanto os restantes pontuam de forma estável. No *Sentimento de Partilha de Objetivos*, salienta-se que apenas os terapeutas mais velhos não pontuam de forma crescente esta dimensão, ao longo da terapia (cf. Anexo K).

#### *Tipo de formação*

Verificámos resultados significativos apenas na segunda questão do FAE sobre as expetativas [*Wilks' Lambda*=.45,  $F(4, 36)=4.41$ ,  $p<.010$ , eta quadrado parcial=.24), o que sugere que o tipo de formação influencia as expetativas ao longo do processo (cf. Anexo L). Tendo em conta as regras de Cohen (0.01=pequeno, 0.06=moderado, 0.14=grande efeito), o resultado do eta quadrado sugere um tamanho de efeito grande, o que pode apontar para a existência de diferenças entre os resultados da escala. O pressuposto da homogeneidade das variâncias não é aqui violado ( $p>.010$ ).

Outros resultados obtidos através da análise das medidas descritivas, relativamente à FAE, apontam que os terapeutas formados em Terapia Familiar pontuam de forma decrescente o grau de gravidade do problema, enquanto aqueles com formação em Sistémica, Saúde e Família fazem o oposto. Na segunda questão, é de salientar que as expetativas dos terapeutas formados em Terapia Familiar vão aumentando ao longo do processo, enquanto as expetativas daqueles com formação em Sistémica vão permanecendo na média (cf. Anexo M).

Relativamente ao SCORE, no geral, todos os terapeutas apresentam valores mais elevados na 7ª sessão comparativamente com a 4ª, quer na primeira questão, quer na segunda.

No SOFTA-s total, destacam-se os terapeutas com formação em Terapia Familiar pois classificam a aliança terapêutica de forma crescente ao longo do processo terapêutico. No que toca às dimensões, o *Envolvimento no Processo* e a *Segurança dentro do Sistema* são classificados como constantes ao longo da terapia por todos os terapeutas. Na *Conexão Emocional* e no *Sentimento de Partilha de Objetivos*, os terapeutas formados em Sistémica, Saúde e Família pontuam estas dimensões de forma crescente ao longo do processo (cf. Anexo M).



### *Anos de formação*

A variável anos de formação do terapeuta não tem qualquer influência no resultado terapêutico (nas duas questões do SCORE,  $p=.382$  e  $p=.263$ , respetivamente), na aliança terapêutica (SOFTA-s) e nas expetativas do terapeuta (nas duas questões da FAE, respetivamente  $p=.329$  e  $p=.251$ ).

A análise de medidas descritivas indica que, na primeira questão da FAE, os terapeutas estagiários apresentam valores mais elevados no que concerne ao grau de gravidade do problema, ao longo da terapia, enquanto os terapeutas com formação entre 1 e 8 anos classificam a mesma questão de forma decrescente. Quanto às expetativas, salienta-se que os terapeutas estagiários na 4ª sessão apresentam valores muito elevados comparativamente ao início da intervenção e à 7ª sessão (cf. Anexo N).

No SCORE, observa-se que os terapeutas com formação entre 1 e 8 anos pontuam a utilidade da terapia e a mudança familiar de forma crescente ao longo do processo, ocorrendo o oposto nos terapeutas estagiários.

Relativamente ao SOFTA-s total, os terapeutas com formação compreendida entre 1 e 8 anos apresentam valores da aliança terapêutica mais elevados da 1ª sessão para a 4ª e da 4ª para a 7ª. Os terapeutas estagiários classificam a aliança terapêutica de forma mais elevada na 4ª sessão. No que diz respeito às dimensões, no *Envolvimento no Processo* os terapeutas pontuam de forma constante, com a exceção dos terapeutas estagiários cujo envolvimento vai diminuindo ao longo do processo. Os terapeutas apresentam valores constantes na *Conexão Emocional*, na *Segurança dentro do Sistema* e no *Sentimento de Partilha de Objetivos*, salientando os terapeutas com formação entre 1 e 4 anos que pontuam estas dimensões de forma crescente, ao longo da terapia (cf. Anexo N).

### *Anos de experiência clínica*

Verificou-se um valor significativo no tamanho do efeito da interação entre os anos de experiência clínica do terapeuta e a evolução da família/casal (SCORE – segunda questão) apontada pelo terapeuta ( $p=.055$ ), o que sugere que os anos de experiência clínica podem influenciar as respostas dos sujeitos à questão, não tendo, no entanto, qualquer influência ao longo do processo (cf. Anexo O). O pressuposto da homogeneidade das variâncias não é obedecido. Através da análise às medidas descritivas, destaca-se que todos os terapeutas pontuam de forma crescente a utilidade da terapia e a mudança familiar, com exceção dos terapeutas estagiários (cf. Anexo P).

Observaram-se resultados significativos na dimensão do SOFTA-s *Envolvimento no Processo Terapêutico* [*Wilks' Lambda*=.40,  $F(6, 32)=3.06$ ,  $p<.010$ ,  $\eta^2$  quadrado parcial=.36], o que sugere que os anos de experiência clínica do terapeuta influenciam o seu envolvimento na terapia ao longo do processo (Anexo Q). O resultado do  $\eta^2$  quadrado indica um tamanho de efeito grande, o que pode apontar para a presença de diferenças entre os resultados da escala. O pressuposto da homogeneidade das variâncias é violado na 1ª sessão ( $p=.015$ ). Relativamente às medidas descritivas, na sua

análise verifica-se que os terapeutas estagiários apresentam valores elevados da aliança terapêutica, no geral, na 4ª sessão, enquanto os terapeutas com experiência clínica entre os 1 e 8 anos pontuam este conceito de forma crescente ao longo do processo. No que diz respeito às respetivas dimensões, os terapeutas na *Conexão Emocional*, na *Segurança dentro do Sistema* e no *Sentimento de Partilha de Objetivos*, no geral, pontuam de forma constante ao longo da terapia (cf. Anexo P).

As análises das medidas descritivas do FAE permitiram concluir que, na primeira questão, todos os terapeutas pontuam o grau de gravidade do problema de forma decrescente, enquanto os terapeutas estagiários apresentam valores opostos. Atentando nas expectativas, quer os terapeutas estagiários, quer os terapeutas com anos de experiência clínica compreendidos entre os 5 e os 8 anos possuem mais expectativas a meio do processo terapêutico (4ª sessão) (cf. Anexo P). Os terapeutas com mais de 8 anos de experiência clínica apresentam valores constantes ao longo da terapia, enquanto as expectativas dos terapeutas com 1 a 4 anos de experiência clínica vão diminuindo.

#### *Anos de experiência em TFS*

Esta variável foi a que mais se salientou nas nossas análises. Na primeira questão da FAE (grau de gravidade do problema), verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ao longo do processo [*Wilks' Lambda*=.49,  $F(6, 34)=2.37$ ,  $p<.010$ , eta quadrado parcial=.29], o que sugere que os anos de experiência em TFS podem influenciar a perceção do terapeuta sobre o grau de gravidade do problema ao longo da terapia (cf. Anexo R). O resultado do eta quadrado indica um tamanho de efeito grande, o que pode apontar para a existência de diferenças entre os resultados da escala. O pressuposto da homogeneidade das variâncias é aqui também violado

Na segunda questão da FAE relativa às expectativas do terapeuta verificam-se diferenças estatisticamente significativas ao longo das 7 sessões [*Wilks' Lambda*=.49,  $F(6, 34)=2.38$ ,  $p<.010$ , eta quadrado parcial=.29], o que sugere igualmente que os anos de experiência em TFS podem influenciar as expectativas ao longo do processo (cf. Anexo R). Na análise das medidas descritivas, salienta-se que as expectativas dos terapeutas estagiários e daqueles que têm entre 1 a 4 anos de experiência em TFS atingem o seu pico a meio do processo terapêutico, enquanto para os terapeutas com 1 a 8 anos de experiência em TFS o ponto alto verifica-se no início e no final da terapia (cf. Anexo S).

Foi obtido um valor significativo no tamanho do efeito da interação entre os anos de experiência em TFS do terapeuta e a aliança terapêutica ( $p=.001$ ), sugerindo que a variável pode influenciar as respostas dos sujeitos à questão, não tendo, no entanto, qualquer influência ao longo do processo terapêutico (cf. Anexo T). Através da análise das medidas descritivas, observa-se que os terapeutas com 1 a 8 anos de experiência em TFS classificam a aliança terapêutica de forma crescente ao longo do processo. Realça-se que os terapeutas com mais de 8 anos de experiência apresentam

valores elevados comparativamente com os restantes, diferenciando-se cerca de 15 valores (cf. Anexo S).

Relativamente às dimensões do SOFTA-s, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ao longo das 7 sessões no *Envolvimento no Processo Terapêutico* [*Wilks' Lambda*=.46,  $F(6, 32)=2.51$ ,  $p<.010$ , eta quadrado parcial=.32], indicando que os anos de experiência em TFS podem influir o envolvimento do terapeuta ao longo da terapia (cf. Anexo T). O valor do eta quadrado aponta para um tamanho de efeito grande, sugerindo a presença de diferenças entre os resultados da escala. Os valores obtidos quanto ao tamanho do efeito da interação entre os anos de experiência em TFS e o envolvimento do terapeuta no processo foram também estatisticamente significativos ( $p=.077$ ), o que pode significar que os anos de experiência em TFS influenciam as respostas dos sujeitos à questão.

No que toca à dimensão *Segurança dentro do Sistema Terapêutico*, foi obtido um valor significativo no tamanho do efeito da interação entre os anos de experiência em TFS do terapeuta e esta dimensão ( $p=.021$ ), sugerindo que a variável pode influenciar as respostas dos sujeitos à questão, não tendo, no entanto, interferência ao longo do processo (cf. Anexo T. Na análise das medidas descritivas, observa-se que os terapeutas estagiários classificam esta dimensão de forma decrescente ao longo do processo, enquanto os terapeutas com 1 a 4 anos de experiência em TFS apresentam valores opostos. Destaca-se que os terapeutas com mais de 8 anos de experiência pontuam valores elevados em relação aos restantes, com diferença de cerca de 3 valores (cf. Anexo S).

Nestas últimas quatro análises, é cumprido o pressuposto da homogeneidade ( $p>.10$ ).

As análises descritivas indicam que a *Conexão Emocional* é pontuada de forma crescente ao longo do processo por todos os terapeutas, com exceção dos terapeutas estagiários. No que se refere ao *Sentimento de Partilha de Objetivos*, todos os terapeutas classificam esta dimensão como constante ao longo do processo, com exceção dos terapeutas com mais de 8 anos de experiência em TFS que pontuam esta dimensão de forma crescente e com valores elevados comparativamente com os restantes (cf. Anexo S).

No SCORE, a análise das medidas descritivas permite-nos concluir que, no que toca à utilidade da terapia e à mudança familiar, todos os terapeutas apresentam valores crescentes ao longo do processo terapêutico, com a exceção dos terapeutas estagiários que pontuam valores com o sentido oposto.

## V - Discussão

Nesta secção, pretende-se analisar os resultados alcançados com a investigação conduzida. Posto isto, aprofundaremos, mais uma vez, cada objetivo individualmente.

a) *Como se processa a mudança familiar traduzida no funcionamento familiar, segundo a ótica do terapeuta?*

Os valores encontrados no SCORE - Versão do Terapeuta (primeira questão) indicam-nos que o terapeuta considera a intervenção realizada como sendo o útil para a família/casal ao longo de todo o processo terapêutico, de forma regular. Esta conclusão remete-nos, por um lado, para a importância do processo terapêutico fazer sentido para o terapeuta e o próprio encarar a sua intervenção como útil e adequada para o cliente (Sprenkle et al., 2009). Este aspeto relaciona-se com o impacto que a terapia poderá ter nos clientes e nos seus efeitos, segundo a perceção do terapeuta, aspeto este estudado e abordado através de outros instrumentos, como por exemplo o SIS (Elliott, 1985). Este instrumento analisa mais diretamente o impacto das intervenções do terapeuta, apenas segundo a perspectiva do cliente (Elliott & Wexler, 1994). No nosso caso, e na ótica do terapeuta, parece que o efeito da terapia é positivo.

Relativamente à segunda questão do SCORE, os resultados permitem-nos concluir que o terapeuta percebe melhorias na família ao longo das sessões, especificamente da 4ª para a 7ª sessão. Esta conclusão remete-nos para a consideração de que, para os terapeutas participantes, a terapia está a ser, de alguma forma, eficaz para os clientes. Estes dados demonstram que a perceção destes terapeutas é consonante com os resultados dos estudos empíricos e meta-análises efetuados ao longo dos últimos anos que evidenciam a eficácia da TFS face a uma série de problemáticas (Asen, 2002; Stratton, 2005; Carr, 2009).

b) *Na ótica do terapeuta, como é que a aliança terapêutica evolui ao longo do processo terapêutico?*

A análise da evolução da aliança terapêutica ao longo das três sessões demonstra que os terapeutas pontuam a relação terapêutica de modo regular, com pontuações localizadas, no geral, em “*Moderadamente*”, significando que entendem a aliança como relativamente forte e positiva. Tendo em conta que a construção de uma aliança terapêutica no contexto de terapia familiar e de casal envolve um desafio ainda maior devido ao número de pessoas envolvidas e, conseqüentemente, à variedade de expectativas que podem existir face à terapia (Friedlander et al., 2001; Relvas et al., 2010), estes resultados podem refletir a dificuldade do terapeuta em desenvolver uma aliança terapêutica mais forte ao longo do processo terapêutico. Por outro lado, pode também significar que o terapeuta investe de forma semelhante no estabelecimento de uma aliança terapêutica positiva desde o primeiro momento de intervenção, até ao final.

Atentando nas quatro dimensões, os resultados do presente estudo permitem-nos concluir que, do ponto de vista do terapeuta, não existe nenhuma evolução ao longo da terapia quanto ao *Envolvimento no Processo Terapêutico*, à *Conexão Emocional*, à *Segurança dentro do Sistema Terapêutico* e ao *Sentimento de Partilha de Objetivos*. No entanto, e como já realçado anteriormente, existem duas dimensões que apresentam alguma evolução, embora não apresentando relevância estatística, a *Conexão*

*Emocional e o Sentimento de Partilha de Objetivos.* A primeira associa-se ao sentimento do terapeuta de compreensão da família/casal, de sentir que pode ajudá-los e de ser considerada uma pessoa importante para os mesmos (Friedlander et al., 2006). Vários autores apontaram este aspeto emocional como parte da aliança terapêutica e como importante no que toca ao sucesso terapêutico (Blow et al., 2007; Ackerman & Hilsenroth, 2003; Sprenkle et al., 1999; Gaston, 1990), destacando-se Orlinsky et al. (1994) cuja revisão concluiu que a empatia era uma variável de processo relacionada com os efeitos da terapia, salientada pelo terapeuta. O fato desta dimensão apresentar valores médios altos pode significar que os terapeutas são capazes de sentir empatia pelos clientes (Bohart et al., 2002), de transmitir compreensão e sentimentos positivos em relação ao cliente (Ackerman & Hilsenroth, 2003), e de proporcionarem o estabelecimento de ligações emocionais entre os próprios e os clientes (Sprenkle et al., 1999), o que, por sua vez, pode explicar a sua evolução positiva ao longo da terapia. No entanto, devido à intervenção levado a cabo ser realizada em co-terapia e com famílias e/ou casais, isto é, o processo desenvolver-se entre dois terapeutas e com vários clientes simultaneamente, pode limitar o estabelecimento de uma ligação emocional forte e, conseqüentemente, não ser significativa estatisticamente, como é o caso. Acrescenta-se, ainda, o fato de a amostra ser pequena.

No caso do *Sentimento de Partilha de Objetivos*, este relaciona-se com o fato de o terapeuta sentir que os membros da família trabalham conjuntamente para melhorar as relações familiares e para atingir objetivos familiares comuns (Friedlander et al., 2006). Os resultados desta dimensão podem estar relacionados com o que diversos autores apontaram como elementar na terapia e na aliança terapêutica, designadamente o acordo entre cliente e terapeuta nos objetivos e nas tarefas da terapia (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Gaston, 1990; Friedlander & Highlen, 1984), na perspetiva do terapeuta (Orlinsky et al., 1994).

Quanto às duas restantes, *Envolvimento no Processo Terapêutico e Segurança dentro do Sistema Terapêutico*, a pontuação mantém-se constante ao longo das 7 sessões, sendo que ambas são consideradas satisfatórias, quer no arranque da intervenção, quer na fase final do processo. Atentando na primeira, através dos resultados obtidos, podemos concluir que os terapeutas encaram a terapia como fazendo sentido, sentem-se envolvidos e acreditam que é possível trabalhar conjuntamente com os clientes (Friedlander et al., 2006). Pode estar aqui inerente o fato de os terapeutas conseguirem fornecer uma conceptualização do problema aos clientes e os mesmos compreenderem-na (Davis & Piercy, 2007). Tal conclusão vai ao encontro do que vários autores nos indicam, nomeadamente que o envolvimento do terapeuta é uma parte integrante essencial da aliança terapêutica (Gaston, 1990). Por outro lado, os terapeutas podem não ter pontuado mais alto nesta dimensão pelo fato de na terapia com vários elementos o *Envolvimento* ser mais difícil de alcançar e manter, se considerarmos que cada indivíduo tem menos oportunidade para falar sobre os objetivos e procedimentos da intervenção, bem como menos controlo sobre o que é partilhado na terapia

pelos outros elementos da família (Friedlander et al., 2006).

No que diz respeito à *Segurança dentro do Sistema Terapêutico*, os resultados parecem refletir que o terapeuta compreende que a família vê a terapia como um contexto em que pode assumir alguns riscos, estar aberta e ser flexível, bem como sentir a família confortável, de forma regular e ao longo da intervenção. Autores como Orlinsky et al. (1994) apontam a cooperação e abertura do cliente como variáveis relacionadas com os resultados terapêuticos, na perspectiva do terapeuta.

c) *Como evoluem as expectativas do terapeuta ao longo do processo terapêutico?*

Os resultados da análise do FAE revelam-nos que a evolução do grau de gravidade do problema dos clientes e das expectativas do terapeuta quanto à melhoria dos clientes, segundo a ótica do mesmo, mantém-se estável, ao longo do processo. Considerando a primeira questão, os resultados não correspondem ao provável visto que é esperado que o grau de gravidade do problema, percebido pelo terapeuta, vá diminuindo com a evolução da terapia e o surgimento da mudança.

No que concerne à segunda questão, os resultados indicam-nos que as expectativas do terapeuta mantêm-se no limiar médio e constantes ao longo da terapia, podendo significar que os terapeutas esperam, continuamente, que os clientes melhorem. Por outro lado, verifica-se um pequeno aumento das expectativas dos terapeutas, da fase intermédia para a fase final do tratamento, levando-nos a pensar que estes acreditam nos efeitos positivos da sua intervenção. Pelo fato de não terem sido encontrados nenhuns dados na literatura no que diz respeito às expectativas do terapeuta, pouco se acrescenta para além do que já foi hipotetizado.

d) *Qual é o impacto de algumas variáveis do terapeuta nos efeitos da terapia, nas expectativas e na aliança terapêutica, sob o ponto de vista do terapeuta?*

De um modo global, a idade do terapeuta parece não ter qualquer impacto nos efeitos da terapia, na aliança terapêutica ou mesmo nas expectativas do terapeuta, ao longo do processo. Estes dados levam-nos a pensar que a escassez de estudos detalhados focados nesta temática poder-se-á dever à ausência de influência desta variável nas TFS.

O resultados indicam que a variável sexo não tem impacto nos efeitos da terapia, corroborando a ideia de que o sexo não produz influência neste aspeto (Bowman et al., 2001). Verificou-se, igualmente, que o tipo de formação dos terapeutas não tem qualquer impacto nos efeitos da terapia, sendo que todos os terapeutas pontuam de forma crescente quer a utilidade da terapia, quer a evolução da mudança dos clientes.

Quanto à aliança terapêutica, também não foi encontrada qualquer associação quanto ao sexo, querendo significar que tanto os terapeutas do sexo masculino, como do sexo feminino podem ter pontuado a aliança terapêutica com os clientes de forma idêntica, indo ao encontro da ideia evidenciada na literatura de que o sexo do terapeuta não exerce influência na

formação da aliança terapêutica (Ackerman & Hilsenroth, 2003). No entanto, no que diz respeito aos anos de experiência clínica do terapeuta, seja no geral, seja especificamente em TFS, observa-se que estas variáveis tem impacto na dimensão *Envolvimento no Processo Terapêutico*, na medida em que os terapeutas (com 1 a mais de 8 anos de experiência) se sentem mais envolvidos no processo terapêutico. Tais dados, aliados ao fato dos terapeutas com mais experiência (mais de 8 anos) pontuarem no *Sentimento de Partilha de Objetivos* valores mais elevados do que os restantes, corroboram outra investigação, em que o nível de experiência clínica dos terapeutas foi relacionado com a qualidade da aliança terapêutica no que diz respeito à identificação de tarefas e ao estabelecimento de objetivos, e onde os terapeutas com mais experiência pontuaram níveis mais elevados nestes aspetos (Mallinckrodt & Nelson, 1991).

Relativamente à FAE, os resultados para a primeira questão revelam que o sexo e os anos de experiência em TFS do terapeuta podem influenciar as respostas dos próprios terapeutas, na medida em que para os terapeutas do sexo masculino o grau de gravidade do problema é mais acentuado do que para as terapeutas e verifica-se que a maioria dos terapeutas (com 1 a 8 anos de experiência em TFS) sente que o grau de gravidade do problema vai diminuindo ao longo do processo.

No que toca às expetativas, observou-se que as terapeutas apresentam expetativas mais positivas do que os terapeutas em relação à melhoria dos clientes. Estas divergências poderão estar relacionadas com as diferenças de sexo inerentes à própria amostra (quase 90% são mulheres).

Concluiu-se que o tipo de formação e os anos de experiência clínica do terapeuta também influenciam as suas expetativas relativas às melhorias das famílias ao longo do processo terapêutico, sendo possível constatar que os terapeutas formados em Terapia Familiar e com mais experiência (pelo menos 5 anos) apresentam expetativas mais elevadas do que os terapeutas com formação em Sistémica, Saúde e Família e aqueles com menos experiência (entre 1 a 4 anos). Investigação conduzida a este nível demonstra que existe pouca diferença entre as várias abordagens terapêuticas na capacidade para produzir efeitos (Shadish & Baldwin, 2003; Sprenkle, 2002; Asay & Lambert, 1999; Shadish, Ragsdale, Glaser, & Montgomery, 1995). No entanto, esta conclusão não se aplica pois a abordagem segue os mesmos pressupostos. A diferença apontada poderá ser devida ao fato do nível de formação não ser igual, pois os terapeutas com formação em TFIS-SPTF (formação específica com a duração de cerca de 5 anos) deverão estar melhor preparados e formados do que os terapeutas com a formação em Sistémica, Saúde e Família (cerca de 2 anos) e, daí, acreditarem mais na mudança dos clientes e esperarem mais deles próprios. Por outro lado, os resultados poderão significar que terapeutas com mais experiência no campo da terapia familiar, em particular, atribuem com mais facilidade competências às famílias, acreditando, numa fase final do processo, que estas possuem as ferramentas necessárias para resolverem os problemas que elas próprias colocaram (Ausloos, 1996).

Focando nos resultados referentes aos terapeutas estagiários,

observou-se que os próprios sentem a terapia como cada vez menos útil aos clientes e não sentem mudanças na família, apresentando, simultaneamente, menos expectativas em relação à melhoria dos clientes. Acrescenta-se que, em relação aos terapeutas com mais experiência, os estagiários têm expectativas mais positivas a meio do processo terapêutico (4ª sessão), que coincide com a primeira avaliação dos efeitos da terapia. Este resultado pode significar que, na fase intermédia do processo, por ser aquela em que é esperado que os clientes apresentem algumas melhorias (Stratton et al., 2013), os estagiários sentem que o grau de gravidade do problema diminuiu e experienciam maior número de expectativas em relação à mudança dos clientes, apesar de na fase final se observar o contrário. Conjuntamente, os terapeutas estagiários sentem-se cada vez menos envolvidos na terapia.

Destaca-se que, em termos gerais, as diferenças encontradas entre os terapeutas estagiários e os terapeutas com pelo menos 5 anos de experiência, se poderão relacionar com o fato de os primeiros estarem a iniciar a sua formação enquanto terapeutas e se situarem ainda numa fase inicial do processo de aprendizagem e desenvolvimento de capacidades e competências clínicas que os outros terapeutas já apresentam.

Aliando este último aspecto com o fato de os terapeutas estagiários estarem sempre acompanhados por alguém com mais formação e experiência, portanto, por terapeutas mais seguros do que eles, poderá significar que estão, de alguma forma, em supervisão. Consequentemente, os terapeutas estagiários podem experienciar alguma inibição, fazendo com que se sintam menos envolvidos, com menos expectativas e que não pontuem positivamente a mudança familiar. Estudos demonstram que os terapeutas inexperientes experienciam desconforto durante as sessões (Saccuzzo, 1976) e sentem-se inseguros sobre a sua eficácia enquanto terapeutas (Theriault, Gazzola, & Richardson, 2009; Wittenborn, 2012).

## VI - Conclusões

A carência de investigação focada na perspetiva do terapeuta sobre o processo e os efeitos da sua intervenção, no âmbito das TFS, conduziu-nos ao desenvolvimento deste estudo preliminar centrado na ótica do terapeuta.

A metodologia utilizada e o recurso a instrumentos como o SOFTAs, SCORE – Versão do Terapeuta e a FAE, permitiram-nos concluir que, no global, os terapeutas pontuam positivamente a mudança nos clientes e os efeitos das TFS, ao longo da terapia. Além disso, consideram a aliança terapêutica como relativamente forte e positiva, ao longo de todo o processo.

Em relação à influência de variáveis específicas do terapeuta nos efeitos da terapia, na aliança e nas suas expectativas ao longo do processo, destacam-se o tipo de formação, que parece exercer algum impacto nas expectativas, e os anos de experiência clínica que têm influência no *Envolvimento no Processo*. Salienta-se, ainda, a variável anos de experiência em TFS uma vez que revela ter impacto na perceção do grau de gravidade do problema apontado pelo terapeuta, bem como nas suas expectativas de evolução positiva das famílias e no seu *Envolvimento no Processo*, ao longo



das 7 sessões.

No decorrer do estudo, confrontámo-nos com algumas limitações no que toca à amostra recolhida e aos instrumentos utilizados. Mais concretamente foi utilizada uma amostra reduzida e homogénea, o que limita a extração de inferências ou conclusões mais consistentes. Além disso, dois dos instrumentos utilizados (SCORE e FAE), por terem sido criados recentemente e não existirem ainda dados de validação em Portugal, juntamente com o fato de conterem apenas duas questões distintas, violam alguns pressupostos que dificultam a estatística inferencial. Por outro lado, o fato de a presente investigação se fundamentar numa amostra composta por processos clínicos completos, recolhidos em três momentos ao longo de todo o tratamento, constitui-se como uma mais-valia.

De um modo geral, consideramos que este estudo imprime pistas relevantes para a compreensão do papel do terapeuta nas TFS, especificamente por proporcionar um maior conhecimento sobre os fatores que o terapeuta aponta como essenciais no decorrer do processo terapêutico, nomeadamente a aliança terapêutica, as expectativas positivas de melhoria dos clientes, a utilidade e os efeitos da terapia, bem como sobre o impacto que algumas variáveis do terapeuta podem ter na terapia.

Finalmente, como linhas de investigação futura, salientamos o desenvolvimento de estudos longitudinais, assentes em amostras mais alargadas, que abordem as variáveis aqui analisadas de forma mais concreta, permitindo uma análise aprofundada do seu impacto no processo terapêutico. Paralelamente, propomos o estudo mais aprofundado dos fatores aqui destacados (efeitos da terapia, expectativas e aliança terapêutica), bem como de outros fatores teórica e empiricamente associados ao sucesso da TFS. Consideramos igualmente primordial a criação de outros instrumentos de avaliação direcionados para avaliação do ponto de vista do terapeuta familiar sistémico sobre diversos aspetos do processo terapêutico.

### **Bibliografia**

- Ackerman, S.J., & Hilsenroth, M.J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1-33.
- Asay, T.P., & Lambert, M.J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M.A. Hubble, B.L. Duncan, & S.D. Miller. *The heart and soul of change: What works in therapy* (33-55). Washington: American Psychological Association Press.
- Asen, E. (2002). Outcome research in family therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*. 8, 230-238. doi:10.1192/apt.8.3.230
- Ausloos, G. (1996). *A competência das famílias: tempo, caos, processo*. (1ª ed.) Climepsi, Lisboa.

- Barrett, M.S., & Berman, J.S. (2001). Is psychotherapy more effective, when therapists, disclose information about themselves? *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 69(4), 597–603. doi: 10.1037/0022-006X.69.4.597
- Beck, M., Friedlander, M.L., & Escudero, V. (2006). Three perspectives on client's experiences of the therapeutic alliance: A discovery-oriented investigation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32(3), 355-368. doi: 10.1111/j.1752-0606.2006.tb01612.x
- Beutler, L.E., Crago, M., & Arizmendi, T.G. (1986). Therapist variables in psychotherapy process and outcome. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3th ed., 259-269). New York: John Wiley & Sons.
- Beutler, L.E., Machado, P.P., & Neufeldt, S. (1994). Therapist variables. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.) (229-269). New York: John Wiley & Sons.
- Beutler, L.E., et al. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Eds.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.) (229-269). New York: John Wiley & Sons.
- Blow, A.J., Sprenkle, D.H., & Davis, S.D. (2007). Is who delivers the treatment more important than the treatment itself? The role of the therapist in common factors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(3), 298-317. doi: 10.1111/j.1752-0606.2007.00029.x
- Bohart, A.C., Elliot, R., Greenberg, L., & Watson, J. (2002). Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness of patients* (89–108). New York: Oxford University Press.
- Bowman, D., Scogin, F., Floyd, M., & Mckendree-Smith, N. (2001). Psychotherapy length of stay and outcome: A meta-analysis of the effect of therapy sex. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(2), 142-148. doi: 10.1037/0033-3204.38.2.142
- Cahill, P., O'Reilly, K., Carr, A., Dooley, B., & Stratton, P. (2010). Validation of a 28-item version of the Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation in an Irish context: The SCORE-28. *Journal of Family Therapy*, 32, 210–231. doi: 10.1111/j.1467-6427.2010.00506.x
- Carr, A. (2009a). The effectiveness os family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family*

*Therapy*,31, 3-45. doi:10.1111/j.1467-6427.2008.00451.x

- Davis, S.D., & Piercy, F.P. (2007). What clients of couple therapy model developers and their former students say about change, part I: Model-dependent common factors across three models. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(3), 318-343. doi: 10.1111/j.1752-0606.2007.00030.x
- Elliot, R. (1985). Helpful and nonhelpful events in Brief counselling interviews: An empirical taxonomy. *Journal of Counseling Psychology*, 32(3), 307-322. doi:10.1037/0022-0167.32.3.307
- Elliot, R. & Wexler, M.M (1994). Measuring the impact of sessions in process-experiential therapy of depression: The Session Impacts Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 41(2), 166-174. doi: 10.1037/0022-0167.41.2.166
- Farber, B.A., & Lane, J.S. (2002). Positive regard. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness of patients* (175–194). New York: Oxford University Press.
- Friedlander, M.L. & Highlen, P.S. (1984). A spatial view of the interpersonal structure of family interviews: Similarities and differences across counselors. *Journal of Counseling Psychology*, 31(4), 477-487. doi: 10.1037/0022-0167.31.4.477
- Friedlander, M. L., Ellis, M.V., Raymond, L., Siegel, S.M., & Milford, D. (1987). Convergence and divergence in the process of interviewing families. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 24(3), 570-583, doi:10.1037/h0085755
- Friedlander, M.L., & Tuason, M.T. (2000). Process and outcome in couples and family therapy. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology* (3rd ed.)(797-824). New York: Wiley.
- Friedlander, M.L., Escudero, V., Horvath, A.O., Heatherington, L., Cabero, A., & Martens, M.P. (2006). System for Observing Family Therapy Alliances: A tool for research and practice. *Journal of Counseling Psychology*, 53(2), 214-224. doi: 10.1037/0022-0167.53.2.214
- Garfield, S.L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4<sup>th</sup> ed.) (190-228). New York: Wiley
- Garfield, S.L., & Bergin, A.E. (Eds.) (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4<sup>th</sup> ed.). New York: Wiley

- Hill, C.E., & Knox, S. (2002). Self-disclosure. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapists' contributions and responsiveness of patients* (255–265). New York: Oxford University Press.
- Hogg, R.V., & Tanis, E.A. (1983). *Probability and statistical inference*. (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Macmillan.
- Horvath, A.O., & Bedi, R.P. (2002). The alliance. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapists' contributions and responsiveness of patients* (37–69). New York: Oxford University Press.
- Hoyt, W.T. (1996). Antecedents and effects of perceived therapist credibility: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 430–447. doi:10.1037/0022-0167.43.4.430
- Hubble, M., Duncan, B., & Miller, S. (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington: American Psychological Association Press.
- Karver, M.S., Handelsman, J.B., Fields, S., & Bickman, L. (2005a). A theoretical model of common process factors in youth and family therapy. *Mental Health Services Research*, 7(1), 35-51. doi: 10.1007/s11020-005-1964-4
- Karver, M.S., Handelsman, J.B., Fields, S., & Bickman, L. (2005b). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, 26, 50-65. doi:10.1016/j.cpr.2005.09.001
- King, G.A., McDougall, J., Palisano, R.J., Gritzan, J., & Tucker, M. A. (1999). Goal Attainment Scaling: Its use in evaluating pediatric therapy programs. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 19(2), 31-52. doi:10.1080/J006v19n02\_03
- Knobloch-Fedders, L.M., Pinsof, W.M., & Mann, B.J. (2007). Therapeutic alliance and treatment progress in couple psychotherapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(2), 245–257. doi: 10.1111/j.1752-0606.2007.00019.x
- Kolden, G.G., Strauman, T.J., Gittleman, M., Halverson, J.L., Heerey, E., & Schneider, K.L. (2000). The Therapeutic Realizations Scale—Revised (TRS-R): Psychometric characteristics and relationship to treatment process and outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 56(9), 1207–

1220.

- Mallinckrodt, B. & Nelson, M.L. (1991). Counselor training level and the formation of the psychotherapeutic working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 133-138. doi:10.1037/0022-0167.38.2.133
- Maroco, J. & Bispo, R (2003). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Climepsi Editores, Lisboa. ISBN 972-796-065-0
- Martin, P.J., Moore, J.E., & Sterne, A.L. (1977). Therapist as prophets: Their expectancies and treatment outcome. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 14(2), 188-195. doi: 10.1037/h0086527
- Norcross, J.C. (2002). Empirically supported therapy relationship. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness of patients* (3–16). New York: Oxford University Press.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K., & Parks, B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy – Noch einmal. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4<sup>th</sup> ed.) (270-376). New York: Wiley.
- Orlinsky, D.E., Ronnestad, M.H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In Lambert, M. (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behaviour change* (5th ed.) (307-390). New York: Wiley.
- Pallant, J. (2005). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS*. (2<sup>nd</sup> ed.) Allen & Unwin, Australia. ISBN: 1-74114-478-7.
- Relvas, A.P., Escudero, V., Sotero, L., Cunha, D., Portugal, A., & Vilaça, M. (2010, Outubro). *The System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA) and the preliminary Portuguese studies*. Apresentação feita no 7º Congresso da Associação Europeia de Terapia Familiar (EFTA), Paris.
- Rosenberger, E.W. & Hayes, J.A. (2002). Therapist as subject: A review of the empirical countertransference literature. *Journal of Counseling and Development*, 80(3), 264-270. doi: 10.1002/j.1556-6678.2002.tb00190.x

- Saccuzzo, D.P. (1976). Feelings of inexperienced therapists in psychotherapy: a factor analytic study. *Perceptual and Motor Skills*, 43(2), 359-362. doi: 10.2466/pms.1976.43.2.359
- Shadish, W.R. & Baldwin, S.A. (2003). Meta-analysis of MFT interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(4), 547-570. doi: 10.1111/j.1752-0606.2003.tb01694.x
- Shirk, S.R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 452-464.
- Smith, S.R., Hilsenroth, M.J., Baity, M.R., & Knowles, E.S. (2003). Assessment of patient and therapist perspectives of process: A revision of the Vanderbilt Psychotherapy Process Scale. *American Journal of Psychotherapy*, 57(2), 195-205.
- Soares, M.L.P. (2007). *Parar, pensar e avaliar a psicoterapia - contribuições da investigação de díades de terapeutas e clientes portugueses*. Dissertação de doutoramento, Centro da Facultat de Psicologia i Ciències de l'Educació i l'Esport Blanquerna - Universitat Ramon Llull, Barcelona.
- Sotero, L. (2010). Adaptado de López, S. & Escudero, V. (2003). *Familia, evaluación e intervención*. Madrid: Editorial CCS.
- Sprenkle, D.H., Davis, S.D., & Lebow, J.L. (2009). *Common factors in couple and family therapy: the overlooked foundation for effective practice*. New York and London: The Guilford Press. ISBN 978-1-60623-360-3
- Sprenkle, D.H. & Blow, A.J. (2004). Common factors and our sacred models. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(2), 113-129. doi: 10.1111/j.1752-0606.2004.tb01228.x
- Sprenkle, D.H., Blow, A.J., & Dickey, M.H. (1999). Common factors and other nontechnique variables in marriage and family therapy. In M. Hubble, B. Duncan, & S. Miller (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy* (329-359). Washington: American Psychological Association Press.
- Stevens, J. (2009). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. (5<sup>th</sup> ed.). Taylor & Francis Group, LLC, New York. ISBN: 978-0-8058-5901-0
- Stiles, W.B., Snow, J.S. (1984). Counseling session impact as viewed by novice counselors and their clients. *Journal of Counseling*

*Psychology*, 31(1), 3-12. doi: 10.1037/0022-0167.31.1.3

Stiles, W.B., Reynolds, S., Hardy, G.E., Rees, A., Barkham, M., & Shapiro, D.A. (1994). Evaluation and description of psychotherapy sessions by clients using the Session Evaluation Questionnaire and the Session Impacts Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 175–185. doi:10.1037/0022-0167.41.2.175

Stratton, P. (2005). Report on the evidence base of systemic family therapy. *Association of Family Therapy*. Acedido em [www.aft.org.com](http://www.aft.org.com).

Stratton, P., Bland, J., Janes, E., & Lask, J. (2010). Developing an indicator of family function and a practicable outcome measure for systemic family and couple therapy: the SCORE. *Journal of Family Therapy*, 32, 232–258. doi: 10.1111/j.1467-6427.2010.00507.x

Stratton, P., Lask, J., Bland, J., Nowotny, E., Singh, R., Janes, E., & Peppiatt, A. (2013). Detecting therapeutic improvement early in therapy: Validation of the SCORE-15 Index of Family Functioning and Change. Submetido ao *Journal of Family Therapy*.

Therriault, A., Gazzola, N., & Richardson, B. (2009). Feelings of Incompetence in Novice Therapists: Consequences, Coping, and Correctives. *Canadian Journal of Counselling*, 43(1), 105-209

Thomas, M.L. (2006). The contributing factors of change in a therapeutic process. *Contemporary Family Therapy*, 28, 201-210. doi: 10.1007/s10591-006-9000-4

Wampold, B.E. & Brown, G.S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 914–923. doi: 10.1037/0022-006X.73.5.914

Weinberger, J. (2002). Short paper, large impact: Rosenzweig's influence on the common factors movement. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(1), 67–76. doi: 10.1037//1053-0479.12.1.67

Wittenborn, A. (2012). Exploring the influence of the attachment organizations of novice therapists on their delivery of emotionally focused therapy for couples. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 50-62. doi: 10.1111/j.1752-0606.2012.00290.x.

## **Anexos**

Anexo A: Formulário de Consentimento Terapeutas - Questionário dos Dados Sociodemográficos

Anexo B: SCORE - Versão do Terapeuta

Anexo C: SOFTA-s – Versão do Terapeuta

Anexo D: Ficha de Avaliação das Expetativas

Anexo E: Tabela das medidas descritivas do SCORE - Versão do Terapeuta

Anexo F: Tabela das medidas descritivas dos somatórios das dimensões do SOFTA-s

Anexo G: Tabela das medidas descritivas da Ficha de Avaliação das Expetativas (FAE)

Anexo H: Resultados da *ANOVA* de medidas repetidas do SCORE – 2ª questão

Anexo I: Tabela das medidas descritivas dos instrumentos relativas à variável *Sexo*

Anexo J: Resultados da *ANOVA* mista da variável *Sexo* referentes à FAE

Anexo K: Tabela das medidas descritivas dos instrumentos relativas à variável *Idade*

Anexo L: Resultados da *ANOVA* mista da variável *Tipo de formação* referentes à 2ª questão da FAE

Anexo M: Tabela das medidas descritivas dos instrumentos relativas à variável *Tipo de formação*

Anexo N: Tabela das medidas descritivas dos instrumentos relativas à variável *Anos de formação*

Anexo O: Resultados da *ANOVA* mista da variável *Anos de experiência clínica* referentes à 2ª questão do SCORE

Anexo P: Tabela das medidas descritivas dos instrumentos relativas à variável *Anos de experiência clínica*



Anexo Q: Resultados da ANOVA mista da variável *Anos de experiência clínica* referentes à dimensão *Envolvimento no Processo Terapêutico* do SOFTA-s

Anexo R: Resultados da ANOVA mista da variável *Anos de experiência em TFS* referentes à FAE

Anexo S: Tabela das medidas descritivas dos instrumentos relativas à variável *Anos de experiência em TFS*

Anexo T: Resultados da ANOVA mista da variável *Anos de experiência em TFS* referentes ao SOFTA-s e às dimensões *Envolvimento no Processo Terapêutico* e *Segurança dentro do Sistema Terapêutico*

**Anexo A: Formulário de Consentimento Terapeutas - Questionário dos Dados Sociodemográficos**

PT / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (Código Local) (Nº Família)

**Formulário de Consentimento do Projecto “Resultados e Evolução do Processo Terapêutico: Adaptação de uma Medida de Avaliação (SCORE-29)”  
Terapeutas**

(1) Confirmando que me foram explicados os objectivos da investigação e que tive a oportunidade de colocar questões sobre o estudo.

(2) Compreendi que a minha participação é totalmente voluntária e posso recusar participar em qualquer momento.

(3) Relativamente à informação que disponibilizo, tomei conhecimento que será garantido o anonimato, que a informação será guardada em segurança por um período de tempo limitado e será exclusivamente utilizada para fins de investigação.

(4) Aceito participar neste estudo, orientado pela Doutora Ana Paula Relvas (Professora Catedrática da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e Membro Supervisor da Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar), em colaboração com colegas dos serviços de saúde.

**Co-Terapeutas:**

Nome	Idade	Sexo	Formação académica [grau(s) curso(s)]	Tipo de formação clínica	Nº de anos de formação clínica (teórica e/ou supervisão)	Nº de anos de experiência clínica	N.º de anos de experiência em Terapia Familiar Sistémica

**Nome e assinatura do(s) terapeuta(s) que dá(ão) o consentimento:**

Nome..... Assinatura.....

Nome..... Assinatura.....

Data .....



Evolução da Aliança, Expectativas e Efeitos da Terapia Familiar Sistémica ao longo do Processo Terapêutico. Ponto de vista do Terapeuta.

Juliana Oliveira Moreira Azevedo (e-mail: julianazevedo3@sapo.pt) 2013

**Anexo B: SCORE - Versão do Terapeuta**

**Anexo C: SOFTA-s – Versão do Terapeuta**

**Anexo D:** Ficha de Avaliação das Expectativas

**Anexo E:** Tabela das medidas descritivas do SCORE - Versão do Terapeuta

	N	Média	Desvio-Padrão
SCORE – 1ª questão Sessão 4	23	5.17	1.83
SCORE – 1ª questão Sessão 7	23	4.7	2.77

**Anexo F:** Tabela das medidas descritivas dos somatórios das dimensões do SOFTA-s

	N	Média	Desvio-padrão
<i>Envolvimento no Processo</i> Sessão 1	22	13.7	1.6
<i>Envolvimento no Processo</i> Sessão 4	23	14	1.6
<i>Envolvimento no Processo</i> Sessão 7	23	13.7	2.2
<i>Conexão Emocional</i> Sessão 1	23	13.3	1.6
<i>Conexão Emocional</i> Sessão 4	23	13.6	1.1
<i>Conexão Emocional</i> Sessão 7	23	14	1.3
<i>Segurança dentro do Sistema</i> Sessão 1	23	12.5	1.8
<i>Segurança dentro do Sistema</i> Sessão 4	23	13	2.2
<i>Segurança dentro do Sistema</i> Sessão 7	23	12.8	2.7
<i>Sentimento de Partilha de Objetivos</i> Sessão 1	23	13.2	2.8
<i>Sentimento de Partilha de Objetivos</i> Sessão 4	23	13.7	1.8
<i>Sentimento de Partilha de Objetivos</i> Sessão 7	23	13.9	2.5

**Anexo G:** Tabela das medidas descritivas da Ficha de Avaliação das Expetativas (FAE)

	N	Média	Desvio-Padrão
FAE – 1ª questão Sessão 1	22	6.07	1.62
FAE – 1ª questão Sessão 4	22	5.86	1.69
FAE – 1ª questão Sessão 7	22	5.5	1.77
FAE – 2ª questão Sessão 1	22	6.18	1.92
FAE – 2ª questão Sessão 4	22	6.68	1.81
FAE – 2ª questão Sessão 7	22	6.59	1.82



**Anexo H:** Resultados da ANOVA com medidas repetidas do SCORE – 2ª questão

**Multivariate Tests<sup>b</sup>**

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared	
Sessões	Pillai's Trace	.217	6.111 <sup>a</sup>	1.000	22.000	.022	.217
	Wilks' Lambda	.783	6.111 <sup>a</sup>	1.000	22.000	.022	.217
	Hotelling's Trace	.278	6.111 <sup>a</sup>	1.000	22.000	.022	.217
	Roy's Largest Root	.278	6.111 <sup>a</sup>	1.000	22.000	.022	.217

a. Exact statistic

b. Design: Intercept

Within Subjects Design: Sessões

**Anexo I:** Tabela das medidas descritivas dos instrumentos relativas à variável *Sexo*

	Sexo	N	Média	Desvio-padrão
SCORE – 1ª questão	Feminino	20	4.9	1.8
Sessão 4	Masculino	3	4	1.7
SCORE – 1ª questão	Feminino	20	5.7	2.7
Sessão 7	Masculino	3	3	2
SCORE – 2ª questão	Feminino	20	2.8	0.6
Sessão 4	Masculino	3	2.3	0.6
SCORE – 2ª questão	Feminino	20	3.2	0.6
Sessão 7	Masculino	3	3	1
FAE – 1ª questão	Feminino	19	5.9	1.6
Sessão 1	Masculino	3	6.8	1.4
FAE – 1ª questão	Feminino	19	5.6	1.6
Sessão 4	Masculino	3	7.7	0.6
FAE – 1ª questão	Feminino	19	5.3	1.8
Sessão 7	Masculino	3	7	0.0
FAE – 2ª questão	Feminino	19	6.3	1.9
Sessão 1	Masculino	3	5.3	2.1
FAE – 2ª questão	Feminino	19	6.9	1.7
Sessão 4	Masculino	3	5.3	2.1
FAE – 2ª questão	Feminino	19	6.9	1.5
Sessão 7	Masculino	3	4.7	2.9
SOFTA Total	Feminino	19	52.5	5
Sessão 1	Masculino	3	53.3	2.3
SOFTA Total	Feminino	19	54.5	5.1
Sessão 4	Masculino	3	52.7	1.2
SOFTA Total	Feminino	19	54.7	7.6
Sessão7	Masculino	3	53.3	6
<i>Envolvimento no Processo</i>	Feminino	19	13.8	1.6
Sessão 1	Masculino	3	13	1
<i>Envolvimento no Processo</i>	Feminino	19	14	1.7
Sessão 4	Masculino	3	13.7	0.6
<i>Envolvimento no Processo</i>	Feminino	19	13.8	2.2
Sessão 7	Masculino	3	13.7	3.2
<i>Conexão Emocional</i>	Feminino	20	13.1	1.4
Sessão 1	Masculino	3	14.7	2.5
<i>Conexão Emocional</i>	Feminino	20	13.5	1
Sessão 4	Masculino	3	14.3	1.5
<i>Conexão Emocional</i>	Feminino	20	14	1.3

Evolução da Aliança, Expetativas e Efeitos da Terapia Familiar Sistémica ao longo do Processo Terapêutico. Ponto de vista do Terapeuta.

Juliana Oliveira Moreira Azevedo (e-mail: julianazevedo3@sapo.pt) 2013

Sessão 7	Masculino	3	14	1
<i>Segurança dentro do Sistema</i>	Feminino	20	12.5	1.9
Sessão 1	Masculino	3	13	1
<i>Segurança dentro do Sistema</i>	Feminino	20	13.2	2.1
Sessão 4	Masculino	3	11.7	3
<i>Segurança dentro do Sistema</i>	Feminino	20	12.8	2.7
Sessão 7	Masculino	3	13	3
<i>Sentimento de Partilha de</i>	Feminino	20	13.3	2.9
<i>Objetivos</i>	Masculino	3	12.7	3.1
Sessão 1				
<i>Sentimento de Partilha de</i>	Feminino	20	13.8	1.9
<i>Objetivos</i>	Masculino	3	13	1
Sessão 4				
<i>Sentimento de Partilha de</i>	Feminino	20	14.1	2.5
<i>Objetivos</i>	Masculino	3	12.7	1.5
Sessão 7				

---

**Anexo J: Resultados da ANOVA mista da variável *Sexo* referentes à FAE**

**FAE – 1ª questão**

**Multivariate Tests<sup>b</sup>**

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared
Sessões	Pillai's Trace	.055	.557 <sup>a</sup>	2.000	19.000	.582	.055
	Wilks' Lambda	.945	.557 <sup>a</sup>	2.000	19.000	.582	.055
	Hotelling's Trace	.059	.557 <sup>a</sup>	2.000	19.000	.582	.055
	Roy's Largest Root	.059	.557 <sup>a</sup>	2.000	19.000	.582	.055
	Root						
Sessões * SexoTerapeuta	Pillai's Trace	.050	.499 <sup>a</sup>	2.000	19.000	.615	.050
	Wilks' Lambda	.950	.499 <sup>a</sup>	2.000	19.000	.615	.050
	Hotelling's Trace	.053	.499 <sup>a</sup>	2.000	19.000	.615	.050
	Roy's Largest Root	.053	.499 <sup>a</sup>	2.000	19.000	.615	.050
	Root						

a. Exact statistic

b. Design: Intercept + SexoTerapeuta

Within Subjects Design: Sessões

**Tests of Between-Subjects Effects**

Measure: MEASURE\_1

Transformed Variable: Average

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Intercept	1266.163	1	1266.163	265.947	.000	.930
SexoTerapeuta	19.163	1	19.163	4.025	.059	.168
Error	95.219	20	4.761			

## FAE – 2ª questão

Multivariate Tests<sup>b</sup>

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared
Sessões	Pillai's Trace	.012	.111 <sup>a</sup>	2.000	19.000	.895	.012
	Wilks' Lambda	.988	.111 <sup>a</sup>	2.000	19.000	.895	.012
	Hotelling's Trace	.012	.111 <sup>a</sup>	2.000	19.000	.895	.012
	Roy's Largest Root	.012	.111 <sup>a</sup>	2.000	19.000	.895	.012
Sessões * SexoTerapeuta	Pillai's Trace	.035	.342 <sup>a</sup>	2.000	19.000	.715	.035
	Wilks' Lambda	.965	.342 <sup>a</sup>	2.000	19.000	.715	.035
	Hotelling's Trace	.036	.342 <sup>a</sup>	2.000	19.000	.715	.035
	Roy's Largest Root	.036	.342 <sup>a</sup>	2.000	19.000	.715	.035

a. Exact statistic

b. Design: Intercept + SexoTerapeuta

Within Subjects Design: Sessões

## Tests of Between-Subjects Effects

Measure: MEASURE\_1

Transformed Variable: Average

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Intercept	1084.636	1	1084.636	300.653	.000	.938
SexoTerapeuta	19.666	1	19.666	5.451	.030	.214
Error	72.152	20	3.608			

**Anexo K:** Tabela das medidas descritivas dos instrumentos relativas à variável *Idade*

	Idade (Faixa)	N	Média	Desvio- padrão
SCORE – 1ª questão	20-26	6	5	1.9
Sessão 4	27-33	10	5.1	1.7
	> 33	6	4.8	2.2
SCORE – 1ª questão	20-26	6	4.5	2.7
Sessão 7	27-33	10	5.9	3
	> 33	6	4.8	2.9
SCORE – 2ª questão	20-26	6	2.7	0.5
Sessão 4	27-33	10	2.5	0.9
	> 33	6	3	0.0
SCORE – 2ª questão	20-26	6	3	0.9
Sessão 7	27-33	10	3	0.5
	> 33	6	3.5	0.5
FAE – 1ª questão	20-26	6	5.3	1.5
Sessão 1	27-33	10	6	1.5
	> 33	6	7	1.8
FAE – 1ª questão	20-26	6	5.7	2.5
Sessão 4	27-33	10	5.4	1.2
	> 33	6	6.8	1.7
FAE – 1ª questão	20-26	6	6	1.5
Sessão 7	27-33	10	4.7	1.9
	> 33	6	6.3	1.4
FAE – 2ª questão	20-26	6	6.2	2.1
Sessão 1	27-33	10	6.3	1.9
	> 33	6	6	2
FAE – 2ª questão	20-26	6	6.3	1.9
Sessão 4	27-33	10	6.9	2
	> 33	6	6.8	1.6
FAE – 2ª questão	20-26	6	5.3	2.1
Sessão 7	27-33	10	7	1.8
	> 33	6	7.2	1
SOFTA Total	20-26	6	50.2	2.3
Sessão 1	27-33	10	52	33.7
	> 33	5	55.8	6.9
SOFTA Total	20-26	6	54.2	2.2
Sessão 4	27-33	10	52.5	4.1
	> 33	5	56	6.8
SOFTA Total	20-26	6	54.5	4.6
Sessão7	27-33	10	52.1	7.1
	> 33	5	57.8	9.9

<i>Envolvimento no Processo</i>	20-26	6	13.7	0.5
Sessão 1	27-33	10	13.5	1.4
	> 33	5	13.8	2.6
<i>Envolvimento no Processo</i>	20-26	6	14.2	1.2
Sessão 4	27-33	10	13.6	1.9
	> 33	5	14.2	1.5
<i>Envolvimento no Processo</i>	20-26	6	13.7	2.3
Sessão 7	27-33	10	13.2	2.1
	> 33	5	14.6	2.5
<i>Conexão Emocional</i>	20-26	6	13	2.2
Sessão 1	27-33	10	13.3	1.3
	> 33	6	13.7	1.8
<i>Conexão Emocional</i>	20-26	6	14.3	1.2
Sessão 4	27-33	10	13.1	0.7
	> 33	6	14.5	1.4
<i>Conexão Emocional</i>	20-26	6	14.3	0.8
Sessão 7	27-33	10	13.6	0.9
	> 33	6	14.2	2
<i>Segurança dentro do Sistema</i>	20-26	6	12.2	1.5
Sessão 1	27-33	10	12	1.5
	> 33	6	13.3	2.3
<i>Segurança dentro do Sistema</i>	20-26	6	12.5	2
Sessão 4	27-33	10	12.6	1.8
	> 33	6	13.3	2.7
<i>Segurança dentro do Sistema</i>	20-26	6	13.3	1.6
Sessão 7	27-33	10	11.8	3
	> 33	6	13.7	3
<i>Sentimento de Partilha de</i>	20-26	6	11.3	1.9
Objetivos	27-33	10	13.1	2.9
Sessão 1	> 33	6	15	2.8
<i>Sentimento de Partilha de</i>	20-26	6	13.2	1.2
Objetivos	27-33	10	13.2	1.9
Sessão 4	> 33	6	14.7	1.8
<i>Sentimento de Partilha de</i>	20-26	6	13.2	1.7
Objetivos	27-33	10	13.5	2.5
Sessão 7	> 33	6	14.7	2.9

**Anexo L: Resultados da ANOVA mista da variável *Tipo de formação* referentes à 2ª questão da FAE**

**Multivariate Tests<sup>c</sup>**

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared
Sessões	Pillai's Trace	.235	2.764 <sup>a</sup>	2.000	18.000	.090	.235
	Wilks' Lambda	.765	2.764 <sup>a</sup>	2.000	18.000	.090	.235
	Hotelling's Trace	.307	2.764 <sup>a</sup>	2.000	18.000	.090	.235
	Roy's Largest Root	.307	2.764 <sup>a</sup>	2.000	18.000	.090	.235
Sessões * Tipodeformação	Pillai's Trace	.607	4.141	4.000	38.000	.007	.304
	Wilks' Lambda	.451	4.407 <sup>a</sup>	4.000	36.000	.005	.329
	Hotelling's Trace	1.091	4.636	4.000	34.000	.004	.353
	Roy's Largest Root	.957	9.089 <sup>b</sup>	2.000	19.000	.002	.489

a. Exact statistic

b. The statistic is an upper bound on F that yields a lower bound on the significance level.

c. Design: Intercept + Tipodeformação

Within Subjects Design: Sessões

**Tests of Between-Subjects Effects**

Measure: MEASURE\_1

Transformed Variable: Average

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Intercept	1013.174	1	1013.174	218.531	.000	.920
Tipodeformação	3.728	2	1.864	.402	.674	.041
Error	88.090	19	4.636			



**Anexo M:** Tabela das medidas descritivas dos instrumentos relativas à variável *Tipo de formação*

	Tipo de formação	N	Média	Desvio-padrão
SCORE – 1ª questão	Terapia familiar	13	4.9	2.1
Sessão 4	Sistémica, Saúde e Família	8	4.9	1.6
	Outro	1	3	0
SCORE – 1ª questão	Terapia familiar	6	5.2	2.9
Sessão 7	Sistémica, Saúde e Família	10	4.8	2.7
	Outro	6	9	0
SCORE – 2ª questão	Terapia familiar	13	2.9	0.5
Sessão 4	Sistémica, Saúde e Família	8	2.4	0.7
	Outro	1	2	0
SCORE – 2ª questão	Terapia familiar	13	3.2	0.6
Sessão 7	Sistémica, Saúde e Família	8	3	0.8
	Outro	1	3	0
FAE – 1ª questão	Terapia familiar	13	6.4	1.6
Sessão 1	Sistémica, Saúde e Família	8	5.5	1.7
	Outro	1	7	0
FAE – 1ª questão	Terapia familiar	13	5.9	1.5
Sessão 4	Sistémica, Saúde e Família	8	5.8	2.2
	Outro	1	6	0
FAE – 1ª questão	Terapia familiar	13	5.5	1.9
Sessão 7	Sistémica, Saúde e Família	8	5.9	1.6
	Outro	1	3	0
FAE – 2ª questão	Terapia familiar	13	6.1	1.9
Sessão 1	Sistémica, Saúde e Família	8	6.6	2
	Outro	1	4	0
FAE – 2ª questão	Terapia familiar	13	6.4	1.8
Sessão 4	Sistémica, Saúde e Família	8	6.9	1.9
	Outro	1	9	0
FAE – 2ª questão	Terapia familiar	13	7.2	1.3
Sessão 7	Sistémica, Saúde e Família	8	5.3	1.8
	Outro	1	9	0
SOFTA Total	Terapia familiar	12	53.6	5.5
Sessão 1	Sistémica, Saúde e Família	8	50.6	2.7
	Outro	1	51	0
SOFTA Total	Terapia familiar	12	54.7	5.1
Sessão 4	Sistémica, Saúde e Família	8	53.1	3.4
	Outro	1	49	0
SOFTA Total	Terapia familiar	12	54.9	7
Sessão7	Sistémica, Saúde e Família	8	52.8	8
	Outro	1	56	0

<i>Envolvimento no</i>	Terapia familiar	12	13.8	1.9
<i>Processo</i>	Sistémica, Saúde e Família	8	13.5	0.8
<i>Sessão 1</i>	Outro	1	13	0
<i>Envolvimento no</i>	Terapia familiar	12	14.1	1.8
<i>Processo</i>	Sistémica, Saúde e Família	8	13.9	1.2
<i>Sessão 4</i>	Outro	1	12	0
<i>Envolvimento no</i>	Terapia familiar	12	14.1	1.9
<i>Processo</i>	Sistémica, Saúde e Família	8	13	2.8
<i>Sessão 7</i>	Outro	1	14	0
<i>Conexão Emocional</i>	Terapia familiar	13	13.5	1.3
<i>Sessão 1</i>	Sistémica, Saúde e Família	8	13.3	1.9
	Outro	1	11	0
<i>Conexão Emocional</i>	Terapia familiar	13	13.4	1
<i>Sessão 4</i>	Sistémica, Saúde e Família	8	13.9	1.4
	Outro	1	13	0
<i>Conexão Emocional</i>	Terapia familiar	13	13.8	1.5
<i>Sessão 7</i>	Sistémica, Saúde e Família	8	14.1	1.1
	Outro	1	14	0
<i>Segurança dentro do</i>	Terapia familiar	13	12.6	1.9
<i>Sistema</i>	Sistémica, Saúde e Família	8	12	1.5
<i>Sessão 1</i>	Outro	1	13	0
<i>Segurança dentro do</i>	Terapia familiar	13	13.1	2.2
<i>Sistema</i>	Sistémica, Saúde e Família	8	12.7	1.8
<i>Sessão 4</i>	Outro	1	10	0
<i>Segurança dentro do</i>	Terapia familiar	13	12.8	2.8
<i>Sistema</i>	Sistémica, Saúde e Família	8	12.7	3.1
<i>Sessão 7</i>	Outro	1	13	0
<i>Sentimento de</i>	Terapia familiar	13	13.8	3.2
<i>Partilha de Objetivos</i>	Sistémica, Saúde e Família	8	11.9	2.1
<i>Sessão 1</i>	Outro	1	14	0
<i>Sentimento de</i>	Terapia familiar	13	14.1	1.6
<i>Partilha de Objetivos</i>	Sistémica, Saúde e Família	8	12.8	1.8
<i>Sessão 4</i>	Outro	1	14	0
<i>Sentimento de</i>	Terapia familiar	13	14.1	2.5
<i>Partilha de Objetivos</i>	Sistémica, Saúde e Família	8	13	2.4
<i>Sessão 7</i>	Outro	1	15	0

**Anexo N:** Tabela das medidas descritivas dos instrumentos relativas à variável *Anos de formação*

	Anos de formação (Faixa)	N	Média	Desvio- padrão
SCORE – 1ª questão	Estagiários	2	3.4	0
Sessão 4	1-4	6	3.6	0.3
	5-8	13	3.3	0.6
SCORE – 1ª questão	Estagiários	2	3.3	0.3
Sessão 7	1-4	6	3.6	0.3
	5-8	13	3.5	0.4
SCORE – 2ª questão	Estagiários	2	2.5	0.7
Sessão 4	1-4	6	2.7	1
	5-8	14	2.7	0.5
SCORE – 2ª questão	Estagiários	2	2	0
Sessão 7	1-4	6	3.2	0.8
	5-8	14	3.3	0.5
FAE – 1ª questão	Estagiários	2	4.5	2.1
Sessão 1	1-4	6	5.3	1.6
	5-8	14	6.6	1.4
FAE – 1ª questão	Estagiários	2	5.5	3.5
Sessão 4	1-4	6	5	1.4
	5-8	14	6.3	1.5
FAE – 1ª questão	Estagiários	2	6.5	0.7
Sessão 7	1-4	6	4.8	2.1
	5-8	14	5.6	1.7
FAE – 2ª questão	Estagiários	2	4	1.4
Sessão 1	1-4	6	6	2.1
	5-8	14	6.6	1.8
FAE – 2ª questão	Estagiários	2	7	1.4
Sessão 4	1-4	6	7.3	1.2
	5-8	14	6.4	2.1
FAE – 2ª questão	Estagiários	2	4	1.4
Sessão 7	1-4	6	7	1.7
	5-8	14	6.8	1.7
SOFTA Total	Estagiários	2	50.5	2.1
Sessão 1	1-4	6	52.7	3.7
	5-8	13	52.5	5.4
SOFTA Total	Estagiários	2	53	1.4
Sessão 4	1-4	6	55.3	3.1
	5-8	13	53.2	5.2
SOFTA Total	Estagiários	2	49.5	3.5
Sessão 7	1-4	6	55.7	4.7
	5-8	13	54.2	8.7

<i>Envolvimento no</i>	Estagiários	2	14	0
<i>Processo</i>	1-4	6	14	1.1
<i>Sessão 1</i>	5-8	13	13.4	1.8
<i>Envolvimento no</i>	Estagiários	2	13	0
<i>Processo</i>	1-4	6	15.2	1
<i>Sessão 4</i>	5-8	13	13.5	1.6
<i>Envolvimento no</i>	Estagiários	2	11	1.4
<i>Processo</i>	1-4	6	14	1.7
<i>Sessão 7</i>	5-8	13	13.9	2.4
<i>Conexão Emocional</i>	Estagiários	2	12	0
<i>Sessão 1</i>	1-4	6	12.8	0.8
	5-8	14	13.7	1.9
<i>Conexão Emocional</i>	Estagiários	2	14.5	0.8
<i>Sessão 4</i>	1-4	6	13.5	1
	5-8	14	13.4	1.2
<i>Conexão Emocional</i>	Estagiários	2	14	1.4
<i>Sessão 7</i>	1-4	6	14	1.1
	5-8	14	14	1.4
<i>Segurança dentro do</i>	Estagiários	2	13.5	0.8
<i>Sistema</i>	1-4	6	12.2	1.5
<i>Sessão 1</i>	5-8	14	12.4	1.9
<i>Segurança dentro do</i>	Estagiários	2	13.5	2.1
<i>Sistema</i>	1-4	6	12.8	2.1
<i>Sessão 4</i>	5-8	14	12.6	2.2
<i>Segurança dentro do</i>	Estagiários	2	13	0
<i>Sistema</i>	1-4	6	13	2.7
<i>Sessão 7</i>	5-8	14	12.6	3.1
<i>Sentimento de</i>	Estagiários	2	11	1.4
<i>Partilha de Objetivos</i>	1-4	6	13.7	2.7
<i>Sessão 1</i>	5-8	14	13.2	3.1
<i>Sentimento de</i>	Estagiários	2	12	0
<i>Partilha de Objetivos</i>	1-4	6	13.8	0.9
<i>Sessão 4</i>	5-8	14	13.7	2
<i>Sentimento de</i>	Estagiários	2	11.5	0.8
<i>Partilha de Objetivos</i>	1-4	6	14.7	1.9
<i>Sessão 7</i>	5-8	14	13.7	2.6

**Anexo O:** Resultados da ANOVA mista da variável *Anos de experiência clínica* referentes à 2ª questão do SCORE

**Multivariate Tests<sup>b</sup>**

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared
Sessões	Pillai's Trace	.086	1.697 <sup>a</sup>	1.000	18.000	.209	.086
	Wilks' Lambda	.914	1.697 <sup>a</sup>	1.000	18.000	.209	.086
	Hotelling's Trace	.094	1.697 <sup>a</sup>	1.000	18.000	.209	.086
	Roy's Largest Root	.094	1.697 <sup>a</sup>	1.000	18.000	.209	.086
Sessões * AnosExperiFaixa	Pillai's Trace	.272	2.245 <sup>a</sup>	3.000	18.000	.118	.272
	Wilks' Lambda	.728	2.245 <sup>a</sup>	3.000	18.000	.118	.272
	Hotelling's Trace	.374	2.245 <sup>a</sup>	3.000	18.000	.118	.272
	Roy's Largest Root	.374	2.245 <sup>a</sup>	3.000	18.000	.118	.272

a. Exact statistic

b. Design: Intercept + AnosExperiFaixa

Within Subjects Design: Sessões

**Tests of Between-Subjects Effects**

Measure: MEASURE\_1

Transformed Variable: Average

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Intercept	245.586	1	245.586	692.343	.000	.975
AnosExperiFaixa	3.251	3	1.084	3.055	.055	.337
Error	6.385	18	.355			

**Anexo P:** Tabela das medidas descritivas dos instrumentos relativas à variável *Anos de experiência clínica*

	Anos de experiência clínica (Faixa)	N	Média	Desvio-padrão
SCORE – 1ª questão	Estagiários	2	5.5	0.8
Sessão 4	1-4	9	4.7	1.9
	5-8	4	4.3	1.9
	>8	7	5.1	2.2
SCORE – 1ª questão	Estagiários	2	3	0
Sessão 7	1-4	9	5.7	3.2
	5-8	4	4.8	3.9
	>8	7	5.7	2.1
SCORE – 2ª questão	Estagiários	2	2.5	0.7
Sessão 4	1-4	9	2.4	0.7
	5-8	4	2.5	0.6
	>8	7	3.1	0.4
SCORE – 2ª questão	Estagiários	2	2	0
Sessão 7	1-4	9	3.3	0.7
	5-8	4	3	0.5
	>8	7	3.3	0.6
FAE – 1ª questão	Estagiários	2	4.5	2.1
Sessão 1	1-4	9	6	1.7
	5-8	4	6	1.2
	>8	7	6.7	1.6
FAE – 1ª questão	Estagiários	2	5.5	3.5
Sessão 4	1-4	9	5.6	2.1
	5-8	4	6	0.8
	>8	7	6.3	1.1
FAE – 1ª questão	Estagiários	2	6.5	0.7
Sessão 7	1-4	9	5.1	2.1
	5-8	4	6.3	1.7
	>8	7	5.5	1.3
FAE – 2ª questão	Estagiários	2	4	1.4
Sessão 1	1-4	9	7	1.5
	5-8	4	6.3	1.7
	>8	7	5.7	2.3
FAE – 2ª questão	Estagiários	2	7	1.4
Sessão 4	1-4	9	6.9	1.8
	5-8	4	5.5	2.6
	>8	7	6.7	1.5
FAE – 2ª questão	Estagiários	2	4	1.4
Sessão 7	1-4	9	6.7	2.1
	5-8	4	7.8	1.3
	>8	7	6.6	1.1

SOFTA Total	Estagiários	2	50.5	2.1
Sessão 1	1-4	9	51.7	3
	5-8	4	50	4.5
	>8	6	55.5	6.3
	SOFTA Total	Estagiários	2	53
Sessão 4	1-4	9	54.1	3.9
	5-8	4	51.3	3.3
	>8	6	55.3	6.3
	SOFTA Total	Estagiários	2	49.5
Sessão7	1-4	9	54.5	7.8
	5-8	4	52.5	3.1
	>8	6	56.2	9.5
<i>Envolvimento no Processo</i> Sessão 1	Estagiários	2	14	0
	1-4	9	13.1	0.8
	5-8	4	13.3	1.8
	>8	6	14.5	2.3
<i>Envolvimento no Processo</i> Sessão 4	Estagiários	2	13	0
	1-4	9	14.6	1.3
	5-8	4	12.3	1.7
	>8	6	14.3	1.4
<i>Envolvimento no Processo</i> Sessão 7	Estagiários	2	11	1.4
	1-4	9	14	2.4
	5-8	4	14	0.8
	>8	6	13.8	2.6
<i>Conexão Emocional</i> Sessão 1	Estagiários	2	12	0
	1-4	9	13.7	1.8
	5-8	4	13.3	1.7
	>8	7	13.3	1.6
<i>Conexão Emocional</i> Sessão 4	Estagiários	2	14.5	0.7
	1-4	9	13.6	1.2
	5-8	4	13.3	0.5
	>8	7	13.4	1.4
<i>Conexão Emocional</i> Sessão 7	Estagiários	2	14	1.4
	1-4	9	14.2	1.1
	5-8	4	13.8	0.5
	>8	7	13.7	1.9
<i>Segurança dentro do Sistema</i> Sessão 1	Estagiários	2	13.5	0.8
	1-4	9	11.9	1.3
	5-8	4	12	1.4
	>8	7	13	2.4
<i>Segurança dentro do Sistema</i> Sessão 4	Estagiários	2	13.5	2.1
	1-4	9	12.7	1.8
	5-8	4	12.5	1.7

	>8	7	12.9	2.9
<i>Segurança dentro do Sistema</i>	Estagiários	2	13	0
	1-4	9	12.4	3.1
<i>Sessão 7</i>	5-8	4	12	1.8
	>8	7	13.4	3.3
<i>Sentimento de Partilha de Objetivos</i>	Estagiários	2	11	1.4
	1-4	9	13	2.3
<i>Sessão 1</i>	5-8	4	11.5	3.7
	>8	7	14.9	2.7
<i>Sentimento de Partilha de Objetivos</i>	Estagiários	2	12	0
	1-4	9	13.3	1.8
<i>Sessão 4</i>	5-8	4	13.3	1.5
	>8	7	14.6	1.7
<i>Sentimento de Partilha de Objetivos</i>	Estagiários	2	11.5	0.8
	1-4	9	13.9	2.1
<i>Sessão 7</i>	5-8	4	12.8	1.7
	>8	7	14.7	3



**Anexo Q:** Resultados da ANOVA mista da variável *Anos de experiência clínica* referentes à dimensão *Envolvimento no Processo Terapêutico* do SOFTA-s

**Multivariate Tests<sup>c</sup>**

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared
Sessões	Pillai's Trace	.044	.369 <sup>a</sup>	2.000	16.000	.697	.044
	Wilks' Lambda	.956	.369 <sup>a</sup>	2.000	16.000	.697	.044
	Hotelling's Trace	.046	.369 <sup>a</sup>	2.000	16.000	.697	.044
	Roy's Largest Root	.046	.369 <sup>a</sup>	2.000	16.000	.697	.044
Sessões * AnosExperiFaixa	Pillai's Trace	.708	3.109	6.000	34.000	.015	.354
	Wilks' Lambda	.404	3.056 <sup>a</sup>	6.000	32.000	.018	.364
	Hotelling's Trace	1.196	2.990	6.000	30.000	.021	.374
	Roy's Largest Root	.879	4.981 <sup>b</sup>	3.000	17.000	.012	.468

a. Exact statistic

b. The statistic is an upper bound on F that yields a lower bound on the significance level.

c. Design: Intercept + AnosExperiFaixa

Within Subjects Design: Sessões

**Tests of Between-Subjects Effects**

Measure: MEASURE\_1

Transformed Variable: Average

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Intercept	8494.063	1	8494.06	147	.00	.989
AnosExperiFaixa	15.635	3	5.212	1.791	.46	.137
Error	98.111	17	5.771			

**Anexo R:** Resultados da ANOVA mista da variável *Anos de experiência em TFS* referentes à FAE

**FAE- 1ª questão**

**Multivariate Tests<sup>c</sup>**

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared
Sessões	Pillai's Trace	.140	1.380 <sup>a</sup>	2.000	17.000	.278	.140
	Wilks' Lambda	.860	1.380 <sup>a</sup>	2.000	17.000	.278	.140
	Hotelling's Trace	.162	1.380 <sup>a</sup>	2.000	17.000	.278	.140
	Roy's Largest Root	.162	1.380 <sup>a</sup>	2.000	17.000	.278	.140
Sessões * AnosExperiTerapFaixa	Pillai's Trace	.589	2.502	6.000	36.000	.040	.294
	Wilks' Lambda	.498	2.366 <sup>a</sup>	6.000	34.000	.051	.295
	Hotelling's Trace	.836	2.229	6.000	32.000	.066	.295
	Roy's Largest Root	.455	2.728 <sup>b</sup>	3.000	18.000	.074	.313

a. Exact statistic

b. The statistic is an upper bound on F that yields a lower bound on the significance level.

c. Design: Intercept + AnosExperiTerapFaixa

Within Subjects Design: Sessões

**Tests of Between-Subjects Effects**

Measure: MEASURE\_1

Transformed Variable: Average

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Intercept	1207.197	1	1207.197	194.707	.000	.915
AnosExperiTerapFaixa	2.781	3	.927	.150	.929	.024
Error	111.601	18	6.200			

## FAE – 2ª questão

Multivariate Tests<sup>c</sup>

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared
Sessões	Pillai's Trace	.029	.258 <sup>a</sup>	2.000	17.000	.776	.029
	Wilks' Lambda	.971	.258 <sup>a</sup>	2.000	17.000	.776	.029
	Hotelling's Trace	.030	.258 <sup>a</sup>	2.000	17.000	.776	.029
	Roy's Largest Root	.030	.258 <sup>a</sup>	2.000	17.000	.776	.029
Sessões * AnosExperiTerapFaixa	Pillai's Trace	.512	2.065	6.000	36.000	.082	.256
	Wilks' Lambda	.496	2.380 <sup>a</sup>	6.000	34.000	.050	.296
	Hotelling's Trace	1.000	2.666	6.000	32.000	.033	.333
	Roy's Largest Root	.983	5.898 <sup>b</sup>	3.000	18.000	.005	.496

a. Exact statistic

b. The statistic is an upper bound on F that yields a lower bound on the significance level.

c. Design: Intercept + AnosExperiTerapFaixa

Within Subjects Design: Sessões

## Tests of Between-Subjects Effects

Measure: MEASURE\_1

Transformed Variable: Average

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Intercept	1352.15	1	1352.15	323	.00	.947
AnosExperiTerap Faixa	6	6	6	.286	0	
	16.532	3	5.511	1.3	.30	.180
Error	75.286	18	4.183	18	0	

**Anexo S:** Tabela das medidas descritivas dos instrumentos relativas à variável *Anos de experiência em TFS*

	Anos de experiência em TFS (Faixa)	N	Média	Desvio-padrão
SCORE – 1ª questão Sessão 4	Estagiários	2	5.5	0.8
	1-4	14	4.9	2
	5-8	4	4.3	1.9
	>8	2	5	2.8
SCORE – 1ª questão Sessão 7	Estagiários	2	3	0
	1-4	14	5.6	2.7
	5-8	4	4.8	3.9
	>8	2	5.5	3.5
SCORE – 2ª questão Sessão 4	Estagiários	2	2.5	0.7
	1-4	14	2.7	0.7
	5-8	4	2.5	0.6
	>8	2	3	0
SCORE – 2ª questão Sessão 7	Estagiários	2	2	0
	1-4	14	3.3	0.6
	5-8	4	3	0
	>8	2	3.5	0.7
FAE – 1ª questão Sessão 1	Estagiários	2	4.5	2.1
	1-4	14	6.5	1.7
	5-8	4	6	1.2
	>8	2	5	0
FAE – 1ª questão Sessão 4	Estagiários	2	5.5	3.5
	1-4	14	5.6	1.8
	5-8	4	6	0.8
	>8	2	7.5	0.7
FAE – 1ª questão Sessão 7	Estagiários	2	6.5	0.7
	1-4	14	5.6	1.8
	5-8	4	4.5	1.7
	>8	2	6	2.8
FAE – 2ª questão Sessão 1	Estagiários	2	4	1.4
	1-4	14	6.4	2.1
	5-8	4	6.3	1.7
	>8	2	6.5	0.7
FAE – 2ª questão Sessão 4	Estagiários	2	7	1.4
	1-4	14	7.2	1.5
	5-8	4	5.5	2.6
	>8	2	5	1.4
FAE – 2ª questão Sessão 7	Estagiários	2	4	1.4
	1-4	14	6.6	1.8
	5-8	4	7.8	1.3
	>8	2	7	1.4

SOFTA Total	Estagiários	2	50.5	2.1
Sessão 1	1-4	14	52.4	3.7
	5-8	4	50	4.5
	>8	1	65.5	0
	SOFTA Total	Estagiários	2	53
Sessão 4	1-4	14	53.6	3.2
	5-8	4	51.3	3.3
	>8	1	68	0
	SOFTA Total	Estagiários	2	49.5
Sessão7	1-4	14	53.8	6.4
	5-8	4	52.5	3.1
	>8	1	75	0
<i>Envolvimento no Processo</i> Sessão 1	Estagiários	2	14	0
	1-4	14	13.5	1.6
	5-8	4	13.3	1.7
	>8	1	16	0
<i>Envolvimento no Processo</i> Sessão 4	Estagiários	2	13	0
	1-4	14	14.4	1.3
	5-8	4	12.3	1.7
	>8	1	16	0
<i>Envolvimento no Processo</i> Sessão 7	Estagiários	2	11	1.4
	1-4	14	13.6	2.2
	5-8	4	14	0.8
	>8	1	18	0
<i>Conexão Emocional</i> Sessão 1	Estagiários	2	12	0
	1-4	14	13.4	1.6
	5-8	4	13.3	1.7
	>8	2	14.5	2.1
<i>Conexão Emocional</i> Sessão 4	Estagiários	2	14.5	0.7
	1-4	14	13.4	1.2
	5-8	4	13.3	0.5
	>8	2	14.5	2.1
<i>Conexão Emocional</i> Sessão 7	Estagiários	2	14	1.4
	1-4	14	13.8	1.1
	5-8	4	13.8	0.5
	>8	2	15.5	3.5
<i>Segurança dentro do Sistema</i> Sessão 1	Estagiários	2	13.5	0.7
	1-4	14	11.9	1.3
	5-8	4	12	1.4
	>8	2	16	1.4
<i>Segurança dentro do Sistema</i> Sessão 4	Estagiários	2	13.5	2.1
	1-4	14	12.3	1.8
	5-8	4	12.5	1.7

	>8	2	16	2.8
<i>Segurança dentro do Sistema</i>	Estagiários	2	13	0
	1-4	14	12.4	2.8
<i>Sessão 7</i>	5-8	4	12	1.8
	>8	2	16	4.2
<i>Sentimento de Partilha de Objetivos</i>	Estagiários	2	11	1.4
	1-4	14	13.6	2.7
<i>Sessão 1</i>	5-8	4	11.5	3.7
	>8	2	15	1.4
<i>Sentimento de Partilha de Objetivos</i>	Estagiários	2	12	0
	1-4	14	13.6	1.5
<i>Sessão 4</i>	5-8	4	13.3	1.5
	>8	2	15.5	3.5
<i>Sentimento de Partilha de Objetivos</i>	Estagiários	2	11.5	0.7
	1-4	14	13.9	2.1
<i>Sessão 7</i>	5-8	4	12.8	1.7
	>8	2	16.5	4.9

**Anexo T:** Resultados da ANOVA mista da variável *Anos de experiência em TFS* referentes ao SOFTA-s e às dimensões *Envolvimento no Processo Terapêutico e Segurança dentro do Sistema Terapêutico*

**SOFTA-s**

**Multivariate Tests<sup>c</sup>**

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared
Sessões	Pillai's Trace	.124	1.134 <sup>a</sup>	2.000	16.000	.346	.124
	Wilks' Lambda	.876	1.134 <sup>a</sup>	2.000	16.000	.346	.124
	Hotelling's Trace	.142	1.134 <sup>a</sup>	2.000	16.000	.346	.124
	Roy's Largest Root	.142	1.134 <sup>a</sup>	2.000	16.000	.346	.124
Sessões * AnosExperiTerapFaixa	Pillai's Trace	.182	.569	6.000	34.000	.752	.091
	Wilks' Lambda	.820	.556 <sup>a</sup>	6.000	32.000	.762	.094
	Hotelling's Trace	.216	.541	6.000	30.000	.773	.098
	Roy's Largest Root	.202	1.142 <sup>b</sup>	3.000	17.000	.360	.168

a. Exact statistic

b. The statistic is an upper bound on F that yields a lower bound on the significance level.

c. Design: Intercept + AnosExperiTerapFaixa

Within Subjects Design: Sessões

**Tests of Between-Subjects Effects**

Measure: MEASURE\_1

Transformed Variable: Average

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Intercept	83267.687	1	83267.687	2799.177	.000	.994
AnosExperiTerapFaixa	852.393	3	284.131	9.552	.001	.628
Error	505.702	17	29.747			

*Envolvimento no Processo Terapêutico*

**Multivariate Tests<sup>c</sup>**

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared
Sessões	Pillai's Trace	.031	.252 <sup>a</sup>	2.000	16.000	.780	.031
	Wilks' Lambda	.969	.252 <sup>a</sup>	2.000	16.000	.780	.031
	Hotelling's Trace	.032	.252 <sup>a</sup>	2.000	16.000	.780	.031
	Roy's Largest Root	.032	.252 <sup>a</sup>	2.000	16.000	.780	.031
Sessões * AnosExperiTerapFaixa	Pillai's Trace	.618	2.533	6.000	34.000	.039	.309
	Wilks' Lambda	.462	2.510 <sup>a</sup>	6.000	32.000	.042	.320
	Hotelling's Trace	.989	2.473	6.000	30.000	.046	.331
	Roy's Largest Root	.761	4.315 <sup>b</sup>	3.000	17.000	.020	.432

a. Exact statistic

b. The statistic is an upper bound on F that yields a lower bound on the significance level.

c. Design: Intercept + AnosExperiTerapFaixa

Within Subjects Design: Sessões

**Tests of Between-Subjects Effects**

Measure: MEASURE\_1

Transformed Variable: Average

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Intercept	5226.850	1	5226.850	115.648	.000	.986
AnosExperiTerap Faixa	36.913	3	12.304	2.722	.070	.325
Error	76.833	17	4.520			



*Segurança dentro do Sistema Terapêutico*

**Multivariate Tests<sup>c</sup>**

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared
Sessões	Pillai's Trace	.009	.075 <sup>a</sup>	2.000	17.000	.928	.009
	Wilks' Lambda	.991	.075 <sup>a</sup>	2.000	17.000	.928	.009
	Hotelling's Trace	.009	.075 <sup>a</sup>	2.000	17.000	.928	.009
	Roy's Largest Root	.009	.075 <sup>a</sup>	2.000	17.000	.928	.009
Sessões * AnosExperiTerapFaixa	Pillai's Trace	.033	.101	6.000	36.000	.996	.017
	Wilks' Lambda	.967	.096 <sup>a</sup>	6.000	34.000	.996	.017
	Hotelling's Trace	.034	.091	6.000	32.000	.997	.017
	Roy's Largest Root	.029	.174 <sup>b</sup>	3.000	18.000	.912	.028

a. Exact statistic

b. The statistic is an upper bound on F that yields a lower bound on the significance level.

c. Design: Intercept + AnosExperiTerapFaixa

Within Subjects Design: Sessões

**Tests of Between-Subjects Effects**

Measure: MEASURE\_1

Transformed Variable: Average

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Intercept	6544.434	1	6544.434	1002.755	.000	.982
AnosExperiTerapFaixa	81.797	3	27.266	4.178	.021	.410
Error	117.476	18	6.526			