



UC/FPCE_2013

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Relação entre Ciclo Vital da Família e Evolução da Aliança
Terapêutica e Dinâmica Familiar numa Amostra de Sujeitos em
Terapia Familiar Sistémica**

Irina Laura Garcia Felício (e-mail: irinafelicio@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Subárea de
Especialização em Sistémica, Saúde e Família sob a orientação da
Professora Doutora Ana Paula Relvas e Mestre Ana Margarida Vilaça

Relação entre Ciclo Vital da Família e Evolução da Aliança Terapêutica e Dinâmica Familiar numa Amostra de Sujeitos em Terapia Familiar Sistêmica

Resumo

O presente estudo exploratório tem como principal objetivo analisar a evolução do processo terapêutico em função das etapas do ciclo vital da família. De modo a cumprir esta finalidade foi administrado um conjunto de questionários de avaliação, em dois momentos distintos da terapia (1ª e 4ª sessões), a clientes que recorreram a serviços de terapia familiar e de casal, nomeadamente: o *Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales* (F-COPES, 1981; McCubbin, Olson, & Larsen); o *Quality of Life* (QOL, 1982; Olson & Barnes); o *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation* (SCORE, 2010; Stratton, Bland, Janes, & Lask) e o *System for Observing Family Therapy Alliances* (SOFTA-s, 2002; Friedlander & Escudero). O estudo baseia-se numa amostra portuguesa de 55 clientes, tendo sido analisadas somente três etapas do ciclo vital da família, nomeadamente, as famílias com filhos em idade escolar, filhos adolescentes e filhos adultos. Os resultados revelaram que as “famílias com filhos na escola” apresentaram uma evolução mais positiva em termos da aliança terapêutica (escala global, *Envolvimento no processo* e *Conexão emocional*), as “famílias com filhos adultos” demonstraram uma evolução positiva no funcionamento familiar, ao nível da dimensão *Dificuldades familiares* e, por último, as variáveis sociodemográficas e familiares não demonstraram influenciar os resultados.

Palavras-chave: Ciclo Vital da Família; Aliança Terapêutica; *Coping* Familiar; Qualidade de Vida Familiar; Mudança Terapêutica.

Relationship between the Family Life Cycle and Evolution of Therapeutic Alliance and Family Dynamics in a Sample of Subjects in Systemic Family Therapy

Abstract

This exploratory study aims to analyze the evolution of the therapeutic process as a function of the stages of the family life cycle. In order to fulfill this purpose, a set of evaluation questionnaires was given to the clients who have used the services of family and couple therapy, on two distinct therapy periods (1st and 4th sessions), namely: the *Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales* (F-COPES, 1981; McCubbin, Olson, & Larsen); the *Quality of Life* (QOL, 1982; Olson & Barnes); the *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation* (SCORE, 2010; Stratton, Bland, Janes, & Lask) e and the *System for Observing Family Therapy Alliances* (SOFTA-s, 2002; Friedlander & Escudero). The study is based on a portuguese sample of 55 clients and analyses only three stages of family life cycle, namely, families with school-age children, teenagers and adult children. The results revealed that the "families with children in school" had a more positive development in terms of the therapeutic alliance (global scale, *Engagement in the therapeutic process* and *Emotional connection*), "families with adult children" demonstrated a positive family functioning evolution (*Family difficulties*) and, lastly, sociodemographic and family variables showed no influence in the results.

Key Words: Family Life Cycle; Therapeutic Alliance; Family Coping; Quality Family Life; Therapeutic Change.

Agradecimentos

À Professora Doutora Ana Paula Relvas e à Mestre Ana Margarida Vilaça, pela excelente orientação que me proporcionaram, ao longo de todo este percurso.

Ao Professor Doutor José Tomás e ao Mestre Pedro Belo, pela ajuda na componente estatística.

À Dr^a Sara Rosado, por toda a disponibilidade e incentivo.

À minha “irmã de tese”, pela amizade e paciência.

Às amigas maravilhosas que Coimbra me ofereceu, principalmente, à Cristina que se revelou uma grande amiga. Gostaria ainda de agradecer à Carla, à Inês F. e à Inês G., por me acompanharem neste caminho.

Às amigas de infância, pela continuidade que têm dado à nossa bonita amizade.

A todos aqueles que desperdiçaram comigo parte dos seus domingos, em idas ao Perdigão, aqui deixo o meu profundo agradecimento.

À minha família, especialmente, aos meus pais e ao meu irmão, por acreditarem em mim e por me fortalecerem nos momentos de maior fragilidade.

Ao David, por toda a compreensão e apoio, principalmente, nos momentos mais difíceis.

Ao meu avô, por ser a pessoa maravilhosa que é, e por desejar tudo isto, tanto quanto eu.

À minha irmã e aos meus sobrinhos, por terem sido uma fonte rica de inspiração.

Índice

Introdução	1
I. Enquadramento concetual	1
1.1. Fatores comuns associados à mudança terapêutica. A importância da aliança terapêutica	2
1.2. Outros fatores associados à mudança terapêutica	3
1.2.1. O ciclo vital da família	4
1.2.2. O <i>stress</i> e o <i>coping</i> familiar	5
1.2.3. A qualidade de vida familiar	6
1.3. Estudos empíricos no âmbito do ciclo vital da família	6
II. Objetivos	8
III. Metodologia	9
3.1. Amostra	9
3.1.1. Seleção	9
3.1.2. Caracterização	9
3.2. Procedimentos de Investigação	13
3.2.1. Instrumentos	14
3.2.1.1. Questionário de Dados Sociodemográficos	14
3.2.1.2. <i>Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales</i> (F-COPES)	14
3.2.1.3. <i>Quality of Life</i> (QOL)	15
3.2.1.4. <i>Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation</i> (SCORE)	16
3.2.1.5. <i>System for Observing Family Therapy Alliances</i> (SOFTA-s)	17
3.3. Procedimentos Estatísticos	17
IV. Resultados	18
V. Discussão	32
VI. Conclusões	37
Referências Bibliográficas	38
Anexos	44

Índice de Tabelas

Tabela 1: Características das famílias	11
Tabela 2: Características sociodemográficas dos sujeitos.....	12
Tabela 3: Características familiares dos sujeitos	13
Tabela 4: Evolução do <i>Coping</i> familiar, da 1ª para a 4ª sessão....	20
Tabela 5: Evolução da Qualidade de vida familiar, da 1ª para a 4ª sessão	20
Tabela 6: Evolução do Funcionamento familiar, da 1ª para a 4ª sessão	21
Tabela 7: Evolução da Aliança terapêutica, da 1ª para a 4ª sessão.....	21
Tabela 8: Evolução do <i>Coping</i> familiar, da 1ª para a 4ª sessão, por etapas do ciclo vital da família	23
Tabela 9: Evolução da Qualidade de vida familiar, da 1ª para a 4ª sessão, por etapas do ciclo vital da família.....	24
Tabela 10: Evolução do Funcionamento familiar, da 1ª para a 4ª sessão, por etapas do ciclo vital da família.....	25
Tabela 11: Evolução da Aliança terapêutica, da 1ª para a 4ª sessão, por etapas do ciclo vital da família	26
Tabela 12: Influência da variável Sexo, no <i>Coping</i> , Qualidade de vida, Funcionamento familiar e Aliança terapêutica, da 1ª para a 4ª sessão	27
Tabela 13: Influência da variável Idade, no <i>Coping</i> , Qualidade de vida, Funcionamento familiar e Aliança terapêutica, da 1ª para a 4ª sessão	28
Tabela 14: Influência da variável Nível socioeconômico, no <i>Coping</i> , Qualidade de vida, Funcionamento familiar e Aliança terapêutica, da 1ª para a 4ª sessão.....	28
Tabela 15: Influência da variável Tipologia urbana, no <i>Coping</i> , Qualidade de vida, Funcionamento familiar e Aliança terapêutica, da 1ª para a 4ª sessão.....	29
Tabela 16: Influência da variável Estado civil, no <i>Coping</i> , Qualidade de vida, Funcionamento familiar e Aliança terapêutica, da 1ª para a 4ª sessão	30
Tabela 17: Influência da variável Número de filhos, no <i>Coping</i> , Qualidade de vida, Funcionamento familiar e Aliança terapêutica, da 1ª para a 4ª sessão.....	31

Índice de Figuras

Figura 1: Modelo de ajustamento dos resultados na 1ª sessão.... 31

Figura 2: Modelo de ajustamento dos resultados na 1ª sessão (Dificuldades familiares e Comunicação familiar) 32

Figura 3: Modelo de ajustamento dos resultados na 4ª sessão.... 32

Introdução

A Terapia Familiar Sistémica (TFS) tem sido alvo de inúmeros estudos em termos dos seus resultados, tendo as investigações realizadas comprovado a sua eficácia (Asen, 2002; Carr, 2009a; Carr, 2009b; Cotel & Boston, 2002; Pote, Stratton, Shapiro, & Boston, 2003; Stratton, 2005; Sydow, Beher, Schweitzer, & Retzlaff, 2010; Winek, 2010). Contudo, se por um lado existem várias investigações relativamente aos resultados da TFS, por outro, assistimos a uma enorme escassez no que toca ao modo como a mudança é produzida ao longo do acompanhamento (Friedlander, Wildman, Heatherington, & Skowron, 1994).

Esta carência de estudos sobre o processo terapêutico incita-nos a estudar de que forma determinadas características familiares se relacionam com o processo de mudança no âmbito da TFS. Face à falta de investigações realizadas em torno do ciclo vital da família, debruçámo-nos especialmente a nossa atenção sobre a associação entre o desenvolvimento familiar e o processo de mudança.

Desde cedo, as diferentes abordagens psicoterapêuticas salientam as características do cliente como um dos fatores comuns que se associam à mudança terapêutica, pelo que, especificamente no contexto da TFS, consideramos igualmente a importância das características da família. Neste sentido, investigar estes fatores ao longo do acompanhamento na TFS visa portanto proporcionar um maior conhecimento sobre a mudança terapêutica, e consequentemente fornecer um pequeno contributo para o aperfeiçoamento da prática da psicologia clínica com famílias portuguesas.

A presente dissertação encontra-se organizada em seis secções principais, designadamente o enquadramento conceitual, através da revisão da literatura; os objetivos do estudo; a metodologia utilizada ao longo da investigação; os resultados obtidos; a discussão dos resultados; e as conclusões alcançadas.

I – Enquadramento conceitual

A conjuntura atual, no âmbito da terapia familiar, tem apresentado uma forte tendência para privilegiar intervenções psicoterapêuticas cujos resultados de eficácia sejam corroborados pela evidência empírica (Carr, 2009b). Face a esta tendência, nas últimas décadas, tem-se verificado uma crescente necessidade de desenvolver estudos de maneira a comprovar a eficácia da TFS (Pote, Stratton, Cotel, Shapiro, & Boston, 2003). Neste sentido, vários têm sido os autores que se têm dedicado a investigar a eficácia desta prática, o que se reflete em diversos estudos e meta-análises presentes na literatura (Asen, 2002; Carr, 2009a; Carr, 2009b; Cotel & Boston, 2002; Pote et al., 2003; Stratton, 2005; Sydow, Beher, Schweitzer, & Retzlaff, 2010; Winek, 2010).

De acordo com as meta-análises e estudos realizados, verifica-se que a TFS se tem demonstrado eficaz no tratamento de crianças, adolescentes e

adultos face a um vasto leque de problemáticas, nomeadamente perturbações de humor, perturbações de ansiedade, perturbações alimentares, abuso de substâncias, entre outras (Asen, 2002; Stratton, 2005; Carr, 2009a; Carr, 2009b, Sydow et al., 2010). Resultados de outros estudos indicam, que a TFS é significativamente mais eficaz quando comparada com grupos que não foram alvo de qualquer tipo de intervenção psicoterapêutica (Pote et al. 2003). As investigações realizadas demonstram então que a TFS é igualmente ou mais eficaz do que outras intervenções psicoterapêuticas, revelando também a sua eficácia nos seus diferentes contextos de intervenção, nomeadamente terapia individual, terapia de casal, terapia familiar, terapia de grupo e terapia multifamiliar (Sydow et al., 2010).

Ainda que muito destaque tenha sido dado ao estudo dos resultados da terapia, pouca investigação existe sobre o processo terapêutico, especificamente no que diz respeito à avaliação da evolução da mudança terapêutica ao longo do acompanhamento (Friedlander, Wildman, Heatherington, & Skowron, 1994). Neste sentido, alguns autores defendem a importância da monitorização da mudança ao longo do tratamento terapêutico na medida em que permite avaliar o curso da intervenção e, se necessário, introduzir ajustamentos (Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006; Stratton, Lask, Bland, Nowotny, Singh, Janes, & Peppiatt, 2013). Por esta razão, torna-se essencial analisar especificamente que fatores potenciam a mudança terapêutica (Frosh, Burck, Strickland-Clarck, & Morgan, 1996).

1.1. Fatores comuns associados à mudança terapêutica. A importância da aliança terapêutica.

Ao longo dos anos, têm sido realizados estudos que associam os fatores comuns à mudança nas diferentes abordagens psicoterapêuticas (Davis & Piercy, 2007; Drisco, 2004; Sexton, Ridley, & Kleiner, 2004). De acordo com Davis e Piercy (2007), os fatores comuns remetem para a relação terapêutica, as características do cliente, as características do terapeuta, as expectativas em relação ao processo terapêutico ou variáveis placebo. Na mesma linha, Lambert (1992, citado por Drisco, 2004; Huble, Duncan, & Miller, 2006) aponta a existência dos seguintes fatores comuns: fatores extra terapêuticos, relação terapêutica, técnica terapêutica e as expectativas ou efeito placebo.

É de salientar que a maioria dos autores frisa a relevância da relação terapêutica, na medida em que o estabelecimento da aliança entre terapeutas e clientes é o fator que mais contribui para o processo de mudança (Sexton et al., 2004, Friedlander et al., 2006; Knobloch-Fedders, Pinsof, & Mann, 2007), sendo esta evidência corroborada por vários estudos (Escudero, Friedlander, Varela, & Abascal, 2008; Knobloch-Fedders, Pinsof, & Mann, 2004; Friedlander et al., 2006; Johnson, Wright, & Ketring, 2002; Knobloch-Fedders et al., 2007; Quinn, Dotson, & Jordan, 1997).

Quinn, et al. (1997) levaram a cabo um estudo que visou avaliar a associação entre o estabelecimento da aliança terapêutica e o sucesso da terapia. Este estudo demonstrou a complexidade inerente ao estabelecimento

da aliança terapêutica, quando se trata de terapia de casal e terapia familiar, uma vez que estas modalidades de intervenção apresentam características específicas. Tais especificidades dizem respeito ao facto dos elementos da família ou casal nem sempre estarem em consonância relativamente aos objetivos a alcançar com a terapia, podendo dificultar o estabelecimento da aliança terapêutica. Para além disso, verificou-se um maior sucesso terapêutico, quando os resultados da aliança com as esposas eram melhores relativamente ao dos seus maridos.

Um outro estudo realizado por Knobloch-Fedders e colaboradores (2007) teve por objetivo analisar de que forma a aliança terapêutica prediz a mudança no âmbito da terapia de casal, colocando o enfoque em variáveis individuais e em variáveis relacionais. O estudo demonstrou então que quando a aliança terapêutica era estabelecida nas primeiras sessões, mantinha-se relativamente estável ao longo das sessões seguintes, contribuindo para a diminuição dos problemas conjugais.

Escudero et al. (2008) realizaram uma investigação com 37 famílias espanholas, em regime de terapia familiar breve, que teve por base a avaliação de vídeos das sessões através do *System for Observing Family Therapy Alliances* (SOFTA; Friedlander et al., 2006). A partir desta avaliação foram encontradas associações positivas entre o comportamento na sessão, as percepções relativamente à aliança terapêutica e o sucesso terapêutico. Verificou-se que o sucesso da terapia estava relacionado com um comportamento individual positivo, assim como com a colaboração familiar. Constatou-se, ainda, que o sentimento de partilha de objetivos foi, na perspetiva dos clientes e dos terapeutas, a dimensão da aliança terapêutica que mais se associou ao progresso da terapia.

Friedlander et al. (2006) mencionam que os próprios clientes identificam a relação positiva com o terapeuta como o fator mais importante para o sucesso da terapia, reforçando assim a relevância da relação terapêutica.

1.2. Outros fatores associados à mudança terapêutica

Apesar de os fatores comuns terem sido já amplamente estudados no âmbito das diferentes abordagens psicoterapêuticas, pouco se sabe acerca do papel de outros fatores teoricamente associados à mudança terapêutica em TFS (Friedlander et al., 1994). Para além disto, há a salientar que, até à data, a maioria dos estudos realizados sobre os fatores comuns e a sua associação ao sucesso terapêutico, centram-se exclusivamente numa perspetiva individual do cliente. Neste sentido, no âmbito da TFS, parece-nos importante perceber que fatores estão envolvidos na mudança terapêutica, de um ponto de vista familiar. Alguns fatores são então apontados pela teoria como estando associados a resultados terapêuticos positivos, nomeadamente o *coping*, a qualidade de vida e o funcionamento familiar. Concomitantemente, a prática clínica permite-nos associar igualmente o ciclo vital da família como uma variável importante no processo terapêutico, embora tal pressuposto não esteja ainda validado empiricamente.

1.2.1. O ciclo vital da família

As características do sistema familiar têm sido identificadas na TFS como potenciais constrangedores ou facilitadores da mudança familiar. Especificamente, os referentes teóricos do ciclo vital da família estão presentes na prática clínica, assumindo-se *a priori* as implicações dos movimentos esperados de cada etapa (Relvas, 1996; Alarcão, 2006). Esta noção remete para a identificação de transformações sequenciais e previsíveis do sistema familiar, denominando-se esta sequência por ciclo vital, que comporta etapas caracterizadas por tarefas específicas (Relvas, 1996). Nas palavras de Machado, Ribeiro e Ferreira (2008), o ciclo vital da família é definido como “uma classificação das várias etapas de vida da família, que engloba de forma interativa características dos sujeitos, aspetos internos do sistema e também a relação entre os subsistemas e os contextos externos em que a família se insere (e.g. escola, trabalho)” (p. 5).

Em 1950, surge na sociologia a primeira grelha de classificação dos estádios do ciclo vital, apresentada por Duvall. A identificação dos oito estádios contemplados nesta classificação teve em consideração aspetos como o casamento, o nascimento e a educação dos filhos, a saída dos filhos de casa, a reforma e a morte, sendo eles: 1. Casal sem filhos; 2. Família com recém-nascidos; 3. Família com crianças em idade pré-escolar; 4. Família com crianças em idade escolar; 5. Família com filhos adolescentes; 6. Família com jovens adultos; 7. Casal na meia-idade; 8. Envelhecimento (citado por Relvas, 1996; Agostinho & Ribeiro, 2009). Posteriormente, Carter e McGoldrick (1982, citado por Relvas, 1996) apresentam uma leitura do ciclo vital da família tendo subjacente a perspetiva sistémica multigeracional. Estes autores sugerem então os seguintes estádios: 1. Entre famílias: o jovem adulto independente; 2. Junção de famílias pelo casamento: o novo casal; 3. Família com filhos pequenos; 4. Família com adolescentes; 5. Saída dos filhos; 6. Última fase da vida da família. Em 1996, surge por Relvas, a primeira classificação nacional do ciclo vital da família (e única, até ao momento), dividida pelas seguintes etapas: 1. Formação do casal; 2. Família com filhos pequenos; 3. Família com filhos na escola; 4. Família com filhos adolescentes; 5. Família com filhos adultos (*empty-nest*), sendo esta a classificação que será utilizada no presente estudo.

Alguns autores chamam a atenção para o papel do ciclo vital da família no âmbito do processo terapêutico, na medida em que a fase de transição de uma etapa do ciclo vital para outra mais complexa, despoleta a necessidade de o sistema familiar renegociar as suas regras de organização (Carter & McGoldrick, 1995; Relvas, 1996). Neste sentido, o processo de transição entre etapas pode implicar que o sistema familiar atravesse um momento de crise, potencialmente gerador de *stress*, sendo possível verificar-se a manifestação de sintomas (Carter & McGoldrick, 1995; Relvas, 1996; Vilaça & Relvas, 2009). Os sintomas podem ainda surgir no decorrer das próprias etapas, como por exemplo, quando, na altura em que os filhos atravessam a adolescência, emergem sintomas relacionados com dificuldades por parte do sistema familiar em conciliar as finalidades

individuais com as familiares (Ausloos, 1996). Ou seja, neste caso em particular, pode haver dificuldades em efetuar o movimento de abertura que permite a autonomização dos filhos, o que conduz ao não cumprimento de uma das tarefas fundamentais desta etapa (Ausloos, 1996). Neste sentido, Carter e McGoldrick (1995) chamam a atenção para a importância da intervenção ter focos e abordagens diferenciados em função da etapa desenvolvimental em que a família se encontra.

1.2.2. O *stress* e o *coping* familiar

Nos últimos anos, tem sido notória a ênfase dada às estratégias de *coping*, uma vez que o *stress* e o *coping* influenciam fortemente a saúde mental dos indivíduos (Lazarus & Lazarus, 2006). Hill (1958, citado por McCubbin & Patterson, 1983) refere que o *stress* familiar se reporta a situações novas para as famílias, as quais se constituem como sendo geradoras de *stress*, ou seja, face à novidade com a qual a família se depara, esta, não sabendo como lidar, despoleta um estado de crise. O *coping* diz então respeito ao conjunto de estratégias colocadas em prática pelos sujeitos quando se deparam com situações *stressantes* (Antoniazzi, Dell'Agio, & Bandeira, 1998).

Hill (1958, citado por McCubbin & Patterson, 1983) desenvolveu o modelo ABC-X por forma a fomentar uma melhor compreensão da crise familiar. Neste modelo, A remete para o *acontecimento indutor de stress*, B diz respeito aos *recursos* familiares que garantem o nível de funcionalidade do sistema familiar, C representa o *significado específico* que a situação indutora de *stress* tem para a família, e por fim, X expressa o despoletar da *crise*. Mais tarde, entre 1982 e 1985, McCubbin e Patterson realizaram uma revisão do modelo supracitado, em que focaram a atenção para o ponto A, acrescentando que a intensidade do *stress* experienciado face à situação depende de vários fatores, nomeadamente *outros acontecimentos de vida, privações familiares e tensões familiares*. Posteriormente, Boss (1988, citado por Vaz Serra, 1999) também efetuou uma revisão do modelo ABC-X, tendo-se debruçado sobre o ponto C, considerando que este é o ponto crucial do modelo, sendo decisivo para o despoletar da crise. Este autor estudou os fatores que influenciam o ponto C, tendo apurado que este está dependente das fronteiras ambíguas da família, do facto do sistema familiar negar a situação como problema e também dos valores familiares.

Em 1989, Patterson desenvolveu o *Family Adjustment and Adaptation Response Model* com o propósito de analisar o modo como o sistema familiar reage ao *stress*, assim como o modo como se processa a adaptação ao mesmo (*coping*). Neste intuito, o autor, através deste modelo, enfatiza que a família enfrenta o *stress* a partir de três níveis de significados que se encontram relacionados entre si, sendo eles: situacionais, identidade familiar e ponto de vista da família sobre o mundo.

Ainda no âmbito do estudo do *coping* familiar, Olson et al. (1983) defendem a existência de estratégias de *coping* internas (*Reenquadramento e Avaliação passiva*) e externas (*Procura de apoio espiritual, Aquisição de apoio social e Mobilização de apoio formal*). Os mesmos autores

desenvolveram um estudo ao longo das diferentes etapas do ciclo vital da família, de modo a perceber em que medida é que o *coping* familiar varia ao longo do desenvolvimento familiar, concluindo que este é mais evidenciado na última etapa do ciclo evolutivo. Mais recentemente, Vilaça e Relvas (2009) desenvolveram um estudo na mesma linha, concluindo que é na etapa “Família com filhos em idade escolar” que as estratégias de *coping* são mais utilizadas.

1.2.3. A qualidade de vida familiar

Quando o sistema familiar se depara com situações que envolvam *stress*, este tende a recorrer a estratégias de *coping*, sendo que estas podem evidenciar uma maior ou menor adaptação às mudanças e tarefas impostas, resultando, conseqüentemente, numa maior ou menor qualidade de vida familiar. Neste sentido, o fator qualidade de vida, tem sido bastante valorizado, quer pelas ciências sociais, quer pelas ciências da saúde (Fagulha, Duarte, & Miranda, 2000). No estudo de Olson et al. (1983), verificou-se que a qualidade de vida familiar é mais elevada na etapa “Família com filhos pequenos ou em idade pré-escolar” e na “Família na reforma”, sendo algo corroborado pelo estudo de Vilaça e Relvas (2009).

Relativamente à relação entre os fatores acima referidos (ciclo vital, *stress*, *coping* familiar) e a qualidade de vida familiar, tanto o estudo de Olson et al. (1983), como o estudo de Vilaça e Relvas (2009) evidenciam que a qualidade de vida tende a variar ao longo das diferentes etapas do ciclo vital da família, tendo-se verificado que em fases iniciais esta tende a ser mais baixa, aumentando progressivamente até às últimas etapas do ciclo evolutivo.

No mesmo estudo conduzido por Olson et al. (1983), demonstrou-se a existência de uma relação entre *stress*, *coping* e qualidade de vida, evidenciando que as famílias que percebem maior qualidade de vida, experienciam baixos níveis de *stress* e recorrem à utilização de um maior número de estratégias de *coping*. Já o estudo de Vilaça e Relvas (2009) revelou que a “qualidade de vida subjetiva das famílias aumenta à medida que a vulnerabilidade ao *stress* diminui. Verifica-se igualmente que o *coping* familiar fortalece esta relação em várias etapas da vida familiar” (p. 12).

1.3. Estudos empíricos no âmbito do ciclo vital da família

Em termos das investigações realizadas sobre o ciclo de vida familiar, estudos têm revelado que as mulheres são mais suscetíveis ao desenvolvimento de sintomas aquando das transições das etapas do ciclo vital da família, algo justificado pelo facto destas assumirem a “responsabilidade emocional por todos os relacionamentos familiares” (Carter & McGoldrick, 1995, p. 14). Os mesmos autores revelaram também que as mulheres recorrem mais à terapia do que os homens, verificando-se uma maior procura de ajuda nas etapas “Família com filhos em idade escolar”, “Família com filhos adolescentes” e “Família com filhos adultos (*empty-nest*)”. O mesmo se verifica quando os seus cônjuges se reformam ou morrem.

Já Miller, Yorgason, Sandberg e White (2003) referem que vários autores atribuem muitos dos problemas experienciados pelo casal como sendo fruto das transições ao longo do ciclo vital da família e das tarefas inerentes a cada etapa desenvolvimental. Neste sentido, realizaram um estudo com uma amostra clínica dos Estados Unidos da América que passou por analisar problemas vivenciados pelos casais ao longo das etapas do ciclo vital. Os resultados revelaram que os problemas presentes entre os casais foram mais ou menos os mesmos, independentemente da etapa do ciclo vital que o casal atravessava.

Em Portugal, Machado, Ribeiro e Ferreira (2008) desenvolveram um estudo que visava perceber a eventual relação entre aliança parental, coesão e adaptabilidade familiar. O objetivo do estudo passou por perceber também se as variáveis mencionadas sofrem alterações ao longo do ciclo vital da família. Deste modo, os resultados demonstraram que relativamente à aliança parental e à coesão familiar, quando uma das variáveis aumenta, a outra aumenta também. Quanto à aliança parental e à adaptabilidade familiar, verificou-se que estas também aumentam e diminuem simultaneamente, constatando-se que esta relação foi mais significativa. No que concerne à coesão e à adaptabilidade familiar percebeu-se que estas dimensões variam de forma semelhante, com exceção da etapa “Família com filhos adolescentes”, em que a adaptabilidade apresenta valores superiores em relação às restantes etapas. É ainda de salientar que na última etapa do ciclo vital, tanto a coesão como a aliança parental apresentaram um decréscimo. De uma forma geral, as variações apresentadas tenderam a apresentar valores similares ao longo do ciclo vital da família.

Ainda no âmbito do panorama português, Agostinho e Ribeiro (2009), dedicaram-se ao estudo da relação entre variáveis como os estilos parentais educativos, adaptabilidade, coesão, coparentalidade e resiliência, situando-se em dois momentos distintos do ciclo vital da família: “Família com filhos na escola” e “Família com filhos adultos”. Tal estudo apurou que estas variáveis se encontram relacionadas, apesar de nem todas apresentarem uma relação significativa. Além disso, verificou-se que cada etapa específica do ciclo vital assume relevância relativamente ao modo como os indivíduos percecionam as práticas parentais, ou seja, à medida que os anos avançam, a exigência relativamente ao exercício da função parental diminui, refletindo-se numa tendência para percecionarem as práticas parentais de forma mais positiva.

Em 2011, Pires, Lind e Vedes desenvolveram um estudo com 72 casais portugueses com o intuito de analisar a relação entre satisfação conjugal e *coping* diádico. Os resultados revelaram o seguinte: o *coping* diádico relaciona-se positivamente com níveis de satisfação conjugais elevados, especialmente nos maridos; o facto de as esposas comunicarem o *stress* experienciado aos seus cônjuges prediz menor satisfação conjugal por parte dos maridos; a satisfação conjugal está mais presente nos casais residentes na zona centro do país; níveis mais elevados de escolaridade, assim como, residir numa área urbana pode constituir-se como um fator protetor relativamente ao *stress*; as esposas percecionam um maior número

de comportamentos de *coping* diádico do que os seus maridos. Por fim, constatou-se que as variáveis de *coping* diádico (comunicação de *stress*, *coping* diádico positivo, *coping* diádico negativo, *coping* diádico em conjunto, perspectiva do *coping* diádico do próprio e do outro) de ambos os elementos do casal contribuem para níveis de satisfação conjugal superiores nas esposas, enquanto nos maridos contribuem apenas as variáveis individuais (sexo, escolaridade, estatuto ocupacional, zona e áreas do país de residência e situação relacional).

Como se verifica, apesar de existirem muitos estudos sobre os resultados da terapia, pouco se sabe sobre como se processa a mudança no contexto da TFS. Neste sentido, se as variáveis atrás referenciadas são relevantes na vida e caracterização do desenvolvimento familiar, como mostram os estudos supracitados, então podemos colocar a hipótese de que existe também uma relação entre elas e a forma como a família evolui e muda em terapia. Para que esta linha de investigação seja colocada em prática parece-nos fundamental que as investigações se foquem em novos fatores que teórica e empiricamente se associam à mudança e ao sucesso terapêutico, como por exemplo, o ciclo vital da família, o *coping* familiar, e a qualidade de vida familiar.

II - Objetivos

A presente investigação visa, de uma forma geral, estudar os efeitos da terapia familiar, avaliada através de alguns indicadores da dinâmica familiar, no âmbito da TFS, nas diferentes etapas do ciclo de vida familiar. Pretende-se, aqui, estudar a relação entre as etapas do ciclo vital da família e a evolução terapêutica, ao nível do processo (aliança terapêutica) e de algumas variáveis familiares (*coping* familiar, qualidade de vida familiar e funcionamento familiar), procurando perceber se as famílias estão mais disponíveis para a mudança nalguma etapa particular do seu percurso de vida.

Com vista a responder a este objetivo geral, colocamos as seguintes questões de investigação:

- a) Como se processa a evolução do *Coping* familiar, da Qualidade de vida familiar, do Funcionamento familiar e da Aliança terapêutica, da 1ª para a 4ª sessão (globalmente, ou seja, independentemente da etapa do ciclo vital)?
- b) De que forma evolui o *Coping* familiar, a Qualidade de vida familiar, o Funcionamento familiar e a Aliança terapêutica, da 1ª para a 4ª sessão, em função das etapas do ciclo vital da família analisadas?
- c) Qual o impacto de determinados dados sociodemográficos e de algumas das características familiares no *Coping* familiar, na Qualidade de vida familiar, no Funcionamento familiar e na Aliança terapêutica na evolução da 1ª e para a 4ª sessão (globalmente, ou seja, independentemente da etapa do ciclo vital)?
- d) Em que medida o ciclo vital da família permite estimar o

Funcionamento familiar?

III - Metodologia

3.1. Amostra

3.1.1. Seleção da amostra

Este estudo insere-se no âmbito de um projeto de investigação mais alargado denominado “Clientes Involuntários vs. Voluntários. Intervenção Familiar, Resultados e Processo” (PRO-CIV). Esta investigação teve início em 2011 e agrupa diversos subprojetos, entre os quais o presente estudo.

Na fase inicial do projeto, a equipa de investigação PRO-CIV estabeleceu contatos com vários Centros de Terapia Familiar de todo o país, no sentido de convidar formalmente estes serviços a participarem no estudo. Aos serviços que aceitaram colaborar, essencialmente da região Centro, foi apresentado detalhadamente o projeto, os seus objetivos e os procedimentos necessários para a sua implementação. Para que os Centros de Terapia Familiar pudessem fazer parte do estudo deveriam apresentar alguns pré-requisitos, nomeadamente reger a intervenção através de princípios como o foco na relação; a recursividade, isto é, o facto dos indivíduos e as relações, dentro de um sistema, poderem ser afetados pelo que acontece a outros elementos desse mesmo sistema; a ênfase nas competências e na resiliência; o reconhecimento de padrões de interação e da circularidade dentro dos sistemas; a importância dos significados individuais e partilhados e a sua influência nas relações, comportamentos e emoções; o reconhecimento das relações de poder que afetam as interações, inclusivamente as interações entre o(s) terapeuta(s) e os clientes; o reconhecimento da importância de uma postura autorreflexiva; o estabelecimento de uma aliança terapêutica colaborativa; o respeito pela diferença, evitando ser excessivamente influenciado pelos pressupostos normativos; a consciência da influência que alguns discursos de contextos mais amplos como a cultura, a sociedade ou as profissões exercem na visão que os indivíduos têm de si mesmos, do mundo que os rodeia e, conseqüentemente, das suas vidas; e o envolvimento na terapia de mais do que uma pessoa (European Family Therapy Association, 2009).

Relativamente à metodologia de trabalho, os Centros de Terapia Familiar teriam de comportar alguns aspetos, dos quais destacamos: um terapeuta ou coterapeutas e um equipamento de vídeo; intervenção sistémica com indivíduos, casais, famílias ou outras redes relacionais significativas (European Family Therapy Association, 2009).

Após o estabelecimento do protocolo com os diferentes Centros de Terapia Familiar, cada um destes serviços avançou com um convite formal (no qual era exposto o objetivo do estudo) a todas as famílias ou casais que iniciassem o processo terapêutico e, no caso de aceitarem colaborar, seria realizada a administração dos instrumentos de avaliação.

3.1.2. Caracterização

A amostra utilizada para este estudo é composta por 24 processos (cf. Tabela 1), num total de 55 clientes participantes. Esta amostra foi subtraída de uma amostra maior (57 processos, traduzidos em 136 sujeitos) que contém dados relativos à 1ª, 4ª e 7ª sessões. Contudo, apenas 24 famílias/casais completaram a 1ª e a 4ª sessão, o que se deve, em grande parte, a um número elevado de desistências (*dropouts*). Esta mesma razão também limitou o número de processos por etapa do ciclo vital disponíveis, pelo que nos debruçámos apenas nas etapas “Família com filhos em idade escolar” (6 processos que correspondem a 9 participantes – 16.4%), “Família com filhos adolescentes” (10 processos que correspondem a 26 participantes – 47.3%) e “Família com filhos adultos” (5 processos que correspondem a 14 participantes – 25.5%) (cf. Tabela 3).

Nas Tabelas 2 e 3 são apresentadas as características sociodemográficas e familiares dos sujeitos. Sucintamente, a amostra é composta por 55 sujeitos, entre os quais 23 (41.8%) pertencem ao sexo masculino e 32 (58.2%) pertencem ao sexo feminino, com idades compreendidas entre 12 e 57 anos de idade ($M=35.02$; $DP=14.32$). Dos elementos que constituem a amostra, a maioria são solteiros (30.9%) e casados (47.3%). No que concerne às habilitações literárias, destacam-se os participantes que completaram o 9º ano (34.5%) e o ensino superior (21.8%), seguindo-se os que completaram o 6º ano e o ensino secundário (14.5%).

Relativamente ao local de residência, a distribuição não é uniforme, sendo que os elementos pertencem maioritariamente à região do centro do país, verificando-se que a maioria reside em áreas predominantemente urbanas - APU (56.4%), seguindo-se os que vivem em áreas medianamente urbanas - AMU (32.7%) e os que habitam em áreas predominantemente rurais - APR (10.9%). Quanto à situação profissional, a maioria estão empregados (50.9%) ou são estudantes (32.7%), e representam o nível socioeconómico baixo (29.1%) e médio (16.4%).

Dos 55 sujeitos, 49 (89.1%) encontra-se em regime de Terapia Familiar e os restantes em Terapia de Casal (6 elementos – 10.9%). De referir que a maioria dos participantes não tem filhos, algo explicado pelo facto de a amostra comportar adolescentes e jovens adultos, contudo, verificou-se que a média do número de filhos é de 1 ($M=1.27$; $DP=1.24$). Relativamente ao número médio de elementos por agregado familiar, constatou-se ser de 3.67 ($DP=1.02$), sendo a maioria dos respondentes “mães” (22 elementos, 40.0%).

Tabela 1
Caraterísticas das famílias

	<i>N</i>	%
Centro de Terapia Familiar ¹		
A (Coimbra)	9	37.5
B (Madeira)	2	8.3
C (Açores)	4	16.7
D (Norte)	7	29.2
E (Coimbra)	2	8.4
Modalidade terapêutica		
Terapia Familiar	21	87.5
Terapia de Casal	3	12.5
Etapa do ciclo vital		
Formação do casal	2	8.3
Família com filhos pequenos	1	4.2
Família com filhos na escola	6	25.0
Família com filhos adolescentes	10	41.7
Família com filhos adultos	5	20.8
Tipologia familiar		
Família nuclear intacta	13	54.2
Família reconstituída	4	16.7
Família monoparental	4	16.7
Outro	3	12.5
Nº de participantes por família		
1	3	12.5
2	12	50.0
3	8	33.3
4	1	4.2
Total	24	100.0

¹ Por questões de confidencialidade, os Centros de Terapia Familiar são representados por letras.
 Relação entre Ciclo Vital da Família e Evolução da Aliança Terapêutica e Dinâmica Familiar
 numa Amostra de Sujeitos em Terapia Familiar Sistémica
 Irina Laura Garcia Felício (e-mail: irinafelicio@hotmail.com) 2013

Tabela 2
Caraterísticas sociodemográficas dos sujeitos

	<i>N</i>	%
Sexo		
Masculino	23	41.8
Feminino	32	58.2
Faixa etária		
12-29	18	32.7
30-47	23	41.8
48-59	14	25.5
Escolaridade		
<4	1	1.8
4º ano	5	9.1
6º ano	8	14.5
9º ano	19	34.5
12º ano	8	14.5
Ensino médio	2	3.6
Ensino superior	12	21.8
Nível socioeconómico ²		
Baixo	16	29.1
Médio	9	16.4
Alto	3	5.5
Tipologia urbana		
APU	31	56.4
AMU	18	32.7
APR	6	10.9

² O nível socioeconómico foi atribuído apenas à população ativa (Simões, 1994).
 Relação entre Ciclo Vital da Família e Evolução da Aliança Terapêutica e Dinâmica Familiar
 numa Amostra de Sujeitos em Terapia Familiar Sistémica
 Irina Laura Garcia Felício (e-mail: irinafelicio@hotmail.com) 2013

Tabela 3
Caraterísticas familiares dos sujeitos

	N	%
Estado civil		
Solteiro	17	30.9
Casado	26	47.3
União de facto	5	9.1
Divorciado	5	9.1
Separado	1	1.8
Viúvo	1	1.8
Etapa do ciclo vital		
Formação do casal	4	7.3
Família com filhos pequenos	2	3.6
Família com filhos na escola	9	16.4
Família com filhos adolescentes	26	47.3
Família com filhos adultos	14	25.5
Número de filhos		
0	21	38.2
1	8	14.5
2	20	36.4
3	3	5.5
4	2	3.6
5	1	1.8
Posição no agregado		
Esposa	2	3.6
Marido	2	3.6
Filha	8	14.5
Filho	9	16.4
Mãe	22	40.0
Pai	12	21.8
Nº elementos por agregado		
2	7	12.7
3	16	29.1
4	23	41.8
5	6	10.9
6	3	5.6
Modalidade terapêutica		
Terapia familiar	49	89.1
Terapia de casal	6	10.9

3.3. Procedimentos investigação

O protocolo de investigação utilizado é composto por vários instrumentos, designadamente, o Questionário de Dados Sócio-demográficos, o *Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales* (F-COPES), o *Quality of Life* (QOL), o *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation* (SCORE-15) e o *System for Observing Family Therapy Alliances* (SOFTA-s). Antes do início da 1ª e 4ª sessão foram administrados o F-COPES, o QOL e o SCORE-15 a indivíduos com idade igual ou superior a 12 anos. No final das mesmas sessões foi administrado o SOFTA-s, também a indivíduos com idade igual ou superior a 12 anos. De salientar que antes da

Relação entre Ciclo Vital da Família e Evolução da Aliança Terapêutica e Dinâmica Familiar numa Amostra de Sujeitos em Terapia Familiar Sistémica
 Irina Laura Garcia Felício (e-mail: irinafelicio@hotmail.com) 2013

administração dos questionários foi facultado o Formulário de Consentimento Informado (cf. Anexo A) às famílias. Este documento é único para toda a família, sendo que, caso os clientes menores de 16 anos aceitassem participar, deveriam ser os pais/responsáveis pelo menor a assinar o consentimento. Para além do Formulário de Consentimento Informado para as famílias, existe uma versão para os terapeutas.

A administração dos instrumentos incidiu, portanto sobre dois momentos distintos de avaliação do processo terapêutico – 1ª e 4ª sessão, ou seja, em dois momentos indicadores do início e meio de um processo de terapia familiar breve (Stratton et al., 2013).

3.3.1 Instrumentos

3.3.1.1. Questionário de Dados Sociodemográficos

O Questionário de Dados Sociodemográficos é um questionário de autorresposta, elaborado pela equipa de investigação com o intuito de identificar as características dos participantes, quer a nível sociodemográfico, quer em termos familiares. Com o propósito de atender às especificidades dos clientes, foram realizadas duas versões do questionário sociodemográfico – a Versão Pais (cf. Anexo B) e a Versão Filhos (cf. Anexo C).

O Questionário de Dados Sociodemográficos - Versão Pais pretende apurar dados pessoais como o sexo, o estado civil, a nacionalidade, o local de residência, a idade e o nível socioeconómico, este último considerado através do cruzamento entre o nível de escolaridade e a profissão, tendo por base a grelha de classificação do estatuto socioeconómico proposta por Simões (1994). Em termos das variáveis familiares, o questionário permite identificar a posição do respondente no agregado familiar, quem compõe o seu agregado familiar (grau de parentesco e respetivas idades) e a etapa do ciclo vital³ em que se encontra a família, segundo a classificação apresentada por Relvas (1996). É de ressaltar que tanto o nível socioeconómico como a etapa do ciclo vital foram preenchidos pela equipa de investigação.

A versão para os filhos do Questionário de Dados Sociodemográficos pretende igualmente identificar as características sociodemográficas, tais como o sexo, a nacionalidade, o local de residência, a idade, o ano letivo que frequenta (se for caso disso), o nível de escolaridade e o nível socioeconómico. Relativamente às características familiares, tem por objetivo identificar o número de irmãos do participante (idade e sexo respetivo), a composição do agregado familiar e a etapa do ciclo vital da família.

3.3.1.2 *Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales (F-COPES)*

O F-COPES (cf. Anexo D) é um instrumento de autorresposta da autoria de McCubbin, Olson e Larsen (1981) e visa perceber quais são as

³ Uma vez que não existe consenso, entre os diferentes autores, relativamente ao início da adolescência, apontámos a faixa etária dos 12 aos 20 anos como marcador para o período em que decorre a adolescência (Papalia, Olds, & Feldman, 2006), de forma a estabelecermos um critério que defina a etapa “Família com filhos adolescentes”.

estratégias de *coping* utilizadas pelos elementos da família, quando deparados com dificuldades ou situações problemáticas. O instrumento original é constituído por 5 fatores: *Reenquadramento*, *Avaliação passiva*, *Aquisição de suporte social*, *Procura de apoio espiritual* e *Mobilização da família para adquirir e aceitar ajuda*.

Na presente investigação foi aplicada a versão adaptada para a população portuguesa - Escalas de Avaliação Pessoal Orientadas para a Crise em Família - por Relvas, Alberto e Martins (2008). Nesta versão, o F-COPES é constituído por 29 itens, distribuídos por 7 fatores, nomeadamente, o fator 1 (*Reenquadramento*), composto por 7 itens (3, 7, 11, 13, 15, 22, 24) que avaliam a capacidade da família para redefinir os acontecimentos indutores de *stress*, de forma a torná-los mais controláveis; o fator 2 (*Procura de apoio espiritual*) que é constituído por 4 itens (14, 23, 27, 30) que avaliam a capacidade da família para obter apoio espiritual; o fator 3 (*Aquisição de apoio social – relações de vizinhança*), organizado por 3 itens (8, 10, 29) pretendendo avaliar a capacidade da família para procurar apoio de vizinhos; o fator 4 (*Aquisição de apoio social – relações íntimas*), composto por 6 itens (1, 2, 4, 5, 16, 25) que avaliam a capacidade da família para procurar apoio de familiares próximos, família alargada e amigos; o fator 5 (*Mobilização de apoio formal*), constituído por 3 itens (6, 9, 21) que avaliam a capacidade da família para encontrar e aceitar a ajuda da comunidade; o fator 6 (*Aceitação passiva*), organizado por 3 itens (12, 19, 20), que avaliam de que forma a família percebe as dificuldades emergentes e a frequência com que ocorrem os momentos de lazer; e o fator 7 (*Avaliação passiva*) que é composto por 3 itens (17, 26, 28) que avaliam a capacidade da família para aceitar medidas problemáticas, minimizando o seu impacto. Administrou-se este instrumento antes do início da 1ª e da 4ª sessão, a clientes alfabetizados com idade igual ou superior a 12.

O F-COPES utiliza uma escala de tipo *Likert*, de 5 pontos, sendo que 1 remete para “*Discordo muito*” e 5 remete para “*Concordo muito*”. A um resultado mais elevado corresponde um maior número de estratégias de *coping* utilizadas pela família, podendo ser obtido o resultado total das estratégias de *coping* e o resultado por fator.

Com o propósito de testar as características psicométricas do instrumento no nosso estudo, procedeu-se à análise da consistência interna. Neste sentido, na 1ª sessão obteve-se um *alpha de Cronbach* total de .80 e na 4ª sessão de .72, pelo que ambas as sessões apresentaram valores razoáveis (Pestana & Gageiro, 2006). Os estudos de adaptação do F-COPES, por sua vez, indicam uma boa consistência interna ($\alpha=.85$).

3.3.1.3. *Quality of Life (QOL)*

O QOL (cf. Anexo E) é um questionário de autorresposta da autoria de Olson e Barnes (1982) e apresenta-se em duas versões – versão para pais (*Quality of Life Parent Form*) e versão para adolescentes (*Quality of Life Adolescent*). A versão parental é composta por 38 itens e a versão para adolescentes é composta por 25 itens, sendo 19 comuns às duas escalas.

A versão parental é constituída por 11 fatores, designadamente: *Bem-*

Relação entre Ciclo Vital da Família e Evolução da Aliança Terapêutica e Dinâmica Familiar numa Amostra de Sujeitos em Terapia Familiar Sistémica
Irina Laura Garcia Felício (e-mail: irinafelicio@hotmail.com) 2013

estar financeiro (itens 20, 29, 30, 31, 33, 34), *Tempo* (itens 16, 17, 18, 19), *Vizinhança e comunidade* (itens 35, 36, 37, 38, 39, 40), *Casa* (itens 9, 10, 11, 12, 13), *Mass media* (itens 26, 27, 28), *Relações sociais e saúde* (itens 5, 6, 7, 8), *Emprego* (itens 23 e 24), *Religião* (itens 21 e 22), *Família e conjugalidade* (itens 1 e 2), *Filhos* (itens 3 e 4) e *Educação* (itens 14, 15, 16). Os fatores apresentados constam quer na versão parental, quer na versão para adolescentes, à exceção do *Casamento* e do *Emprego* que pertencem apenas à versão parental, e do *Lazer* e da *Família alargada*, que se inserem unicamente na versão para adolescentes. O QOL foi administrado antes do início da 1ª e da 4ª sessão, aos elementos da família alfabetizados, a partir dos 12 anos.

No presente estudo, foi utilizada a versão adaptada para a população portuguesa por Relvas, Alberto e Simões (2008). Devido ao reduzido número de adolescentes que integram a nossa amostra, optámos por analisar apenas a versão parental do questionário, razão pela qual as análises estatísticas efetuadas com este questionário contemplam um *N* mais reduzido. De uma forma geral, este questionário pretende analisar o nível de satisfação relativamente a cada dimensão avaliada. A escala de resposta deste instrumento é de tipo *Likert* de 5 pontos, em que 1 refere-se a “*Insatisfeito*” e 5 diz respeito a “*Extremamente satisfeito*”, sendo que pontuações mais elevadas correspondem a uma maior satisfação para com a qualidade de vida. De referir que podemos obter a pontuação total, assim como para cada um dos 11 fatores.

Através do cálculo da consistência interna obtivemos um *alpha* de *Cronbach* para a escala total de .94 na 1ª sessão e .93 na 4ª sessão, verificando-se a existência de uma consistência interna muito boa para ambas as sessões (Pestana & Gageiro, 2006). A versão adaptada do questionário apresenta igualmente um valor de consistência interna muito bom ($\alpha=.92$).

3.3.1.4. Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE-15)

O SCORE-15 (cf. Anexo F) é um instrumento de autorresposta, da autoria de Stratton, Bland, Janes e Lask (2010), que pretende avaliar o resultado de vários aspetos do funcionamento familiar sensíveis à mudança terapêutica. Este questionário, à semelhança dos questionários anteriormente referidos, também foi administrado antes do início da 1ª e da 4ª sessão, aos clientes alfabetizados, com idade igual ou superior a 12 anos.

O SCORE-15 foi já adaptado para a população portuguesa (Portugal, Sotero, Cunha, Vilaça, & Relvas, 2010), sendo esta a versão utilizada na presente investigação. O principal objetivo desta versão reduzida do SCORE é analisar a evolução do funcionamento familiar, nomeadamente da dinâmica das relações familiares, ao longo do processo terapêutico.

A versão utilizada, composta por 15 itens, contempla 3 fatores, nomeadamente *Forças familiares* (itens 1, 3, 6, 10, 15), *Dificuldades familiares* (itens 5, 7, 9, 11, 14) e *Comunicação familiar* (itens 2, 4, 8, 12, 13).

Relação entre Ciclo Vital da Família e Evolução da Aliança Terapêutica e Dinâmica Familiar numa Amostra de Sujeitos em Terapia Familiar Sistémica
Irina Laura Garcia Felício (e-mail: irinafelicio@hotmail.com) 2013

A escala de resposta é de tipo *Likert* de 5 pontos, em que 1 remete para “*Descreve-nos muito bem*” e 5 “*Descreve-nos muito mal*”. Nesta escala em particular, resultados mais elevados correspondem a maiores dificuldades no sistema familiar. Para além da pontuação total, poderemos ainda obter a pontuação para cada uma das três dimensões.

Relativamente à consistência interna, obtivemos um *alpha de Cronbach*, para a escala total, de .79 na 1ª sessão e .81 na 4ª sessão, indicando valores razoáveis na 1ª sessão e bons na 4ª sessão (Pestana & Gageiro, 2006). A versão adaptada apresenta uma boa consistência interna ($\alpha=.84$).

3.3.1.5. System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA-s)

O SOFTA (cf. Anexo G) é um instrumento da autoria de Friedlander e Escudero (2002) que comporta uma medida observacional e uma medida de autorrelato. Este instrumento pretende avaliar a força da aliança terapêutica na terapia familiar e na terapia de casal, visando identificar a qualidade das interações entre os membros da família, bem como as interações de cada indivíduo com o terapeuta e refletindo, deste modo, a forma como as famílias se sentem na terapia (Friedlander et al., 2006).

Para além da versão cliente, a qual permite avaliar a força da aliança terapêutica, existe ainda a versão para terapeutas, permitindo avaliar as contribuições do terapeuta para o estabelecimento da aliança terapêutica. No presente estudo foi utilizada a versão de autorrelato do cliente (SOFTA-s), traduzida para a população portuguesa por Sotero, Relvas, Portugal, Cunha e Vilaça (2010). O SOFTA-s é constituído por 16 itens, que se agrupam por 4 dimensões, nomeadamente o *Envolvimento no processo terapêutico* (itens 1, 5, 9, 13), a *Conexão emocional com o terapeuta* (itens 2, 6, 10, 14), a *Segurança no sistema terapêutico* (itens 3, 7, 11, 15) e o *Sentimento de partilha de objetivos na família* (itens 4, 8, 12, 16). O SOFTA-s foi administrado no final da 1ª e da 4ª sessão, aos elementos da família alfabetizados com idade igual ou superior a 12 anos. O seu preenchimento é feito através de uma escala de tipo *Likert*, de 5 pontos, sendo que 1 remete para “*Nada*” e 5 remete para “*Muito*”, na qual um resultado mais elevado corresponde ao estabelecimento de uma aliança terapêutica mais forte. A pontuação poderá ser obtida para a aliança no total, bem como para as suas dimensões.

Com o propósito de avaliarmos a consistência interna, obtivemos um *alpha de Cronbach*, para a escala total, de .84 na 1ª sessão e de .78 na 4ª sessão, representando uma boa consistência na 1ª e razoável na 4ª sessão (Pestana & Gageiro, 2006). Os valores da adaptação do SOFTA-s para a população portuguesa, por sua vez, não estão ainda disponíveis.

3.4. Procedimentos Estatísticos

O tratamento de dados e a análise estatística foram realizados através do programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 20.0) e *Analysis of Moment Structures* (AMOS 20.0). Numa primeira fase foram efetuadas análises preliminares, com vista ao tratamento dos valores

Relação entre Ciclo Vital da Família e Evolução da Aliança Terapêutica e Dinâmica Familiar numa Amostra de Sujeitos em Terapia Familiar Sistémica
Irina Laura Garcia Felício (e-mail: irinafelicio@hotmail.com) 2013

omissos presentes na base de dados, à inversão dos itens negativos (F-COPES, SCORE-15 e SOFTA-s) e ao cálculo dos somatórios totais e somatórios das subescalas. Testaram-se os pressupostos da normalidade (teste *Kolmogorov-Smirnov*) e homogeneidade (teste de *Levene*), procedendo-se ainda ao cálculo da consistência interna (*alpha de Cronbach*), tanto para os resultados totais como para as dimensões (cf. anexos G).

Foram ainda efetuadas estatísticas descritivas, medidas de localização e tendência central (média aritmética) e medidas de dispersão (desvio-padrão). No que concerne às análises de estatística inferencial, recorreremos ao teste *T de Student* para amostras emparelhadas com vista à comparação dos resultados gerais entre a 1ª e a 4ª sessão; ao teste de *Wilcoxon* (equivalente não paramétrico do *T de Student* para amostras emparelhadas) para compararmos os resultados da 1ª e da 4ª sessão, em função das etapas do ciclo vital analisadas; à *ANOVA* para Medidas Repetidas Mista (*SPANOVA* ou *Split-plot ANOVA*) com vista a perceber de que forma determinadas variáveis influenciam os resultados, da 1ª para a 4ª sessão; e à realização de um Modelo de Ajustamento, com o objetivo de perceber se o ciclo vital da família é ou não preditor da evolução do funcionamento familiar.

Atendendo ao tamanho reduzido da amostra aqui analisada, optámos por recorrer a um nível de significância de .10, em vez do nível habitualmente utilizado (.05). De acordo com Stevens (2009), quando o tamanho da amostra é reduzido, a inexistência de resultados significativos pode ser devida à potência insuficiente da amostra. Como tal, seguimos as sugestões do autor e ajustamos o nível de significância, procurando, desta forma, compensar as limitações da nossa amostra.

IV - Resultados – Apresentação e análise

Para apresentar os resultados, respondemos, individualmente, a cada uma das questões iniciais da investigação, afinal correspondentes aos objetivos da mesma.

Tal como referido anteriormente, antes de procedermos às análises estatísticas inferenciais, testámos os pressupostos da normalidade e da homogeneidade. Relativamente ao pressuposto da normalidade, o teste *Kolmogorov-Smirnov* indica-nos que no F-COPES, verificou-se que 5 dos seus fatores não apresentam uma distribuição normal, nomeadamente *Aquisição de apoio social – relações de vizinhança* (1ª sessão: $p=.000$; 4ª sessão: $p=.006$), *Mobilização de apoio Formal* (1ª sessão: $p=.000$; 4ª sessão: $p=.015$), *Avaliação passiva* (1ª sessão: $p=.013$; 4ª sessão: $p=.001$), *Procura de apoio espiritual* (4ª sessão: $p=.040$) e *Aceitação passiva* (4ª sessão: $p=.044$). Os restantes fatores que cumprem o pressuposto da normalidade são os seguintes: *Reenquadramento* (1ª sessão: $p=.200$; 4ª sessão: $p=.057$), *Aquisição de apoio social – relações íntimas* (1ª sessão: $p=.200$; 4ª sessão: $p=.200$), *Procura de apoio espiritual* (1ª sessão: $p=.200$), *Aceitação passiva* (1ª sessão: $p=.086$) e, por fim, a escala total (1ª sessão: $p=.200$; 4ª sessão:

Relação entre Ciclo Vital da Família e Evolução da Aliança Terapêutica e Dinâmica Familiar numa Amostra de Sujeitos em Terapia Familiar Sistémica
Irina Laura Garcia Felício (e-mail: irinafelicio@hotmail.com) 2013

$p=.200$).

No QOL observa-se que 5 dos seus fatores não seguem a distribuição normal, sendo eles: *Tempo* (1ª sessão: $p=.002$; 4ª sessão: $p=.022$), *Mass media* (1ª sessão: $p=.001$; 4ª sessão: $p=.002$), *Religião* (1ª sessão: $p=.006$; 4ª sessão: $p=.001$), *Filhos* (1ª sessão: $p=.000$; 4ª sessão: $p=.004$), *Educação* (1ª sessão: $p=.033$; 4ª sessão: $p=.000$); *Família e conjugalidade* (4ª sessão: $p=.016$) e *Vizinhança e comunidade* (4ª sessão: $p=.000$). Os restantes fatores cumprem este pressuposto [*Vizinhança e comunidade* (1ª sessão: $p=.066$), *Família e conjugalidade* (1ª sessão: $p=.065$), *Bem-estar financeiro* (1ª sessão: $p=.200$; 4ª sessão: $p=.067$), *Casa* (1ª sessão: $p=.110$; 4ª sessão: $p=.145$), *Relações sociais e saúde* (1ª sessão: $p=.200$; 4ª sessão: $p=.200$), *Emprego* (1ª sessão: $p=.200$; 4ª sessão: $p=.082$)], tal como a totalidade da escala (1ª sessão: $p=.200$; 4ª sessão: $p=.200$).

Quanto ao SCORE-15 total, este segue a distribuição normal, na 1ª ($p=.187$) e na 4ª sessão ($p=.185$). O mesmo acontece com as suas dimensões [*Forças familiares* (1ª sessão: $p=.200$; 4ª sessão $p=.061$), *Dificuldades familiares* (1ª sessão $p=.200$; 4ª sessão $p=.175$) e *Comunicação familiar* ($p=.200$ apenas na 4ª sessão)], com a exceção da dimensão *Comunicação familiar* ($p=.023$) na 1ª sessão.

No SOFTA-s existem 2 dimensões que não seguem uma distribuição normal, designadamente, a *Conexão emocional* (1ª sessão: $p=.010$; 4ª sessão: $p=.000$) e o *Envolvimento no processo* (4ª sessão: $p=.001$). Deste modo, as restantes dimensões cumprem o pressuposto da normalidade [*Envolvimento no processo* (1ª sessão: $p=.081$), *Segurança* (1ª sessão: $p=.175$; 4ª sessão: $p=.199$) e *Sentimento de partilha de objetivos* (1ª sessão: $p=.089$; 4ª sessão: $p=.200$)], tal como acontece com a escala total (1ª sessão: $p=.200$; 4ª sessão: $p=.146$).

Relativamente ao pressuposto da homogeneidade das variâncias, o teste de *Levene* demonstrou-nos que este pressuposto não foi cumprido ($p<.05$) no fator *Reenquadramento* ($p=.029$), na 1ª sessão (F-COPES) e na dimensão *Segurança* ($p=.033$), na 4ª sessão (SOFTA-s). Os restantes valores obtidos apresentaram-se homogéneos, nomeadamente no F-COPES, no fator *Procura de apoio espiritual* ($p=.066$), na 1ª sessão, e no fator *Avaliação passiva* ($p=.384$), na 4ª sessão; no QOL, no fator *Filhos* ($p=.171$), na 4ª sessão; no SCORE-15, na dimensão *Comunicação familiar* ($p=.416$) e na escala total ($p=.215$); e no SOFTA-s, na 1ª sessão: no *Envolvimento no processo* ($p=.301$), na *Conexão emocional* ($p=.581$), na *Segurança* ($p=.771$), no *Sentimento de partilha de objetivos* ($p=.052$) e na escala total ($p=.364$); na 4ª sessão: no *Envolvimento no processo* ($p=.129$), na *Conexão emocional* ($p=.884$), no *Sentimento de partilha de objetivos* ($p=.088$) e na escala total ($p=.203$).

a) *Como se processa a evolução do Coping familiar, da Qualidade de vida familiar, do Funcionamento familiar e da Aliança terapêutica, da 1ª para a 4ª sessão (globalmente, ou seja, independentemente da etapa do ciclo vital)?*

Recorremos ao teste *T-Student* para Amostras Emparelhadas (Pallant, *Relação entre Ciclo Vital da Família e Evolução da Aliança Terapêutica e Dinâmica Familiar numa Amostra de Sujeitos em Terapia Familiar Sistémica* Irina Laura Garcia Felício (e-mail: irinafelicio@hotmail.com) 2013

2005), uma vez que, apenas quando estamos perante uma amostra com um N inferior ou igual a 30, é que nos é exigido o cumprimento do pressuposto da normalidade, para que possamos recorrer à estatística paramétrica (Pestana & Gageiro, 2006).

Coping familiar

Ao analisarmos a evolução do recurso às estratégias de *coping*, observámos que, quer em termos globais, quer ao nível dos fatores não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p > .10$), da 1ª para a 4ª sessão (cf. Tabela 4).

Tabela 4

Evolução do Coping familiar, da 1ª para a 4ª sessão

Fatores do F-COPES	1ª Sessão	4ª Sessão	T	p
	$M (DP)$	$M (DP)$		
Reenquadramento	24.44 (5.47)	23.68 (4.66)	1.014	.315
Procura de apoio espiritual	11.79 (4.43)	11.65 (4.31)	.273	.786
Aquisição de apoio social – R.V.	6.59 (3.28)	6.28 (2.79)	.661	.511
Aquisição de apoio social – R.I.	20.12 (5.03)	19.52 (4.23)	.965	.339
Mobilização de Apoio Formal	10.29 (3.10)	10.39 (2.53)	-.237	.814
Aceitação Passiva	9.50 (2.13)	9.19 (2.11)	.858	.395
Avaliação Passiva	9.83 (2.53)	9.84 (2.16)	-.012	.990
Total	92.57 (14.10)	90.55 (11.21)	1.136	.261

Nota: $N=54$

Qualidade de vida familiar

No que respeita à qualidade de vida familiar, as diferenças não foram estatisticamente significativas ($p > .10$), em termos totais. Ao debruçarmo-nos sobre a análise dos fatores, observámos diferenças estatisticamente significativas apenas no fator *Casa* [$t(32)=-1.747$, $p < .10$], entre a 1ª ($M=16.36$, $DP=4.49$) e a 4ª sessão ($M=17.36$, $DP=3.58$), demonstrando que existiu um aumento da satisfação para com as condições, necessidades e responsabilidades no seio do lar (cf. Tabela 5). De acordo com o resultado do cálculo da magnitude do efeito (Cohen, 1988), verificou-se que a diferença entre as médias é moderada ($\eta^2=.09$).

Tabela 5
Evolução da Qualidade de vida familiar, da 1ª para a 4ª sessão

Fatores do QOL	1ª Sessão	4ª Sessão	t	p
	M (DP)	M (DP)		
Bem-estar financeiro	15.12 (5.04)	15.79 (4.39)	-1.130	.267
Tempo	12.00 (4.15)	11.54 (2.96)	.768	.448
Vizinhança e comunidade	18.40 (3.78)	18.94 (3.79)	-.910	.370
Casa	16.36 (4.49)	17.36 (3.58)	-1.747	.090*
Mass media	8.54 (2.45)	8.45 (2.46)	.261	.796
Relações sociais e saúde	12.97 (2.26)	12.97 (2.87)	-.007	.995
Emprego	6.18 (2.17)	6.32 (1.85)	-.465	.645
Religião	6.55 (2.12)	6.83 (1.64)	-1.011	.320
Família e conjugalidade	6.86 (1.92)	6.40 (2.10)	1.679	.103
Filhos	7.67 (2.27)	7.55 (2.20)	.571	.572
Educação	6.09 (1.69)	6.15 (1.42)	-.250	.804
Total	116.75 (21.33)	118.29 (18.86)	-6.649	.521

Nota: N=33

* $p < .10$

Funcionamento familiar

Quanto à evolução do funcionamento familiar observou-se um aumento estatisticamente significativo da pontuação, na dimensão *Forças Familiares* [$t(54) = -2.391, p < .10$], apresentando um valor médio de 10.80 na 1ª sessão ($DP = 3.66$) e de 11.60 na 4ª sessão ($DP = 3.27$). Este resultado sugeriu-nos que os clientes da nossa amostra perceberam as respetivas famílias com um maior número de competências familiares, na 1ª sessão, verificando-se assim, uma evolução negativa, já que, neste instrumento, pontuações mais elevadas refletem maiores dificuldades familiares (cf. Tabela 6). Através do cálculo da magnitude do efeito, concluiu-se que a diferença entre as médias é moderada ($\eta^2 = .10$).

Tabela 6
Evolução do Funcionamento familiar, da 1ª para a 4ª sessão

Dimensões do SCORE-15	1ª Sessão	4ª Sessão	t	p
	M (DP)	M (DP)		
Forças familiares	10.80 (3.66)	11.60 (3.27)	-2.391	.020*
Dificuldades familiares	14.19 (4.36)	13.99 (3.81)	.438	.663
Comunicação familiar	13.79 (3.89)	13.15 (3.17)	1.447	.154
Total	38.78 (8.62)	38.73 (7.66)	.056	.956

Nota: N=55

* $p < .10$

Aliança terapêutica

Na aliança terapêutica constataram-se diferenças estatisticamente significativas na escala total [$t(49) = -1.851, p < .10$], neste sentido, na 1ª sessão os clientes obtiveram uma média de 63.05 ($DP = 8.55$) e na 4ª sessão, uma média de 65.34 ($DP = 6.63$). Portanto, na perspetiva dos clientes, a aliança terapêutica sofreu uma evolução positiva, isto é, fortaleceu de uma

sessão para outra. O cálculo da magnitude do efeito indicou-nos que a diferença entre as médias é moderada ($\eta^2=.06$). Assinalaram-se também diferenças estatisticamente significativas ao nível da dimensão *Conexão Emocional* [$t(49)=-2.905$, $p<.10$], pelo que na 1ª sessão o valor médio apresentado foi 16.03 ($DP=2.26$), enquanto na 4ª sessão foi 17.04 ($DP=1.98$), sugerindo que os clientes se sentiram emocionalmente mais conetados com o terapeuta, na 4ª sessão (cf. Tabela 7). De acordo com o resultado do cálculo da magnitude do efeito verificou-se que a diferença entre as médias é extensa ($\eta^2=.15$).

Tabela 7
Evolução da Aliança terapêutica, da 1ª para a 4ª sessão

Dimensões do SOFTA-s	1ª Sessão M (DP)	4ª Sessão M (DP)	T	ρ
Conexão emocional	16.03 (2.26)	17.04 (1.98)	-2.905	.005*
Envolvimento no processo	15.58 (2.92)	16.26 (2.03)	-1.525	.134
Segurança no sistema terapêutico	15.56 (2.48)	16.00 (2.50)	-1.188	.241
Sentimento de partilha de objetivos	15.88 (2.56)	16.04 (2.33)	-.403	.689
Total	63.05 (8.55)	65.34 (6.63)	-1.851	.070*

Nota: $N=50$

* $p<.10$

b) *De que forma evolui o Coping familiar, a Qualidade de vida familiar, o Funcionamento familiar e a Aliança terapêutica, da 1ª para a 4ª sessão, em função das etapas do ciclo vital da família analisadas?*

Para dar resposta a esta questão, fizemos uso do teste não paramétrico de *Wilcoxon* (Pallant, 2005) para amostras emparelhadas, uma vez que também focámos a análise em diferentes subamostras, divididas por etapas do ciclo vital da família.

Coping familiar

Ao analisarmos a evolução do *coping* entre as duas sessões (teste de *Wilcoxon - Z*), verificamos diminuições estatisticamente significativas, apenas na etapa “Família com filhos adolescentes”, nomeadamente nos fatores *Reenquadramento* (1ª sessão: $M=24.96$, $DP=4.95$; 4ª sessão: $M=22.68$, $DP=4.94$; $Z=-1.970$, $p<.10$), *Aquisição de apoio social – relações de vizinhança* (1ª sessão: $M=7.35$, $DP=3.93$; 4ª sessão: $M=5.93$, $DP=2.39$; $Z=2.447$, $p<.10$), *Aquisição de apoio social – relações íntimas* (1ª sessão: $M=21.19$, $DP=4.41$; 4ª sessão: $M=18.88$, $DP=4.23$; $Z=-2.447$, $p<.10$), assim como, na escala global (1ª sessão: $M=96.05$, $DP=11.56$; 4ª sessão: $M=88.53$, $DP=12.42$; $Z=-3.318$, $p<.10$). Estes resultados sugerem-nos que os clientes da nossa amostra recorreram a um maior número de estratégias de *coping* antes da 1ª sessão, comparativamente com a 4ª sessão de terapia (cf. Tabela 8).

Tabela 8
Evolução do Coping familiar, da 1ª para a 4ª sessão

Etapas do CV	Fatores do F-COPES	1ª Sessão Média (DP)	4ª Sessão Média (DP)	Z	p
Filhos Escola	Reenquadramento	25.89 (3.66)	25.89 (4.05)	-.271	.786
	P. apoio espiritual	11.56 (4.07)	11.22 (4.09)	-.494	.621
	A. apoio social (RV)	4.67 (2.24)	4.33 (1.58)	-3.319	.750
	A. apoio social (RI)	20.01 (5.38)	20.11 (5.14)	-3.41	.733
	Mob. de apoio formal	9.33 (3.28)	10.56 (2.92)	-.768	.443
	Aceitação passiva	9.44 (2.19)	9.11 (1.54)	-.255	.799
	Avaliação passiva	11.11 (2.37)	11.00 (1.41)	-.170	.865
	Total	92.01 (8.78)	92.33 (8.03)	-.476	.634
Filhos adolescentes	Reenquadramento	24.96 (4.95)	22.68 (4.94)	-1.970	.049*
	P. apoio espiritual	12.26 (3.98)	11.35 (4.59)	-1.189	.235
	A. apoio social (RV)	7.35 (3.93)	5.93 (2.39)	-2.447	.014*
	A. apoio social (RI)	21.19 (4.41)	18.88 (4.23)	-2.536	.011*
	Mob. de apoio formal	10.92 (2.81)	10.42 (2.53)	-.890	.374
	Aceitação passiva.	9.59 (2.16)	9.08 (2.42)	-.929	.353
	Avaliação passiva	9.78 (2.22)	10.19 (2.15)	-.475	.635
	Total	96.05 (11.56)	88.53 (12.42)	-3.318	.001*
Filhos Adultos	Reenquadramento	22.62 (7.89)	24.69 (4.52)	-.979	.328
	P. apoio espiritual	12.83 (5.53)	14.00 (3.42)	-1.115	.265
	A. apoio social (RV)	7.15 (3.49)	8.46 (3.10)	-.981	.327
	A. apoio social (RI)	18.90 (5.96)	29.69 (3.90)	-.786	.432
	Mob. de apoio formal	10.52 (3.75)	10.77 (2.65)	-.401	.688
	Aceitação passiva.	9.64 (2.10)	9.65 (2.15)	-.851	.395
	Avaliação passiva	8.77 (3.24)	8.31 (1.97)	-.119	.905
	Total	90.42 (21.26)	96.57 (10.16)	-1.119	.263

Nota: n "Família com filhos na escola"=9, n "Família com filhos adolescentes"=26, n "Família com filhos adultos"=13

* $p < .10$

Qualidade de vida familiar

Relativamente à evolução da qualidade de vida familiar registaram-se diferenças estatisticamente significativas na etapa "Família com filhos adolescentes", apenas no fator *Tempo* (1ª sessão: $M=12.14$, $DP=3.09$; 4ª sessão: $M=10.77$, $DP=2.23$; $Z=-1.663$, $p<.10$). Deste modo, constatámos que os clientes desta etapa apresentaram um decréscimo da satisfação para com o fator *Tempo* (cf. Tabela 9).

Tabela 9
Evolução da Qualidade de vida familiar, da 1ª para a 4ª sessão

Etapas do CV	Fatores do QOL	1ª Sessão Média (DP)	4ª Sessão Média (DP)	Z	p
Escola	Bem-estar financ.	16.11 (4.05)	15.00 (2.45)	-.954	.340
	Tempo	12.33 (4.50)	12.44 (3.84)	-.213	.832
	Vizinhos e comun.	20.00 (3.84)	19.56 (3.88)	-.632	.528
	Casa	18.11 (3.41)	17.56 (3.21)	-.703	.482
	<i>Mass média</i>	14.44 (2.74)	10.11 (2.03)	-.137	.891
	R. sociais e saúde	14.11 (2.09)	13.33 (2.35)	-1.204	.229
	Emprego	6.89 (2.21)	6.83 (1.58)	-.060	.952
	Religião	6.78 (1.56)	7.22 (1.56)	-1.134	.257
	Família e conjug.	7.33 (2.06)	7.11 (1.83)	-.707	.480
	Filhos	8.56 (1.51)	8.78 (1.30)	-.557	.577
	Educação	6.11 (1.27)	6.00 (1.41)	-.333	.739
Total		126.78 (19.27)	123.94 (13.58)	-.533	.594
Filhos adolescentes	Bem-estar financ.	15.29 (5.23)	16.64 (5.92)	-1.512	.130
	Tempo	12.14 (3.09)	10.77 (2.23)	-1.663	.096*
	Vizinhos e comun.	19.14 (3.78)	19.08 (4.61)	-.630	.528
	Casa	16.79 (4.82)	17.93 (3.36)	-.780	.436
	<i>Mass média</i>	8.14 (1.66)	7.76 (2.56)	-.359	.720
	R. sociais e saúde	12.92 (2.27)	13.43 (2.90)	-1.017	.309
	Emprego	6.07 (2.20)	6.29 (1.98)	-.090	.928
	Religião	6.95 (2.36)	6.88 (1.74)	-.512	.609
	Família e conjug.	6.82 (2.00)	6.36 (2.13)	-1.065	.287
	Filhos	8.00 (2.22)	7.50 (2.03)	-1.276	.202
	Educação	6.32 (1.99)	6.36 (1.69)	-.309	.758
Total		118.62 (20.36)	119.01 (21.63)	-.408	.683
Filhos Adultos	Bem-estar financ.	14.50 (5.79)	15.00 (3.41)	-.216	.829
	Tempo	11.17 (4.49)	12.00 (2.45)	-.680	.496
	Vizinhos e comun.	15.33 (3.08)	18.00 (2.61)	-1.577	.115
	Casa	14.67 (5.72)	17.33 (4.89)	-1.604	.109
	<i>Mass média</i>	7.50 (3.02)	7.33 (1.97)	.000	1.000
	R. sociais e saúde	12.17 (2.48)	13.50 (3.15)	-.957	.339
	Emprego	6.17 (1.94)	6.67 (1.51)	-1.732	.083
	Religião	6.67 (2.07)	6.67 (1.97)	.000	1.000
	Família e conjug.	6.17 (2.23)	7.02 (1.98)	-1.512	.131
	Filhos	7.33 (1.21)	7.17 (1.17)	-.378	.705
	Educação	5.50 (1.64)	5.83 (.98)	-1.000	.317
Total		107.17 (26.47)	116.52 (20.31)	-1.363	.173

Nota: n "Família com filhos na escola"=9, n "Família com filhos adolescentes"=14, n "Família com filhos adultos"=6

*p<.10

Funcionamento familiar

Analisando a evolução do funcionamento familiar evidenciaram-se diferenças estatisticamente significativas na etapa “Família com filhos adultos”, designadamente nas dimensões *Forças familiares* ($Z=-2.768$, $p<.10$) e *Dificuldades familiares* ($Z=-1.899$, $p<.10$). No que respeita à dimensão *Forças familiares* assistiu-se a um aumento da pontuação (1ª sessão: $M=10.29$, $DP=4.63$; 4ª sessão: $M=12.14$, $DP=4.50$), refletindo uma evolução negativa, já que, neste instrumento, resultados mais elevados retratam um pior funcionamento. Na dimensão *Dificuldades familiares* constatou-se uma diminuição da pontuação (1ª sessão: $M=16.79$, $DP=5.25$; 4ª sessão: $M=14.87$, $DP=3.71$), sugerindo assim uma melhoria do funcionamento familiar (cf. Tabela 10).

Tabela 10
Evolução do Funcionamento familiar, da 1ª para a 4ª sessão

Etapas do CV	Dimensões do SCORE	1ª Sessão	4ª Sessão	Z	p
		Média (DP)	Média (DP)		
Filhos	Forças	10.89 (4.83)	11.48 (4.04)	-.315	.752
	Dificuldades	11.44 (4.28)	12.67 (4.18)	-.851	.395
Escola	Comunicação	11.00 (3.43)	11.89 (3.18)	-.846	.397
	Total	33.33 (11.25)	36.03 (10.35)	-.595	.552
Filhos adolescentes	Forças	10.99 (3.18)	10.99 (2.35)	-.153	.878
	Dificuldades	14.15 (3.51)	13.88 (4.03)	-1.137	.256
	Comunicação	13.75 (3.50)	12.66 (3.00)	-1.407	.159
	Total	38.90 (8.17)	37.54 (7.49)	-1.502	.133
Filhos	Forças	10.29 (4.63)	12.14 (4.50)	-2.768	.006*
	Dificuldades	16.79 (5.25)	14.87 (3.71)	-1.899	.058*
Adultos	Comunicação	16.10 (4.19)	14.64 (3.46)	-1.414	.157
	Total	43.17 (6.85)	41.66 (6.15)	-1.296	.195

Nota: n “Família com filhos na escola”=9, n “Família com filhos adolescentes”=26, n “Família com filhos adultos”=14

* $p<.10$

Aliança terapêutica

O estudo da evolução da aliança terapêutica entre as duas sessões indicou diferenças estatisticamente significativas ($Z=-1.778$, $p<.10$), em termos globais, da 1ª ($M=61.27$, $DP=11.46$) para a 4ª sessão ($M=67.22$, $DP=5.91$), na etapa “Família com filhos na escola”. Assistimos assim a um aumento da força da aliança terapêutica nesta etapa. Verificaram-se ainda aumentos significativos, na mesma etapa, nas dimensões *Envolvimento no processo* ($Z=-1.761$, $p<.10$), e *Conexão emocional* ($Z=-1.782$, $p<.10$). Relativamente ao *Envolvimento*, na 1ª sessão registou-se uma média de 14.89 ($DP=4.26$), aumentando para 16.89 ($DP=1.05$) na 4ª sessão. Já na dimensão *Conexão*, na 1ª sessão verificou-se um valor médio de 15.27 ($DP=2.77$), enquanto na 4ª sessão obteve-se um valor médio de 17.22 ($DP=1.86$) (cf. Tabela 11).

Tabela 11
Evolução da Aliança terapêutica, da 1ª para a 4ª sessão

Etapas do CV	Dimensões do SOFTA	1ª Sessão	4ª Sessão	Z	p
		M (DP)	M (DP)		
Filhos Escola	Conexão emocional	15.27 (2.77)	17.22 (1.86)	-1.782	.075*
	Envolvimento	14.89 (4.26)	16.89 (1.05)	-1.761	.078*
	Segurança	16.33 (2.55)	16.56 (2.39)	-.340	.734
	Partilha de objetivos	14.78 (3.70)	16.56 (3.05)	-1.357	.175
	Total	61.27 (11.46)	67.22 (5.91)	-1.778	.075*
Filhos adolescentes	Conexão emocional	16.95 (2.01)	17.59 (1.97)	-1.322	.186
	Envolvimento	16.32 (2.78)	16.73 (2.35)	-.526	.599
	Segurança	15.82 (2.75)	16.50 (2.54)	-1.077	.282
	Partilha de objetivos	16.59 (2.30)	16.23 (2.285)	-.644	.520
	Total	65.68 (8.23)	67.05 (7.31)	.539	.590
Filhos Adultos	Conexão emocional	15.45 (2.23)	16.71 (1.98)	-1.292	.196
	Envolvimento	14.99 (2.41)	15.64 (1.78)	-.809	.419
	Segurança	14.64 (2.10)	15.00 (2.83)	-.494	.621
	Partilha de objetivos	15.36 (2.31)	15.64 (2.34)	-.358	.720
	Total	60.44 (7.56)	63.00 (5.94)	-.945	.345

Nota: n "Família com filhos na escola"=9, n "Família com filhos adolescentes"=22, n "Família com filhos adultos"=14

* $p < .10$

c) Qual o impacto de determinados dados sociodemográficos e familiares no Coping familiar, na Qualidade de vida familiar, no Funcionamento familiar e na Aliança terapêutica, da 1ª para a 4ª sessão (globalmente, ou seja, independentemente da etapa do ciclo vital)?

Para responder à presente questão recorreremos à ANOVA de Medidas Repetidas MISTA (Pallant, 2005). Embora poucas das variáveis aqui em análise apresentem um n igual ou superior a 30, optámos por utilizar estatística paramétrica, dado que não existe o equivalente não paramétrico. Neste sentido, importa salientar que o pressuposto da homogeneidade foi cumprido na larga maioria das variáveis ($p > .05$), excetuando no funcionamento familiar, na 1ª sessão ($p = .040$), em termos da variável *sexo*, e ainda relativamente à aliança terapêutica, na 4ª sessão, no que diz respeito à variável *Tipologia urbana* ($p < .05$). Relativamente à variável *Sexo*, verificámos que o pressuposto da homogeneidade foi cumprido no Coping familiar (1ª sessão: $p = .320$; 4ª sessão: $p = .442$), na Qualidade de vida familiar (1ª sessão: $p = .233$; 4ª sessão: $p = .924$), no Funcionamento familiar (4ª sessão: $p = .310$) e na Aliança terapêutica (1ª sessão: $p = .109$; 4ª sessão: $p = .226$),

Quanto à variável *Idade* o pressuposto da homogeneidade foi sempre cumprido - Coping familiar (1ª sessão: $p = .154$; 4ª sessão: $p = .470$), Qualidade de vida familiar (1ª sessão: $p = .344$; 4ª sessão: $p = .347$), Funcionamento familiar (1ª sessão: $p = .082$, 4ª sessão: $p = .674$) e Aliança terapêutica (1ª sessão: $p = .387$; 4ª sessão: $p = .812$).

No que respeita à variável *Nível socioeconómico* esta apresentou

sempre homogeneidade das variâncias - *Coping* familiar (1ª sessão: $p=.178$; 4ª sessão: $p=.191$), Qualidade de vida familiar (1ª sessão: $p=.331$; 4ª sessão: $p=.542$), Funcionamento familiar (1ª sessão: $p=.650$; 4ª sessão: $p=.236$) e a Aliança terapêutica (1ª sessão: $p=.391$; 4ª sessão: $p=.889$).

No que concerne à variável *Tipologia urbana*, verificou-se que o pressuposto da homogeneidade apenas foi violado na aliança terapêutica, na 4ª sessão ($p=.018$). As restantes variáveis cumpriram este pressuposto: *Coping* familiar (1ª sessão: $p=.198$; 4ª sessão: $p=.516$), Qualidade de vida familiar ($p=.631$; 4ª sessão: $p=.393$), Funcionamento familiar (1ª sessão: $p=.847$; 4ª sessão: $p=.273$) e Aliança terapêutica (1ª sessão $p=.589$).

Relativamente à variável *Estado civil*, constatámos que as restantes variáveis apresentaram-se sempre homogêneas - *Coping* familiar (1ª sessão: $p=.593$; 4ª sessão: $p=.732$), Qualidade de vida familiar (1ª sessão: $p=.344$; 4ª sessão: $p=.376$), Funcionamento familiar (1ª sessão: $p=.218$; 4ª sessão: $p=.243$) e Aliança terapêutica (1ª sessão: $p=.260$; 4ª sessão: $p=.571$).

Por último, na variável *Número de filhos*, o pressuposto da homogeneidade foi sempre cumprido: *Coping* familiar (1ª sessão: $p=.884$; 4ª sessão: $p=.661$), Qualidade de vida familiar (1ª sessão: $p=.734$; 4ª sessão: $p=.218$), Funcionamento familiar (1ª sessão: $p=.479$; 4ª sessão: $p=.088$) e Aliança terapêutica (1ª sessão: $p=.343$; 4ª sessão: $p=.721$).

De acordo com as análises efetuadas, as variáveis sociodemográficas e familiares analisadas não demonstraram apresentar influência (cf. Tabelas 12, 13, 14, 15, 16 e 17), ao longo do processo terapêutico, já que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p>.10$).

Tabela 12

Influência da variável Sexo, no Coping familiar, Qualidade de vida familiar, Funcionamento familiar e Aliança terapêutica, da 1ª para a 4ª sessão

	Sexo	N	M (DP)	M (DP)	F	p
			1ª sessão	4ª sessão		
<i>Coping</i>	M	23	91.63 (13.14)	92.02 (9.67)	1.377	.246
	F	31	93.26 (14.96)	89.46 (12.27)		
Qualidade de vida	M	12	125.68 (14.60)	124.04 (17.65)	1.029	.318
	F	21	111.64 (23.14)	115.01 (19.15)		
Funcionamento familiar	M	23	36.40 (9.66)	36.15 (8.15)	.041	.839
	F	32	40.49 (7.48)	40.59 (6.88)		
Aliança terapêutica	M	21	62.52 (10.52)	66.43 (5.67)	1.240	.271
	F	29	63.43 (6.98)	64.55 (7.24)		

Nota: O n por variável difere, entre os instrumentos, dado que os questionários apresentam Ns totais diferentes – F-COPES (N=54); QOL (N=33); SCORE-15 (N=55) e SOFTA-s (N=50)

Tabela 13

Influência da variável Idade, no Coping familiar, Qualidade de vida familiar, Funcionamento familiar e Aliança terapêutica, da 1ª para a 4ª sessão

	Idade	N	M (DP) 1ª sessão	M (DP) 4ª sessão	F	p
Coping	12-29	18	93.07 (14.81)	93.56 (9.45)	.809	.451
	30-47	21	91.24 (15.96)	89.43 (10.17)		
	48-59	15	93.81 (10.87)	88.50 (14.20)		
Qualidade de vida	12-29	1	107.00 (--)	134.23 (--)	2.097	.140
	30-47	21	112.58 (18.90)	114.23 (16.87)		
	48-59	11	125.61 (24.68)	124.60 (21.57)		
Funcionamento familiar	12-29	18	40.50 (7.15)	39.04 (7.29)	-.707	.498
	30-47	23	38.60 (7.85)	39.34 (7.68)		
	48-59	14	36.87 (11.38)	37.35 (8.47)		
Aliança terapêutica	12-29	16	61.50 (9.73)	65.31 (6.77)	1.020	.368
	30-47	21	64.41 (6.54)	64.62 (6.60)		
	48-59	13	62.77 (10.13)	66.54 (6.86)		

Nota: O n por variável difere, entre os instrumentos, dado que os questionários apresentam Ns totais diferentes – F-COPES (N=54); QOL (N=33); SCORE-15 (N=55) e SOFTA-s (N=50)

Tabela 14

Influência da variável Nível socioeconômico, no Coping familiar, Qualidade de vida familiar, Funcionamento familiar e Aliança terapêutica, da 1ª para a 4ª sessão

	NSE	N	M (DP) 1ª sessão	M (DP) 4ª sessão	F	p
Coping	Baixo	15	94.90 (14.78)	89.76 (14.18)	.512	.676
	Médio	9	93.19 (8.39)	90.03 (6.74)		
	Alto	3	89.33 (10.69)	90.06 (4.41)		
Qualidade de vida	Baixo	13	117.34 (17.13)	119.02 (21.36)	1.353	.277
	Médio	7	119.50 (20.14)	113.13 (15.28)		
	Alto	3	110.07 (20.70)	111.49 (16.11)		
Funcionamento familiar	Baixo	16	40.69 (8.90)	38.51 (5.79)	1.082	.365
	Médio	9	33.13 (9.67)	34.97 (9.81)		
	Alto	3	33.33 (9.71)	35.33 (10.02)		
Aliança terapêutica	Baixo	16	66.02 (6.14)	66.58 (6.63)	.740	.534
	Médio	8	57.50 (10.54)	65.94 (6.34)		
	Alto	2	63.00 (5.66)	61.25 (6.61)		

Nota: O n por variável difere, entre os instrumentos, dado que os questionários apresentam Ns totais diferentes – F-COPES (N=54); QOL (N=33); SCORE-15 (N=55) e SOFTA-s (N=50)

Tabela 15
Influência da variável Tipologia urbana, no Coping familiar, Qualidade de vida familiar, Funcionamento familiar e Aliança terapêutica, da 1ª para a 4ª sessão

	TU	N	M (DP) 1ª sessão	M (DP) 4ª sessão	F	p
Coping	APU	31	93.32 (14.61)	91.22 (9.52)	.377	.688
	AMU	17	88.31 (14.11)	87.82 (12.78)		
	APR	6	100.70 (6.84)	94.78 (14.70)		
Qualidade de vida	APU	22	116.83 (21.40)	119.15 (17.79)	.125	.883
	AMU	8	106.37 (12.82)	106.93 (16.19)		
	APR	3	143.82 (19.11)	142.28 (8.00)		
Funcionamento familiar	APU	31	38.75 (8.79)	39.24 (7.53)	.522	.597
	AMU	18	40.11 (8.51)	39.89 (6.14)		
	APR	6	34.96 (8.29)	32.66 (10.74)		
Aliança terapêutica	APU	26	62.45 (8.39)	63.96 (4.87)	.326	.723
	AMU	18	63.44 (9.20)	66.06 (8.48)		
	APR	6	64.50 (8.50)	69.17 (6.15)		

Nota: O n por variável difere, entre os instrumentos, dado que os questionários apresentam Ns totais diferentes – F-COPES (N=54); QOL (N=33); SCORE-15 (N=55) e SOFTA-s (N=50)

Tabela 16
Influência da variável Estado civil, no Coping familiar, Qualidade de vida familiar, Funcionamento familiar e Aliança terapêutica, da 1ª para a 4ª sessão

	EC	N	M (DP) 1ª sessão	M (DP) 4ª sessão	F	p
Coping	a) ⁴	31	90.88 (13.61)	88.08 (12.12)	.687	.508
	b) ⁵	6	101.17 (12.58)	95.33 (7.61)		
	c) ⁶	17	92.60 (15.13)	93.35 (9.70)		
Qualidade de Vida	a)	27	119.84 (21.81)	121.35 (18.62)	.001	.975
	b)	6	102.83 (12.33)	104.53 (14.02)		
	c)	—	—	—		
Funcionamento familiar	a)	31	37.08 (4.42)	37.85 (8.27)	1.122	.333
	b)	7	42.07 (6.62)	42.90 (4.43)		
	c)	17	40.53 (7.37)	38.63 (7.30)		
Aliança terapêutica	a)	28	63.77 (8.00)	66.64 (6.18)	1.557	.221
	b)	7	63.86 (7.95)	60.87 (6.69)		
	c)	15	61.33 (10.05)	65.00 (6.89)		

Nota: O n por variável difere, entre os instrumentos, dado que os questionários apresentam Ns totais diferentes – F-COPES (N=54); QOL (N=33); SCORE-15 (N=55) e SOFTA-s (N=50)

⁴ Casado/União de Facto
⁵ Divorciado/Separado/Viúvo
⁶ Solteiro

Tabela 17
Influência da variável Número de filhos, no Coping familiar, Qualidade de vida familiar, Funcionamento familiar e Aliança terapêutica, da 1ª para a 4ª sessão

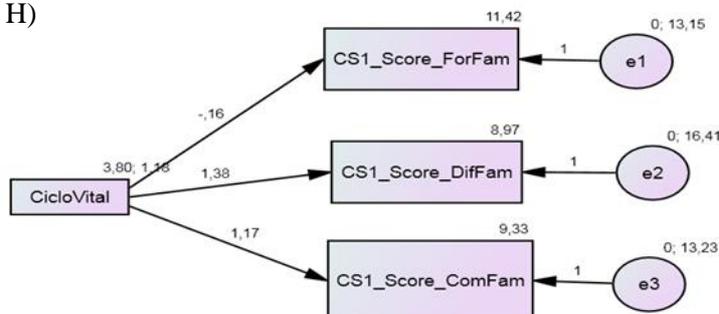
	Nº Filhos	N	M (DP) 1ª sessão	M (DP) 4ª sessão	F	P
Coping	A) ⁷	21	91.00 (14.01)	92.01 (9.14)	1.043	.360
	B) ⁸	27	91.97 (14.41)	87.51 (11.76)		
	C) ⁹	6	100.74 (12.32)	99.08 (11.49)		
Qualidade de vida	A)	2	98.50 (16.26)	94.00 (1.41)	.269	.766
	B)	25	117.35 (20.60)	119.74 (18.42)		
	C)	6	120.33 (25.88)	120.35 (19.92)		
Funcionamento familiar	A)	21	39.58 (7.34)	38.54 (6.76)	1.135	.329
	B)	28	37.89 (9.37)	37.87 (8.68)		
	C)	6	40.17 (10.16)	43.41 (3.78)		
Aliança terapêutica	A)	19	61.21 (9.04)	63.95 (6.45)	.040	.961
	B)	25	64.75 (8.66)	66.80 (6.73)		
	C)	6	61.81 (5.77)	63.67 (6.47)		

Nota: O n por variável difere, entre os instrumentos, dado que os questionários apresentam Ns totais diferentes – F-COPES (N=54); QOL (N=33); SCORE-15 (N=55) e SOFTA-s (N=50)

d) *Em que medida o ciclo vital da família permite estimar o funcionamento familiar?*

De forma a responder a esta questão, efetuámos um Modelo de Ajustamento para os efeitos da 1ª sessão. Para tal, procedemos à estimação dos parâmetros com recurso ao método da máxima verosimilhança, implementado no *software* AMOS. Esta análise incidiu sobre os resultados obtidos nas dimensões *Forças familiares*, *Dificuldades familiares* e *Comunicação Familiar*, do SCORE-15. Deste modo, objetivou-se perceber qual das dimensões foi melhor estimada pelo ciclo vital, na 1ª sessão (cf. Figura 1). No entanto, é importante referir que alguns dos pressupostos não foram cumpridos devido ao tamanho reduzido da amostra (Marôco, 2010).

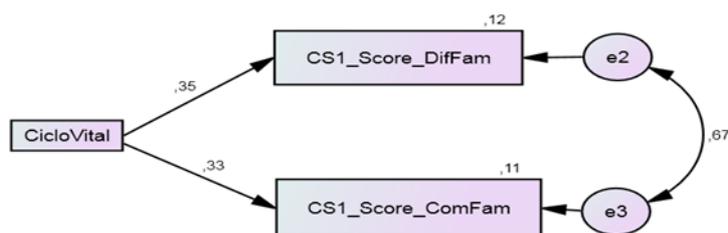
Figura 1. Modelo de ajustamento dos resultados, na 1ª sessão (cf. Anexo H)



⁷ Sem filhos
⁸ 1 ou 2 filhos
⁹ Mais de 2 filhos

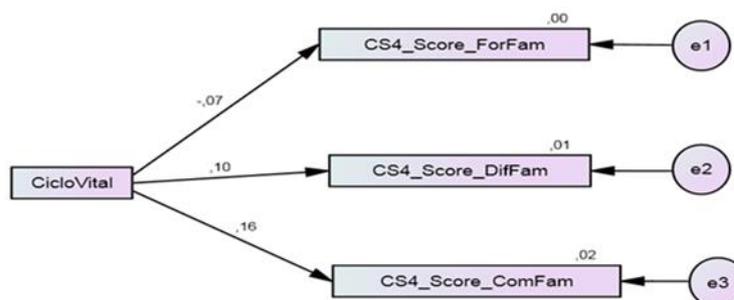
Este procedimento revelou a existência de uma estimação estatisticamente significativa na dimensão *Dificuldades familiares* ($\beta_{CVDiffFam}=1.38$; $SE=.51$; $p=.01$) e na dimensão *Comunicação familiar* ($\beta_{CVComFam}=1.17$; $SE=.46$; $p=.01$), verificando-se que o ciclo vital foi preditor destas duas dimensões. Verificou-se ainda que a dimensão melhor explicada pelo ciclo vital foram as *Dificuldades familiares* ($r^2=0.35$) (cf. Figura 2).

Figura 2. Modelo de ajustamento dos resultados, na 1ª sessão (*Dificuldades Familiares e Comunicação Familiar*)



O procedimento anterior foi replicado na 4ª sessão, porém, desta vez, verificou-se que o modelo de regressão não foi significativo em nenhuma das dimensões. No entanto, o ciclo vital estimou melhor a dimensão *Comunicação Familiar* ($r^2=0.16$ e $\beta_{CVComFam}=.45$; $SE=.39$; $p=.25$) (cf. Figura 3).

Figura 3. Modelo de ajustamento dos resultados, na 4ª sessão (cf. Anexo I)



V - Discussão

Findada a apresentação dos resultados, a presente secção visa proporcionar uma reflexão sobre os mesmos, articulando-os com os conteúdos presentes na literatura para, assim, procurar oferecer uma melhor compreensão do processo terapêutico. Deste modo, a reflexão dos resultados encontrados na presente investigação seguirá a mesma sequência da secção anterior.

Em primeiro lugar, gostaríamos de salientar que a nossa amostra é maioritariamente constituída por “Famílias com filhos adolescentes”, algo que vai de encontro à literatura, nomeadamente ao referido por Carter e McGoldrick (1995), que indicam que esta é uma das etapas do ciclo evolutivo em que as famílias mais recorrem à terapia. Também Preto (1995) refere que “se existe um momento no ciclo de vida das famílias em que os encaminhamentos para terapia familiar atingem um pico, é provável que seja a adolescência” (p. 236).

Por outro lado, os participantes do nosso estudo são maioritariamente do sexo feminino, algo que é, mais uma vez, corroborado por alguns autores que enfatizam que as mulheres são quem mais recorre à terapia, devido à enorme responsabilidade que, por norma, detêm no seio do lar (Carter & McGoldrick, 1995). Também Friedlander et al. (2006) defendem que é mais provável que as mulheres procurem ajuda terapêutica do que os homens. Como tal, é igualmente mais provável que o pedido para terapia de casal seja da iniciativa da esposa. No que toca à terapia familiar, também é a mãe que, geralmente, é a primeira a reconhecer a existência do problema, tomando então a iniciativa de procurar apoio psicológico (Cauce, Domenech-Rodriguez, Paradise, Cochran, Munyi Shea, Srebnik, & Baydar, 2002). Segundo Carter e McGoldrick (1995), a razão pela qual as mulheres recorrem mais à terapia do que os homens poderá ter a ver com o facto de estas serem mais permeáveis à manifestação de sintomas, quando confrontadas com momentos de transição do ciclo vital. Esta evidência poderá ser igualmente justificada pelo facto de, como já vimos, as mulheres comportarem a “responsabilidade emocional por todos os relacionamentos familiares” (Carter & McGoldrick, 1995, p. 14).

a) *Como se processa a evolução do Coping familiar, da Qualidade de vida familiar, do Funcionamento familiar e da Aliança terapêutica, da 1ª para a 4ª sessão (globalmente, ou seja, independentemente da etapa do ciclo vital)?*

No que concerne ao recurso a estratégias de *coping*, por parte dos clientes da nossa amostra, ainda que não se tenham registado resultados significativos, é de ressaltar que tanto a escala global, como os restantes fatores apresentaram um decréscimo de uma sessão para outra, à exceção dos fatores *Mobilização de apoio formal* e *Avaliação Passiva*. Neste sentido, consideramos que esta ténue evolução negativa na maioria dos fatores poderá dever-se ao facto das famílias começarem a questionar a adoção de determinados comportamentos manifestados até então. A tendência crescente do fator *Mobilização de apoio formal* é compreensível, na medida em que o acompanhamento psicológico, por si só, já se integra na rede secundária dos sujeitos e, como tal, poderá funcionar como um veículo de ativação da sua rede secundária.

De uma forma geral, a qualidade de vida familiar apresentou uma evolução positiva, embora não tivesse atingido o limiar de significância. O único fator que obteve um aumento estatisticamente significativo foi o fator *Casa*, refletindo-se num aumento da qualidade de vida percebida ao nível

das condições habitacionais, responsabilidades individuais e familiares, assim como, em relação ao espaço para as necessidades da família, e de cada indivíduo, em particular. Podemos então hipotetizar que o aumento desta dimensão poderá ter a ver com uma renegociação dos papéis familiares, que poderá ter sido despoletado pelo processo terapêutico, uma vez que a partilha de um espaço conjunto, põe a família a pensar enquanto unidade funcional e emocional. Tais resultados sugerem-nos que, provavelmente, nestas famílias, as 4 sessões não foram suficientes para provocar um aumento significativo da qualidade de vida, em termos globais, assinalando-se, no entanto, esta tendência para aumentar.

Ao estudarmos a evolução do funcionamento familiar, verificámos que esta não se processou de igual forma, ao longo de todas as dimensões, sendo que as dimensões *Dificuldades familiares* e a *Comunicação familiar*, a par com a escala total, registaram uma ligeira evolução positiva. Porém, há a salientar que a dimensão *Forças familiares* foi a única em que se evidenciou uma evolução negativa, com significado estatístico. Este resultado revelou que as competências da família (e.g., conversarem sobre aspetos de interesse para a família, ouvirem-se e apoiarem-se mutuamente, confiarem uns nos outros, encontrarem novas formas de lidar com as dificuldades) diminuíram, de uma sessão para a outra. Neste seguimento, destacamos o estudo longitudinal de Stratton et al. (2013), que vai de encontro ao objetivo do nosso estudo, uma vez que os autores, com recurso ao SCORE-15, compararam dois momentos da terapia (1ª e 3ª sessão). Neste estudo, observou-se uma evolução positiva significativa do funcionamento familiar, em termos globais, entre a 1ª e a 3ª sessão do processo terapêutico. Ainda no referido estudo, os autores hipotetizam que a mudança verificada poderia ser mais substancial se a avaliação do funcionamento familiar fosse realizada 6 meses após o início do processo terapêutico e também no final da terapia. Esta hipótese é igualmente plausível para o nosso estudo. Contudo, podemos ainda colocar a hipótese de que a evolução negativa das *Forças familiares* se deveu ao facto de, na 4ª sessão, as famílias terem ganho uma maior capacidade de auto-análise relativamente às suas dinâmicas familiares. Como tal, podemos sugerir que os resultados da 4ª sessão possam refletir uma perceção mais ajustada sobre si mesmas, e até com menor desejabilidade social. Este resultado poderá estar associado ao aumento da força da aliança terapêutica, quer em termos globais, quer ao nível da conexão emocional com o terapeuta, uma vez que poderá ter facilitado que as famílias respondessem de uma forma mais realista.

Desde o início do processo terapêutico (1ª sessão) até à fase intermédia do mesmo (4ª sessão), verificámos que a força da aliança entre terapeutas e clientes aumentou, quer em termos globais, quer ao nível das suas dimensões. Todavia, apenas a dimensão *Conexão emocional* e a escala total foram significativas, como já vimos. Esta evidência levou-nos a questionar se o tamanho da amostra poderá ter limitado os resultados encontrados nas restantes dimensões que, apesar da tendência claramente crescente, não alcançaram o limiar de significância. Isto é, será que se a amostra utilizada fosse maior as restantes dimensões da aliança teriam

alcançado o limiar de significância? Se nos debruçarmos sobre o significado das dimensões, podemos constatar que o *Envolvimento* e o *Sentimento de partilha de objetivos* retratam o envolvimento comportamental dos clientes no sistema terapêutico, enquanto a *Conexão emocional* e a *Segurança* evidenciam o envolvimento afetivo de cada um dos elementos do sistema familiar (Escudero, 2009). Neste sentido, os clientes da nossa amostra revelaram ter desenvolvido, de forma significativa, uma ligação emocional com o(s) terapeuta(s).

b) *De que forma evolui o Coping familiar, a Qualidade de vida familiar, o Funcionamento familiar e a Aliança terapêutica, da 1ª para a 4ª sessão, em função das etapas do ciclo vital da família analisadas?*

Como podemos constatar, as “Famílias com filhos adolescentes” apresentaram uma evolução negativa, estatisticamente significativa, relativamente ao recurso às estratégias de *coping*. Este decréscimo poderá estar relacionado com as tarefas inerentes a esta etapa específica do ciclo vital, sendo frequente que o sistema familiar apresente dificuldades em conciliar as finalidades individuais com as familiares (Ausloos, 1994). Tal facto poderá refletir-se, portanto, numa quebra do recurso a estratégias de *coping* familiar, podendo ser mais frequente que os adolescentes recorram mais a estratégias de *coping* de cariz individual, já que se encontram numa fase em que deverão emergir movimentos de autonomização (Ausloos, 1994; Relvas, 1996). Tal diminuição poderá ainda ser justificada pelo momento da própria intervenção terapêutica (4ª sessão), na medida em que, possivelmente, o sistema familiar poderá encontrar-se numa fase de transição para a mudança. Ou seja, para que as famílias possam dar o chamado “salto evolutivo”, este processo poderá ser pautado por avanços e retrocessos.

Quanto à qualidade de vida familiar, os resultados indicaram diminuições estatisticamente significativas no fator *Tempo*, para a etapa “Família com filhos adolescentes”. Neste sentido, podemos afirmar que, nesta etapa, ocorreu uma diminuição da satisfação com o tempo disponível (e.g., tempo livre, tempo para os próprios, tempo para as tarefas domésticas). Este decréscimo poderá ser justificado pelas exigências inerentes a esta etapa do ciclo vital, em que não só os filhos necessitam de cuidados, como também a assistência aos mais idosos da família se constitui uma realidade (Carter & McGoldrick, 1996).

Relativamente ao funcionamento familiar, as “Famílias com filhos adultos” apresentaram diferenças significativas nas dimensões *Forças* (o funcionamento familiar piorou) e *Dificuldades familiares* (o funcionamento familiar melhorou). Esta evolução negativa das *Forças familiares* poderá estar relacionada com o facto desta etapa específica do ciclo vital se caracterizar pela saída dos filhos de casa (Relvas, 1996), o que se poderá refletir numa diminuição da perceção das competências familiares, já que se deparam com uma fase centrífuga. Quanto à evolução positiva das *Dificuldades familiares*, uma vez que esta dimensão diz respeito às dificuldades em lidar com problemas, ao grau de felicidade sentido na

família, à percepção da quantidade de crises e à forma como se processam, e como reagem face às adversidades, poderá estar relacionado com o efeito da terapia, já que esta visa melhorar as interações entre os membros da família (Bloch, 1999) e, conseqüentemente, diminuir as dificuldades com as quais se deparam.

Quanto à evolução da aliança terapêutica, constatámos que existiu uma evolução positiva significativa na etapa “Família com filhos na escola”, nomeadamente nas dimensões *Conexão emocional*, *Envolvimento no processo*, assim como na escala total. Estes dados levam-nos a inferir que os clientes que se encontravam nesta etapa desenvolveram relações terapêuticas mais fortes do que as restantes etapas analisadas. Este facto poderá ter a ver com as tarefas específicas da etapa do ciclo vital referida, durante a qual se colocam à prova as competências de socialização da família. Nesta etapa, o sistema familiar abre-se ao exterior, nomeadamente ao sistema escolar e a tudo o que este envolve. É característica ainda desta etapa o facto de a família se sentir mais “ameaçada” por parte do exterior (através do controlo social inerente à entrada dos filhos na escola) do que do interior (na própria dinâmica familiar) (Relvas, 1996; Alarcão, 2006).

c) *Qual o impacto de determinados dados sociodemográficos e familiares no coping familiar, na qualidade de vida familiar, no funcionamento familiar e aliança terapêutica, da 1ª para a 4ª sessão?*

Ao analisarmos esta questão verificamos que nenhuma variável sociodemográfica e familiar demonstrou influenciar os resultados na aliança terapêutica, no *coping*, na qualidade de vida ou no funcionamento familiar. Tais resultados poderão dever-se ao tamanho reduzido da amostra, assim como pelo facto das análises realizadas terem comportado grupos não equivalentes. Neste sentido, consideramos de extrema importância que se repliquem estudos com amostras maiores, em torno das variáveis aqui estudadas, já que nos poderão oferecer pistas importantes para o aperfeiçoamento da prática clínica, em TFS.

De acordo com Nabais e Relvas (2007), não existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres relativamente ao recurso a estratégias de *coping*. Ainda de acordo com os mesmos autores, os homens com nível socioeconómico mais baixo utilizam um maior número de estratégias de *coping* do que os homens dos restantes níveis socioeconómicos.

Quanto à qualidade de vida familiar, de acordo com Nabais e Relvas (2007) e com Feliciano e Carvalho (2010), não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos, contudo, são os homens que pontuam mais alto, tal como evidenciado no nosso estudo. Ainda no âmbito da qualidade de vida familiar, Davidoff (2001) defende que as semelhanças entre ambos os sexos são mais frequentes do que propriamente as diferenças.

Relativamente à aliança terapêutica, o estudo de Quinn et al. (1997) também evidenciou ausência de diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres, embora as mulheres tivessem pontuado mais alto.

Relação entre Ciclo Vital da Família e Evolução da Aliança Terapêutica e Dinâmica Familiar numa Amostra de Sujeitos em Terapia Familiar Sistémica
Irina Laura Garcia Felício (e-mail: irinafelicio@hotmail.com) 2013

Há que salientar que os estudos acima referenciados diferem da presente investigação, já que não avaliam os sujeitos em dois momentos distintos do processo terapêutico.

d) *Em que medida o ciclo vital da família permite estimar o funcionamento familiar?*

Relativamente à predição do funcionamento familiar por parte do ciclo vital, constatámos que existiu uma estimaco significativa na 1ª sesso, para as dimenses *Comunicao* e *Dificuldades familiares*, sendo esta tima aquela que foi melhor explicada pelo ciclo vital. Embora na 4ª sesso a estimaco no tenha sido significativa, verificou-se que o ciclo vital estimou melhor a dimenso *Comunicao familiar*. Esta evidncia pode associar-se ao facto de, no incio da terapia, as famlias trazerem habitualmente dificuldades vincadas e bem identificadas, geralmente relacionadas com as caractersticas da respetiva etapa, assim como com as dificuldades sentidas na transio de etapas (Relvas, 1996; Carr, 2006). Contudo, deveremos focarmo-nos nesta anlise com cautela, uma vez que no nos permite inferir quais as etapas do ciclo vital que melhor predizem o funcionamento familiar, j que a anlise foi apenas realizada recorrendo-se ao ciclo vital enquanto varivel latente. Deste modo, sugerimos que, em estudos posteriores, sejam realizadas anlises, neste sentido, considerando as etapas do ciclo vital individualmente.

Em suma, de uma forma geral, evidenciaram-se poucas diferenas estatisticamente significativas, da 1ª para a 4ª sesso. Ainda assim, salientamos alguns resultados surpreendentes, nomeadamente na etapa “Famlia com filhos adolescentes”, onde verificmos uma diminuio significativa dos recursos familiares (*coping* familiar), tal como acontece no fator *Tempo*, referente à qualidade de vida familiar, da 1ª para a 4ª sesso. Consideramos estes resultados surpreendentes porque esperarvamos que, à partida, a interveno promovesse a ativao de um maior nmero de estratgias de *coping* familiar, assim como melhorias ao nvel da qualidade de vida e do funcionamento familiar. Destacamos igualmente a etapa “Famlia com filhos adultos”, onde se registou uma evoluo negativa das *Foras familiares*. Tratando-se de resultados algo inesperados, parece-nos importante desenvolver mais investigao sobre o processo e efeitos da terapia, de forma a facultar uma melhor compreenso sobre o contributo dos diferentes fatores em anlise para a terapia.

VI - Concluses

Dada a escassez de estudos que incidam sobre o ciclo evolutivo das famlias portuguesas, e sendo reconhecida a sua importncia no âmbito do processo terapêutico, j que se constitui como um “instrumento clnico importante para o diagnstico e planeamento da interveno” (Relvas, 1996, p.25), decidimos levar a cabo esta investigao por forma a aprofundar o conhecimento em torno do desenvolvimento familiar e

processo terapêutico. Com este intuito, debruçamo-nos, especialmente, sobre o *coping* familiar, a qualidade de vida familiar, o funcionamento familiar e a aliança terapêutica.

Um dos principais contributos do nosso estudo prendeu-se com o facto de este envolver uma amostra clínica avaliada em dois momentos-chave da TFS (1ª e 4ª sessões). Dado o seu desenho metodológico, a presente investigação permitiu-nos retirar algumas pistas importantes relativamente ao processo terapêutico, das quais destacamos as seguintes: são as “Famílias com filhos adolescentes” que mais recorrem à terapia, ao contrário das “Famílias com filhos pequenos”; as “Famílias com filhos em idade escolar” apresentam uma evolução mais positiva em termos da aliança terapêutica e as “Famílias com filhos adultos” apresentam uma evolução mais notória ao nível do funcionamento familiar, nomeadamente no que diz respeito às *Dificuldades familiares* .

Contudo, convém salientar que a investigação aqui apresentada comporta algumas limitações, nomeadamente o pequeno tamanho da nossa amostra e o desequilíbrio na distribuição dos participantes ao longo das etapas do ciclo vital da família, as nossas análises incidirem apenas em três etapas e o facto de o nosso estudo não abranger o momento final do processo terapêutico. Especificamente, devido ao número reduzido dos elementos da nossa amostra, o presente estudo exploratório não é passível de ser alvo de generalizações. Esta é uma limitação transversal aos estudos longitudinais, uma vez que comportam inúmeras variáveis que estão fora do controle quer da equipa terapêutica, quer da equipa de investigação (e.g., *dropouts* , recusa da parte dos clientes em participar no estudo, preenchimento incompleto dos questionários, entre outros).

Face a estas questões, como linhas de investigação futura sugerimos o desenvolvimento de estudos longitudinais sobre o processo e os efeitos da terapia, com base em amostras mais robustas, recolhidas através de uma maior diversidade de instrumentos de avaliação, em diferentes centros de terapia familiar de todo o país e que incidam também sobre outras variáveis, como por exemplo, o *stress* , de modo a enriquecer os resultados encontrados na presente investigação. Por último, consideramos fundamental que a avaliação da mudança terapêutica contemple todas as etapas do ciclo evolutivo e abarquem processos clínicos completos (início, meio e final da TFS). Somente desta forma conseguiremos verificar se algumas das tendências encontradas neste estudo possuem, ou não, significado estatístico, refletindo evoluções efetivas em termos das variáveis em estudo, ao longo do processo terapêutico e atendendo às etapas do ciclo de vida familiar.

Bibliografia

Agostinho, A., & Ribeiro, M. (2009). *Filhos na escola e filhos adultos: A relação entre funcionamento familiar, parentalidade e resiliência* (Tese de Mestrado). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa.

Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios Familiares* (3ª ed.). Coimbra: Quarteto.

Antoniazzi, A., Dell'Aglio, D., & Bandeira, D. (1998). O conceito de coping: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v3n2/a06v03n2.pdf>.

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 e processo*. Lisboa: Climepsi.

Bloch, S. (1999). *Uma introdução às psicoterapias*. Coimbra: Climepsi.

Carr, A. (2006). *Family therapy: concepts, process and practice* (2ª ed.). Hoboken: John Wiley & Sons.

Carr, A. (2009a). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31, 46-74. doi: 10.1111/j.1467-6427.2008.00452.x.

Carr, A. (2009b). The effectiveness of 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.

Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). As mudanças no ciclo de vida familiar. Uma estrutura para a terapia familiar. In B., Carter, & M. McGoldrick. *As mudanças no ciclo de vida familiar. Uma estrutura para a terapia familiar* (2ª ed). Porto Alegre: Editora Artes Médicas, pp. 7-29.

Cottrell, D., & Boston, P. (2002). Practitioner review: The effectiveness of systemic family therapy for children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 43(5), 573-586. doi: 10.1111/1469-7610.00047.

Cauce, A. M., Domenech-Rodriguez, M., Paradise, M., Cochran, B. N., Munyi Shea, J., Srebnik, D., & Baydar, N. (2002). Cultural and context influences in mental health seeking: a focus on ethnic minority youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 44-55.

Davidoff, L.L. (2001). Comportamento social e questões sociais. In L.L. Davidoff (coord.). *Introdução à psicologia* (pp. 631-670). São Paulo: Pearson Education.

Davis, S., & Piercy, F. (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*

Relação entre Ciclo Vital da Família e Evolução da Aliança Terapêutica e Dinâmica Familiar numa Amostra de Sujeitos em Terapia Familiar Sistêmica
Irina Laura Garcia Felício (e-mail: irinafelicio@hotmail.com) 2013

Family Therapy, 33(3), 318-343. doi: 10.1111/j.1752-0606.2007.00030.x.

Drisco, J. (2004). Common factors in psychotherapy outcome: Meta-analytic finding and their implications for practice and research. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 85(1), 81-90. doi: 10.1606/1044-3894.239.

Escudero, V., Friedlander, M., Varela, N., & Abascal, A. (2008). Observing the therapeutic alliance in family therapy: Associations with participants's perceptions and therapeutic outcomes. *Journal of Family Therapy*, 30, 194-214. doi: 10.1111/j.1467-6427.2008.00425.x.

European Family Therapy Association (2009). *EFTA Research SCORE Project Full Administration Protocol*. Documento não publicado.

Fagulha, T., Duarte, M. E., & Miranda, M. J. (2000). A qualidade de vida: Uma nova dimensão psicológica? *Psychologica*, 25, 5-7.

Feliciano, C., & Carvalho, M. M. (2011). Influência do gênero na percepção da qualidade de vida e resiliência familiares. *Mosaico*, 48, 6-15.

Friedlander, M., Escudero, V., & Heatherington, L. (2006). *Therapeutic Alliances in Couple and Family Therapy: An Empirically Informed Guide to Practice*. Washington, DC: American Psychological Association.

Friedlander, M. L., Wildman, J., Heatherington, L., & Skowron, E. A. (1994). What we do and don't know about the process of family therapy. *Journal of Family Psychology*, 8, 390-416. doi: 10.1037/0893-.

Frosh, S., Burck, C., Strckland-Clarck, L., & Morgan, K. (1996). Engaging with change: a process study of family therapy. *Journal of Family Therapy*, 18, 141-161. doi: 10.1111/j.1467-6427.1996.tb00041.x.3.

Hubble, M., Duncan, B., & Miller, S. (2006). *The heart and soul of change: What works in the therapy*. Washington: American Psychological Association Press.

Johnson, L., Wright, D., & Ketring (2002). The therapeutic alliance in home-based family therapy: Is it predictive of outcome? *Journal of Marital and Family Therapy*, 28(1), 93-102. doi: 10.1111/j.1752-0606.2002.tb01177.x.

Knobloch-Fedders, L., Pinsof, W., & Mann, B. (2004). The formation of the therapeutic alliance in couple therapy. *Family Process*, 43(4). doi: 10.1111/j.1545-5300.2004.00032.x.

Knobloch-Fedders, L., Pinsof, W., & Mann, B. (2007). Therapeutic

Relação entre Ciclo Vital da Família e Evolução da Aliança Terapêutica e Dinâmica Familiar numa Amostra de Sujeitos em Terapia Familiar Sistêmica
Irina Laura Garcia Felício (e-mail: irinafelicio@hotmail.com) 2013

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.

Lazarus, R., & S., Lazarus, B. N. (2006) *Coping with aging* (pp. 221-233). New York: Oxford University Press.

Martins, C., & Alberto, I. (2008). *F-COPES: Estudo da validação para a população portuguesa* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Machado, M., Ribeiro, M., & Ferreira, A. (2008). *Aliança parental, coesão e adaptabilidade familiar ao longo do ciclo vital da família* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa.

Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações*. Lisboa: Rêlo & Filhos II, SA.

McCubbin, H. I., & Patterson J. M. (1983). Family transitions: Adaptation to stress. *Journal of marital therapy*, 6, 5-25.

Miller, R., Yorgason, J., Sandberg, J., & White, M. (2003). Problems that couples bring to therapy: A view across the family life cycle. *The American Journal of Family Therapy*, 31, 395-407. doi: 1080/01926180390223950

Nabais, A., & Relvas, A. P. (2009). Diferenças de género na percepção do stress, coping e qualidade de vida familiares. *Mosaico*, 43, 25-35.

Olson, D. H., McCubbin, H. I., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, M., & Wilson, M. (1982). *Families inventories: Inventories used in a national survey of families across the family life-cycle* (2ª ed.). St Paul: University of Minnesota.

Olson, D. H., McCubbin, H. I., Barnes, H. L., Larsen, A. S., Muxen, M. J., & Wilson, M. A. (1983). *Families: What makes them work?* Beverly Hills: Sage Publications.

Pallant, J. (2005). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS* (2ª ed.). Berkshire: Open University Press.

Papalia, D. E., & Olds, S. W. (2000). *Desenvolvimento humano* (7ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2006). *Análise de dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS* (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Relação entre Ciclo Vital da Família e Evolução da Aliança Terapêutica e Dinâmica Familiar numa Amostra de Sujeitos em Terapia Familiar Sistémica
Irina Laura Garcia Felício (e-mail: irinafelicio@hotmail.com) 2013

Pires, A., Lind, W., & Vedes, A. (2011). *Coping diádico e satisfação conjugal. Um estudo com casais portugueses* (Tese de Mestrado). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa.

Pote, H., Stratton, P., Cottrell, D., Shapiro, D., & Boston, P. (2003). Systemic family therapy can be manualized: Research process and findings. *Journal of Family Therapy*, 25, 236-262. doi: 10.1111/1467-6427.00247.

Preto, G. N. (1995). Transformação do sistema família na adolescência. In B., Carter, & M. McGoldrick. *As mudanças no ciclo de vida familiar. Uma estrutura para a terapia familiar* (2ª ed.). Porto Alegre: Editora Artes Médicas, pp. 223-247.

Quinn, W., Dotson, D., & Jordan, K. (1997). Dimensions of therapeutic alliance and their associations with outcome in family therapy. *Psychotherapy Research*, 7(4), 429-438. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10503309712331332123>.

Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família. Perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.

Relvas, A. P. (2005). Famílias e Stress: das crises normativas às crises inesperadas, como intervir numa perspectiva sistémica. In Pinto, A. M., & Silva, A. L. (ed.). *Stress e bem-estar: modelos e domínios de aplicação*, 43-58. Lisboa: Climepsi.

Sexton, T., Ridley, C., & Kleiner, A. (2004). Beyond common factors: multilevel-process model of therapeutic change in marriage and family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(2), 131-149. doi: 10.1111/j.1752-0606.2004.tb01229.x.

Simões, J. M. L., & Alberto, I. M. M. (2008). *Qualidade de vida: estudo de validação para a população portuguesa*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Simões, M. M. R. (1994). *Investigações no âmbito da aferição nacional do teste das matrizes progressivas coloridas de Raven* (Dissertação de Doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Stevens, J. (2009). *Applied multivariate statistics for the social sciences*, (5ª ed.). New York: Taylor & Francis Group, LLC.

Stratton, P. (2005). Report on the evidence base of systemic family therapy. *Association of Family Therapy*, 1-25. Retirado de www.aft.org.com.

Relação entre Ciclo Vital da Família e Evolução da Aliança Terapêutica e Dinâmica Familiar numa Amostra de Sujeitos em Terapia Familiar Sistémica
Irina Laura Garcia Felício (e-mail: irinafelicio@hotmail.com) 2013

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*.

Sydow, K., Beher, S., Schweitzer, J., & Retzlaff, R. (2010). The efficacy of systemic therapy with adult patients: A meta-content analysis of 38 randomized controlled trials. *Family Process*, 49(4), 457-485. doi: 10.1111/j.1545-5300.2010.01334.x.

Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica Coimbra.

Vilaça, A., & Relvas, A. (2009). Vulnerabilidade ao *stress*, *coping*, qualidade de vida e ciclo vital da família. *Mosaico*, 43, 12-24.

Winek, J. (2010). *Systemic family therapy: from theory to practice*. United States of America: Sage Publications.

Anexos

Anexo A: Formulário de consentimento informado - famílias

Anexo B: Questionário de dados sociodemográficos - pais

Anexo C: Questionário de dados sociodemográficos - filhos

Anexo D: Tabela referente à consistência interna dos fatores do F-COPES

Anexo E: Tabela referente à consistência interna dos fatores do QOL

Anexo F: Tabela referente à consistência interna das dimensões do SCORE-15

Anexo G: Tabela referente à consistência interna das dimensões do SOFTA-s

Anexo H: Resultados obtidos para o Modelo de Ajustamento, na 1ª sessão

Anexo I: Resultados obtidos para o Modelo de Ajustamento, na 4ª sessão

Anexo A: Consentimento informado – famílias

PT / ____ / ____ / ____

Formulário de Consentimento do PRO-CIV¹⁰
Famílias

- (1) Confirmando que me foram explicados os objectivos do PRO-CIV e que tive a oportunidade de colocar questões sobre o projecto.
- (2) Compreendi que a minha participação é totalmente voluntária e posso recusar participar em qualquer altura sem justificar, sem que isso interfira na terapia.
- (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 equipa coordenada pela Doutora Ana Paula Relvas (Professora Catedrática da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra) e em colaboração com outros terapeutas e colegas dos serviços de saúde.

Nome	Idade	Assinatura (caso os menores de 16 anos queiram participar, os pais deverão assinar pelos filhos)

¹⁰ Uma cópia para a família, uma cópia para o terapeuta responsável pela investigação no serviço e uma cópia para acrescentar aos dados da família.

Nome e assinatura do terapeuta que recebe o consentimento:

Nome.....

Assinatura.....

Data

Anexo B: Questionário de dados sociodemográficos - pais

Obrigado por participar neste estudo! Responda às seguintes questões de forma honesta e clara. Iniciaremos com algumas questões bastante simples.		
D1	Código do caso (a preencher pelo serviço):	Código: PT / ___ ___ / ___ ___ / _____ (Código Local) (Nº Família) (Elemento da Família)
D2	Sexo (coloque um X à frente da resposta correcta)	Feminino
		Masculino
D3	Qual o seu estado civil e desde quando?	(exemplo: casado desde 2001)
D4	Qual a sua nacionalidade?	
D5	Qual o seu local de residência?	
D6	Qual a sua idade?	_____ Anos
D7	Qual a escolaridade que concluiu? (coloque um X à frente da resposta correcta)	Nenhuma
		Escola Primária
		Secundário Incompleto
		Secundário Completo
		Curso Profissional
		Licenciatura
		Mestrado
		Doutoramento
D8	Qual a sua profissão?	
D9	Tem filhos? Se sim, indique o sexo e a idade	(exemplo: sim, 1 menina de 10 anos e 1 menino de 6 anos)
D10	Qual o sua posição no seu agregado familiar?	Mãe
		Madrasta
		Pai
		Padrasto
		Filha
		Filho
		Outra:
D11	Quais os elementos do seu agregado familiar? (por ex.: mãe, padrasto, filho de 12 anos, filha de 15 anos, etc).	
D12	Foi encaminhado por alguém ou algum serviço? Se sim, quem encaminhou?	
	Já alguma vez recebeu algum tipo de ajuda psicológica?	Não
		Sim (Em caso de resposta afirmativa, por favor preencha abaixo:)
		a) Qual o motivo do pedido?
		b) Tipo de intervenção realizada (terap. familiar, terap. de casal, terap. individual)?
		c) Resultados obtidos?

D13	A preencher pelo serviço ou pelo terapeuta:	Nome do(s) terapeuta(s): T1: T2:
D14	A preencher pela equipa de investigação:	Etapa do Ciclo Vital:
D15		Nível Sócio-económico:

Anexo C: Questionário de dados sociodemográficos - filhos

Obrigado por participares neste estudo! Responde às seguintes questões de forma honesta e clara. Iniciaremos com algumas questões bastante simples.			
D1	Código do caso (a preencher pelo serviço):	Código: PT / ____ / ____ / _____ (Código Local) (Nº Família) (Elemento da Família)	
D2	Sexo (coloca um X à frente da resposta correcta)	Feminino	
		Masculino	
D3	Qual a tua nacionalidade?		
D4	Qual o teu local de residência?		
D5	Qual a tua idade?	_____ Anos	
D6	Se estudas, qual o ano escolar que frequentas?		
	Se não estudas, qual é a tua escolaridade completa?		
D7	Tens irmãos? Se sim indica o sexo e a idade.	(exemplo: 1 rapaz de 12 anos)	
D7	Com quem vives? (por ex.: mãe, padrasto, avó, irmã de 12 anos, etc).		
D8	Já alguma vez recebeste algum tipo de ajuda psicológica?	Não	
		Sim (Em caso de resposta afirmativa, por favor preenche abaixo:)	
		a) Qual o motivo do pedido? b) Tipo de intervenção realizada (terap. familiar, terap. de casal, terap. individual)? c) Resultados obtidos?	
D9	A preencher pelo serviço ou pelo terapeuta:	Nome do(s) terapeuta(s): T1: T2:	D12
D10	A preencher pela equipa de investigação:	Etapa do Ciclo Vital:	D13
D11		Nível Sócio-económico:	D14

Anexo D: Tabela referente à consistência interna dos fatores do F-COPES

Caraterísticas dos fatores do F-COPES

Fatores	Alpha de Cronbach 1ª Sessão	Alpha de Cronbach 4ª Sessão
Reenquadramento	.82	.78
Procura de apoio espiritual	.78	.78
Aquisição de apoio Social – relações de vizinhança	.78	.78
Aquisição de apoio social – relações íntimas	.77	.69
Mobilização de apoio formal	.68	.55
Aceitação passiva	.01	.12
Avaliação passiva	.50	.42

Anexo E: Tabela referente à consistência interna dos fatores do QOL

Caraterísticas dos fatores do QOL

Fatores	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach
	1ª Sessão	4ª Sessão
Bem-estar financeiro	.92	.88
Tempo	.96	.82
Vizinhança e comunidade	.89	.87
Casa	.93	.85
<i>Mass media</i>	.85	.85
Relações sociais e saúde	.49	.79
Emprego	.79	.76
Religião	.96	.90
Família e conjugalidade	.40	.54
Filhos	.87	.82
Educação	.54	.40

Anexo F: Tabela referente à consistência interna das dimensões do SCORE-15

Caraterísticas das dimensões do SCORE-15

Dimensões	Alpha de Cronbach 1ª Sessão	Alpha de Cronbach 4ª Sessão
Forças familiares	.78	.78
Dificuldades familiares	.75	.77
Comunicação familiar	.68	.64

Anexo G: Tabela referente à consistência interna das dimensões do SOFTA-s

Caraterísticas das dimensões do SOFTA-s

Dimensões	Alpha de Cronbach 1ª Sessão	Alpha de Cronbach 4ª Sessão
Envolvimento no processo	.73	.48
Conexão emocional com o terapeuta	.50	.47
Segurança no sistema terapêutico	.33	.58
Sentimento de partilha de objetivos na família	.53	.58

Anexo H: Resultados obtidos para o Modelo de Ajustamento, na 1ª sessão

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
CS1_Score_ForFam <--- CicloVital	-,163	,455	-,359	,719	
CS1_Score_DifFam <--- CicloVital	1,376	,508	2,709	,007	
CS1_Score_ComFam <--- CicloVital	1,172	,456	2,571	,010	

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
CS1_Score_ForFam <--- CicloVital	-,049
CS1_Score_DifFam <--- CicloVital	,346
CS1_Score_ComFam <--- CicloVital	,330

Anexo I: Resultados obtidos para o Modelo de Ajustamento, na 4ª sessão

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
CS4_Score_ForFam <--- CicloVital	-,195	,405	-,482	,630	
CS4_Score_DifFam <--- CicloVital	,340	,471	,723	,470	
CS4_Score_ComFam <--- CicloVital	,452	,389	1,163	,245	

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
CS4_Score_ForFam <--- CicloVital	-,065
CS4_Score_DifFam <--- CicloVital	,098
CS4_Score_ComFam <--- CicloVital	,156