

Universidade da Maia

Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento



A Autoeficácia no desenvolvimento de Competências Terapêuticas

Adaptação e Validação para a População Portuguesa da
Counselor Activity Self-Efficacy Scales (CASES)

Carolina Figueiredo Silva

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientador Institucional

Professora Doutora Isabel Basto
Professora Doutora Patrícia Pinheiro

Outubro, 2022



Agradecimentos

Ao finalizar esta etapa tão importante da minha vida, quero expressar o meu agradecimento a todas as pessoas que neste percurso me apoiaram e estiveram presentes de uma forma direta ou indireta, que tornaram possível a realização deste estudo.

Primeiramente queria agradecer à Beatriz Viana e à Marlene por me incentivarem e me ajudarem ao longo deste percurso. Este projeto é o nosso!!

À equipa de investigação por todo o apoio e união, em especial às orientadoras Doutora Isabel Basto e Doutora Patrícia Pinheiro, por terem exigido de mim aquilo que eu própria não acreditava ser capaz de realizar.

Um agradecimento especial à Dr. Suzana, minha psicóloga, que me ajudou a lidar com todas as minhas frustrações ao longo deste projeto e que me motivou a o concluir com sucesso.

À minha família, que sempre acreditou em mim, me apoiou e me impulsionou a ser a minha melhor versão.

A todos os meus amigos que sempre acreditaram em mim, em especial à minha Beatriz, Vanessa, Tomás, Catarina, Sara e Carolina que sempre me apoiaram e acreditaram em mim ao longo de todo o meu percurso.

A todos os professores que fizeram parte de toda a minha formação em psicologia, um grande obrigado a tudo o que me ensinaram e transmitiram sobre o que é ser uma boa psicóloga.

Resumo

A autoeficácia pode ser definida como o grau de confiança que a pessoa considera ter sobre as suas capacidades na execução de ações necessárias para obter uma determinada performance (Larson & Daniels, 1998). No contexto da psicoterapia a autoeficácia, nomeadamente do terapeuta, é um conceito que não tendo vindo a ser muito estudado, existindo uma lacuna relativamente a estudos sobre a autoeficácia dos psicoterapeutas e a formas de avaliar esta variável, especialmente a nível nacional. Neste sentido, este estudo teve como objetivo a validação para a população portuguesa da Counselor Activity Self-Efficacy Scales (CASES) de Lent e colaboradores (2003), uma escala de autorrelato que avalia a autoeficácia de psicoterapeutas, com uma amostra 336 estudantes de psicologia e/ou psicólogos formados, de nacionalidade portuguesa, que se encontravam a acompanhar pelo menos um caso clínico e usufruíam de supervisão clínica. Assim, realizou-se uma análise fatorial exploratória que conduziu a uma solução fatorial de 3 fatores na escala das Competências Terapêuticas, de 1 fator na Gestão da Sessão e de 2 fatores na dos Desafios do Processo Terapêutico. A versão portuguesa da CASES apresentou uma ótima consistência interna nas diversas subescalas (entre $\alpha = .80$ e $.94$) e no score total ($\alpha = .96$). Foi ainda realizada uma análise de validade convergente e divergente entre a CASES e as medidas PANAS, GSE QRS-r-supervisando e DESCA, o que sugeriu que a CASES se correlaciona com outras medidas de autoeficácia, não sendo afetada por viés de desejabilidade social. Deste modo, o presente estudo sugere que a estrutura fatorial e validação da CASES são adequadas, constituindo assim uma medida fiável para avaliar a autoeficácia de psicoterapeutas portugueses.

Palavras-chave: Autoeficácia; Competências Terapêuticas; Psicoterapeutas; Counselor Activity Self-Efficacy Scales (CASES).

Abstract

Self-efficacy can be defined as the degree of confidence a person feels about his/her abilities to perform the actions necessary to achieve a given performance (Larson & Daniels, 1998). In psychotherapy, self-efficacy, particularly therapist self-efficacy, is a concept that has not been widely studied, and there is a gap regarding studies on psychotherapists' self-efficacy and ways of assessing this variable, especially at national level. Therefore, this study aimed at validating the Counselor Activity Self-Efficacy Scales (CASES) of Lent et al. (2003), a self-report scale that assesses psychotherapists' self-efficacy, for the portuguese population. Thus, an exploratory factor analysis was conducted, which led to a factor solution of 3 factors in the Therapeutic Skills scale, 1 factor in the Session Management scale, and 2 factors in the Challenges of the Therapeutic Process scale. The Portuguese version of the CASES showed an excellent internal consistency in the various subscales (between $\alpha = .80$ and $.94$) and in the total score ($\alpha = .96$). A convergent and divergent validity analysis was also performed between the CASES and the PANAS, GSE QRS-r-supervising and DESCAs measures, which suggested that the CASES correlates with other self-efficacy measures and is not affected by social desirability bias. Thus, this study suggests that the factor structure and validation of the CASES are adequate, thus constituting a reliable measure to assess the self-efficacy of Portuguese psychotherapists.

Keywords : Self-efficacy; Therapeutic Competencies; Psychotherapists; Counselor Activity Self-Efficacy Scales (CASES).

Índice

Introdução.....	1
Autoeficácia	3
Autoeficácia do Psicoterapeuta	5
A Counselor Activity Self-Efficacy Scale	9
Método.....	16
Objetivo	16
Amostra.....	16
Instrumentos	17
Procedimento de recolha de dados	20
Procedimentos de análise de dados.....	21
Resultados	23
Análise Exploratória dos Dados.....	23
Resultados no âmbito da validade	23
Resultados no âmbito da fiabilidade.....	30
Discussão de Resultados.....	35
Conclusão	41
Referências.....	43
Anexos	50

Introdução

A psicoterapia é um método de intervenção psicológica, baseada em princípios científicos, que, através de conjunto de técnicas e procedimentos, tem como objetivo modificar comportamentos, pensamentos, aliviar o sofrimento psicológico e promover o desenvolvimento pessoal dos indivíduos (Abreu-Afonso et al., 2019). Ao longo dos anos tem sido evidenciada a eficácia da psicoterapia através de diversos estudos e meta-análises (Abreu-Afonso et al., 2019; Ribeiro, 2019). Estas mesmas investigações têm demonstrado que as diferentes abordagens teóricas na psicoterapia apresentam níveis semelhantes de eficácia (Abreu-Afonso et al., 2019; Ribeiro, 2019).

A investigação em psicoterapia tem vindo a dar ênfase às variáveis do cliente, aos modelos teóricos utilizados e até mesmo à relação ou aliança terapêutica. No entanto, ainda não é dada a devida importância aos fatores relacionados com o papel do psicoterapeuta na eficácia do processo terapêutico (Biscaia & Figueiredo, 2019). De acordo com Biscaia e Figueiredo (2019), ainda pouco se sabe sobre como as características do terapeuta influenciam o sucesso terapêutico.

A autoeficácia, ou percepção de eficácia, influencia a forma como a pessoa pensa, sente e se comporta, sendo ainda um fator mediador da motivação, com influência no estabelecimento de objetivos pessoais, antecipando a forma como as crenças afetaram o comportamento futuro e a reação a novos contextos desafiadores (Pereyra et al., 2018; Bandura & Adams, 1977). Também no contexto da psicoterapia, a autoeficácia, nomeadamente do terapeuta, é um conceito importante, pois permite que este tome consciência de que forma demonstra as suas competências terapêuticas e consegue lidar com o ambiente terapêutico. Existe, contudo, uma lacuna relativamente a estudos sobre a

autoeficácia dos psicoterapeutas e a formas de avaliar esta variável, especialmente a nível nacional. Neste sentido, neste estudo propomo-nos a validar para a população portuguesa a *Counselor Activity Self-Efficacy Scales* (CASES; Lent et al., 2003), facilitando a subsequente avaliação e monitorização da autoeficácia de psicoterapeutas. Desta forma, pretendemos não só compreender e facilitar a investigação sobre a autoeficácia como também providenciar informação que permita melhorar, no futuro, o treino das competências dos psicoterapeutas em formação e consequentemente os seus resultados psicoterapêuticos.

Autoeficácia

A autoeficácia tem vindo a ser definida como a percepção que o indivíduo possui sobre as suas capacidades e ações necessárias para obter uma determinada *performance* (Sharpley & Ridgway, 1993). Quanto mais positiva for esta sua percepção, mais ativamente dedica tempo e se esforça para desenvolver estratégias de *coping* que permitem lidar com obstáculos ou experiências aversivas que possam ocorrer (Akçabozan-Kayabol et al., 2021).

A autoeficácia é determinada pelas experiências concretizadas com sucesso ou insucesso, ocorrendo assim uma reavaliação contínua de determinados comportamentos, permitindo uma reflexão sobre as suas ações (Sharpley & Ridgway, 1993). Neste sentido, os fatores interpessoais do indivíduo podem afetar diretamente a sua autoeficácia, seja de forma positiva ou negativa, influenciando-se reciprocamente. Tomando como exemplo indivíduos que apresentam maiores inseguranças e duvidam das suas capacidades, estes apresentam maior dificuldade em completar as tarefas a realizar, demonstrando, assim, níveis menores de autoeficácia. Esta percepção negativa irá afetar diretamente a sua motivação, desenvolvimento pessoal, produtividade e resultados, permanecendo a crença negativa sobre as suas capacidades (Pereyra et al., 2018).

A personalidade do indivíduo é um fator fulcral quando se aborda a autoeficácia. Barańczuk (2021), abordou esta associação entre a autoeficácia e o modelo dos cinco fatores globais da personalidade (*Big Five*), sendo possível compreender que um alto neuroticismo contribui para uma baixa autoeficácia, enquanto a extroversão, abertura à experiência, amabilidade e a conscienciosidade, influenciam positivamente a autoeficácia.

Assim, segundo a mesma autora, os indivíduos com alto neuroticismo podem

percecionar muitas situações como difíceis, stressantes, ameaçadoras e de alta carga emocional, acreditando que são incapazes de lidar com as mesmas, o que leva a um baixo desenvolvimento da autoeficácia. Já os indivíduos extrovertidos percecionam as situações como fáceis, interessantes e capazes de lidar com as mesmas, apresentando uma maior probabilidade de desenvolverem positivamente a sua autoeficácia (Barańczuk, 2021). O mesmo ocorre com a abertura à experiência em que percecionam o contexto como interessante, fascinante, estimulante, inspirador e cativante, bem como a amabilidade, em que os acontecimentos são percebidos como fáceis e diretos, o que resulta num maior desenvolvimento da sua eficácia (Barańczuk, 2021). A conscienciosidade também apresenta uma relação positiva com a autoeficácia, pois os indivíduos compreendem as situações como oportunidades para desenvolverem as suas capacidades de lidar com as mesmas (Barańczuk, 2021).

Assim sendo, os indivíduos que se sentem mais autoconfiantes trabalham mais ativamente no sentido de desenvolverem tarefas mais desafiantes, apresentando objetivos e metas mais elevados, investindo um maior esforço no seu desempenho e sendo mais perseverantes quando se deparam com dificuldades ou situações potencialmente stressantes (Pereyra et al., 2018, Bandura & Adams, 1977).

Segundo Barańczuk (2021), a autoeficácia pode ser abordada em dois níveis diferentes: (1) a autoeficácia geral, que reflete as crenças da pessoa sobre a sua capacidade em lidar com uma multiplicidade de desafios e situações complicadas; e a (2) autoeficácia num domínio específico, que está associada à forma como o indivíduo acredita que é capaz de lidar com situações concretas. Neste estudo focamo-nos na autoeficácia num domínio específico, nomeadamente nos psicólogos no exercício da psicoterapia. Torna-se importante compreender como este conceito da autoeficácia afeta os psicoterapeutas,

pois a forma como estes profissionais percebem a sua eficácia pode determinar o sucesso da relação terapêutica, o esforço que dedicam em melhorar as suas competências terapêuticas, assim como os resultados do processo terapêutico.

Autoeficácia do Psicoterapeuta

A autoeficácia do psicoterapeuta, segundo Larson e Daniels (1998), pode ser definida como “as crenças e julgamentos sobre as capacidades que possui em aconselhar eficazmente um cliente no futuro” (Larson & Daniels, 1998, p.180). Estas crenças são a causa primária que influenciam a eficácia das competências de aconselhamento, supondo-se que estas afetam a forma como o psicoterapeuta inicia, escolhe e regula as suas respostas terapêuticas e o seu comportamento durante as sessões (Larson & Daniels, 1998).

Se assumirmos que a eficácia em psicoterapia está intrinsecamente ligada às mudanças na saúde mental do cliente e aos resultados positivos da mudança terapêutica do mesmo, podemos através desta definição, distinguir psicoterapeutas mais eficazes de outros menos eficazes (Castonguay & Hill, 2017). Torna-se, assim, importante compreender quais as características que tornam o profissional de saúde mental um perito na sua área.

Tradicionalmente um psicoterapeuta experiente e perito na sua área é aquele que tem mais experiência na sua área de atuação. No entanto, apesar da experiência ser um fator fulcral, não é o suficiente para explicar o porquê de um profissional ser mais eficaz do que outro com menos anos de carreira, pois deve-se, ainda, ter em consideração a *performance* do terapeuta e os resultados terapêuticos (Padro-Abril et al., 2018).

O estabelecimento de uma boa aliança terapêutica, a facilidade em demonstrar competências interpessoais (Akçabozan-Kayabol et al., 2021; Castonguay & Hill, 2017;

Padro-Abril et al., 2018) o questionamento profissional e o envolvimento em prática deliberada (Castonguay & Hill, 2017; Padro-Abril et al., 2018) são algumas das variáveis que afetam a autoeficácia dos profissionais de saúde mental.

De forma a se tornarem eficazes os psicoterapeutas devem, então, esforçar-se em desenvolver, manter e reparar a aliança terapêutica (Castonguay & Hill, 2017), sendo que esta se apresenta como a variável com maior evidência da sua influência sobre a eficácia da terapia, estando mais associada as contribuições do terapeuta do que as do cliente (Padro-Abril et al., 2018). Devem também procurar melhorar as suas competências interpessoais como é o caso da expressividade verbal e emocional, das técnicas motivacionais, da empatia, do foco no problema do indivíduo (Castonguay & Hill, 2017; Padro-Abril et al., 2018) e da persuasão (Padro-Abril et al., 2018).

Similarmente, o autoquestionamento permite que o psicoterapeuta apresente melhores resultados terapêuticos, pois o questionamento sobre qual a melhor forma de intervir, acompanhado pela autoavaliação positiva de si, possibilita o desenvolvimento de um estilo de *coping* construtivo, permitindo ultrapassar dificuldades que surjam sessão (Padro-Abril et al., 2018).

A prática deliberada também apresenta evidências da sua associação com o aumento da autoeficácia. Esta prática consiste num período de treino especializado em competências terapêuticas que tem como objetivo melhorar aspetos específicos da *performance* do psicoterapeuta através da repetição e do refinamento das suas capacidades (Elliott et al., 2018). Este refinamento de capacidades irá permitir não só que estes profissionais identifiquem áreas a melhorar (Elliott et al., 2018), como também a manter e aumentar o seu nível de *performance* (Chow et al., 2015).

No que se refere à supervisão clínica, esta é um fator fulcral na formação de futuros

profissionais da área da psicologia, em que um psicoterapeuta com mais experiência cria uma relação de entreajuda com um psicoterapeuta em formação, de forma a ajudar este último a desenvolver e monitorizar as suas competências, permitindo o aperfeiçoamento da sua prática profissional (Fernández-Alvarez, 2015; Keum & Wang, 2020). Desta forma, os programas de formação em psicologia, baseiam-se no julgamento clínico dos supervisores para avaliar as competências terapêuticas e a eficácia do formando, no entanto, existem, ainda, algumas dificuldades em avaliar objetivamente as capacidades dos psicoterapeutas em formação (Banham & Schweitzer, 2015).

Assim, apesar da supervisão ser de extrema importância para a formação de um bom psicoterapeuta, existem perspetivas contraditórias em como a supervisão pode ou não influenciar a autoeficácia dos formandos. De acordo com Padro-Abril e colaboradores (2018), a supervisão não influencia diretamente a autoeficácia. No entanto, em estudos como o de Cashwell e Dooley (2001) existem evidências de que psicoterapeutas que recebem nenhuma ou pouca supervisão apresentam níveis mais baixos de eficácia do que os que a recebem regularmente. Da mesma forma, Keum e Wang (2020) defendem que a supervisão clínica permite aumentar não só a perceção de eficácia pelos profissionais como também a sua aquisição de competências. O uso de métodos criativos e inovadores associados à paixão e entusiasmo dos supervisores pelo trabalho que desenvolvem (Akçabozan-Kayabol et al., 2021; Heppner et al., 1996) e o vínculo relacional supervisor-formando (Fernández-Alvarez, 2015; Ladany et. al., 1999), influenciam positivamente as crenças e atitudes dos psicólogos em formação aumentando a sua motivação para com o trabalho que desenvolvem e consequentemente a sua autoeficácia.

Já no que se refere a variáveis do psicoterapeuta que apresentam um impacto nulo ou diminutivo na sua eficácia, diversos estudos referem o género (Biscaia. & Figueiredo,

2019; Padro-Abril et al., 2018; Castonguay & Hill, 2017; Larson & Daniels, 1998), a idade, a raça, a orientação teórica e formação (Biscaia. & Figueiredo, 2019; Padro-Abril et al., 2018; Castonguay & Hill, 2017), o autorrelato de competências interpessoais, a adesão a um determinado protocolo de tratamento (Padro-Abril et al., 2018; Castonguay & Hill, 2017), a acumulação de experiência profissional (Biscaia. & Figueiredo, 2019; Padro-Abril et al., 2018) e a realização de psicoterapia para desenvolvimento pessoal (Padro-Abril et al., 2018).

Existem ainda algumas variáveis situacionais que variam de acordo com o contexto terapêutico, como é o caso das competências técnicas, relacionais e conceituais, da consciencialização cultural, da responsividade às necessidades do cliente, da atenção para com as experiências internas e reações emocionais, da utilização do humor e do envolvimento do cliente em atividades relacionadas com o tratamento (Castonguay & Hill, 2017).

Os psicoterapeutas, em geral, apresentam dificuldades em avaliar e reportar objetivamente a sua *performance* tendendo a sobrestimarem os seus resultados positivos e subestimar as suas falhas e taxas de deterioração dos clientes, especialmente profissionais que apresentem um claro declínio na sua *performance* clínica (Padro-Abril et al., 2018). Ao considerarem ter um nível ótimo de performance, não demonstram o interesse necessário ou motivação para se envolverem em atividades de treino e melhoria das suas competências terapêuticas (Padro-Abril et al., 2018). Estes profissionais devem ser mais realistas em relação à sua capacidade em ajudar os seus clientes, permitindo que reflitam sobre a sua *performance* mais eficazmente (Castonguay & Hill, 2017). Neste sentido, nem sempre a autoeficácia percebida pelo profissional tem uma associação direta com a eficácia real, daí a importância em refletirem sobre as suas crenças, sobre a sua

performance (seja esta positiva ou negativa) e sobre a necessidade de trabalhar continuamente no sentido de melhorar as suas competências.

Desta forma, é importante recorrer ao uso de medidas mais objetivas que permitam compreender a autoeficácia dos psicoterapeutas e quais as competências associadas a uma melhor *performance* do seu desempenho profissional. É neste sentido que surge a Counselor Activity Self-Efficacy Scale (CASES; Lent et al. 2003), um instrumento que permite avaliar a autoeficácia destes profissionais.

A Counselor Activity Self-Efficacy Scale

A Counselor Activity Self-Efficacy Scales (CASES) é uma escala de autorrelato, desenvolvida por Lent e colaboradores (2003) para a população estadunidense, com o objetivo de avaliar a autoeficácia de psicoterapeutas, nomeadamente dos que estão em formação. Avalia, assim, o desempenho de competências terapêuticas, a gestão do processo terapêutico e forma como os terapeutas lidam com situações desafiantes.

Esta escala surgiu da necessidade de definir e medir objetivamente a autoeficácia dos psicoterapeutas e variáveis relacionadas (Lent et al. 2003), dado que, os autores da CASES, observaram que a maioria das escalas de autoeficácia existentes apresentavam algumas lacunas, nomeadamente: (1) pressupunham um nível elevado de conhecimento de competências terapêuticas, demasiado exigente para psicólogos em formação; (2) apresentavam conteúdos que avaliam outros construtos para além da autoeficácia; (3) não permitiam medir adequadamente competências terapêuticas mais avançadas e complexas que se apresentam muitas vezes como um desafio para os psicoterapeutas; (4) não se baseavam objetivamente em nenhuma teoria relacionada com o desenvolvimento de competências terapêuticas (Lent et al. 2003). Desta forma surgiu a CASES, para

responder a estas lacunas e permitir expandir a investigação sobre a autoeficácia dos psicoterapeutas.

A CASES é constituída por um total de 41 itens (Anexo I), sendo pedida resposta a cada um numa escala *Likert* de 10 pontos que varia entre 0 “sem confiança” e 9 “total confiança”; A pontuação total pode variar entre de 0 a 369 pontos e os resultados são obtidos pela soma das respostas aos vários itens. Quanto maior for o resultado da pontuação obtida, maior é a autoeficácia do psicoterapeuta (Conted et al., 2018; Lent et al., 2003). A CASES apresenta três domínios, ou escalas, relacionadas com a perceção de eficácia dos psicoterapeutas sobre as suas capacidades terapêuticas, que podem ser avaliadas em conjunto ou através de cada escala individualmente (Lent et al. 2003): (1) Competências Terapêuticas; (2) Gestão da Sessão; e (3) Desafios do Processo Terapêutico.

A primeira escala refere-se à autoeficácia no uso das Competências Terapêuticas (*Helping Skill*; 15 itens). Esta escala tem por base o modelo teórico de Hill e O’Brien (1999), focando-se nas competências primárias que um psicoterapeuta deve dispor. O modelo é composto por 15 competências e estão divididas em 3 subescalas de acordo de como ocorrem em contexto de terapia: (a) exploração; (b) insight e (c) ação.

A primeira subescala, “exploração” (5 itens), refere-se a ouvir, observar e explorar os pensamentos e sentimentos do seu cliente, permitindo conhecer os problemas apresentados e desenvolver uma relação terapêutica com o mesmo (Hill, 2020; Lent et al. 2003). A segunda subescala, “*insight*” (6 itens), refere-se a ajudar o cliente a compreender os seus pensamentos, sentimentos, comportamentos, de modo que este se consciencialize e responsabilize pela forma como lida com os seus problemas e caminha no sentido da mudança, fortalecendo também a relação terapêutica (Hill, 2020). A última subescala,

“ação” (4 itens), foca-se na mudança de pensamentos e comportamentos para resolver os problemas do cliente, ou seja, que o psicoterapeuta e o cliente discutam e tracem um plano de ação que irá permitir a mudança terapêutica (Hill, 2020; Lent et al. 2003). De acordo com Hill (2020), este modelo não é rígido, ou seja, em contexto terapêutico estes estádios (subescalas) não seguem uma ordem restrita, sendo flexíveis e complementando-se uns aos outros.

A segunda escala, Gestão da Sessão (*Session Management*, 10 itens), permite que os psicoterapeutas avaliem a sua percepção face às suas capacidades de dar resposta a um cenário real que é comum de ocorrer em sessões de terapia (e.g. “Ajudar os clientes a definir objetivos terapêuticos realistas”; Lent et al. 2003).

A terceira escala refere-se à autoeficácia na gestão dos Desafios do Processo Terapêutico (*Counseling Challenges*; 16 itens) medindo a forma como os psicoterapeutas percecionam a sua capacidade de lidar com problemáticas que podem ser consideradas mais desafiantes em contexto terapêutico. Os itens desta escala que divididos em duas subescalas: (a) “relação de conflito” (10 itens), que se refere a tensões ou potenciais conflitos entre o psicoterapeuta e o cliente; e (b) “angústia do cliente” (6 itens), relacionada com problemáticas complexas e desafiadores (e.g. “O cliente foi abusado sexualmente”; Lent et al. 2003).

O estudo de Lent et al. (2003) foi realizado com 345 estudantes estadunidenses que se encontravam em vários momentos da sua formação em psicologia, como por exemplo mestrados e doutoramentos, em que a maioria estava a receber supervisão no momento da realização do estudo.

A CASES apresentou bons níveis de consistência interna, avaliados através do Alfa de Cronbach, na escala total e nas diversas subescalas, variando entre .79 (exploração) e

.94 (gestão de sessão e angústia do cliente; Lent et al., 2003). No estudo de Lent e colaboradores (2003), foram ainda utilizadas outras medidas para avaliar a validade convergente e divergente com a CASES: autoeficácia - *Counseling Self-Estimate Inventory* (COSE; Larson et al., 1992); interesse em nas atividades relacionadas com a terapia - *Scientist-Practitioner Inventory* para a Psicologia (SPI; Leong & Zachar, 1991); expetativas face à carreira em psicologia - *Counseling Role Outcome Expectations Scale*; afetos positivos e negativos - *The Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS; Watson et al,1998); desejabilidade social - *Social Desirability Scale* (SDS; . Crowne & Marlowe, 1964). Desta análise de validade destacam-se as boas correlações entre o score total da CASES e do COSE ($r=.76$), e entre as subescalas de ambos instrumentos que avaliam conteúdo semelhante (e.g. na subescala “comportamentos de clientes difíceis” do COSE e angústia do cliente da CASES $r=.61$) e as correlações fracas e pouco significativas entre a CASES e a SDS ($r=-.02$ a $.22$), o que sugere que as subescalas da CASES não são substancialmente afetadas pela desejabilidade social. De forma semelhante, as correlações entre a CASES e a Counseling Role Outcome Expectations Scale foram fracas, sendo a correlação mais alta a com a subescala Gestão de Sessão ($r=.24$), o que sugere que existe uma associação positiva, apesar de fraca, entre as expetativas de resultados favoráveis e as crenças de autoeficácia face à gestão de sessão. Já as correlações entre a SPI e a CASES foram moderadas ($r=.35$ a $r=.47$), tal como entre as subescalas dos afetos negativos e afetos positivos da PANAS e da CASES ($r=-.20$ a $-.42$ e $r=.26$ a $.39$, respetivamente).

De modo a compreender a sensibilidade da CASES face ao nível de experiência, Lent e colaboradores (2003), dividiram, posteriormente, os participantes em três grupos com base no seu tempo de experiência: (a) menos de 1 ano; (b) 1 a 3 anos; e (c) mais de 3 anos

de experiência. Os participantes com menos de um ano de experiência apresentaram níveis mais baixos nas diversas subescalas da CASES quando comparados com os outros dois grupos. Similarmente, também o grupo intermédio (1 a 3 anos) apresentou níveis mais baixos nas diversas subescalas quando comparado com o grupo com mais de três anos de experiência, à exceção das subescalas da ação e da relação de conflito. Esta análise permitiu compreender que existe uma associação entre o aumento da autoeficácia e a experiência do psicoterapeuta.

De forma semelhante ao contexto norte-americano, outros países também reconheceram a necessidade de avaliar a autoeficácia no desempenho de competências terapêuticas e adaptaram e validaram a CASES para o seu contexto. Estas adaptações e validações apresentaram boas consistências internas (Tabela 1) à exceção de algumas subescalas (exploração; insight; gestão da sessão; relação de conflito; angústia do cliente) da investigação Hahn et al (2021).

Tabela 1

Coeficientes de Alfa de *Cronbach* e Omega de *McDonald* das versões da CASES

Escala	Subescala	α^1	α^2	α^3	ω^2	ω^4
Competências Terapêuticas		.93	.88	—	.92	—
	Exploração	—	.81	.71	.79	.36
	Insight	—	.81	.82	.80	.36
	Ação	—	.75	.71	.75	.64
Gestão da Sessão	—	.95	.95	.92	.95	.31
Desafios do Processo Terapêutico		.97	.93	—	.95	—
	Angústia do Cliente	—	.89	.85	.90	.43
	Relação de Conflito	—	.90	.90	.90	.32
CASES total	—	.98	.96		.98	.79

Legenda: 1- Análise Preliminar da Malásia (n=30; Bagheri et al., 2011); 2- Versão turca (n=470; Pamukçu, 2011); 3 – Versão russa (n= 412; Kiselnikovaa et al., 2020); 4 – Versão alemã (n=670; Hahn et al, 2021); α – Alpha de Cronbach; ω – Omega de McDonald

Dada a escassez de medidas validadas para a população portuguesa que permitam avaliar a autoeficácia dos psicoterapeutas em Portugal, Rodrigues (2021) procurou realizar uma análise preliminar exploratória da CASES com 54 participantes. Esta amostra foi composta por estudantes de psicologia e/ou psicólogos formados, de nacionalidade portuguesa, que se encontravam a acompanhar pelo menos um caso clínico em psicoterapia e usufruíam de supervisão. A análise fatorial exploratória foi realizada através do Método da Fatorização do Eixo Principal e da rotação oblíqua do tipo *Direct Oblimin*, em que apesar de os resultados sugerirem uma extração de 7 fatores, foi efetuada uma extração de 3 fatores, com base na divisão teórica da escala (41 itens) abordada no estudo original de Lent e colaboradores (2003). Análise preliminar de Rodrigues (2021) revelou bons índices de consistência interna total da escala ($\alpha=.96$) e nas escalas competências terapêuticas ($\alpha=.92$), autoeficácia de gestão da sessão ($\alpha=.96$) e autoeficácia sobre os desafios do processo terapêutico ($\alpha=.92$).

Nesta análise, foi ainda avaliada a validade convergente entre a CASES e as seguintes escalas: PANAS, QRS-r-supervisando, GSE e DESCA. A associação positiva, estatisticamente significativa, entre a CASES e a dimensão dos Afetos Positivos da PANAS ($r = .42$), parece demonstrar que quanto maior for a autoeficácia dos psicoterapeutas em formação, maior será a tendência de estes sentirem afetos positivos durante o desenvolvimento de competências terapêuticas; de forma inversa, na dimensão dos Afetos Negativos ($r = -.27$), diminui a tendência de sentirem afetos negativos durante o desenvolvimentos de competências terapêuticas, quanto maior for a autoeficácia dos psicoterapeutas. Já a relação da CASES com a GSE ($r = .61$) e QRS-r-supervisando ($r = .34$) é estatisticamente positiva, sendo que ambas as medidas indicam a existência de uma associação entre os construtos latentes que ambas as escalas medem, dado que a GSE

avalia a autoeficácia e o QRS-r-supervisando, a supervisão. A relação entre a CASES e a DESCAs, no entanto, indicou uma relação estatisticamente negativa ($r = -.16$), já que a CASES não foi substancialmente afetada por vieses de desejabilidade social.

Deste modo, este estudo preliminar de Rodrigues (2021) permitiu a adaptação da CASES para a língua portuguesa e reforçar a pertinência do estudo da autoeficácia nos psicoterapeutas em formação, dado a lacuna destes estudos a nível nacional, à qual o presente estudo pretende responder.

Método

Objetivo

Os psicoterapeutas apresentam dificuldades em avaliar e reportar objetivamente a sua performance, tendendo a sobrestimarem os seus resultados positivos e subestimar as suas falhas e taxas de deterioração dos clientes (Padro-Abril et al., 2018). Neste sentido, nem sempre a autoeficácia percebida pelo profissional tem uma associação direta com a eficácia real, tornando-se importante a existência de medidas objetivas que monitorizem a performance profissionais, de forma que estes reflitam sobre as suas crenças e continuem a trabalhar continuamente no sentido de melhorar as suas competências terapêuticas. Dada a escassez de medidas que permitam avaliar e compreender este fenómeno, o principal objetivo deste estudo prende-se com a validação da CASES para a população portuguesa.

Amostra

Os participantes do estudo foram estudantes de psicologia e/ou psicólogos formados, de nacionalidade portuguesa, que se encontravam a acompanhar pelo menos um caso clínico e usufruíam de supervisão clínica. Das 588 pessoas que demonstraram interesse em participar no estudo, foram excluídas 252 participantes por não responderem aos critérios de inclusão, ou seja, não possuíam formação em psicologia ($n=7$) e/ou não estavam a receber supervisão clínica ($n=252$).

A amostra foi assim composta por 336 participantes, sendo 282 do género feminino e 54 do masculino, em que as suas idades variam entre 21 e 64 anos ($M=29.04$; $DP= 8.07$). No que se refere à sua formação académica 21 participantes possuíam licenciatura em psicologia pré-Bolonha, 56 licenciatura em psicologia pós-Bolonha, 256 mestrado em psicologia e 3 doutoramento em psicologia. Foram ainda recolhidos dados

sobre a experiência clínica dos participantes, a qual variou entre menos de um mês a 30 anos de experiência ($M=44.33$; $DP= 68.24$, meses). Todos estes participantes recebiam supervisão, variando a sua frequência entre uma a 16 vezes por mês ($M=3.50$; $DP=2.84$).

Instrumentos

O presente estudo adotou os mesmos instrumentos da análise preliminar da realizada por Rodrigues (2021). Dada a impossibilidade de utilizar os mesmos instrumentos do estudo original da CASES, à exceção a Positive and Negative Affect Schedule (Watson et al.,1998), por estes não estarem validados para a população portuguesa, foram utilizadas as seguintes medidas, que avaliam construtos semelhantes: General Self-Efficacy Scale (GSE); Supervisory Relationship Questionnaire – supervisee version (QRS-r-supervisando); a Escala de Desejabilidade Social (DESCA).

Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico, construído por Rodrigues (2021) para a validação da CASES, permite caracterizar a amostra, recolhendo dados relativos ao género, idade, habilitações literárias, experiência clínica e regularidade da supervisão.

Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)

A PANAS desenvolvida por Watson e colaboradores (1998) tendo sido adaptada e validada para a população portuguesa por Galinha e Pais-Ribeiro (2005) é um instrumento de autorrelato para avaliar a experiência afetiva dos participantes.

Esta medida é constituída por 20 itens, que correspondem a 20 emoções associadas às duas dimensões da escala, o Afeto Positivo (AP) e o Afeto Negativo (AN). É uma escala do tipo *Likert* que varia entre 1 e 5 pontos sendo que 1 corresponde a “muito pouco ou nada” e 5 corresponde a “extremamente”. A pontuação varia entre 20 e 100 pontos, sendo que quanto maior é o resultado da pontuação obtida, mais intensa é a experiência

afetiva dos participantes (Galinha e Pais-Ribeiro, 2005).

A versão da escala para a população portuguesa apresentou uma boa consistência interna na escala de AP ($\alpha = .86$) e na escala de AN ($\alpha = .89$), semelhante à versão original (Galinha e Pais-Ribeiro, 2005).

General Self-Efficacy Scale (GSE)

A GSE, desenvolvida por Schwarzer e Jerusalem (1995) e adaptada e validada para a população portuguesa por Araújo e Moura (2011), é uma medida de autorrelato que avalia a autoeficácia geral, nomeadamente em situações stressantes.

Esta medida é constituída por 10 itens, avaliados numa escala do tipo *Likert* de 4 pontos (1 – De modo nenhum é verdade; 4 – Exatamente verdade), sendo que a pontuação total varia entre os 10 e os 40 pontos. Quanto mais elevados os scores na GSE, mais elevada é a autoeficácia geral. A versão da escala para a população portuguesa apresentou uma boa consistência interna com um $\alpha = .87$ (Araújo e Moura, 2011).

Supervisory Relationship Questionnaire – supervisee version (QRS-r-supervisando)

A versão reduzida do QRS-r-supervisando foi desenvolvida e adaptada por Palomo e colaboradores (2010), tendo a adaptação e validação para a população portuguesa sido desenvolvida por Nogueira e colaboradores (2019). O QRS-r-supervisando, avalia a satisfação com a supervisão e a eficácia percebida pelo supervisionado.

Esta medida é composta por 17 itens, em que se pontua o acordo ou desacordo sentido, tendo em conta a relação com o supervisor. É uma escala tipo *Likert* de 7 pontos que vai de “Discordo Totalmente” a “Concordo Totalmente”.

A versão da escala para a população portuguesa apresentou uma boa validade fatorial e fiabilidade e bons índices de qualidade de ajustamento (CFI = .915; TLI = .900;

PGFI = .621; RMSEA = .079 e SRMR = .069; Nogueira et al., 2019).

Escala de Desejabilidade Social (DESCA)

A DESCa desenvolvida por Alberto e colaboradores (2012), adaptada e validada para a população portuguesa por Oliveira (2013), avalia a desejabilidade social. Esta medida é constituída por 15 itens, numa escala do tipo *Likert* de 4 pontos (1 – Discordo Totalmente; 4 – Concordo completamente). A pontuação varia entre 15 e 60 pontos, sendo que quanto maior for a pontuação obtida, maior é a tendência para respostas socialmente desejáveis. A versão da escala para a população portuguesa apresentou uma consistência interna adequada, $\alpha = .75$ (Oliveira, 2013).

Counselor Activity-Efficacy Scale (CASES)

A CASES desenvolvida por Lent e colaboradores (2003) é uma escala de autorrelato dirigida a psicoterapeutas em fase de treino e ao desenvolvimento de competências terapêuticas, avaliando assim a sua autoeficácia percebida e constructos relacionados.

Esta medida é dividida em três domínios ou escalas: a escala de competências terapêuticas; a escala de gestão de sessão; e a escala dos desafios do processo terapêutico.

A CASES é constituída por 41 itens, numa escala *Likert* de 10 pontos (0 - “sem confiança”; 9 - “total confiança”), em que a pontuação varia de 0 a 369 pontos, sendo o resultado obtido pela soma das pontuações. Quanto maior é o resultado da pontuação obtida, maior é a percepção de autoeficácia (Conted et al., 2018; Lent et al., 2003). A versão original da escala apresentou boas propriedades psicométricas (Lent et al., 2003).

A adaptação da CASES para a língua portuguesa, foi realizada por Rodrigues (2021) e demais elementos da equipa de investigação da Universidade da Maia (ISMAI) na análise preliminar exploratória da CASES. Desta forma, foram elaboradas e cruzadas

duas traduções para o idioma-alvo obtendo uma tradução concordante que posteriormente foi analisada, revista e realizada uma tradução inversa para a língua original da medida, por outros colaboradores da equipa de investigação, permitindo garantir a qualidade da tradução da CASES. Esta análise apresentou bons índices de consistência interna.

Procedimento de recolha de dados

Tendo como objetivo a validação da CASES, para a população portuguesa, seguiu-se o design da análise preliminar de Rodrigues (2021), utilizando-se a tradução para a língua portuguesa efetuada pela autora e colaboradores. Para a utilização das medidas apresentadas nessa investigação (CASES; GSE; PANAS; *Supervisory QRS-r-supervising*; DESCAs), procedeu-se a um pedido aos autores originais de cada escala, ao qual se obteve um parecer positivo para a realização do estudo.

Assim sendo, tal como Rodrigues (2021) utilizaram-se os questionários na plataforma online *Google Forms*, juntamente com o consentimento informado que continha toda a informação sobre o estudo. Para fins de recolha de amostra, o estudo foi divulgado nas redes sociais e realizado contactos via email com universidades que possuem mestrados e/ou doutoramentos em psicologia, sociedades de psicologia protocoladas com a Ordem dos Psicólogos Portugueses e diversas instituições de formação em psicologia que possibilitassem encontrar o público-alvo. Para o presente estudo a recolha de amostra decorreu de dezembro de 2021 a junho de 2022, sendo também utilizada a amostra recolhida previamente por Rodrigues (2021) no período de maio a junho de 2021 (n=54).

O presente estudo teve o parecer positivo da comissão de ética da Universidade da Maia (ISMAI). Todos os participantes foram informados por escrito, tomando conhecimento dos objetivos e procedimentos do estudo e que a sua colaboração era

totalmente voluntária, sem contrapartidas financeiras, sendo sujeitos à leitura e validação do consentimento informado. Todos os participantes deram o seu consentimento informado, sendo que a amostra deste estudo respondeu à totalidade das questões apresentadas nos questionários, não ocorrendo respostas omissas, devido à obrigatoriedade de resposta a todas as questões para que o participante pode-se avançar na plataforma digital.

Procedimentos de análise de dados

Recorreu-se à versão 23 do programa *Statistical Package for Social Sciences-IBM SPSS®* para analisar os dados do presente estudo. Foi realizada uma análise exploratória dos dados, recorrendo a análises à normalidade univariada e multivariada através da simetria e da curtose (Almeida e Freire, 2003) e do teste de *Kolmogorow-Smirnov* (Marôco, 2021), para garantir que os dados da CASES seguissem uma distribuição normal (Martins, 2011).

De modo a avaliar a validade da CASES, começou-se por estimar a adequação da solução fatorial através dos testes de *KaiserMeyer-Olkin* (KMO) e de esfericidade de *Bartlett* (Marôco, 2021). Em seguida, analisou-se a sua estrutura e validade fatorial, procedendo-se à análise fatorial exploratória (AFE), mais especificamente através do Método da Fatorização do Eixo Principal, optando-se por uma rotação oblíqua do tipo *Direct Oblimin*, tal como Lent e colaboradores (2003), permitindo analisar a qualidade dos itens e dos fatores. Na análise dos fatores, decidiu-se manter os itens que apresentaram *factor loadings* acima de .40 (Gorsuch, 1997). No caso de saturação cruzada, tendo por base critérios estatísticos e critérios conceptuais, optou-se por manter na estrutura os itens que apresentassem uma diferença de $>.10$ entre os valores de saturação (Lent et al, 2003).

No sentido de averiguar a fiabilidade desta medida, analisou-se a consistência

interna, recorrendo-se aos coeficientes de Alfa de *Cronbach* (Marôco, 2021) e aos coeficientes de correlação de *Pearson* entre as diversas subescalas (Franzblau, 1958). Procurou-se, ainda, através das correlações entre a CASES e PANAS, GSE, QRS-r-supervisando e DESCA, compreender a relação do construto avaliado pela CASES com outros construtos com ele relacionado (Barbetta & Assis, 2008) – validade convergente e divergente.

Por último, de modo a compreender se a versão portuguesa da CASES apresenta a mesma sensibilidade face ao nível de experiência que a versão original, agrupou-se a amostra em três grupos com base no seu tempo de experiência: (1) menos de 1 ano; (2) 1 a 3 anos; e (3) mais de 3 anos de experiência. Recorrendo-se ao teste estatístico ANOVA para comparar a autoeficácia da CASES com o nível de experiência do participante (Marôco, 2021).

Resultados

Análise Exploratória dos Dados

A análise da normalidade univariada e multivariada dos itens da CASES, considerando-se o intervalo -1.95 e +1.95 como valores adequados de simetria e curtose (Almeida e Freire, 2003), e o score total da CASES, com valores simetria (-0.264) e de curtose (-0.146), demonstrou que os dados são compatíveis com uma distribuição aproximadamente normal.

Esta normalidade é corroborada pelo teste estatístico *Kolmogorow-Smirnov* ($\chi^2(336) = .036$, $p = .200$) que sugeriu uma distribuição aproximadamente normal pois apresenta um nível de significância superior a $p < 0.05$ (Marôco, 2021; Martins, 2011).

Resultados no âmbito da validade

Para analisar a validade fatorial da estrutura da CASES, procedeu-se à análise fatorial exploratória (AFE), mais especificamente através do Método da Fatorização do Eixo Principal, optando-se por uma rotação oblíqua do tipo *Direct Oblimin*, tal como Lent e colaboradores (2003). Verificou-se uma excelente adequação da análise fatorial, através das correlações inter-item, do valor da estatística do teste *Keiser-Meyer-Olkin* ($KMO = 0,959$) e da significância do teste de Bartlett ($\chi^2(820) = 10540.851$, $p = .000$) na escala total (Marôco, 2021). A análise da CASES (41 itens) conduziu a uma solução com 5 fatores, que explicam 59.686% da variância cumulativa. No entanto, seguindo os mesmos passos que a validação original realizada por Lent e colaboradores (2003), efetuou-se a análise fatorial pelas 3 escalas (Competências Terapêuticas; Gestão da Sessão; Desafios do Processo Terapêutico) que compõem a CASES, sendo que estas podem ser utilizadas separadamente ou em conjunto.

Escala das Competências Terapêuticas

Verificou-se uma boa adequação da análise fatorial, através do valor da estatística

do teste *Keiser-Meyer-Olkin* ($KMO = 0.898$) e da significância do teste de *Bartlett* ($\chi^2(105) = 2663.844$, $p = .000$). As comunalidades (h^2) oscilaram entre .52 (item “Silêncio intencional”) e .94 (item “Autorrevelação para facilitar insight”). A análise conduziu a uma solução 3 fatores que explicam 56.242% da variância cumulativa, mantendo-se os itens que apresentaram *factor loadings* acima de .40 (Gorsuch, 1997).

Para os itens que apresentam saturação cruzada, adotou-se o mesmo critério estatístico de Lent et al. (2003), optando-se por manter na estrutura os itens que apresentem uma diferença entre os valores de saturação de $>.10$. No caso do item 12 “Partilhar informação”, apesar de este não apresentar uma diferença .10 na saturação cruzada, decidimos mantê-lo no fator da *Ação*, sendo que apresenta um maior peso neste fator.

A análise fatorial agrupou 3 itens de forma contrária ao teoricamente esperado: o item 7 “Silêncio intencional”, o item 8 “Desafiar” e o item 9 “Interpretações” obtiveram maior saturação no fator da *Exploração*, quando o expectável seria um maior peso no fator *Insight*. Neste sentido, apesar de apresentarem uma maior saturação na *Exploração* decidimos manter os três itens no fator original do *Insight*, tendo em conta critérios conceptuais. As distribuições dos itens pelos fatores encontram-se na Tabela 2.

Tabela 2

Matriz fatorial das Competências Terapêuticas da CASES, através do método Fatorização do Eixo Principal, com rotação Oblimin, para a solução de 3 fatores

Item	Fator		
	Exploração	Insight	Ação
1. Atender aos clientes (Orientar-se fisicamente em direção aos clientes).	.625	.244	.254
2. Escutar ativamente (captar e compreender as mensagens dos clientes).	.648	.210	.287
3. Reformular (repetir ou reformular o que os clientes	.823	.385	.451

dizem de uma forma sucinta, concreta e clara).			
4. Perguntas abertas (colocar perguntas que ajudem os clientes a clarificar ou explorar os seus pensamentos ou sentimentos).	.835	.366	.514
5. Reflexão de sentimentos (repetir ou reformular afirmações dos clientes com ênfase nos seus sentimentos).	.804	.396	.506
6. Autorrevelação para facilitar a exploração (revelar informações pessoais sobre a sua própria história, experiências ou sentimentos).	.304	.787	.331
7. Silêncio intencional (utilizar o silêncio para permitir que os clientes entrem em contacto com os seus pensamentos e sentimentos).	.522	.421	.431
8. Desafiar (apontar discrepâncias, contradições, defesas ou crenças irracionais das quais os clientes não tenham consciência ou não desejem ou sejam incapaz de mudar).	.630	.561	.484
9. Interpretações (fazer afirmações que vão além do que os clientes disseram abertamente, dando-lhes uma nova perspetiva sobre o seu comportamento, pensamentos ou sentimentos).	.632	.606	.511
10. Autorrevelação para facilitar insight (partilhar experiências anteriores em que você obteve algum insight pessoal).	.345	.947	.472
11. Immediacy (partilhar a sua experiência imediata, focada no aqui e agora, de sentimentos sobre os clientes, o relacionamento terapêutico, ou sobre si mesmo/a em relação aos clientes).	.448	.604	.389
12. Partilhar informação (ensinar, fornecer informações, opiniões, factos, recursos, ou respostas a questões).	.565	.462	.621
13. Orientação direta (apresentar sugestões, diretrizes ou conselhos que orientem as ações dos clientes).	.357	.498	.615
14. Role-play e treino de comportamento (auxiliar os	.501	.428	.785

clientes no treino de comportamentos durante a sessão).			
15. Trabalho de casa (desenvolver e prescrever tarefas terapêuticas para os clientes realizarem entre sessões).	.367	.301	.834
% da variância explicada	41.71	8.89	5.63

Escala da Gestão de Sessão

Verificou-se uma excelente adequação da análise fatorial, através do valor da estatística do teste *Keiser-Meyer-Olkin* ($KMO = 0.955$) da significância do teste de *Bartlett* ($\chi^2 (45) = 2979.723$, $p = .000$). As comunalidades (h^2) oscilaram entre .72 (item “Ajudar os clientes a decidir que ações tomar perante os seus problemas”) e .89 (item “Ajudar os clientes a compreender os seus pensamentos, sentimentos ou ações”). A análise conduziu a uma solução com 1 fator que explica 68.076% da variância cumulativa. As distribuições dos itens pelos fatores encontram-se na Tabela 3.

Tabela 3

Matriz fatorial da Gestão de Sessão da CASES, através do método Fatorização do Eixo Principal, com rotação Oblimin, para a solução de 1 fator

Item	Fator Gestão de Sessão
1. Manter as sessões bem orientadas e focadas.	.764
2. Responder com a melhor competência de atendimento, de acordo com o que os clientes precisam no momento.	.848
3. Ajudar os clientes a explorar os seus pensamentos, sentimentos e ações.	.851
4. Ajudar os clientes a falar de forma aprofundada sobre as suas preocupações	.807
5. Saber o que fazer ou dizer após os clientes terminarem de falar.	.865
6. Ajudar os clientes a definir objetivos terapêuticos	.860

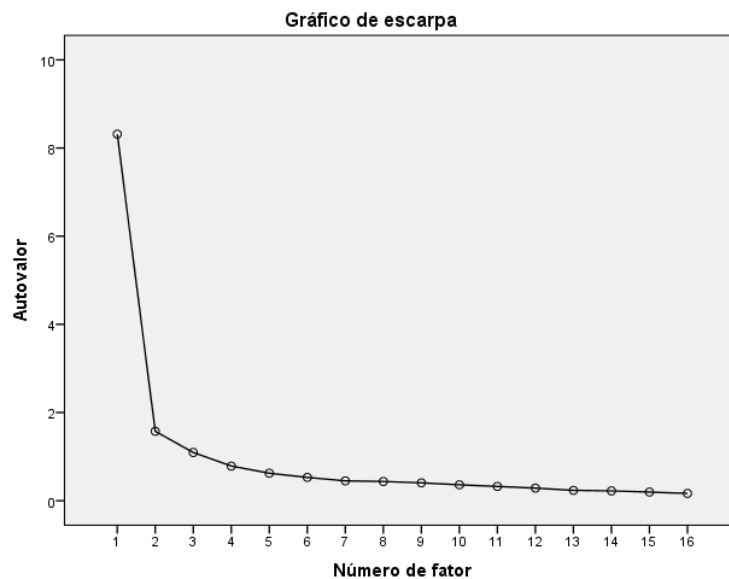
realistas.	
7. Ajudar os clientes a compreender os seus pensamentos, sentimentos ou ações.	.898
8. Elaborar uma conceptualização clara do cliente e dos seus problemas terapêuticos.	.832
9. Permanecer consciente das suas próprias intenções (i.e., propósito das suas intervenções) durante as sessões.	.785
10. Ajudar os clientes a decidir que ações tomar perante os seus problemas.	.724
% da variância explicada	68.07

Escala dos Desafios do Processo Terapêutico

Verificou-se uma excelente adequação da análise fatorial, através do valor da estatística do teste *Keiser-Meyer-Olkin* ($KMO = 0.929$) da significância do teste de *Bartlett* ($\chi^2 (120) = 3619.300, p = .000$). As comunalidades (h^2) oscilaram entre .59 (item “é diferente de si em vários aspetos”) e .85 (item “tem ideação suicida.”). A análise conduziu a uma solução com 3 fatores que explicam 61.559% da variância cumulativa. No entanto, optou-se por seguir uma solução de 2 fatores, que explicam 57.155% da variância cumulativa, dado que, de acordo com o gráfico *scree plot* (figura 1) o 3º fator apresenta um *eigenvalue* inferior a 1 (Marôco, 2021) Os itens também se distribuem apenas por dois fatores, mantendo-se os itens que apresentaram factor loadings acima de .40 (Gorsuch, 1997).

Figura 1

Scree Plot do número de fatores a reter na Escala dos Desafios do Processo terapêutico



Para os itens que apresentam saturação cruzada, adotou-se o mesmo critério estatístico de Lent e colaboradores (2003), optando-se por manter na estrutura os itens que apresentem uma diferença entre os valores de saturação de $>.10$. A análise fatorial agrupou um item de forma contrária ao teoricamente esperado: o item 16 “demonstra comportamentos manipulativos na sessão”, obteve maior saturação no fator da *Angústia do Cliente*, quando o expectável seria um maior peso no fator da *Relação de Conflito*. Neste sentido, apesar de apresentar uma maior saturação na *Angústia do Cliente* decidimos manter o item no fator original do *Relação de Conflito*, tendo em conta critérios conceptuais. As distribuições dos itens pelos fatores encontram-se na tabela 4.

Tabela 4

Matriz fatorial dos Desafios do Processo Terapêutico da CASES, através do método Fatorização do Eixo Principal, com rotação Oblimin, para a solução de 2 fatores

Item	Fator	
	Angústia do Cliente	Relação de Conflito
1. ... está clinicamente deprimido/a.	-.752	.536

2. ... foi abusado sexualmente.	- .823	.528
3. ... tem ideação suicida.	- .858	.511
4. ... experienciou recentemente um evento de vida traumático (ex.: lesão ou abuso físico ou psicológico).	- .856	.503
5. ... é extremamente ansioso.	- .713	.520
6. ... demonstra sinais de um pensamento severamente perturbado.	- .793	.526
7. ... você o/a considera sexualmente atraente.	-.334	.633
8. ... está a lidar com assuntos que você, pessoalmente, considera difíceis de lidar.	- .571	.752
9. ... tem valores ou crenças centrais que entram em conflito com os seus (ex.: em relação à religião, papéis de gênero).	-.363	.615
10. ... é diferente de si em vários aspetos (ex.: raça, etnia, gênero, idade, classe social).	- .416	.597
11. ... não é orientado para a compreensão do seu funcionamento psicológico ou introspectivo.	- .550	.652
12. ... sente-se sexualmente atraído por si.	- .411	.670
13. ... perante o qual você tem reações negativas (ex.: tédio, aborrecimento).	- .471	.787
14. ... está num impasse terapêutico.	- .625	.771
15. ... quer mais de si do que o que você está disposto/a a dar (ex.: em termos de frequência de contacto ou prescrições de soluções para problemas).	- .585	.777
16. ... demonstra comportamentos manipulativos na sessão.	-.735	.699
% da variância explicada	7.47	49.67

Resultados no âmbito da fiabilidade

Consistência interna da CASES

No sentido de averiguar a fiabilidade, analisou-se a consistência interna, recorrendo-se aos coeficientes de Alfa de *Cronbach* (Marôco, 2021) e aos coeficientes de correlação de *Pearson* entre as diversas subescalas (Franzblau, 1958).

A versão portuguesa da CASES apresenta bons níveis de consistência interna avaliados através do Alfa de *Cronbach*, nas subescalas da *Exploração* ($\alpha = .86$), *Insight* ($\alpha = .84$), *Ação* ($\alpha = .80$), *Angústia do Cliente* e *Relação de Conflito* ($\alpha = .90$). Apresentou, ainda, um ótimo nível de consistência interna na subescala da *Gestão de Sessão* ($\alpha = .94$), e no *score* total ($\alpha = .96$), relevando uma excelente consistência interna, de forma geral, no instrumento de medida (Tabela 5).

Foi, ainda, realizada uma análise à consistência interna das medidas QRS-r-supervisando, GSE, PANAS e DESCAs, estas três últimas indicaram valores de Alfa de *Cronbach* ligeiramente superiores às versões validadas para a população portuguesa. Todas as medidas apresentaram uma boa consistência interna (QRS-r $\alpha = .92$; GSE $\alpha = .93$; PANAS: AP e AN $\alpha = .90$; DESCAs $\alpha = .93$) o que nos permitiram verificar que os participantes responderam de forma consistente a todas as medidas (Marôco, 2021).

Tabela 5

Coeficientes alfa de *Cronbach* da CASES (versão original; N=345) e da versão portuguesa da CASES (n=336)

Subescala	α^1	α^2	Nº de itens	
			CASES ¹	CASES ²
Exploração	.79	.86	5	5
Insight	.85	.84	6	6
Ação	.83	.80	4	4

Gestão da Sessão	.94	.94	10	10
Angústia do Cliente	.94	.90	6	6
Relação de Conflito	.92	.90	10	10
CASES Total	.97	.96	41	41

Legenda: 1 – Versão original (Lent et al., 2003); 2- Versão portuguesa

As inter-correlações entre as subescalas da CASES (Tabela 6), na sua maioria foram moderadas a fortes, variando entre .45 (*Ação* e *Angústia do Cliente*) e .80 (*Exploração* e *Gestão de Sessão*), à exceção da correlação fraca ($r=.38$) entre a subescala da *Exploração* e da *Relação de Conflito*. O que sugere, tal como, na versão original (Lent et al., 2003), que as várias subescalas avaliam aspetos semelhantes de autoeficácia, mas algo distintos. Da mesma forma, que a CASES score total apresenta-se fortemente relacionada com cada uma das suas subescalas ($r_s = .68$ a $.90$), de forma semelhante à versão original de Lent e colaboradores (2003; $r_s = .71$ a $.88$).

Tabela 6

Matriz de correlações da CASES (n=336)

Subescala	E	I	A	GS	AC	RC	T
Exploração	-						
Insight	.56*	-					
Ação	.53*	.59*	-				
Gestão da Sessão	.80*	.62*	.64*	-			
Angústia do Cliente	.57*	.54*	.45*	.71*	-		
Relação de Conflito	.50*	.51*	.38*	.63*	.69*	-	
CASES Total	.77*	.77*	.68*	.90*	.84*	.83*	-

Legenda – E-Exploração; I- Insight; A- Ação; GS- Gestão da Sessão; AC- Angústia do Cliente; RC- Relação de Conflito; T- CASES Total; * $p < .000$

Validade Convergente e Divergente

De modo a examinar a validade convergente e divergente da CASES foram analisados os valores dos coeficientes de correlação de *Pearson* (Franzblau, 1958) entre a CASES e as medidas GSE, QRS-r-supervisando, PANAS e DESCA (Tabela 7). As correlações entre a GSE e as subescalas e *score* total da CASES sugerem uma associação positiva estatisticamente significativa, sendo a maioria das suas correlações fracas ($r=.20$ a $.37$) e duas correlações moderadas (Gestão de sessão $r= .43$; CASES total = $.41$). Da mesma forma, as correlações entre o QRS-r-supervisando e a CASES (subescalas e o *score* total) sugerem uma associação positiva estatisticamente significativa, sendo as suas correlações fracas variando entre $.16$ e $.33$. Também as correlações do PANAS com a CASES (subescalas e o *score* total) apresentam-se fracas, nomeadamente, na subescala dos Afetos Positivos em que associação é positiva e estatisticamente significativa, variando entre $.20$ e $.36$, e na dos Afetos Negativos a associação é estatisticamente significativa e negativa, variando entre $-.12$ e $-.20$. Já as correlações negativas entre a DESCA e a CASES são na sua maioria estatisticamente significativas e muito fracas, variando de $-.11$ a $-.15$, à exceção de duas correlações que não são estatisticamente significativas sendo uma delas fraca (Gestão de Sessão $r= -.09$) e a outra moderada (Exploração $r=-.61$).

Tabela 7

Matriz de correlações entre as subescalas da CASES ($n=336$) e as restantes medidas

CASES	GSE	QRS-r	PANAS		
			AP	NA	DESCA
Exploração	.33*	.27*	.27*	-.19*	-.06
Insight	.25*	.20*	.22*	-.12**	-.11*
Ação	.20*	.16*	.20*	-.18*	-.13*

Gestão da Sessão	.43*	.33*	.35*	-.26*	-.09
Angústia do Cliente	.32*	.19*	.30*	-.12**	-.15**
Relação de Conflito	.37*	.27*	.34*	-.14*	-.12**
CASES Total	.41*	.30*	.36*	-.20*	-.14**

Legenda – GSE = General Self-Efficacy Scale; QRS-r =Supervisory Relationship Questionnaire – supervisee version; PANAS = Positive and Negative Affect Schedule; AP = Afetos Positivos; NA = Afetos Negativos; DESCA = Escala de Desejabilidade Social; * $p < .01$ ** $p < .05$

CASES e o Nível de Experiência

Por último, recorreu-se ao teste estatístico ANOVA, de modo a explorar a sensibilidade da CASES a diferentes níveis de experiência dos participantes, agrupando-se a amostra em três grupos com base nos seus anos de experiência em psicoterapia: (1) menos de 1 ano; (2) 1 a 3 anos; e (3) mais de 3 anos de experiência. Neste sentido a Tabela 8 apresenta as médias e os desvios padrões de cada grupo, e os testes F univariados e comparações *Post Hoc* de *Scheffe'*.

Os resultados obtidos apresentam diferenças estatisticamente significativas ($p < .001$) em cada subescala da CASES em função do tempo de experiência. O grupo com mais experiência (mais de 3 anos) apresenta níveis de autoeficácia significativamente mais altos do que o grupo intermédio (1 a 3 anos de experiência) e do que grupo com menos experiência (menos de 1 ano), nas diversas subescalas da CASES.

Tabela 8

Autoeficácia em função no nível de experiência dos psicoterapeutas

Subescala	< 1 ano		1-3 anos		> 3 anos		F (2,333)	η^2
	M	SD	M	SD	M	SD		
Exploração	7.13	.99	7.65	.90	7.92	.90	21.18*	.11
Insight	5.65	1.41	6.17	1.57	6.79	1.25	18.23*	.09
Ação	6.09	1.53	6.56	1.47	6.84	1.44	7.74*	.04
Gestão da Sessão	6.55	1.15	7.14	1.10	7.59	1.02	25.90*	.13
Angústia do Cliente	5.24	1.57	6.05	1.58	6.91	1.67	30.90*	.15
Relação de Conflito	5.79	1.35	6.23	1.45	6.76	1.45	13.56*	.07
CASES Total	6.07	1.05	6.62	1.08	7.14	1.02	29.93*	.15

Legenda: Para o grupo com menos de 1 ano de experiência, n=172; para o grupo de 1 a 3 anos de experiência, n=82; para o grupo com mais de 3 anos de experiência, n=82; M= Média; SD= Desvio Padrão; η^2 = eta* p < .001

Discussão de Resultados

No que se refere à análise fatorial exploratória de dados, as soluções fatoriais de 3 fatores que explicam 56.242% da variância cumulativa para a escala das Competências Terapêuticas, de 1 fator que explica 68.076% da variância cumulativa para a Gestão de Sessão e de 2 fatores que explicam 57.155% da variância cumulativa para os Desafios do Processo Terapêutico demonstram-se adequadas mantendo-se a estrutura original de Lent e colaboradores (2003). No entanto, foram encontrados problemas de saturação cruzada, em que se adotou o critério estatístico de Lent et al. (2003), optando-se por manter na estrutura os itens que apresentem uma diferença entre os valores de saturação de $>.10$, recorrendo-se, ainda, a critérios conceptuais para os itens 7, 8, 9 e 12 da escala de Competências Terapêuticas e 16 da escala dos Desafios do Processo Terapêutico.

No que se refere aos itens 7 “Silêncio intencional”, 8 “Desafiar” e 9 “Interpretações”, obtiveram maior saturação no fator da *Exploração*, quando o expectável seria um maior peso no fator *Insight*. Neste sentido, apesar de apresentarem uma maior saturação na *Exploração* decidimos manter os três itens no fator original do *Insight*, dado que de acordo com Hill e colaboradores (2003) e Hill (2020), o silêncio do terapeuta tipicamente tem como objetivo demonstrar empatia de modo a facilitar que os clientes refletiam sobre os seus pensamentos e sentimentos, para que depois possam ser explorados em sessão. O mesmo acontece com a forma como o terapeuta desafia o cliente em sessão, sendo que de acordo com Hill (2020) e Hill e colaboradores (2022), quando confrontamos o cliente em sessão o objetivo é que este se questione sobre o seu modo de pensar facilitando assim o autoconhecimento e quais as melhores formas de modificar o comportamento. Da mesma forma que, de acordo com Silberschatz e colaboradores (1986), Kramer e Stiles (2015) e Hill (2020), as interpretações são utilizadas no sentido

de facilitar a autodescoberta e o questionamento de uma nova perspectiva por parte do cliente. Já o item 12 “Partilhar informação” além de apresentar maior peso no fator da *Ação* de acordo com Hill (2020) e Higham (2021), quando um terapeuta fornece informação ao cliente com o objetivo de que este compreenda diferentes pontos de vista e escolha alternativas ou estratégias que o ajudem a enfrentar os seus problemas, está a utilizar uma ferramenta no sentido de direcionar o cliente a agir.

De forma semelhante o item 16 - “demonstra comportamentos manipulativos na sessão” - obteve maior saturação no fator da *Angústia do Cliente*, quando o expectável seria um maior peso no fator da *Relação de Conflito*. Neste sentido, apesar de apresentar uma maior saturação na *Angústia do Cliente* decidimos manter o item no fator original do *Relação de Conflito*, dado que de acordo com Levitt e colaboradores (2006) e Hill (2020), o cliente demonstra comportamentos manipulativos em sessão por diferentes motivos, um deles está relacionado com o evitamento de determinados temas, outro com o medo de julgamento por parte do terapeuta e por último a falta de compreensão face a uma tarefa proposta pelo profissional. Neste sentido é importante o desenvolvimento de uma boa aliança terapêutica entre o terapeuta e cliente, de modo que este último se sinta compreendido de forma a evitar comportamentos manipulativos (Levitt et al., 2006).

Apesar dos problemas encontrados nas soluções fatoriais extraídas, os resultados sugerem que os itens se mantêm estáveis nos fatores extraídos, uma vez que nenhum item revelou valores de saturação baixos ($<.40$) nos fatores correspondentes (Gorsuch, 1997).

A versão portuguesa da CASES apresentou bons níveis de consistência interna avaliados através do Alfa de *Cronbach*, com valores ligeiramente mais baixos que a versão original (Lent et al., 2003; Tabela 5), nomeadamente nas subescalas do *Insight* ($\alpha=.84$), *Ação* ($\alpha=.80$), *Angústia do Cliente* e *Relação de Conflito* ($\alpha=.90$). Das outras

subescalas da versão portuguesa da CASES, a *Exploração* ($\alpha = .86$), apresentou um valor consideravelmente mais elevado, comparativamente à escala original, e a *Gestão de Sessão* apresentou o mesmo valor ($\alpha = .94$). O valor de Alfa de Cronbach da medida global é de .96, relevando uma excelente consistência interna do instrumento de medida.

De forma a compreender melhor a fiabilidade da CASES, foram avaliadas as inter-correlações entre as subescalas da CASES. Na sua maioria as correlações foram moderadas a fortes, variando entre .45 (*Ação e Angústia do Cliente*) e .80 (*Exploração e Gestão de Sessão*), à exceção da correlação fraca ($r = .38$) entre a subescala da *Exploração* e da *Relação de Conflito*. Estas correlações sugerem, tal como na versão original de Lent e colaboradores (2003), que as várias subescalas avaliam aspetos semelhantes de autoeficácia, embora distintos, e que a medida pode ser utilizada de forma separada ou em conjunto. Da mesma forma, que a CASES score total apresenta-se fortemente relacionada com cada uma das suas subescalas ($r_s = .68$ a $.90$), de forma semelhante à versão original ($r_s = .71$ a $.88$).

De notar, também, que as correlações moderadas entre a *Exploração*, o *Insight* e a *Ação* ($r = .53$ a $.59$) sugerem que quanto mais confiante o terapeuta se sente a aplicar uma técnica de exploração, insight ou ação melhor será a sua perceção face ao seu desempenho na aplicação das outras competências terapêuticas (e.g., um terapeuta que se sente confiante em reformular os pensamentos do cliente sentirá uma maior facilidade em apontar discrepâncias ou crenças irracionais do cliente e a realizar um role-play). Já as correlações fortes ($r = .62$ a $.80$) entre as competências terapêuticas (*Exploração, Insight e Ação*) e a *Gestão de Sessão* sugerem que um terapeuta com mais confiança nas suas competências terapêuticas, melhor será a sua perceção face à gestão da sessão terapêutica. No que se refere às correlações moderadas entre as competências terapêuticas

(*Exploração, Insight e Ação*) a *Angústia do Cliente* ($r = .45$ a $.57$) e a *Relação de conflito* (*Exploração*, $r = .50$; *Insight*, $r = .51$) sugerem que quanto mais confiante o terapeuta se sente em aplicar as suas competências terapêuticas, melhor será a sua percepção face à forma como lida com as angústias do cliente e com os conflitos relacionais que possam ocorrer durante a sessão terapêutica. De forma semelhante, as correlações fortes ($r = .71$) entre a *Gestão de Sessão* e a *Angústia do Cliente* sugerem que quanto mais confiante o terapeuta se sente em gerir a sessão, melhor será a sua percepção face à forma como lida com as angústias do cliente (e.g. Quanto mais confiante o terapeuta se sente em ajudar o seu cliente em falar de forma aprofundada sobre as suas preocupações, sentir-se-á mais autoconfiante em lidar com um cliente clinicamente deprimido). Já a correlação fraca ($r = .38$) entre a subescala da *Exploração* e da *Relação de Conflito*, sugere que apesar de quanto mais confiante o terapeuta se sente em aplicar as suas técnicas de exploração, melhor será a sua percepção face à forma como lida com os conflitos relacionais, esta relação é pouco significativa.

No que diz respeito à análise da validade convergente e divergente, as correlações obtidas foram de encontro ao esperado, sugerindo conclusões semelhantes à versão original de Lent e colaboradores (2003) e à análise preliminar da versão portuguesa de Rodrigues (2021). Neste sentido, foram encontradas correlações positivas entre a CASES e a GSE, o QRS-r-supervisando e a subescala do Afeto Positivo da PANAS. A correlação significativa entre a GSE e a CASES indica uma associação entre os construtos latentes que ambas as escalas medem; sendo que existe uma maior relação entre a subescala da Gestão Terapêutica, que avalia as capacidades de o terapeuta dar resposta a um cenário real que é comum de ocorrer em sessões de terapia, e a GSE cujo itens avaliam a autoeficácia geral dos participantes em situações stressantes. Esta associação parece

corroborar a proposta de Larson e Daniels (1998) de que a autoeficácia, pode afetar o comportamento e a forma como o terapeuta regula as suas respostas terapêuticas em sessão. No que concerne à correlação entre a CASES e a subescala dos Afetos positivos da PANAS, esta parece demonstrar uma relação positiva entre ambos os construtos, apesar de fraca, em que quanto mais eficazes os psicoterapeutas se sentirem, maior será a tendência de sentirem afetos positivos; este resultado sugere, tal como Pereyra e colaboradores (2018), que quanto mais sentimentos positivos e confiança um indivíduo tem nas suas capacidades, menor será a dificuldade em completar tarefas a realizar e maior será o seu nível de autoeficácia. Da mesma forma, as correlações entre o QRS-r-supervisando, utilizado para avaliar a satisfação com a supervisão e a eficácia percebida pelo supervisionado, e as diversas subescalas da CASES sugerem uma relação entre os construtos avaliados pelas escalas; dado que segundo Keum e Wang (2020), a supervisão clínica permite aumentar a autoeficácia e a aquisição de competências terapêuticas e, segundo Cashwell e Dooley (2001), os psicoterapeutas que recebem nenhuma ou pouca supervisão têm uma tendência para apresentar níveis mais baixos de eficácia do que os que a recebem regularmente.

De forma inversa, foram encontradas correlações negativas entre a CASES e a subescala do Afeto Negativo da PANAS e a DESCAs. No que diz respeito à correlação significativa entre a CASES e a subescala dos Afetos negativos da PANAS, parece demonstrar uma relação negativa entre ambos os construtos, apesar de fraca, em que quanto maior for a autoeficácia dos psicoterapeutas, menor será a tendência de sentirem afetos negativos. O que sugere, tal como Pereyra e colaboradores (2018), que quanto mais sentimentos negativos, como inseguranças e dúvidas sobre as suas capacidades, o indivíduo tiver mais dificuldade vai sentir na realização de tarefas e menor será a sua

autoeficácia. Já a associação negativa entre a DESCA, utilizada para avaliar a desejabilidade social, e a CASES sugere que esta última não é substancialmente afetada pelos vieses de desejabilidade social, pois apesar de algumas correlações serem significativas, estas são muito fracas (Franzblau, 1958).

Tal como na versão original de Lent e colaboradores (2003) também a versão portuguesa da CASES apresenta evidências de que a autoeficácia dos psicoterapeutas tende a aumentar consoante os níveis de experiência, dado que os participantes com mais experiência (mais de 3 anos) apresentam valores de autoeficácia superiores aos outros participantes com menos experiência (menos de 1 ano e de 1 a 3 anos). Este resultado parece corroborar a ideia de Padro-Abril e colaboradores (2018) em como psicoterapeutas com mais experiência, normalmente, são mais eficazes na sua área de atuação. No entanto, devido à análise entre grupos não ter o mesmo número de participantes, esta conclusão não pode ser generalizada.

Assim sendo, os resultados do presente estudo parecem corroborar a fiabilidade da CASES para a população portuguesa.

Conclusão

Em suma, o presente estudo reforça a adaptação para a língua portuguesa elaborada por Rodrigues (2021) e sugere que a estrutura fatorial e validação da CASES são adequadas, constituindo assim uma medida fiável para avaliar a autoeficácia de psicoterapeutas portugueses.

Dado que a autoeficácia é um construto pouco estudado e avaliado em Portugal, a validação da CASES apresenta-se como uma mais-valia, sendo que possibilita, através do autorrelato, que o psicoterapeuta tome consciência das suas dificuldades face ao uso das competências terapêuticas e das suas lacunas enquanto profissional ou supervisor. Esta consciencialização permitirá que o profissional refletia sobre qual a melhor forma de desenvolver as competências terapêuticas que considera ou não deficitárias. Neste sentido, esta medida pode ser útil no contexto de formação e supervisão sendo que permite monitorizar a evolução do psicoterapeuta em formação e consequentemente interferir posteriormente na sua prática clínica, dado que que um terapeuta mais consciente da sua eficácia terá um maior ou menor cuidado na sua prática e intervenção com o cliente.

No entanto, esta medida apresenta limitações dado que se restringe ao autorrelato por parte do psicoterapeuta. Neste sentido, não pode substituir um instrumento que meça a eficácia real do psicoterapeuta, dado que nem sempre a autoeficácia percebida pelo profissional tem uma associação direta com a eficácia real (Padro-Abril et al. 2018). Assim, torna-se importante, futuramente, explorar de que forma a autoeficácia e a eficácia real se relacionam, nomeadamente através do feedback por parte do cliente e de que modo a reflexão e o autoquestionamento do terapeuta sobre as suas competências terapêuticas permite aumentar a eficácia da sua performance. Outra limitação prende-se com a sensibilidade da CASES ao nível de experiência, dado que os resultados da comparação

entre os níveis de experiência e a autoeficácia são mais relevantes para psicoterapeutas em formação do que em psicoterapeutas mais experientes, sendo que a análise entre grupos não teve o mesmo número de participantes, o que poderá ter enviesado os resultados.

No que diz respeito a estudos futuros, deve-se ter ainda em consideração que a personalidade do profissional pode afetar a forma como este percebe as suas competências (Barańczuk, 2021), sendo assim pertinente compreender de que forma a personalidade envia ou não os resultados da CASES. Do mesmo modo, seria importante compreender de que forma o vínculo relacional positivo entre supervisor e o psicoterapeuta em formação se relaciona com a autoeficácia (Fernández-Alvarez, 2015; Ladany et. al., 1999), dado que, o primeiro contacto que um profissional da área da psicologia tem com a prática clínica passa pela observação e aquisição de aprendizagem com um profissional com mais tempo experiência.

Referências

- Abreu-Afonso, J., Veloso, S, & Laneiro, T. (2019). Psicoterapia: Conceitos e Fundamentos. In C., Biscaia, & D., Neto (Coord.), *A Prática Profissional da Psicoterapia* (pp. 25-41). Ordem dos Psicólogos Edições.
- Akçabozan-Kayabol, N. B., Ozdemir, N. K., Güneri, O. Y., & Korkut-Owen, F. (2021). Integrating video-modeling into counseling skills and techniques course and its impact on counseling self-efficacy. *Current Psychology*.
<https://doi.org/10.1007/s12144-021-02434-8>
- Almeida, L. S. & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (3ªed.). Psiquilibrios.
- Araújo, M., & Moura, O. (2011). Estrutura factorial da General Self-Efficacy Scale (Escala de Auto-Eficácia Geral) numa amostra de professores portugueses. *Laboratório de Psicologia*, 9(1). <https://doi.org/10.14417/lp.638>
- Fernández-Alvarez, H. (2015). Reflections on supervision in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 26(1), 1–10.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1014009>
- Bagheri, E., Jaafar, W. M. W., & Baba, M. (2011). Reliability Analysis of the Counselor Activity Self-Efficacy Scale (CASES) In a Malaysian Context: A Preliminary Study. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30(30), 871–875.
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.169>
- Bandura, A., & Adams, N. E. (1977). Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. *Cognitive Therapy and Research*, 1(4), 287–310.
<https://doi.org/10.1007/BF01663995>
- Banham, J. A., & Schweitzer, R. D. (2015). Trainee-therapists are not all equal:

- Examination of therapeutic efficiency, effectiveness and early client dropout after 12 months of clinical training. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89(2), 148–162. <https://doi.org/10.1111/papt.12071>
- Barbetta, D. de C., & Assis, M. R. (2008). Reprodutibilidade, validade e responsividade da escala de Medida de Independência Funcional (MIF) na lesão medular: revisão da literatura. *Acta Fisiátrica*, 176–181
- Barańczuk, U. (2021). The Five-Factor Model of Personality and Generalized Self Efficacy. *Journal of Individual Differences*, 1–11. <https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000345>
- Biscaia, C. & Figueiredo S. (2019). A Pessoa do Psicoterapeuta. In C. Biscaia & D. Neto (Coord.), *A Prática Profissional da Psicoterapia* (pp. 189-202). Ordem dos Psicólogos Edições.
- Cashwell, T. H., & Dooley, K. (2001). The Impact of Supervision on Counselor Self-Efficacy. *The Clinical Supervisor*, 20(1), 39–47. https://doi.org/10.1300/j001v20n01_03
- Castonguay L. G., & Hill, C. E. (2017). Therapist Effects: Integration and Conclusions. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: understanding therapist effects* (pp.325–340). American Psychological Association.
- Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A., & Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy*, 52(3), 337–345. <https://doi.org/10.1037/pst0000015>
- Cliffe, T., Beinart, H., & Cooper, M. (2016). Development and validation of a short

- version of the Supervisory Relationship Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23, 77-86
- Conteh, J., Mariska, M., & Huber, M. (2018). An Examination and Validation of Personal Counseling and its Impact on Self-Efficacy for Counselors-in- Training. *Journal of Counselor Practice*, 9(2), 109–138. <https://doi.org/10.22229/jac902111>
- Elliott, J., Abbass, A., & Rousmaniere, T. (2018). Technology-assisted deliberate practice for improving psychotherapy effectiveness. In J. J. Magnavita (Ed.), *Using technology in mental health practice* (pp. 163–180). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000085-010>
- Franzblau, A. N. (1958). A primer of statistics for non-statisticians. Harcourt, Brace.
- Galinha, I. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo Psicométrico. *Análise Psicológica*, 23(2), 219–227. <https://doi.org/10.14417/ap.84>
- Gorsuch, R. L. (1997). Exploratory factor analysis: Its role in item analysis. *Journal of Personality Assessment*, 68, 532–560.
- Hahn D., Weck F., Witthöft M. & Kühne F. (2021). Assessment of Counseling Self-Efficacy: Validation of the German Counselor Activity Self-Efficacy Scales-Revised. *Frontiers in Psychology*. doi: 10.3389/fpsyg.2021.780088
- Heppner, M. J., O'Brien, K. M., Hinkelman, J. M., & Flores, L. Y. (1996). Training counseling psychologists in career development: Are we our own worst enemies? *The Counseling Psychologist*, 24, 105–125.
- Higham, P. (2021). Information-giving: an approach for contemporary practice. *Journal of Social Work Practice*. doi:10.1080/02650533.2021.2000948

- Hill, C. E. (2020). *Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action* (5th ed). American Psychology Association.
- Hill, C. E., Morales, K., Gerstenblith, J. A., Bansal, P., An, M., Rim, K., & Kivlighan, D. M., Jr. (2022). Therapist challenges and client responses in psychodynamic psychotherapy: An empirically supported case study. *Psychotherapy*, 59(1), 74–83. <https://doi.org/10.1037/pst0000424>
- Hill, C. E., & O'Brien, K. M. (1999). *Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action*. American Psychological Association.
- Hill, C.E., Thompson, B.J. and Ladany, N. (2003). Therapist use of silence in therapy: A survey. *Journal of Clinical Psychology*., 59(4), 513-524. <https://doi.org/10.1002/jclp.10155>
- Keum, B. T., & Wang, L. (2020). Supervision and psychotherapy process and outcome: A meta-analytic review. *Translational Issues in Psychological Science*, 7(1), 89–108. <https://doi.org/10.1037/tps0000272>
- Kiselnikovaa, N.V., Almukhametovaa, T.N. Daninaa, M.M., Kuminskayaa, E.A. Lavrovaa, E.V., Krashennnikova, D.E. & Poggio, V.A. (2020). Russian adaptation of the Self-Efficacy Rating Scale for psychologists-consultants and psychotherapists. *Psychology. Journal of the Higher School of Economics*, 18(4), 700–717. <https://doi.org/10.17323/1813-8918-2021-4-700-717>
- Kramer, U., & Stiles, W. B. (2015). The responsiveness problem in psychotherapy: A review of proposed solutions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(3), 277–295. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12107>
- Ladany, N., Ellis, M. V., & Friedlander, M. L. (1999). The Supervisory Working Alliance, Trainee Self-Efficacy, and Satisfaction. *Journal of Counseling &*

- Development*, 77(4), 447–455. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1999.tb02472.x>
- Larson, L. M., & Daniels, J. A. (1998). Review of the counseling self-efficacy literature. *The Counseling Psychologist*, 26, 179–218
- Lent, R. W., Hill, C. E., & Hoffman, M. A. (2003). Development and validation of the Counselor Activity Self-Efficacy Scales. *Journal of Counseling Psychology*, 50(1), 97–108. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.50.1.97>
- Levitt, H., Butler, M., & Hill, T. (2006). What clients find helpful in psychotherapy: Developing principles for facilitating moment-to-moment change. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 314–324. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.3.314>
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IMB SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Psiquilíbrios.
- Marôco, J. (2021). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (8ªed.). ReportNumber.
- Nogueira, R. S., Silva, A. C. N., & Conceição, N. (2019). Adaptação do Questionário da Relação de Supervisão (versão reduzida) – Versão supervisando (QRS-r-supervisando). *Análise Psicológica*, 37(4), 521–533. <https://doi.org/10.14417/ap.1581>
- Oliveira, J. F. A. (2013). Estudos de validação da Escala de Desejabilidade Social – DESCA (Tese de mestrado). Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra.<http://hdl.handle.net/10316/24861>
- Pereyra, C.I.G., Pardo, C.V.R., Rivas, A., Trueba, D. A., Mur, J.A. & Vargas, N.P. (2018). Autoeficacia: Una Revisión Aplicada a Diversas Áreas de la Psicología. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS*, 1(1), 1–10.

16(2), 299-325.

- Prado-Abril, J., Gimeno-Peón, A., Inchausti, F., & Sánchez-Reales, S. (2018). Pericia, Efectos del Terapeuta Y Práctica Deliberada: El Ciclo de la Excelencia. *Papeles Del Psicólogo. Psychologist Papers*, 40. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2888>
- Palomo, M., Beinart, H., & Cooper, M. J. (2010). Development and validation of the Supervisory Relationship Questionnaire (SRQ) in UK trainee clinical psychologists. *British Journal of Clinical Psychology*, 49, 131-149.
- Pamukçu, B. (2011). The Investigation of Counseling Self-Efficacy Levels of Counselor Trainees (Tese de mestrado). Middle East Technical University, Ankara.
- Ribeiro E. (2019). A Eficácia da Psicoterapia. In C. Biscaia & D. Neto (Coord.), *A Prática Profissional da Psicoterapia* (pp. 90-105). Ordem dos Psicólogos Edições.
- Rodrigues, M. (2021). Perceção de Autoeficácia no Desenvolvimento de Competências Terapêuticas – Adaptação para a População Portuguesa e Análise Preliminar Exploratória da Counselor Activity Self-efficacy Scale (Tese de mestrado). Universidade da Maia, Maia.
- Sharpley, C. F., & Ridgway, I. R. (1993). An Evaluation of the Effectiveness of Self-Efficacy as a Predictor of Trainees' Counselling Skills Performance. *British Journal of Guidance & Counselling*, 21(1), 73–81. <https://doi.org/10.1080/03069889308253643>
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy Scale. In J. Weinman, S. Wright & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor: NFER-NELSON
- Silberschatz, G., Fretter, P. B., & Curtis, J. T. (1986). How do interpretations influence

the process of psychotherapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(5), 646–652. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.5.646>

Watson, D., Clark, L., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.

Anexos

Anexo I - Escalas e Subescalas da versão original da CASES

Escala	Subescala	Itens
Competências Terapêuticas	Exploração	1. Atender aos clientes (Orientar-se fisicamente em direção ao cliente). 2. Escutar ativamente (captar e compreender as mensagens dos clientes). 3. Reformular (repetir ou reformular o que o cliente diz de uma forma sucinta, concreta e clara). 4. Perguntas abertas (colocar perguntas que ajudem os clientes a clarificar ou explorar os seus pensamentos ou sentimentos). 5. Reflexão de sentimentos (repetir ou reformular afirmações dos clientes com ênfase nos seus sentimentos).
	Insight	6. Autorrevelação para facilitar a exploração (revelar informações pessoais sobre a sua própria história, experiências ou sentimentos) 7. Silêncio intencional (utilizar o silêncio para permitir que os clientes entrem em contacto com os seus pensamentos e sentimentos). 8. Desafiar (apontar discrepâncias, contradições, defesas ou crenças irracionais das quais os clientes não tenham consciência ou não desejem ou sejam incapaz de mudar). 9. Interpretações (fazer afirmações que vão além do que os clientes disseram abertamente, dando-lhes uma nova perspectiva sobre o seu comportamento, pensamentos ou sentimentos). 10. Autorrevelação para facilitar insight (partilhar experiências anteriores em que você obteve algum insight pessoal). 11. Immediacy (partilhar a sua experiência imediata, focada no aqui e agora, de sentimentos sobre os clientes, o relacionamento terapêutico, ou sobre si mesmo/a em relação aos clientes).

Ação	12. Partilhar informação (ensinar, fornecer informações, opiniões, factos, recursos, ou respostas a questões). 13. Orientação direta (apresentar sugestões, diretrizes ou conselhos que orientem as ações dos clientes). 14. Role-play e treino de comportamento (auxiliar os clientes no treino de comportamentos durante a sessão). 15. Trabalho de casa (desenvolver e prescrever tarefas terapêuticas para os clientes realizarem entre sessões).
Gestão da Sessão	1. Manter as sessões bem orientadas e focadas. 2. Responder com a melhor competência de atendimento, de acordo com o que os clientes precisam no momento. 3. Ajudar os clientes a explorar os seus pensamentos, sentimentos e ações. 4. Ajudar os clientes a falar de forma aprofundada sobre as suas preocupações 5. Saber o que fazer ou dizer após os clientes terminarem de falar. 6. Ajudar os clientes a definir objetivos terapêuticos realistas. 7. Ajudar os clientes a compreender os seus pensamentos, sentimentos ou ações. 8. Elaborar uma conceptualização clara do cliente e dos seus problemas terapêuticos. 9. Permanecer consciente das suas próprias intenções (i.e., propósito das suas intervenções) durante as sessões. 10. Ajudar os clientes a decidir que ações tomar perante os seus problemas.
Angústia do Cliente	1. ... está clinicamente deprimido/a. 2. ... foi abusado sexualmente. 3. ... tem ideação suicida. 4. ... experienciou recentemente um evento de vida

		traumático (ex.: lesão ou abuso físico ou psicológico).
		5. ... é extremamente ansioso.
		6. ... demonstra sinais de um pensamento severamente perturbado.
Desafios do	Relação de	7. ... você o/a considera sexualmente atraente.
Processo	Conflito	8. ... está a lidar com assuntos que você, pessoalmente, considera difíceis de lidar.
Terapêutico		9. ... tem valores ou crenças centrais que entram em conflito com os seus (ex.: em relação à religião, papéis de género).
		10. ... é diferente de si em vários aspetos (ex.: raça, etnia, género, idade, classe social).
		11. ... não é orientado para a compreensão do seu funcionamento psicológico ou introspetivo.
		12. ... sente-se sexualmente atraído por si.
		13. ... perante o qual você tem reações negativas (ex.: tédio, aborrecimento).
		14. ... está num impasse terapêutico.
		15. ... quer mais de si do que o que você está disposto/a a dar (ex.: em termos de frequência de contacto ou prescrições de soluções para problemas).
		16. ... demonstra comportamentos manipulativos na sessão.

Legenda: Adaptado de Lent et al. (2003) por Viana, B., Rodrigues, M., Pinheiro, P. & Basto, I. (2021)