



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Bárbara Filipa Fernandez Rebelo

**DESENVOLVIMENTO DE UMA ESCALA DE
AVALIAÇÃO DO PROCESSO TERAPÊUTICO:
ESCALA DE CO-CONSTRUÇÃO DE OBJETIVOS
(ECCO)**

**Dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde,
subárea em Psicoterapia Sistémica e Familiar orientada pela Professora Doutora
Ana Paula Relvas e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da
Educação da Universidade de Coimbra.**

julho de 2019

Desenvolvimento de uma Escala de Avaliação do Processo Terapêutico: Escala de Co-construção de Objetivos (ECCO)

Resumo: O estudo do processo terapêutico, nomeadamente, a co-construção de objetivos, é frequentemente considerada uma tarefa complexa. O referido processo é um componente fundamental da terapia, possibilitando a articulação das diferentes expectativas e objetivos de cada elemento da família numa construção de objetivos conjuntos que permitam alcançar as metas pretendidas para a terapia (Carr, 2006).

A presente investigação tem como principal objetivo a construção de uma escala de avaliação, que possibilite compreender e medir a co-construção de objetivos numa sessão de terapia familiar.

A Escala de Co-construção de Objetivos (ECCO) foi desenvolvida através de um conjunto de etapas, que englobaram uma revisão da literatura, a construção dos itens e identificação das técnicas da escala, assim como a elaboração de um guião de aplicação. Durante o seu desenvolvimento, existiu um espaço de discussão crítica com terapeutas experientes acerca da escala, realizando-se, posteriormente, um estudo-piloto que permitiu chegar à versão final da ECCO.

Para a prossecução do objetivo supramencionado recorreu-se a uma amostra constituída por 26 processos arquivados de terapia familiar, subdividida em 15 casos de famílias voluntárias e 11 casos de famílias involuntárias. A ECCO foi aplicada de forma independente por dois codificadores, num total de 24 primeiras sessões e duas segundas sessões.

Os estudos psicométricos efetuados demonstraram que a ECCO é uma escala fiável que permite avaliar duas dimensões do processo de definição conjunta de objetivos, nomeadamente, a construção de objetivos intrafamília e as expectativas e necessidades da família. Os resultados alcançados são discutidos atendendo às suas implicações teóricas e clínicas.

Palavras-chave: Escala de Avaliação; Co-construção de Objetivos; Processo Terapêutico; Terapia Familiar Sistémica.

Development of a Therapeutic Process Rating Scale: Objective Co-construction Scale (ECCO)

Abstract: The study of the therapeutic process, in particular, the co-construction of objectives, is often considered a complex task. The above-mentioned process is a fundamental component of the therapy, making it possible to articulate the different expectations and objectives of each family element in a set of joint goals that allow the attainment of the desired goals for therapy (Carr, 2006).

The main objective of the present investigation is the construction of a rating scale, which makes it possible to understand and measure the co-construction of objectives in a family therapy session.

The Objective Co-construction Scale (ECCO) was developed through a set of steps, which included a review of the literature, the construction of items and identification of scale techniques, as well the elaboration of an application guide. During its development, there was a space for critical discussion with experienced therapists about the scale, and a pilot study was carried out, which allowed us to reach the final version of ECCO.

In order to achieve this objective, a sample of 26 cases of family therapy was used, subdivided into 15 cases of voluntary families and 11 cases of involuntary families. ECCO was applied independently by two coders, for a total of 24 first sessions and two second sessions.

The psychometric studies have shown that the ECCO is a reliable scale that allows to evaluate two dimensions of the process of joint definition of objectives, namely, the construction of intrafamily goals and the expectations and needs of the family. The results achieved are discussed considering their theoretical and clinical implications.

Key Words: Rating Scale; Co-construction of Objectives; Therapeutic Process; Systemic Family Therapy.

Agradecimentos

Porque crescer sem agradecer é a negação daquilo que pretendemos testemunhar, utilizo este espaço para manifestar a minha gratidão a todos os que sempre me apoiaram e contribuíram para a concretização desta etapa no meu percurso académico...

À Doutora Ana Paula Relvas, pela excelente orientação, pelas críticas construtivas e pela partilha da sua incrível sapiência.

À Doutora Luciana Sotero, pelo apoio, disponibilidade e paciência ao longo deste caminho.

À minha família, a quem devo tudo o que sou hoje.

À minha mãe a quem dedico cada passo dado no meu percurso académico. De quem me orgulho e agradeço por ter acreditado sempre em mim, me ter ensinado a importância de ser resiliente e me manter firme nos momentos mais desafiantes da vida.

Ao meu pai, pelo sorriso constante e pelo orgulho imenso que demonstra ter por mim.

Ao meu avô, por me fazer aprender que devemos lutar sempre pelos nossos sonhos, que “sem trabalho nada se constrói”.

À minha avó, um alicerce fundamental da minha vida, que me ensinou a ler e a escrever, que cuidou de mim sempre com toda a sua preocupação envolvida num amor desmedido. A pessoa que todos os dias me mostra a garra de lutar. Obrigada.

À minha estrelinha no céu!

À minha segunda família – Dulce, Quim, Rita, Bruno, João, António, Marta, Tomé, Tomás, Ana Clara, Carlos e Sandra- por me acompanharem e cuidarem de mim.

Aos meus colegas de mestrado, em especial à Beatriz, que me acompanhou de mão dada na construção desta dissertação de mestrado, pelos sorrisos trocados, pela motivação, pela união em cada desafio superado. Levo-te comigo no coração.

Às “minhas pessoas”, os meus amigos do coração, pela alegria contagiante, pela força, pelas palavras de carinho e incentivo ao longo deste percurso. Obrigada a cada um por me fazer crescer, tenho um pedacinho de cada no meu coração.

Ao Rui, meu namorado, meu porto de abrigo, pelo amor e carinho, pela força e compreensão, por ter estado sempre presente em cada momento. Pela presença e a palavra, materializadas em permanente apoio motivador. Obrigada.

A Coimbra pelo que me ensinou e me fez crescer.

Índice

I Enquadramento conceptual.....	1
1.1 Algumas Notas sobre a História da Terapia Familiar Sistémica	1
1.2 A Importância da Escola de Milão e a Influência na <i>Praxis</i> da Terapia Familiar	2
1.3 Terapia da Curiosidade	4
1.4 Co-construção de Objetivos	5
II Objetivos	6
III Metodologia.....	7
3.1 Desenvolvimento do Instrumento	7
3.1.1 Construção dos Itens e Estudo Piloto	7
3.1.2 Aplicação e Cotação.....	9
3.2 Amostra.....	10
3.2.1 Procedimentos para Seleção da Amostra	10
3.2.2 Caracterização da Amostra	11
3.2.2.1 Caracterização da Amostra de Terapeutas	11
3.2.2.2 Características da Amostra das Famílias e Processo Terapêutico.....	12
3.3 Procedimentos Estatísticos.....	15
IV Resultados.....	16
4.1 Estudos Descritivos	16
4.2 Estudos de Precisão.....	17
4.3 Estudos de Validade Interna: Análise Fatorial Exploratória	18
4.4 Estudos de Validade com Grupos Conhecidos: Famílias na Condição de Voluntárias e Famílias na Condição de Involuntárias	19
4.5 Estudos de Validade com Grupos Conhecidos: Casos com <i>Dropout</i> e Casos Terminados por Acordo entre Clientes e Terapeutas....	20
4.6 Correlações Entre Instrumentos	20
V Discussão	20
5.1 Limitações do Estudo e Sugestões para Investigações Futuras	24
Conclusões.....	25
Bibliografia	26
Anexos	31

Introdução

No âmbito do processo terapêutico em terapia familiar, um importante procedimento passa pela co-construção de objetivos. A discussão de objetivos no seio da sessão permite aos clientes desenvolver visões múltiplas do problema que apresentam, contrariando a visão de que o sistema familiar é vítima do mesmo. Por sua vez, este processo permite promover a visão da família como um sistema com potencial para alcançar as mudanças desejadas, concedendo-lhes *empowerment*, o que corresponde a uma mais-valia na concretização do que pretendem para a terapia (Cooper & Law, 2018).

Neste sentido, a negociação conjunta de objetivos comuns para a terapia (entre terapeutas e família e entre os vários membros da família) parece ser adicionalmente gerador de esperança, numa promoção do envolvimento dos clientes no processo terapêutico, nomeadamente nas mudanças pretendidas, estimulando na procura de estratégias eficazes para atingir os objetivos co-construídos (Cooper & Law, 2018; Relvas & Sotero, 2018; Tambling, 2012).

A co-construção de objetivos assenta numa atmosfera de colaboração, em que a família sente que os problemas e expectativas são escutados e respeitados, o que, por si só, pode fornecer ao sistema um motivo para ir à terapia, contribuindo para a criação de aliança terapêutica entre família e terapeutas (Escudero, 2009; Relvas & Sotero, 2014).

Perante a importância de todo o processo supraindicado e tendo em conta a escassez de instrumentos que avaliem a co-construção dos objetivos e o facto de essa lacuna ser ainda mais evidente em relação ao processo terapêutico em terapia familiar, a construção de uma escala de avaliação que se propõe compreender e medir o processo de co-construir objetivos na sessão de terapia familiar é um importante passo no estudo da Terapia Familiar Sistémica.

I Enquadramento conceptual

1.1 Algumas Notas sobre a História da Terapia Familiar Sistémica

A terapia familiar desenvolve-se a partir da década de 50 nos Estados Unidos, num contexto de mudança de paradigma, nomeadamente do pensamento analítico para o pensamento sistémico, com o corolário: “*é preciso reunir para compreender*” (Relvas, 1999, p.15). Assim, é pontuada a importância do conhecimento e intervenção a nível relacional e interacional. Também os estudos sobre a esquizofrenia se tornaram preponderantes para a referida mudança, dado que a família foi considerada um elemento relevante na compreensão e intervenção sobre a doença mental mencionada (Bateson, Jackson, Haley & Weakland, 1956).

O contexto histórico-social decorrente da Revolução Industrial, com a crescente urbanização e as mudanças sociais decorrentes do pós-guerra, direcionaram as abordagens psicossociais para uma visão mais centrada no sistema familiar como matriz relacional e de criação de identidade, tornando-

se, assim, num foco de interesse para estudos psicossociais (Relvas, 1999).

A Escola de Palo Alto é muito importante no aparecimento da terapia familiar. Neste sentido, o ano de 1949 é um marco relevante na história da Terapia Familiar, dado que nessa altura se reúne em Palo Alto, no *Veterans Administration Hospital*, um grupo de investigadores de áreas científicas diversificadas, sob a orientação de Gregory Bateson, que se destaca pelos estudos sobre a comunicação (Relvas, 2000). Desta mesma equipa fizeram parte, o psiquiatra Jay Haley e o engenheiro químico John Weakland, participantes ativos nas investigações sobre o «*double-bind*» (Longhofer, 1980). Outro importante nome a realçar é o de Don Jackson, que integra Palo Alto em 1954, e cria, posteriormente, o *Mental Research Institute*, dedicando-se ao desenvolvimento da terapia familiar sistémica e à formação de terapeutas (Relvas, 2000).

A terapia familiar difunde-se rapidamente na Europa e como principal pioneira destaca-se Mara Selvini-Palazzoli. Em 1967 funda o *Centro per lo Studio della Famiglia* em Milão, núcleo da Escola de Milão. Desenvolve investigação e realiza intervenção terapêutica com famílias de esquizofrénicos. Palazzoli apoiando-se na perspetiva estratégica, aperfeiçoa a intervenção verbal final, dando especial atenção ao conceito de conotação positiva (Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1994).

Na década de 70 a Terapia Familiar é introduzida em Portugal: Pina Prata promove o I Encontro de Terapia Familiar e em 1979 é fundada a Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar, com um importante papel na formação, investigação e prática clínica (Relvas, 1999, 2000).

1.2 A Importância da Escola de Milão e a Influência na Praxis da Terapia Familiar

Em 1967, Mara Selvini-Palazzoli, juntamente com os colegas Luigi Boscolo, Guiliana Prata e Gianfranco Cecchin, formaram o *Centro per lo Studio della Famiglia* em Milão, tal como referido anteriormente. O centro teve um impacto mundial no campo da terapia familiar, nomeadamente com o uso da terapia breve “longa”, na qual as sessões de terapia eram realizadas com um espaçamento mensal até um período de um ano (Goldenberg & Goldenberg, 2012). A equipa original de Milão, influenciada por Gregory Bateson e pela prática clínica do *Mental Research Institute* desenvolveu um estilo único na qual a equipa terapêutica se subdivide em duas (Carr, 2006). Uma das equipas em co-terapia conduz a entrevista familiar, enquanto a outra observa atrás do espelho unidirecional (Relvas, 1996). O novo *setting* da terapia familiar assemelhava-se a um palco de teatro, uma vez que potenciou a transformação de um contexto mais privado num ambiente aberto e de um estilo monológico num estilo conversacional (Barbetta, 2017).

Segundo Palazzoli e colaboradores, neste modelo de terapia, o trabalho assenta numa supervisão contínua e num profundo respeito pelo movimento de colaboração não-hierarquizada das equipas. Assenta igualmente, na possibilidade de qualquer uma delas interromper a entrevista familiar quando existir a necessidade de trocar impressões com os outros elementos, assim como abre um espaço que permite a discussão, entre as equipas de terapeutas, no intervalo (Palazzoli et al., 1994). De acordo com este modelo, a terapia

inicia-se com um contacto telefónico inicial (Goldenberg & Goldenberg, 2012). O formato padrão da sessão é constituído por cinco partes, nomeadamente pré-sessão, sessão, intervalo, devolução e pós-sessão (Nichols, & Schwartz, 1998). Cada parte da terapia é gravada em vídeo, uma inovação que surgiu nos Estados Unidos e introduziu o gosto da democracia norte-americana na terapia, que era um anátema para psicanálise clássica europeia (Barbetta, 2017)

Durante a pré-sessão, a equipa sistematiza as informações obtidas durante a chamada telefónica em que foi feito e recebido o pedido de consulta. É discutida essa mesma informação e geram-se algumas hipóteses sistémicas iniciais sobre o problema apresentado pela família. Poderão ser planeadas algumas questões nodais que possam permitir validar ou refutar as hipóteses geradas (Tomm, 1984).

A abordagem utilizada na entrevista poderá ser descrita como “método socrático” (Tomm, 1984, p.254). Numa fase inicial, as questões colocadas tendem a ser mais genéricas e abertas, permitindo à família expressar as suas preocupações mais urgentes no momento. À medida que a entrevista progride o terapeuta torna-se mais específico, com questões mais fechadas e particulares (Tomm, 1984). O terapeuta deve adotar um questionamento circular, devendo conduzir a sua entrevista baseada no *feedback* da família em resposta às informações solicitadas sobre relacionamentos e, portanto, sobre a diferença e a mudança, assente numa postura de curiosidade e neutralidade (Selvini, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1980).

Fundamentalmente, o intervalo é um momento de intenso *brainstorming*. O intervalo é um espaço em que é permitido à equipa terapêutica ventilar as suas ressonâncias pessoais ou as suas hipóteses lineares, por forma a prosseguir a sessão, com base numa compreensão mais sistémica e circular (Tomm, 1984).

No momento da devolução, as conclusões da equipa são entregues, de forma breve, à família pelos terapeutas, ou através de uma conotação positiva da problemática apresentada ou por um ritual projetado para introduzir mudanças e que deverá ser realizado pela família (Nichols, & Schwartz, 1998; Tomm, 1984). Neste sentido, o conteúdo da devolução tende a ser inesperado, concedendo ao sistema familiar uma perspetiva diferente daquela de que a família é detentora. Assim, é pretendido que exista alguma tensão entre a visão da equipa e do terapeuta, aumentando a possibilidade de a família desenvolver uma terceira visão da problemática existente e refletir acerca da mesma. O terapeuta oferece visões múltiplas da situação familiar e, posteriormente, escapa do campo de interação com a família, concluindo a sessão (Tomm, 1984).

Na pós-sessão, ambas as equipas devem reunir, de forma a realizarem uma discussão conclusiva, que poderá inicialmente incidir numa análise das reações imediatas do sistema familiar à devolução efetuada anteriormente, assim como poderá englobar um momento de crítica à sessão em geral e ao momento da devolução em específico. Nesta fase poderá ser planeada a sessão futura (Nichols, & Schwartz, 1998; Tomm, 1984).

1.3 Terapia da Curiosidade

A Terapia da Curiosidade (Relvas, 2000; Relvas & Sotero, 2014; Relvas & Sotero, 2018) pode ser definida como um modelo de integração de uma diversidade de modelos existentes, nomeadamente, o estrutural, o estratégico e o grupo de Milão, resultando num incremento de complexidade (Nichols, & Schwartz, 1998).

Em termos de metodologia e estratégia a sessão segue, como premissas, as orientações da escola de Milão. O presente modelo assenta numa postura de curiosidade e de articulação de visões múltiplas, tendo por base uma visão epistemológica de segunda ordem. O processo terapêutico caracteriza-se por uma metodologia sistémico-circular, tendo como objetivo primordial a mudança, no sentido do bem-estar grupal e individual (Relvas, 1999, 2000). As sessões decorrem num *setting* clássico de terapia familiar, formado por duas salas contíguas, separadas por um espelho unidirecional, equipadas com sistema de comunicação sonoro e gravação de vídeo (Relvas, 2000). Geralmente, a equipa é formada por três ou quatro terapeutas. Dois dos terapeutas trabalham em regime de co-terapia na entrevista, adotando um modelo de colaboração não-hierarquizada. Por sua vez, os restantes terapeutas ficam atrás do espelho, assumindo-se como observadores (Relvas, 1999, 2000).

O processo terapêutico adota uma postura de segunda ordem, em que os diversos modelos permitem ao terapeuta ver o sistema com diferentes lentes que se materializam numa riqueza de visões múltiplas, que permitem “ver” diferente (Hoffman, 1990, p.3). Não obstante, o processo segue a estrutura proposta por Palazzoli e colaboradores em 1978 (Relvas, 2000).

O processo terapêutico inicia-se com o preenchimento de uma ficha de atendimento telefónico. O registo telefónico é um importante elemento no planeamento da primeira entrevista, uma vez que permite obter uma visão compreensiva do problema apresentado através de uma descrição do mesmo por parte do elemento que solicita o acompanhamento (Nichols, & Schwartz, 1998). Esta abordagem, possibilita a construção de uma primeira leitura compreensiva, por parte da equipa terapêutica, em relação ao valor do sintoma bem como ao funcionamento do sistema familiar (Relvas, 1999).

Na pré-sessão estão presentes terapeutas e terapeutas-observadores. Neste espaço de preparação da sessão, são sistematizados e apresentados os elementos recolhidos no contacto telefónico, que permitirão a elaboração das primeiras hipóteses sistémicas (Relvas, 2000). Na entrevista com a família, todos os elementos presentes na sessão participam ativamente. Segundo Relvas (2000), a entrevista é o principal instrumento de perturbação do sistema e como tal de intervenção. Do outro lado do espelho, os terapeutas-observadores mantêm-se atentos, tanto à família quanto à interação terapeutas-família. O intervalo da sessão permite um momento de análise da primeira interação entre o sistema familiar e a equipa terapêutica, assim como possibilita a abertura da discussão entre terapeutas e observadores, num movimento de co-construção de novas leituras compreensivas sobre o caso. É neste momento que é planeado o *terminus* da sessão (Relvas, 2000).

Na última etapa da sessão, estão presentes os elementos da família e os terapeutas. Esta sessão possibilita a realização de um comentário final que

pode concluir pela devolução ao sistema familiar, pela prescrição de uma tarefa terapêutica pertinente ou somente pela transmissão da continuidade do processo terapêutico com o agendamento da próxima sessão. Assim, também esta parte diverge do protocolo proposto por Palazzoli e colaboradores (1978), uma vez que na terapia da curiosidade existe uma maior flexibilidade no conteúdo do comentário final, não existindo a obrigatoriedade de seguir à regra o que fora delineado no intervalo da sessão (Relvas, 2000).

Um importante elemento deste modelo terapêutico é o contrato terapêutico. Este contrato inclui uma definição clara dos objetivos terapêuticos co-construídos e que se pretendem atingir com a terapia, o número e espaçamento das sessões, normalmente entre sete e dez, e o espaçamento entre as mesmas, habitualmente de um mês entre elas (Relvas & Sotero, 2018). O contrato estabelecido implica um compromisso explícito do terapeuta e do sistema familiar, por forma a atingir as mudanças pretendidas (Andolfi, 1993; Campo, 2014). O referido contrato pretende criar uma atmosfera de participação e responsabilização mútua, envolvendo todo o sistema familiar e a equipa terapêutica como agentes ativos no processo (Relvas & Sotero, 2018). Assim, realizar um contrato terapêutico implica envolver ativamente o sistema familiar, onde todos deverão estar comprometidos em alcançar um objetivo comum (Borcsa & Stratton, 2016).

1.4 Co-construção de Objetivos

A definição de objetivos, inscrita no contrato terapêutico tal como descrito e praticado na Terapia da Curiosidade (Relvas, 2000; Relvas & Sotero, 2014; Relvas & Sotero, 2018), exige tempo e paciência. Os diferentes elementos de uma família podem ter prioridades diferentes no que toca ao estabelecimento de objetivos para o processo terapêutico e a negociação dos mesmos é uma componente fundamental. A negociação deve ser feita tendo por base as vantagens e desvantagens dos objetivos para cada membro da família (Carr, 2006).

Um grande desafio na terapia familiar passa pela evolução da construção dos objetivos, em que os desejos e as necessidades de cada membro do sistema devem ser respeitados, mesmo quando essas necessidades e desejos são aparentemente conflituosos. Assim, ajudar os elementos da família na articulação das diferenças e semelhanças dos seus objetivos pessoais, e convidá-los a explorar as metas com as quais ambos possam concordar é um elemento fundamental na terapia (Carr, 2006). Neste sentido, durante o processo terapêutico é importante que exista um movimento de colaboração. A colaboração é um processo ativo pelo qual os elementos do sistema familiar e a equipa de terapeutas se envolvem numa discussão sobre quais os objetivos a trabalhar na sessão e como os trabalhar. Os clientes geralmente chegam à terapia com problemas que dificultaram as suas vidas (Cooper & Law, 2018). Os terapeutas trazem consigo capacidades adquiridas no treino em supervisão e experiência terapêutica, as quais podem ser usadas de forma a auxiliar os clientes a resolver os seus problemas com sucesso. A colaboração entre a equipa terapêutica e o sistema familiar, implica uma discussão mútua que se inicia com o terapeuta a questionar a família, sobre o motivo que os levou à mesma e sobre o que esperam alcançar, ou seja, as suas

expectativas relativamente ao processo terapêutico (Cooper & Law, 2018).

O acordo cliente-terapeuta em torno de objetivos co-construídos é geralmente considerado um aspeto-chave da aliança terapêutica (Carr, 2006). Segundo Relvas e Sotero (2014), a aliança terapêutica alicerça-se igualmente na existência de uma ligação emocional entre o terapeuta e o cliente e numa co-construção de objetivos entre ambos, realçando a importância de uma colaboração mútua. Horvath e seus colaboradores (2011), destacaram igualmente dois construtos na definição da aliança terapêutica, nomeadamente a qualidade e a força da relação colaborativa entre cliente e terapeuta (citado em Relvas & Sotero, 2014).

O terapeuta deverá envolver os elementos da família, no movimento de promoção da aliança terapêutica, abrindo espaço a que o sistema familiar possa partilhar o que pretende para o processo terapêutico, estimulando a definição conjunta de objetivos, numa base de ligação emocional com os clientes, validando as competências dos indivíduos e da família (Sotero, Cunha, Silva, Escudero & Relvas, 2017).

Na definição conjunta de objetivos, os mesmos devem ser pouco ambiciosos e descritos de forma concreta e suscetíveis de serem atingidos. Os objetivos co-construídos devem ser descritos como o início de algo novo, dando espaço à emergência de novos comportamentos (de Shazer, 1991). Assim, objetivos claros, realistas e totalmente aceites por todos os membros da família e que são percebidos como moderadamente desafiadores são cruciais para uma terapia eficaz (Carr, 2006).

II Objetivos

No contexto do processo terapêutico, o presente estudo tem como principal objetivo a construção de uma escala de avaliação que permita medir a co-construção dos objetivos numa sessão de terapia familiar, a Escala de Co-construção de Objetivos (ECCO). Neste sentido, é importante explicitar que uma escala de avaliação, tal como aquela que se pretende construir, consiste num instrumento utilizado por um elemento observador, por forma a registar as suas impressões, fornecendo uma estimativa quantitativa do comportamento observado (Tuckman & Harper, 2012). Complementarmente, também se pretendem identificar as técnicas terapêuticas envolvidas nesse processo. Em síntese, relativamente à co-construção de objetivos em terapia familiar pretende-se (1) desenvolver uma escala para avaliação das suas características e (2) identificar as técnicas terapêuticas utilizadas para tal.

De forma mais específica, este estudo tem como finalidade:

a) A construção dos itens da escala de avaliação que descrevam as características da co-construção dos objetivos, bem como a descrição das técnicas presentes neste processo e, ainda, a elaboração de um guião de aplicação da escala e de identificação das técnicas;

b) Calcular as análises descritivas para os itens da escala e também para as técnicas identificadas;

c) Avaliar a consistência interna da escala, tanto para o total como por dimensão, assim como avaliar a consistência interna dos itens que a compõem;

d) Avaliar o *Coefficiente de Correlação Intraclasse* (ICC), de forma a estimar o nível de acordo entre os codificadores (Pestana & Gageiro, 2003);

e) Calcular o *Kappa de Cohen* para avaliar o acordo entre codificadores na identificação das técnicas terapêuticas (Pestana & Gageiro, 2003);

f) Efetuar uma Análise Fatorial Exploratória (AFE), através do método de Análise de Componentes Principais, por forma a identificar possíveis componentes da escala de avaliação (Marôco, 2014);

g) Comparar a co-construção dos objetivos em grupos independentes: (1) famílias involuntárias e famílias voluntárias; (2) casos *dropout* e casos terminados por acordo entre clientes e terapeutas;

h) Avaliar a correlação entre os resultados da ECCO com os resultados da *Goal Attainment Scaling* (GAS);

i) Avaliar a associação entre os resultados obtidos na ECCO e na Escala de Devolução (EDEV).

III Metodologia

A presente investigação é um estudo específico e focado no processo de co-construir objetivos na terapia, que se enquadra num trabalho mais amplo que procura estudar e medir dois procedimentos fundamentais no processo terapêutico, nomeadamente a co-construção de objetivos e a devolução no final da sessão. O processo de construção de ambas as escalas foi um processo também ele co-construído com a colega Beatriz Tato¹.

A secção supramencionada tem como objetivo explicar, com detalhe, as etapas seguidas no decorrer da presente investigação.

Num primeiro momento, proceder-se-á à explicação do desenvolvimento do instrumento, nomeadamente do processo de construção dos itens e estudo piloto, assim como a aplicação e cotação da escala. Posteriormente, serão explicitados os procedimentos para a seleção da amostra, assim como uma caracterização pormenorizada da mesma. Num último momento, serão apresentados os procedimentos estatísticos realizados.

3.1 Desenvolvimento do Instrumento

3.1.1 Construção dos Itens e Estudo Piloto

A Escala de Co-construção de Objetivos (ECCO) foi desenvolvida através de um processo formado por seis etapas, nomeadamente: a) revisão da literatura específica; b) construção dos itens e identificação das técnicas terapêuticas mais frequentemente associadas à co-construção de objetivos; c) construção do guião de aplicação; d) discussão crítica com terapeutas qualificados acerca da escala; e) realização do estudo-piloto e; f) versão final. De seguida são descritas cada uma destas etapas:

a) Numa primeira fase de desenvolvimento da escala, realizou-se uma revisão teórica da literatura tendo em especial atenção os autores que mais se

¹ Dissertação de Mestrado - Estudo de Validação da Escala de Devolução em Terapia Familiar (EDEV)

preocuparam com a temática da co-construção dos objetivos em terapia. Entre eles destaca-se Allan Carr (2006), Valentin Escudero (2009) e Mick Cooper e Duncan Law (2018).

b) A partir da revisão da literatura efetuada, foram extraídos elementos caracterizadores do construto “co-construção dos objetivos”. Seguidamente, os mesmos foram transformados em itens passíveis de medir o referido construto, por parte de observadores. Por exemplo, item 1 (*Criou-se um ambiente seguro onde todos os elementos da família conseguiram expressar as expectativas em termos de mudança, a nível individual e/ou familiar*) e item 3 (*Identificou os problemas ou necessidades da família, questionando todos os elementos da família*). Assim como foram selecionadas um conjunto de técnicas terapêuticas eventualmente utilizadas na construção de objetivos em terapia familiar - reenquadramento, tarefas terapêuticas, equipa reflexiva e escalonamento - dada a sua alusão ao longo da literatura referida anteriormente.

c) De seguida, foi criado e desenvolvido um guião de aplicação com exemplos para as características e técnicas da escala. Neste sentido, para o item 1, referido anteriormente, foi formulado o exemplo: “*Gostámos de perceber que tu [dirigindo-se a M [filho]] tiveste coragem de fazer um pedido muito claro, que é “quero ter um melhor relacionamento com o meu irmão [F]”*”. O mesmo processo foi realizado para cada técnica. Para o reenquadramento foi selecionado o exemplo: “*Gostaríamos de realçar que são uma família que só falam uns com os outros no momento de discutir as tarefas domésticas, sendo este um ponto que apesar de vos preocupar é sobretudo aquilo que vos une.*” Para cada item e característica foram formulados dois exemplos, com a exceção da técnica - equipa reflexiva - onde foi explicado o modo de funcionamento da mesma.

d) Após discussão com terapeutas qualificadas, nomeadamente, a Doutora Ana Paula Relvas e a Doutora Luciana Sotero, resultaram algumas modificações na escala. Nomeadamente, a reformulação de todos os itens da escala, por forma a não se focarem na figura do terapeuta, evitando que se tornasse personagem “quase-única” no processo. Isto permite valorizar a lógica da co-construção (entre família e terapeutas) e abre a possibilidade para que futuramente a escala possa ser aplicada não só à equipa terapêutica (terapeutas e terapeutas-observadores) como também à família. Neste sentido, o item 4 (*Articulou/integrou/reformulou os diferentes objetivos de cada elemento da família, permitindo estabelecer um ou vários objetivos comuns*) e o item 5 (*Procurou chegar a acordo entre os elementos da família sobre as mudanças necessárias e desejáveis*), adquiriram nova forma: *Os objetivos de cada elemento da família foram articulados ou reformulados de modo a estabelecer um/vários objetivo/s comum/ns* (item 4) e *Os elementos da família acordaram sobre as mudanças necessárias e/ou desejáveis* (item 5).

Foi igualmente discutida a proposta inicial de cotação através de uma escala de Likert de quatro níveis (0 = *Nunca*; 1 = *Raramente*; 2 = *Algumas vezes*; 3 = *Sempre*). No entanto, esta proposta não permitia compreender a intensidade de cada item (se o mesmo tinha sido muito ou pouco utilizado no decorrer da sessão), o que poderia incorrer numa avaliação incorreta do conteúdo de cada item. Neste sentido, após alguma pesquisa foi acordada a

utilização de uma escala analógica, tendo sido discutida a possibilidade de a mesma ser constituída por cinco pontos; analisou-se, também, a formulação mais adequada para definir os limites superior e inferior. A existência de uma medida central na escala de resposta poderia favorecer a escolha da mesma, tendo sido por esse mesmo motivo rejeitada esta opção. Assim, optou-se por uma escala analógica de quatro pontos, sendo o seu limite inferior “*nada/quase nada*” e o seu limite superior “*muito/quase completamente*”.

Nesta etapa foram ainda discutidas as técnicas que poderiam estar presentes no processo da co-construção dos objetivos na terapia, tendo-se chegado a acordo sobre a pertinência de quatro técnicas - reenquadramento, tarefas terapêuticas, equipa reflexiva e escalonamento.

Todos os exemplos foram revistos a nível de gramática e pontuação. Foi, também, elaborada uma instrução geral, com o intuito de orientar o preenchimento da escala, tanto ao nível das características, como das técnicas.

e) Numa fase posterior foi realizado um estudo-piloto com três sessões de terapia familiar e de casal gravadas em vídeo. Os casos foram escolhidos devido às suas boas condições de visionamento e audibilidade, assim como pelos terapeutas qualificados que integraram os processos.

Após o estudo-piloto foi discutida a adequabilidade dos limites inferior e superior da escala de resposta, levando à rejeição da versão “*nada/ quase nada*” e “*muito/completamente*”, uma vez que, “*nada*” e “*quase nada*”, assim como “*muito*” e “*completamente*” integravam diferentes posições sobre o item observado. Neste sentido, adotou-se o limite inferior “*pouco*” e o limite superior “*muito*”.

Procederam-se a algumas reformulações nos exemplos que constituíam o guião de aplicação. Assim, o exemplo para o item 2 – “*Reparamos que vocês os três [B [mãe], M [pai], J [filha]] discutem constantemente sobre os comportamentos de J. Vocês tinham consciência disso?*” - mudou para - “*Reparamos que vocês os três [B [mãe], M [pai], J [filha]] discutem constantemente sobre os comportamentos de J. Tu, J, tinhas consciência disso? [dirige a mesma pergunta a cada um dos membros da família – B, M e J]*”. Também o exemplo para o item 5 – “[T2 dirigindo-se a O [mãe], F[pai] e A[filha]] *Tanto a equipa lá atrás como nós consideramos pertinente trabalhar convosco as relações entre vós, no sentido de as fortalecer. Concordam?*” - alterou para - “[T2 dirigindo-se a O [mãe], F[pai] e A[filha]] *Tanto a equipa lá atrás, como nós, consideramos pertinente trabalhar convosco as relações entre Pai, Mãe e Filha, no sentido de as fortalecer. Concordam?*”.

f) A Escala de Co-construção de Objetivos (ECCO) ficou, então, constituída por seis itens, avaliados numa escala analógica de quatro pontos, com limite inferior e superior de “*pouco*” e “*muito*” respetivamente. A escala é complementada por uma tabela de registo para as quatro técnicas que poderão estar presentes no processo, e por um guião de aplicação com exemplificação de cada um dos itens e de todas as técnicas apresentadas na tabela.

3.1.2 Aplicação e Cotação

A ECCO foi aplicada em cada caso clínico de forma independente, por

Desenvolvimento de uma Escala de Avaliação do Processo Terapêutico:
Escala de Co-construção de Objetivos (ECCO)
Bárbara Filipa Fernandez Rebelo (e-mail: barb.filipa@hotmail.com) 2019

dois codificadores, em formato papel e lápis, ao longo de cinco etapas:

a) Numa primeira fase, realizou-se uma leitura completa do relatório do caso em papel, por forma a conhecer os elementos do sistema familiar ou conjugal, assim como a compreender o motivo do pedido de intervenção.

b) Seguidamente, foi efetuada uma leitura da ECCO, revendo com detalhe o conteúdo de cada um dos itens e respetivos exemplos. Foi realizado igual processo para tabela das técnicas.

c) Na fase seguinte visualizou-se a gravação da sessão e procedeu-se ao preenchimento da escala (características e técnicas). Em caso de dúvidas na cotação de algum item ou na identificação de alguma técnica, recorreu-se novamente à visualização da gravação ou de uma parte específica da sessão.

d) Posteriormente, atribuiu-se a cada item uma pontuação que varia entre 1 (se a característica foi *pouco* observada) e 4 (se a característica da co-construção dos objetivos foi *muito* observada). Foi igualmente feito o registo, através de uma cruz, das técnicas encontradas ao longo da sessão.

e) Na etapa final, as discrepâncias nas pontuações superiores a dois pontos foram discutidas e analisadas pelos dois codificadores, procurando esclarecer eventuais dificuldades na interpretação do conteúdo dos itens. Esta discussão foi gravada, em formato áudio.

No caso de a escala ser utilizada para fins clínicos, depois de validada, não existe a necessidade da existência de dois codificadores. De resto, todo o procedimento anteriormente explicitado deverá ser seguido, à exceção da última etapa.

3.2 Amostra

3.2.1 Procedimentos para Seleção da Amostra

Para a realização da presente investigação foram selecionados, do arquivo morto, processos finalizados referentes a terapias familiares e de casal, acompanhados no antigo Núcleo de Seguimento Infantil e Ação Familiar (NUSIAF), atual Centro de Prestação de Serviços à Comunidade – Consulta de Terapia de Casal e Familiar (CPSC - TF) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, e no Centro Integrado de Apoio Familiar (CEIFAC).

Na constituição da amostra, assumiram-se como principais critérios de inclusão: a) processos em que a *Goal Attainment Scaling* (GAS) tivesse sido aplicada; b) seleção de casos com gravações audíveis e com boas condições de visionamento e; c) casos com contrato terapêutico bem definido entre terapeutas e clientes, no qual se explicitavam os objetivos terapêuticos, o número de sessões necessárias por forma a atingi-los e o espaçamento temporal entre as mesmas (Relvas, 1999).

Neste sentido, a amostra do presente estudo é constituída por 26 processos. Destes, 15 correspondem a famílias na condição de voluntárias e 11 correspondem a famílias na condição de involuntárias. A designação e os respetivos critérios de diferenciação decorrem de um projeto de investigação mais amplo que decorreu entre 2010 e 2015, denominado “Clientes Involuntários vs. Voluntários. Intervenção familiar, resultados e processo” (Pro-Civ). Assim, os clientes voluntários são famílias que solicitam o processo

terapêutico de forma espontânea, numa postura de envolvimento e colaboração na terapia. Por sua vez, os clientes involuntários remetem para famílias que foram encaminhadas por terceiros, nomeadamente serviços públicos ou privados, escolas, serviços de proteção de menores, etc. (Sotero & Relvas, 2012).

Para efeito da investigação foram utilizadas as gravações em vídeo da sessão em que ocorreu o estabelecimento do contrato terapêutico, 1^a ou 2^a sessão, de cada um dos 26 casos. No presente estudo foram visionadas 24 primeiras sessões e duas segundas sessões. As sessões indicadas anteriormente foram, igualmente, selecionadas devido à sua importância no estabelecimento da relação terapêutica (Sotero, Portugal, Cunha, Vilaça & Relvas, 2010).

3.2.2 Caracterização da Amostra

3.2.2.1 Caracterização da Amostra de Terapeutas

A amostra de terapeutas é constituída por 29 terapeutas em regime de co-terapia em cada um dos 26 casos analisados na presente investigação. Por forma a caracterizar a amostra de terapeutas foram recolhidos dados relativos ao sexo, idade, formação em Terapia Familiar (TF) e número de anos de experiência clínica.

Tabela 1 Caracterização Sociodemográfica da Amostra dos Terapeutas (n = 29)

Característica	n	%
Sexo		
Feminino	22	75.9
Masculino	7	24.1
Idade		
20-25 anos	8	27.6
26-30 anos	8	27.6
31-35 anos	3	10.3
36-40 anos	5	17.2
>40 anos	5	17.2
Formação em TF		
Com formação	11	37.9
Em formação	12	41.4
Sem formação	6	20.7
Experiência Clínica		
Estagiário	6	20.7
1-3 anos	8	27.6
4-6 anos	9	31.0
7-9 anos	2	6.9
>9 anos	4	13.8
Total	29	100

Através da análise da Tabela 1 pode concluir-se que a grande maioria dos terapeutas é do sexo feminino ($n = 22$, 75.9%). Os dados alusivos à idade dos terapeutas foram estruturados em cinco faixas etárias (20-25; 26-30; 31-

35; 36-40 e >40) e estão distribuídos de modo balanceado nos referidos intervalos. De todo o modo, a menor frequência está no escalão intermédio entre os 31 aos 35 anos ($n = 3$, 10.3%).

No que concerne à formação dos terapeutas, a maioria destes encontrava-se em formação ($n = 12$, 41.4%) ou tinha concluído a sua formação em TF ($n = 11$, 37.9%), apenas seis dos terapeutas não tinham iniciado formação neste âmbito (20.7%). Quanto aos anos de experiência clínica dos terapeutas foram consideradas cinco categorias (de três em três anos), incluindo a categoria “estagiários” – estudantes do Mestrado Integrado em Psicologia, na subárea de especialização Psicoterapia Sistémica e Familiar, a realizar estágios curriculares no CEIFAC ou no antigo NUSIAF, atual CPSC. Neste sentido, a categoria mais representada encontra-se entre os 4 a 6 anos de experiência (31%). Por sua vez, somente dois dos terapeutas possuía 7 a 9 anos de experiência clínica (6.9%) e quatro tinham mais de 9 anos (13.8%).

3.2.2.2 Características da Amostra das Famílias e Processo Terapêutico

A amostra de casos analisados na presente investigação é constituída por 26 famílias, perfazendo um total de 86 sujeitos. De forma a caracterizar a referida amostra, foram recolhidos dados relativos às características familiares de cada uma das 26 famílias, tendo em conta dois fatores, a etapa do ciclo vital da família e a composição familiar.

No que concerne à etapa do ciclo vital da família, seguimos a classificação proposta por Relvas (1996), que aponta para a existência de cinco etapas desenvolvimentais (formação do casal, famílias com filhos pequenos, famílias com filhos na escola, família com filhos adolescentes e família com filhos adultos), caracterizadas por uma sequência previsível de transformações familiares, em função de tarefas bem definidas e caracterizadoras dessa mesma etapa.

Relativamente à composição familiar, e seguindo a classificação de Alarcão (2006), foram considerados os seguintes tipos de família: família nuclear intacta, família monoparental, família reconstituída e família adotiva.

Tabela 2 Características Familiares da Amostra das Famílias (n = 26)

Características familiares	n	%
Etapa do ciclo vital familiar		
Família com filhos pequenos	2	7.7
Família com filhos na escola	12	46.2
Família com filhos adolescentes	6	23.1
Família com filhos adultos	6	23.1
Composição familiar		
Família nuclear intacta	13	50.0
Família monoparental	9	34.6
Família reconstituída	3	11.5
Família adotiva	1	3.8
Total	26	100

Através da Tabela 2 é possível verificar que, no que respeita à etapa do ciclo vital da família, a maioria dos casos encontra-se na fase “Família com

filhos na escola” (46.2%). Por sua vez, nas fases “Família com filhos adolescentes” e “Famílias com filhos adultos”, encontram-se seis famílias (23.1%), em cada uma delas. Apenas duas famílias encontram-se na etapa “Família com filhos pequenos” (7.7%), não existindo nenhum caso na fase “Formação do Casal”.

Quanto à composição familiar existe o predomínio de famílias nucleares intactas ($n = 13$, 50%), seguindo-se nove famílias na categoria “Família monoparental” (34.6%). Na presente amostra, três são ainda famílias reconstituídas (11.5%) e apenas uma integra a categoria “Família adotiva” (3.8%).

Por forma, a caracterizar o processo terapêutico foram recolhidos dados acerca do número de sessões, assim como o motivo do pedido de terapia (cf. Tabela 3).

Tabela 3 Características dos Processos Terapêuticos

Características do processo terapêutico	<i>n</i>	%
Número de sessões		
1-3	8	30.8
4-6	7	26.9
7-9	6	23.1
≥10	5	19.2
Motivo do pedido		
Dificuldades no controlo parental	10	38.5
Sintomatologia dos filhos	8	30.8
Problemas no ajustamento a ruturas familiares	3	11.5
Problemas na fratria	3	11.5
Problemas conjugais	1	3.8
Problemas de violência	1	3.8
Total	26	100

No que concerne ao número de sessões do processo terapêutico foram criadas quatro categorias, que se associam a fases relevantes do decorrer do processo: sessões iniciais (1-3), sessões intermédias (4-6) e sessões finais (7-9 e ≥10) (Vilaça, Sousa, Stratton & Relvas, 2015). Para além de serem categorias com intervalos regulares de três em três sessões, as mesmas permitem dividir o processo terapêutico em dois momentos importantes, o meio do processo terapêutico e o fim do mesmo (Relvas, 1999; Sotero, Moura-Ramos, Escudero & Relvas, 2018).

Assim, os dados referentes ao número de sessões estão distribuídos de modo não muito diverso nos referidos intervalos. A maior frequência está na categoria 1-3, com oito dos 26 casos da amostra (30.8%).

Quanto ao motivo do pedido de terapia, destaca-se a predominância de dificuldades ao nível do controlo parental ($n = 10$, 38.5%), assim como de pedidos de ajuda ao nível da sintomatologia dos filhos ($n = 8$, 30.8%).

Tabela 4 Características Sociodemográficas da Amostra de Clientes (n = 86)

Características	n	%
Sexo		
Feminino	47	54.7
Masculino	39	45.3
Estado civil		
Solteiro	43	50.0
Casado	30	34.9
Divorciado	9	10.5
Viúvo	4	4.7
Idade		
0-5 anos	3	3.5
6-13 anos	23	26.7
14-20 anos	11	12.8
21-30 anos	10	11.6
31-50 anos	30	34.9
>50 anos	9	10.5
Habilitações literárias		
1ºciclo	12	14.0
2ºciclo	14	16.3
3ºciclo	10	11.6
Secundário	14	16.3
Superior	14	16.3
Não aplicável	11	12.8
Sem informação	11	12.8
Profissão		
Quadros Sup. da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Sup. De Empresa	2	2.3
Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	11	12.8
Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	2	2.3
Pessoal Administrativo e Similares	9	10.5
Pessoal dos Serviços e Vendedores	10	11.6
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	3	3.5
Trabalhador Não Qualificado	1	1.2
Doméstica	2	2.3
Desempregado	2	2.3
Reformado	6	7.0
Estudantes	33	38.4
Sem informação	5	5.8
Papel na Família		
Esposa	1	1.2
Marido	1	1.2
Mãe	24	27.9
Pai	15	17.4
Filho	22	25.6
Filha	20	23.3
Avô	1	1.2
Namorada	2	2.3
Total	86	100

Como referido anteriormente, a amostra do presente estudo é constituída por 26 famílias, que perfazem um total de 86 sujeitos, pertencendo 54.7% ao sexo feminino ($n = 47$) e 45.3% ao sexo masculino ($n = 39$).

No que concerne ao estado civil, a maioria dos sujeitos são solteiros ($n = 43$, 50%) ou casados ($n = 30$, 34.9%), com uma reduzida representatividade de divorciados ($n = 9$, 10.5%) e viúvos ($n = 4$, 4.7%).

Relativamente aos dados da idade dos sujeitos, os mesmos foram agrupados, tendo em conta as etapas do ciclo vital da família, em seis faixas etárias. Nomeadamente, família com filhos pequenos (0-5), família com filhos na escola (6-13), família com filhos adolescentes (14-20). A etapa família com filhos adultos está dividida em três sub-etapas: família com filhos adultos emergentes (21-30), família com filhos adultos (31-50) e famílias ninho vazio (>50). Assim, destas seis, a categoria mais representada é a faixa etária 31-50 anos (34.9 %). Destaca-se igualmente o número de sujeitos na faixa etária compreendida entre os 6-13 anos ($n = 23$, 26.7%)

Quanto às habilitações literárias, 16.3% da amostra possui o nível secundário, assim como igual percentagem completou o ensino superior ($n = 14$). Em 11 dos casos não foi possível obter informação relativa a este campo (12.8%).

No que respeita às profissões, torna-se importante destacar as seguintes, devido às percentagens apresentadas: Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas (12.8%), Pessoal dos Serviços e Vendedores (11.6 %) e Pessoal Administrativo e Similares (10.5%). É igualmente pertinente dar realce aos 38.4% estudantes presentes na amostra ($n = 33$),

Foi ainda recolhida informação relativa ao papel que cada elemento desempenha na família. Neste sentido, 24 dos sujeitos desempenhavam o papel de mãe (27.9%), 22 o de filho (25.6%), 20 o papel de filha (23.3%) e 15 o papel de pai na família (17.4%). Os restantes papéis existentes na amostra apresentaram percentagens inferiores. É importante destacar a presença de um casal na amostra.

3.3 Procedimentos Estatísticos

O tratamento estatístico dos dados recolhidos no âmbito deste estudo foi realizado recorrendo ao programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences, versão 25.0*) tendo sido concretizadas as seguintes análises:

- a) Estatísticas descritivas (frequências) para caracterizar a amostra dos terapeutas, bem como a amostra das famílias e dos processos terapêuticos;
- b) Estatísticas descritivas (média, desvio-padrão, moda, mínimo e máximo, assimetria e curtose) para os itens da escala;
- c) Estatísticas descritivas (frequências) para as técnicas terapêuticas complementares da ECCO;
- d) Cálculo da consistência interna, através do alfa de *Cronbach*, para a escala total, para as componentes encontradas e itens da escala de avaliação;
- e) Cálculo do *Coefficiente de Correlação Intraclasse* (ICC), por forma a averiguar a igualdade das classificações médias atribuídas por diversos sujeitos e avaliar o grau de concordância existente entre estes (Pestana & Gageiro, 2003);

- f) Cálculo do teste estatístico *Kappa de Cohen* para as técnicas

utilizadas, pretendendo estimar o índice de concordância dos julgamentos de dois codificadores para dados nominais (Cohen, 1960);

g) Cálculo da Análise Fatorial Exploratória (AFE), através do método de Análise de Componentes Principais, antecedida da computação dos testes relativos aos necessários pressupostos, nomeadamente o teste de Kaiser-Meyer-Olkin e o teste de esfericidade de Bartlett, com o objetivo de identificar possíveis componentes da escala de avaliação (Marôco, 2014);

Uma vez que a amostra não possui uma distribuição normal e sendo este um dos pressupostos necessários para a aplicação de um teste paramétrico (Marôco, 2014), recorreu-se à utilização de testes não paramétricos, nomeadamente:

h) Teste *U* de *Mann-Whitney* para amostras independentes, com o objetivo de verificar a existência de diferenças significativas entre as famílias voluntárias e famílias involuntárias, no que toca aos resultados na ECCO (validade com grupos conhecidos);

i) Teste *U* de *Mann-Whitney* para amostras independentes, com o objetivo de verificar a existência de diferenças significativas entre os casos de *dropout* e os casos terminados por acordo entre clientes e terapeutas, no que concerne aos resultados na ECCO (validade com grupos conhecidos);

j) Correlação de *Spearman* para avaliar a associação entre a ECCO e a GAS;

k) Correlação de *Spearman* para verificar a associação entre os resultados obtidos na ECCO e EDEV.

IV Resultados

4.1 Estudos Descritivos

Da Tabela 5 constam as estatísticas descritivas para os seis itens da ECCO, nomeadamente média, desvio-padrão, moda, mínimo e máximo, assimetria e curtose. Na referida tabela podemos encontrar também os estudos de consistência interna dos itens da ECCO com os valores das correlações item-total corrigida e o valor do coeficiente alfa de *Cronbach* caso o item fosse eliminado.

Tabela 5 Estatísticas Descritivas dos Itens da ECCO e Consistência Interna

Item	<i>M</i>	<i>DP</i>	Moda	Min-Máx	Assimetria	Curtose	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa com Item Eliminado
1	3.54	0.65	4	2-4	-1.11	0.26	.45	.91
2	3.46	0.65	4	2-4	-0.81	-0.27	.53	.90
3	2.85	1.08	4	1-4	-0.49	-1.00	.88	.85
4	2.65	1.13	4	1-4	-0.15	-1.36	.83	.85
5	2.88	1.03	4	1-4	-0.46	-0.92	.78	.86
6	2.81	1.27	4	1-4	-0.38	-1.60	.85	.85

De acordo com os resultados obtidos, o item que apresenta média mais elevada ($M = 3.54$; $DP = 0.65$) corresponde ao item 1 (*Os elementos da família expressaram as suas expectativas em termos de mudança*). Por sua vez, o item 4 (*Os objetivos de cada elemento da família foram articulados ou reformulados de modo a estabelecer um/vários objetivo/s comum/ns*) obteve a média mais baixa ($M = 2.65$; $DP = 1.13$). Quanto à moda, o valor 4 (*Muito*) é predominante. É pertinente referir que apenas os itens 1 e 2 pontuam entre os níveis 2 e 4 da escala de cotação, uma vez que, os restantes itens pontuam segundo toda a amplitude da escala de cotação da ECCO (1-4). Relativamente à assimetria, todos os itens apresentam um valor negativo, sendo os itens 1 (assimetria = - 1.11) e 2 (assimetria = - 0.81) aqueles que denotam um maior afastamento do zero. Quanto à curtose, o maior afastamento encontra-se nos itens 6 (curtose = -1.60), 4 (curtose = -1.36), e 3 (curtose = -1.00).

Na Tabela 6 encontram-se as estatísticas descritivas, nomeadamente as frequências, para as técnicas complementares da ECCO.

Tabela 6 Estatísticas Descritivas para as Técnicas da ECCO

Técnicas	<i>n</i>	%
Reenquadramento	5	19.2
Tarefa terapêutica	1	3.8
Escalonamento	3	11.5
Reenquadramento+ Tarefa terapêutica	1	3.8
Tarefa terapêutica + Escalonamento	1	3.8
Reenquadramento + Tarefa terapêutica + Escalonamento	2	7.7
Não aplicável	13	50
Total	26	100

De acordo com a Tabela 6, a não aplicabilidade de qualquer tipo de técnica terapêutica, em concreto, foi assinalada em 13 dos 26 casos (50%). O reenquadramento foi assinalado em cinco casos (19.2%), o escalonamento em três (11.5%), e o conjunto de três técnicas – reenquadramento, tarefa terapêutica, escalonamento- em dois casos (7.7%). As restantes técnicas, nomeadamente, o reenquadramento e os dois conjuntos de técnicas (reenquadramento e escalonamento; tarefa terapêutica e escalonamento) foram observados em apenas uma sessão (3.8% em cada categoria). Em quatro dos casos da amostra foi utilizada mais do que uma técnica (15.3%).

4.2 Estudos de Precisão

Nos estudos de consistência interna foi calculado o valor do coeficiente alfa de *Cronbach* para a escala total e para as dimensões que a compõem.

O valor obtido para a escala total é de .89, o que se traduz num valor bom para efeitos de investigação, segundo a classificação proposta por Pestana e Gajreiro (2003). A Componente 1 (Construção de Objetivos Intrafamiliar) obteve um valor muito bom para fins de investigação ($\alpha = .94$), por sua vez a Componente 2 (Expectativas e Necessidades da Família) apresentou um valor ligeiramente mais fraco ($\alpha = .69$) (Pestana & Gameiro, 2003). Como forma de perceber se a eliminação de qualquer um dos itens da ECCO viria a traduzir-se num aumento da consistência interna da escala, foi

realizada uma análise dos valores de alfa caso o item fosse eliminado, que indicou que a exclusão de qualquer um dos itens não aumenta de forma expressiva a consistência interna total da escala (cf. Tabela 5). Os valores de correlação do item-total revelam uma adequada capacidade discriminante de todos os itens ($r > .20$) (cf. Tabela 5) (Kline, 1993).

Foi igualmente calculado o ICC, que permite verificar a igualdade das classificações médias atribuídas por diversos sujeitos e avaliar o nível de concordância observado (Marôco, 2014). O valor obtido para o total da escala, pelo cálculo do ICC na sequência imediata das cotações independentes, é de .92, pelo que se conclui existir um alto nível de concordância entre os avaliadores (Pestana & Gageiro, 2003).

O *Kappa de Cohen*, índice de concordância dos julgamentos de dois codificadores para dados nominais, foi calculado para as técnicas identificadas (Cohen, 1960). O valor obtido ($\kappa = .78$) indica a existência de uma excelente posição de concordância entre as duas variáveis (Pestana & Gageiro, 2003).

4.3 Estudos de Validade Interna: Análise Fatorial Exploratória

Com o objetivo de determinar a estrutura fatorial da ECCO, os seis itens foram sujeitos a uma Análise Fatorial Exploratória, através do método de Análise de Componentes Principais.

Numa primeira etapa, procedeu-se à verificação dos pressupostos necessários para a realização de uma Análise Fatorial Exploratória. O resultado obtido no teste de Kaiser-Meyer-Olkin (.752) revelou uma adequação média da amostra para uma Análise em Componentes Principais, segundo Pestana e Gageiro (2003). O resultado no teste de esfericidade de Bartlett é significativo, $\chi^2(15) = 108.020$, $p < .000$, revelando a existência de correlações entre as variáveis consideradas (Pestana & Gageiro, 2003).

Posteriormente, procedeu-se à extração de Análise de Componentes Principais, através da rotação Varimax, identificando-se dois componentes que explicam 82.7% da variância total. Como método complementar, recorremos à análise do *scree plot*, uma vez que a amostra é inferior a 30. A análise supra-indicada revelou uma inflexão após o segundo componente, apontando para a retenção de dois componentes, como referido anteriormente (cf. Figura 1) (Pestana & Gageiro, 2003).

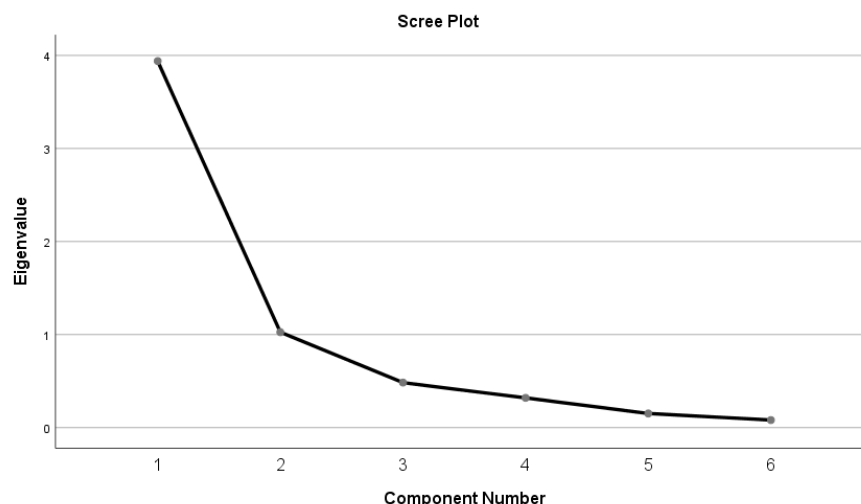


Figura 1 Gráfico de variâncias de scree plot

O Componente 1 é composto por quatro itens que explicam 53.1% da variância total, com valores de saturações que oscilam entre .789 e .933 (cf. Tabela 7). Por sua vez, o Componente 2 é constituído por dois itens que explicam 29.6% da variância total, cujos valores de saturação variam entre .801 e .855 (cf. Tabela 8).

Tabela 7 Matriz rodada, comunalidades e alfa de *Cronbach*: Componente 1 (Rotação Varimax)

Componente 1 ($\alpha = .94$)	Saturação	h^2
3. Os problemas e/ou necessidades da família...	.789	.853
4. Os objetivos de cada elemento da família933	.901
5. Os elementos da família acordaram...	.881	.807
6. Os objetivos integram uma perspectiva interpessoal...	.903	.877

Tabela 8 Matriz rodada, comunalidades e alfa de *Cronbach*: Componente 2 (Rotação Varimax)

Componente 2 ($\alpha = .69$)	Saturação	h^2
1. Os elementos da família expressaram885	.804
2. Os problemas e/ou necessidades da família...	.801	.721

Foi igualmente realizada uma Análise Fatorial Exploratória, recorrendo ao método da Factorização do Eixo Principal (PAF). Desta análise surgiu uma composição fatorial constituída por dois componentes, explicando 73.1% da variância total. Não tendo existido diferenças significativas optou-se pelo método de Análise Componentes Principais, uma vez que explica uma maior variância total.

4.4 Estudos de Validade com Grupos Conhecidos: Famílias na Condição de Voluntárias e Famílias na Condição de Involuntárias

Procurou analisar-se a existência de diferenças ao nível dos resultados na ECCO entre o grupo de famílias voluntárias e o grupo de famílias involuntárias. Para o efeito recorreu-se ao teste *U* de *Mann-Whitney* para amostra independentes, não tendo sido encontradas diferenças

estatisticamente significativas entre as famílias voluntárias e involuntárias ($U = 55.0$; $p = .151$).

4.5 Estudos de Validade com Grupos Conhecidos: Casos com Dropout e Casos Terminados por Acordo entre Clientes e Terapeutas

Pretendeu analisar-se a existência de diferenças ao nível dos resultados na ECCO entre o grupo de casos com *dropout* e o grupo de casos terminado por acordo entre clientes e terapeutas, recorrendo-se ao teste U de *Mann-Whitney* para amostra independentes. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as casos *dropout* e casos terminados por acordo entre clientes e terapeutas ($U = 65.0$; $p = .361$).

4.6 Correlações Entre Instrumentos

As correlações entre instrumentos foram efetuadas com recurso ao método de correlação de *Spearman*, com o intuito de medir a intensidade da relação entre as variáveis ordinais (Pestana & Gageiro, 2003). Nomeadamente, a associação entre os resultados ECCO e os resultados da GAS. Calculado o coeficiente de correlação ($r_s = -.02$, $p < .925$), evidenciaram-se, segundo Cohen (1988), associações de magnitude inexistente.

Foi igualmente pretendido compreender a relação entre resultados obtidos na ECCO e na EDEV. Após o cálculo do coeficiente de correlação ($r_s = .01$, $p < .975$), evidenciaram-se, segundo Cohen (1988), associações de magnitude inexistente.

V Discussão

“*Como em qualquer processo existe princípio, meio e fim.*” (Relvas, 1999, p.104). Nesta seção pretende analisar-se e refletir sobre o significado dos resultados alcançados com a presente investigação.

O início do processo terapêutico pauta-se por conhecer o problema e organizar a comunicação familiar (Relvas, 1999). Neste sentido, torna-se importante escutar os objetivos individuais de cada elemento do sistema familiar, renegociá-los, por forma a estabelecer um contrato claro sobre a natureza e objetivo da intervenção terapêutica, assim como fomentar o envolvimento de cada indivíduo num processo conjunto (Beyebach, 2012; Relvas, 1999). Esta renegociação é realizada através de um estabelecimento de objetivos claros e concretos para a intervenção (Beyebach, 2012). Investigações mostram que a concordância entre o terapeuta e o cliente quanto aos objetivos da terapia tende a estar associada a melhores resultados clínicos (Tryon & Winograd, 2011).

A presente investigação teve como principal *core* a construção de uma escala de avaliação, que permitisse medir este processo complexo e multifacetado que ocorre durante a sessão terapêutica, a co-construção dos objetivos. A escala que foi desenvolvida neste estudo mostrou-se aplicável e o guião construído ajudou na aplicação da mesma, tal como nos mostram os

dados que iremos, de seguida, analisar e discutir.

Relativamente aos dados das estatísticas descritivas dos itens da ECCO torna-se interessante olhar para as médias dos mesmos. A média mais alta corresponde ao item 1 (*Os elementos da família expressaram as suas expetativas em termos de mudança*), o que nos indica que as famílias chegam à terapia com a necessidade de ventilarem os seus pedidos e expetativas para o decorrer do processo terapêutico. Segundo Beyebach (2012), apesar de a família trazer medos e incertezas sobre o primeiro contacto com a equipa terapêutica, ela carrega consigo expetativas e esperanças. Assim, é necessário que os terapeutas forneçam um ambiente acolhedor, orientando a forma como se sucederá a sessão, contribuindo para a criação de uma boa relação terapêutica, assim como para uma partilha dos receios e expetativas acerca do processo. Por sua vez, a média mais baixa corresponde ao item 4 (*Os objetivos de cada elemento da família foram articulados ou reformulados de modo a estabelecer um/vários objetivo/s comum/ns*), o que nos parece indicar alguma na dificuldade na gestão dos objetivos individuais e na sua articulação para objetivos da família (Beyebach, 2012; Rait, 2000).

Decorrente da visualização das sessões terapêuticas foi possível verificar que as técnicas para a co-construção dos objetivos são recorrentemente utilizadas no momento da devolução da sessão, uma vez que este momento é o escolhido para apresentar o contrato terapêutico à família, nomeadamente os objetivos co-construídos. Relativamente às técnicas identificadas na amostra das 26 famílias, destaca-se a percentagem de casos onde a não aplicabilidade de qualquer tipo de técnica, em concreto, foi assinalada (50%). Coloca-se a hipótese de que tal possa ocorrer porque os terapeutas, nesse momento da sessão, não estão focados no processo de co-construir objetivos, mas num procedimento mais formal, a contratualização (contrato terapêutico). A observação das sessões permitiu realçar que os terapeutas tendem a questionar sem possibilitar um tempo de reflexão, no sentido de construir os objetivos com a família.

Assim, a co-construção dos objetivos parece não ser um processo realizado através de técnicas, mas assente na técnica geral, a conversação terapêutica. Todas as sessões visualizadas seguiram como modelo a Terapia da Curiosidade (Relvas, 2000; Relvas & Sotero, 2014; Relvas & Sotero, 2018), assente nos modelos colaborativos conversacionais. Seguindo estas premissas, e de acordo com o que foi referido anteriormente, o processo de terapia parece centrar-se na conversação terapêutica, na qual terapeutas e clientes, elementos ativos, participam num processo conjunto de construção de novos significados, adotando uma postura terapêutica de *not-knowing* (Anderson, 1997; Anderson & Goolishian, 1992). Isto parece ser confirmado por Gonçalves (2006), segundo o qual os objetivos terapêuticos devem ser construídos no contexto da conversação terapêutica, no qual terapeuta e família trabalham em conjunto na construção dos seus objetivos e metas.

Outro dado curioso que se destacou ao longo do visionamento das sessões foi a utilização recorrente de questões no decorrer da sessão terapêutica. Este facto é corroborado com o item 2 (*Os problemas e/ou necessidades da família foram identificados através do questionamento de todos os elementos da mesma*) que obteve a segunda média mais alta. Na

perspetiva de Tomm (1988), o uso de questões permite que os elementos do sistema sejam estimulados a pensar sobre os seus problemas ou necessidades, promovendo a autonomia e o envolvimento, num contexto de colaboração e negociação com os elementos da família, no que diz respeito à definição de metas.

Neste sentido, é importante refletir sobre a natureza das questões feitas ao longo da 1ª ou 2ª sessão do processo, uma vez que se trataram, sobretudo, de questões lineares e circulares (Tomm, 1988). A maioria das primeiras sessões deve iniciar-se com algumas questões lineares, como forma de “unir” os elementos da família através das múltiplas visões da problemática apresentada. Estas questões têm uma natureza predominantemente investigativa, pretendendo orientar a equipa terapêutica para as necessidades ou problemas da família, com o intuito de delimitar a origem do problema (Tomm, 1988).

Ao longo das sessões observadas, como referido anteriormente, foi ainda possível identificar questões circulares, colocadas com o intuito de produzir padrões de ligação entre ações, ideias e necessidades da família. Com estas questões pretende explorar-se as necessidades dos indivíduos para que depois se possam traduzir em objetivos terapêuticos (Tomm, 1988). Considerando a reflexão anterior poderá fazer sentido acrescentar o questionamento circular como técnica presente no processo de co-construção dos objetivos.

Deixando agora a análise dos dados descritivos e abordando as qualidades psicométricas da ECCO confirmamos que foram obtidos bons resultados, mostrando-se uma medida fiável dada a sua boa consistência interna (alpha de *Cronbach*, $\alpha = .89$) (Streiner, 2003).

Foi igualmente avaliada a consistência interna das componentes da escala, tendo a Componente 1 obtido um valor muito bom (Pestana & Gageiro, 2003). Por sua vez, a Componente 2 apresentou um valor mais fraco (alpha de *Cronbach*, $\alpha = .69$) (Pestana & Gageiro, 2003). No entanto, de DeVellis (1991) indica que um alpha a partir .60 pode ser considerado aceitável, partindo da premissa de que os dados sejam interpretados com precaução. De acordo com Nunnally e Bernstein (1994), quando há um pequeno número de itens na escala, menos de dez, os valores de alpha de *Cronbach* podem ser pequenos. Colocamos a hipótese que tal apenas ocorre no Componente 2 dado que este só é constituído por dois itens.

Verificou-se que o ICC, ou seja, o acordo entre as avaliações dos juízes externos referentes aos 26 casos que constituem a amostra da presente investigação, ultrapassa em larga medida o valor recomendado na literatura como aceitável, .80 (Pestana & Gageiro, 2003). O valor obtido no índice de concordância dos julgamentos de dois codificadores para as técnicas da escala de avaliação, *Kappa de Cohen*, indica a existência de uma excelente concordância (Pestana & Gageiro, 2003). Estes dados são particularmente relevantes, porque contribuem, de forma favorável, para a utilização fiável da ECCO enquanto instrumento que mede o processo co-construção dos objetivos na sessão.

A Análise Fatorial Exploratória (método de Análise de Componentes

Desenvolvimento de uma Escala de Avaliação do Processo Terapêutico:

Escala de Co-construção de Objetivos (ECCO)

Bárbara Filipa Fernandez Rebelo (e-mail: barb.filipa@hotmail.com) 2019

Principais) apresentou uma estrutura com dois componentes, parecendo demonstrar que a ECCO avalia duas dimensões distintas do procedimento de co-construção dos objetivos. Da análise do conteúdo dos itens que saturam no Componente 1 (itens 3, 4, 5 e 6), é possível compreender que estes estão sobretudo relacionados com a Construção de Objetivos Intrafamília, como se pode observar, por exemplo, no item 3 (*Os problemas e/ou necessidades da família foram traduzidos em objetivos*) e no item 6 (*Os objetivos integram uma perspetiva interpessoal ao envolver todos ou vários membros da família*).

Um dos maiores desafios da terapia familiar é desenvolver uma construção dos objetivos que abra a possibilidade de, mesmo num possível desacordo, as necessidades ou problemas de cada membro da família poderem ser escutadas e respeitadas. Ajudar os membros da família a articular as diferenças nos seus pedidos para terapia, e promover o acordo acerca das mudanças necessárias são elementos fundamentais na co-construção de objetivos (Carr, 1993). López e Escudero (2003) evidenciam que o processo de definir objetivos é uma parte da intervenção realizada para e com a família, e não deverá ser uma imposição para com a mesma (citado em Sotero & Relvas, 2014).

Por outro lado, os itens que saturam no Componente 2 (itens 1 e 2) estão mais relacionados com as Expetativas e Necessidades da Família, como é possível verificar nos dois itens que o compõem, o item 1 (*Os elementos da família expressaram as suas expetativas em termos de mudança*) e o item 2 (*Os problemas e/ou necessidades da família foram identificados através do questionamento de todos os elementos da mesma*). Segundo Escudero (2009) as metas e objetivos concretos no sentido de mudança, através da intervenção terapêutica, baseiam-se num reconhecimento, explícito ou implícito, das necessidades e dificuldades por parte da família. As mesmas devem ser expressas numa primeira fase do processo terapêutico (Relvas, 1999).

Atendendo aos resultados relativos ao teste de *U* de Mann-Wihtney, através do qual se pretendeu verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas na co-construção de objetivos atendendo à condição das famílias, observa-se que este procedimento é realizado de igual forma no processo terapêutico com famílias voluntárias e involuntárias. Tal resultado vai ao encontro do que tem sido corroborado na literatura, que indica que o processo terapêutico é realizado da mesma forma, independentemente da condição das famílias (De Jong & Berg, 2001; Snyder & Anderson, 2009). Em 2011, Miranda referiu que o eventual impacto da condição das famílias poderá encontrar-se atenuado pelo tipo de abordagem utilizada pelos terapeutas, a abordagem colaborativa. Esta abordagem está assente sobre um conjunto de premissas nomeadamente, uma relação de colaboração entre clientes e equipa terapêutica, uma negociação de objetivos comuns para a terapia, assim como no sentimento de autodeterminação dos clientes.

Considerando os resultados relativos ao teste de *U* de Mann-Wihtney, não foi, igualmente, possível observar a existência de diferenças estatisticamente significativas no processo de co-construir objetivos na sessão terapêutica, em casos de *dropout* e em casos terminados por acordo entre clientes e terapeutas. Stark (citado em Hamilton, Moore, Crane & Payne,

2011) refere que os processos de *dropout* são menos propensos a mostrar os benefícios da terapia, assim como manifestam resultados mais fracos em comparação com os casos terminados. Poderíamos, assim, colocar a hipótese de que houvesse diferenças e a co-construção de objetivos apresentasse valores inferiores nos casos com *dropout*. Apesar disso, a nossa investigação demonstra que as características da co-construção dos objetivos na sessão foram idênticas nos dois grupos. Segundo Daly e Pelowski (2000), não é possível pressupor que as famílias que desistem da terapia tenham necessariamente piores resultados do que aqueles que a completam. Torna-se igualmente importante refletir que nem todos os *dropout* são um sinónimo de fracasso terapêutico (Hamilton et al., 2011). As famílias podem desistir de continuar o processo terapêutico por diversas razões (eg. financeiras) (Ogrodniczuk, Joyce, & Piper, 2005). No entanto, será que apesar do sistema familiar ter desistido do processo terapêutico a família não continuou a seguir estratégias para a perscussão das mudanças necessárias, com vista a atingir os objetivos co-construídos no processo terapêutico?

Através do cálculo do coeficiente de *Spearman*, foi possível observar que não existe uma relação entre os resultados da ECCO com os resultados da *Goal Attainment Scaling* (GAS). No estudo desenvolvido por Relvas e Sotero (2014), relativo à *Goal Attainment Scaling*, na versão portuguesa Escala de Objetivos Atingidos, é referido que a GAS é uma escala que pretende avaliar os resultados de uma determinada intervenção, tendo por base os objetivos específicos definidos anteriormente. Assim, apesar de ambas avaliarem os objetivos, abordam-nos de forma diferentes, a ECCO avalia o modo como são co-construídos os objetivos durante o processo terapêutico e a GAS avalia o alcance (ou não) dos objetivos terapêuticos no final do processo, não contemplando a avaliação do próprio processo de definição dos objetivos terapêuticos.

A correlação entre os resultados obtidos na ECCO e na Escala de Devolução (EDEV), assim como a correlação entre os itens que compõem as duas escalas de avaliação supramencionadas não demonstraram ser estatisticamente significativas. Estes resultados parecem indicar que os construtos avaliados pelas duas escalas são conceptualmente diferentes. Embora ambos os procedimentos, co-construção dos objetivos e devolução, sejam fundamentais na sessão, são independentes entre si.

Por tudo o que foi mencionado anteriormente, a ECCO demonstra ser uma escala original, fiável e importante para o processo da terapia. Poderá ajudar na formação de terapeutas, no sentido de os auxiliar a perceber e a conhecer a forma como trabalham na co-construção dos objetivos, um processo fundamental dentro das terapias colaborativas. Pode igualmente contribuir para a investigação do processo terapêutico, assim como poderá ser utilizada em contexto clínico, como forma de desbloquear o sistema familiar ou partilhar *feedback* acerca do processo terapêutico.

5.1 Limitações do Estudo e Sugestões para Investigações Futuras

A presente investigação apresenta algumas limitações que são pertinentes referir. Nomeadamente, o tamanho reduzido da amostra ($n = 26$), e, como tal, o recurso a testes não-paramétricos, que são pouco sensíveis às

diferenças estatisticamente significativas em amostras de reduzida dimensão (Marôco, 2014). Relativamente ao material visionado, o mesmo apresentava fracas condições ao nível do som e imagem, dificultando a perceção clara do que era transmitido. Este fator levou à exclusão de alguns casos, o que condicionou a dimensão da amostra.

Na investigação não foram consideradas as características da amostra dos terapeutas, nomeadamente a formação em TF e os anos de experiência clínica. Este aspeto poderá influenciar o processo de co-construir os objetivos com a família, uma vez que muitos terapeutas estavam em formação e possuíam poucos anos de experiência clínica.

Finalmente, é pertinente salientar a carência de investigação existente na literatura, no que concerne à co-construção dos objetivos na terapia, nomeadamente à influência das variáveis dos terapeutas e dos clientes no mesmo. Assim, relativamente a futuras investigações, sugere-se que a ECCO seja aplicada a terapeutas, clientes e equipa de observadores do processo, permitindo adquirir e comparar várias visões sobre a forma como foi percecionada e realizada a co-construção dos objetivos na sessão. Além disso, seria interessante aplicar a escala de avaliação ao longo do processo terapêutico, com o intuito de perceber se os objetivos vão sendo reformulados ao longo do processo, assim como se o processo de os co-construir varia ao longo da terapia.

Conclusões

A presente investigação pretendeu contribuir para o estudo do processo terapêutico, através da construção de uma escala de avaliação que permitisse medir a co-construção dos objetivos na sessão de terapia familiar.

Os resultados desta investigação permitiram aferir que a ECCO é uma escala fiável, tendo apresentado uma boa consistência interna. No que concerne aos estudos de validade, a Análise Fatorial Exploratória indicou uma estrutura com dois componentes que avaliam duas dimensões no processo de co-construção dos objetivos: a construção de objetivos intrafamiliar e as necessidades e expectativas da família.

Os estudos de comparação entre grupos conhecidos revelaram que o processo de co-construir objetivos é realizado independentemente da condição das famílias, voluntária e involuntária, assim como da evolução do processo, *dropout* ou casos terminados por acordo entre clientes e terapeutas. Além disso, as correlações realizadas na investigação entre a ECCO e os restantes instrumentos evidenciaram o carácter independente da escala na avaliação do processo de co-construção de objetivos numa sessão terapia familiar.

Bibliografia

- Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios familiares: Uma visão sistémica* (3ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities: A postmodern approach to therapy*. New York, NY: Basic Books.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. In S. McNamee & K. J. Gergen (Eds.). *Therapy as social construction* (pp. 25-39). London: Sage.
- Andolfi, M. (1993). *Terapia familiar: Un enfoque interaccional*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Barbetta, P. (2017). Milan systemic family therapy. In J. Lebow, A. Chambers, & D. Breunlin (Eds.), *Encyclopedia of couple and family therapy* (pp. 1–8). doi: 10.1007/978-3-319-15877-8
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Personality and Social Systems*, 172-187. doi:10.1037/11302-016
- Beyebach, M. (2012). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder Editorial.
- Borcsa, M., & Stratton, P. (2016). *Origins and originality in family therapy and systemic practice*. Basingstoke, England: Springer.
- Bordin, E. S. (1979) The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16 (3), 252–260. doi: 0.1037/h0085885
- Boston, P. (2002). Systemic family therapy and the influence of post-modernism. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6(6), 450–457. doi: 10.1192/apt.6.6.450
- Campo, C. (2014). La terapia de pareja en la práctica clínica: un modelo de Desenvolvimento de uma Escala de Avaliação do Processo Terapêutico: Escala de Co-construção de Objetivos (ECCO) Bárbara Filipa Fernandez Rebelo (e-mail: barb.filipa@hotmail.com) 2019

- diagnóstico e intervención. In R. Medina, E. Laso, & E. Hernández (Eds.), *Pensamiento sistémico: Nuevas perspectivas y contextos de intervención* (pp. 251-278) México: Litteris Psicología.
- Carr, A. (1993). Systemic consultation and goal setting. *Human Systems: The Journal of Systemic Consultation and Management*, 4, 49-59.
- Carr, A. (2006). *Family therapy: Concepts, process and practice*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20 (1), 37-46.
doi:10.1177/001316446002000104
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cooper, M., & Law, D. (2018). *Working with goals in psychotherapy and counselling*. New York, NY: Oxford University Press.
- Daly, J. E., & Pelowski, S. (2000). Predictors of dropout among men who batter: A review of studies with implications for research and practice. *Violence and Victims*, 15(2), 137-160.
- De Jong, P., & Berg, I. K. (2001). Co-constructing cooperation with mandated clients. *Social Work*, 46 (4), 361-374. doi: 10.1093/sw/46.4.361
- de Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. New York: W.W. Norton & Company.
- DeVellis, R. F. (1991). *Scale development: Theory and applications*. Newbury Park, CA: SAGE Publications.
- Escudero, V. (2009). “La creación de la alianza terapêutica en la terapia familiar”. *Apuntes de Psicología*, 27 (2-3), 247-259.
- Escudero, V. (2009). *Guía práctica para la intervención familiar*. Valladolid: Junta de Castilla y León.

- Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2012). *Family therapy: An overview*. Boston, MA: Cengage Learning.
- Gonçalves, M. M. (2006). Relação terapêutica nos modelos narrativos: Potencialidades e limitações. *Psychologica*, 41, 281-295.
- Hamilton, S., Moore, A. M., Crane, D. R., & Payne, S. H. (2011). Psychotherapy dropouts: Differences by modality, license, and DSM-IV diagnosis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(3), 333-343. doi:10.1111/j.1752-0606.2010.00204.x
- Hoffman, L. (1990). Constructing realities: An art of lenses. *Family Process*, 29(1), 1-12.
- Kline, P. (1993). *Handbook of psychological testing*. London: Routledge.
- Longhofer, J. (1980). Dying or living?: The double bind. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 4(2), 119–136. doi:10.1007/BF00051430
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics (6ª ed.)*. Lisboa: ReportNumber.
- Miranda, J. (2011). *A terapia familiar sistémica com clientes voluntários e involuntários: Estudo dos resultados terapêuticos*. (Tese de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (1998). *Family therapy: Concepts and methods*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., & Piper, W. E. (2005). Strategies for reducing patient-initiated premature termination of psychotherapy. *Harvard review of psychiatry*, 13(2), 57-70. doi: 10.1080/10673220590956429
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggett, L. N., & Dayton, D. D. (2006). An Desenvolvimento de uma Escala de Avaliação do Processo Terapêutico: Escala de Co-construção de Objetivos (ECCO) Bárbara Filipa Fernandez Rebelo (e-mail: barb.filipa@hotmail.com) 2019

- analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback to individual therapists on their client's psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (9), 1157–1172. doi: 10.1002/jclp.20272
- Palazzoli, M. S., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1994). *Paradox and counterparadox: A new model in the therapy of the family in schizophrenic transaction*. Lanham, MA: Jason Aronson.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: a complementariedade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Rait, D. S. (2000). The therapeutic alliance in couples and family therapy. *Psychotherapy in Practice*, 56 (2), 211–224. doi: 0.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:23.0.CO;2-H
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família, perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, P. (1996). A co-construção da hipótese sistémica em terapia familiar. *Análise Psicológica*, 14, 563-579.
- Relvas, A. P. (1999). *Conversas com famílias: Discursos e perspectivas em terapia familiar*. Porto: Afrontamento.
- Relvas, A. P. (2000). *Por detrás do espelho. Da teoria à terapia com a família*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Relvas, A. P., & Sotero, L. (2014). Clientes involuntarios y terapia familiar: Complejidad conceptual y de intervención. In A.P. Relvas & L. Sotero (Eds.), *Familias obligadas, terapeutas forzosos: La alianza terapéutica en contextos coercitivos* (pp. 35-43). Madrid: Ediciones Morata.
- Relvas, A. P., & Sotero, L. (2018). Family therapy with involuntary clients. The therapeutic alliance as a major key to therapy success. In R. Pereira & J.L Linares (Eds.), *Clinical interventions in systemic couple*
- Desenvolvimento de uma Escala de Avaliação do Processo Terapêutico:
Escala de Co-construção de Objetivos (ECCO)
Bárbara Filipa Fernandez Rebelo (e-mail: barb.filipa@hotmail.com) 2019

and family therapy (pp. 191-203). doi:10.1007/978-3-319-78521-9_13

- Selvini, M. P., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). Hypothesizing — circularity — neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19(1), 3–12. doi:10.1111/j.1545-5300.1980.00003.x
- Snyder, M. J., & Anderson, A. (2009). An examination of mandated versus voluntary referral as a determinant of clinical outcome. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35 (3), 278-292. doi: 10.1111/j.1752-0606.2009.00118.x
- Sotero, L., Portugal, A., Cunha, D., Vilaça, M., & Relvas, A. P. (2010). Sistema de observação da aliança em terapia familiar (SOFTA-o) – Manual de treino.
- Sotero, L. & Relvas, A. P. (2012). A intervenção com clientes involuntários: Complexidade e dilemas. *Psicologia & Sociedade*, 24 (1), 187-196. doi:10.1590/S0102 -71822012000100021
- Sotero, L., & Relvas, A.P. (2014). Escala de objetivos atingidos (GAS). In A.P. Relvas & S. Major (Eds.), *Avaliação familiar: funcionamento e intervenção* (pp. 177-200). Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Sotero, L., Cunha, D., Silva, J. T., Escudero, V., & Relvas, A. P. (2017). Building alliances with (in)voluntary clients: A study focused on therapists' observable behaviors. *Family Process*, 56 (4), 819–434. doi:10.1111/famp.12265
- Sotero, L., Moura-Ramos, M., Escudero, V. & Relvas, A. P. (2018). When the family is opposed to coming to therapy. A study on outcomes and therapeutic alliance with involuntary and voluntary clients. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 7(1), 47-61. doi: 10.1111/cfp.12265
- Desenvolvimento de uma Escala de Avaliação do Processo Terapêutico:
Escala de Co-construção de Objetivos (ECCO)
Bárbara Filipa Fernandez Rebelo (e-mail: barb.filipa@hotmail.com) 2019

10.1037/cfp0000099

- Streiner, D.I. (2003) Starting at the beginning: An introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Journal of Personality Assessment*, 80 (1), 99-103. doi: 10.1207/S15327752JPA8001_18
- Tambling, R. (2012). A literature review of therapeutic expectancy effects. *Contemporary Family Therapy*, 34 (3), 402-415. doi: 10.1007/s10591-012-9201-y
- Tomm, K. (1984). One perspective on the milan systemic approach: Part II. Description of session format, interviewing style and interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10(3), 253–271. doi: 10.1111/j.1752-0606.1984.tb00016.x
- Tomm, K. (1988). Interventive interviewing: Part III. Intending to ask lineal, circular, strategic, or reflexive questions? *Family Process*, 27(1), 1-15. doi:10.1111/j.1545-5300.1988.00001.x
- Tryon, G. S., & Winograd, G. (2011). Goal consensus and collaboration. *Psychotherapy*, 48, 50– 7. doi: 10.1037/ a0022061
- Tuckman, B. W., & Harper, B. E. (2012). *Conducting educational research* (6th ed.). Lanham, MD: Rowman & Littlefield Publishers.
- Vilaça, M., Sousa, B., Stratton, P., & Relvas, A. P. (2015). The 15-item systemic clinical outcome and routine evaluation (SCORE-15) scale: Portuguese validation studies. *The Spanish Journal of Psychology*, 18, 1-10. doi:10.1017/sjp.2015.95

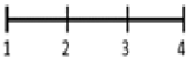
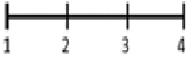
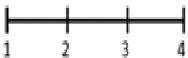
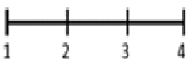
Anexos

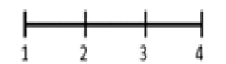
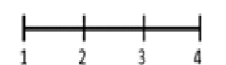
Anexo A – Escala de Co-construção de Objetivos (ECCO)

Anexo A

Escala de Co-construção de Objetivos: Características

Instrução geral: Na lista que se segue elencam-se alguns aspetos comumente encontrados no processo de co-construção dos objetivos efetuado durante a sessão. Na sessão que está a observar e em relação a cada um dos aspetos listados, indique se foi **muito** (4) ou **pouco** (1) utilizado. Para tal rodeie o nível adequado com um círculo.

Características da Co-construção de Objetivos	Escala analógica
1. Os elementos da família expressaram as suas expetativas em termos de mudança.	<p style="text-align: center;">Pouco Muito</p>  <p style="text-align: center;">1 2 3 4</p>
2. Os problemas e/ou necessidades da família foram identificados através do questionamento de todos os elementos da mesma.	<p style="text-align: center;">Pouco Muito</p>  <p style="text-align: center;">1 2 3 4</p>
3. Os problemas e/ou necessidades da família foram traduzidos em objetivos.	<p style="text-align: center;">Pouco Muito</p>  <p style="text-align: center;">1 2 3 4</p>
4. Os objetivos de cada elemento da família foram articulados ou reformulados de modo a estabelecer um/vários objetivo/s comum/ns.	<p style="text-align: center;">Pouco Muito</p>  <p style="text-align: center;">1 2 3 4</p>

5. Os elementos da família acordaram sobre as mudanças necessárias e/ou desejáveis.	<p style="text-align: center;">Pouco Muito</p> 
6. Os objetivos integram uma perspectiva interpessoal ao envolver todos ou vários membros da família.	<p style="text-align: center;">Pouco Muito</p> 

Escala de Co-construção de Objetivos: Técnicas

	Reenquadramento	Tarefas terapêuticas	Equipa reflexiva	Escalonamento
Sessão				

GUIÃO DE APLICAÇÃO

- **Escala de Co-Construção de Objetivos: Características**

1. Os elementos da família expressaram as suas expectativas em termos de mudança.

Exemplo 1: “*Gostamos de perceber que tu [dirigindo-se a M [filho]] tiveste a coragem de fazer um pedido muito claro, que é “quero ter um melhor relacionamento com o meu irmão [F]”.*”

Exemplo 2: “*[T [filho] dirigindo-se a T1] Gostava que neste espaço os meus pais se concentrassem em mim e não nas discussões deles”.*”

2. Os problemas e/ou necessidades da família foram identificados através do questionamento de todos os elementos da mesma.

Exemplo 1: *“Reparamos que vocês os três [B [mãe], M [pai], J [filha]] discutem constantemente sobre os comportamentos de J. Vocês tinham consciência disso?”*

Exemplo 2: *“Todos [F [mãe], A [pai], R [filho]] parecem necessitar de um espaço de diálogo, onde possam partilhar as dificuldades que têm sentido ao longo destes meses. Isto faz-vos sentido?”*

3. Os problemas e/ou necessidades da família foram traduzidos em objetivos.

Exemplo 1: *“Nós achamos que há condições para vos ajudar na vossa reaproximação. Neste sentido, o objetivo comum é trabalhar a vossa relação”*

Exemplo 2: *“Vocês dizem que têm dificuldades em comunicar uns com os outros; o objetivo das próximas sessões passa, então, por trabalhar a comunicação na vossa família, concordam?”*

4. Os objetivos de cada elemento da família foram articulados ou reformulados de modo a estabelecer um/vários objetivo/s comum/ns.

Exemplo 1: *“Ao longo da sessão R[mãe] foi partilhando que gostaria que este espaço lhe permitisse compreender as constantes mudanças de T[filho]. Por sua vez, o T pede mais autonomia. Neste sentido, dois objetivos comuns seriam a autonomização de T, assim como explorar as mudanças que R refere, e qual o impacto destas na dinâmica familiar”*

Exemplo 2: *“N[pai] pontua como um objetivo para o espaço terapêutico o aconselhamento por parte dos terapeutas em relação a M e F [filhos]. I[mãe] indica como objetivo para a terapia a harmonia nas relações entre todos. Vocês [dirigindo-se a F e M] parecem não ter nenhum objetivo. Assim, o objetivo comum passaria por trabalhar a relação familiar, particularmente a relação de M e F.*

5. Os elementos da família acordaram sobre as mudanças necessárias e/ou desejáveis.

Exemplo 1: *[T1 dirigindo-se a C [mãe] e P[filho]] Os vossos pedidos para este percurso terapêutico foram muito semelhantes. Neste sentido, achámos que seria importante trabalhar, neste espaço, a comunicação entre vocês, para que a mesma não seja marcada por intensas discussões. Faz-vos sentido?”*

Exemplo 2: [T2 dirigindo-se a O [mãe], F[pai] e A[filha]] *“Tanto a equipa lá atrás, como nós consideramos pertinente trabalhar convosco as relações entre vós, no sentido de as fortalecer. Concordam?”*

6. Os objetivos integram uma perspetiva interpessoal ao envolver todos ou vários membros da família.

Exemplo 1: *“Um objetivo a trabalhar com todos nas próximas sessões é a comunicação, uma vez que todos partilharam ser uma fragilidade da vossa família”.*

Exemplo 2: *“Um objetivo que parece pertinente trabalhar convosco [C [mãe], L [pai]] é o acordo na definição e estabelecimento de limites a E [filho].*

- **Escala de Co-Construção de Objetivos: Técnicas**

Reenquadramento: técnica terapêutica que se apoia na construção de significações e leituras alternativas para os problemas, ideias ou crenças das pessoas.

Exemplo 1: *“Gostaríamos de realçar que são uma família que só falam uns com os outros no momento de discutir as tarefas domésticas, sendo este um ponto que apesar de vos preocupar é sobretudo aquilo que vos une”.*

Exemplo 2: *“Diz-me que o seu filho M está atrasado nos estudos e que passa os dias a pintar nos cadernos. Porém, quando nos mostraram esses cadernos, ficámos estupefactos: o seu filho pinta maravilhosamente, é um artista!”.*

Tarefas terapêuticas: pedido feito aos membros do sistema familiar, no seu todo ou em subgrupos, com o intuito de realizarem (ou não) uma determinada ação.

Exemplo 1: *“Gostava que respondessem a duas questões “o que é que me entusiasma na vida?” e “O que é que me traz alegria/felicidade?”. A par disto, se quiserem anotar exemplos concretos/momentos que vão ocorrendo que ilustrem o pedido, podem fazê-lo. Caso deem autorização, o objetivo é que, na próxima sessão, cada um partilhe as suas respostas”.*

Exemplo 2: Como tarefa para casa, T1 sugere que individualmente, cada um dos elementos do casal responda à questão *“O que é que eu posso fazer para me sentir melhor na relação?”.*

Equipa Reflexiva: Os terapeutas são apoiados por uma equipa de observadores, que se encontram por detrás de um espelho unidirecional. Seguindo regras muito bem definidas, os observadores conversam sobre as leituras e pontos de vista que fizeram a propósito de uma interação no sistema terapêutico que foram observando ao longo da sessão. Isto é feito perante e em interação com terapeutas e família.

Escalonamento: uso de escalas permite tornar os objetivos mais graduais, assim como especificar que implicações as melhorias trariam, bem como a documentar as mudanças do cliente.

Exemplo 1: *“Imagine numa escala de 0 a 10, em que 0 é o problema no seu pior estado possível, e 10 é quando se atinge o melhor estado possível, qual é a posição em que se encontra”.*

Exemplo 2: *“Gostaria que imaginasse uma escala de 0 a 10, em que 0 é o problema no seu pior estado possível, e 10 o melhor possível. Em que numero é que estava antes de marcar a sessão”.*