

Universidade da Maia

Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento



Perceção de Autoeficácia no Desenvolvimento de
Competências Psicoterapêuticas

Adaptação para a População Portuguesa e Análise Preliminar
Exploratória da Conselour Activity Self-efficacy Scale
(CASES)

Marlene Conceição Martins Rodrigues n.º. 32318

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientação:

Professora Doutora Isabel Maria Morais Basto

Professora Doutora Patrícia de Jesus Lopes Pinheiro

Junho de 2021



Agradecimentos

Realizar uma dissertação de mestrado significa muito mais do que pesquisar informação e reunir material para produzir um texto. É compartilhar com várias pessoas as ansiedades, frustrações, conquistas e alegrias vividas ao longo do percurso. A todos que foram importantes nesta intensa e cansativa, mas gratificante jornada, a minha gratidão.

Em primeiro lugar o meu agradecimento à minha orientadora Professora Doutora Isabel Basto e à minha Coorientadora Professora Doutora Patrícia Pinheiro. Agradeço a disponibilidade, o empenho e a ajuda, que despoletaram muitos momentos de reflexão e de crescimento pessoal e profissional.

Agradeço a ti Beatriz Viana pelo teu companheirismo, motivação, paciência, ajuda e conhecimento. Obrigada por me encorajares nos momentos de maior desânimo e frustração. Sem ti este percurso não seria o mesmo.

Uma palavra de apreço para o Ricardo Machado sempre disponível para ajudar e partilhar conhecimento.

Um agradecimento especial à minha família, em particular aos meus pais e ao meu irmão por toda a compreensão e apoio incondicional. Foram muitos os momentos abdicados com a família em prol deste objetivo, mas o amor, o carinho, o orgulho e o apoio que me transmitiram foram os pilares para continuar este grande desafio.

Obrigada André Ribeiro pela presença. Acompanhaste os meus receios, frustrações, medos, mas cada conquista foi vivida com o entusiasmo certo para seguir em frente.

Por fim, agradeço à Helena Sousa e a todas as minhas colegas de jornada, com quem tive oportunidade de partilhar informações, dúvidas e frustrações. Boa sorte a todas e que o caminho seja feito de grandes conquistas.

As palavras não chegam para expressar a sentida gratidão e estima que tenho por todos vós.

Resumo

O desinvestimento em estudos e a escassez de medidas que avaliem a autoeficácia percebida dos psicoterapeutas em formação limita o conhecimento sobre as suas características, motivação, e desempenho em fase de treino. Este desinvestimento limita ainda o conhecimento sobre os fenómenos que podem permitir melhorar e desenvolver as competências dos psicoterapeutas. O presente estudo pretende adaptar e realizar uma análise preliminar exploratória da *Counselor Activity Self-Efficacy Scale* (CASES) de Lent, Hill e Hoffman (2003) para a população portuguesa, através da análise das propriedades psicométricas da versão adaptada em termos de viabilidade, fiabilidade e validade. O estudo teve como amostra 54 estudantes de psicologia e psicólogos formados, que recebiam supervisão e acompanhavam pelo menos um caso clínico (em psicoterapia) no momento da participação no estudo. A análise fatorial realizou-se com 3 fatores no sentido de respeitar a estrutura da versão original da CASES, composta por 3 subescalas. Utilizou-se um conjunto de medidas para avaliar a validade convergente da CASES (GSE, PANAS, QRS-r-supervisando, DESCAs). Os resultados corroboram a literatura, com valores semelhantes aos da versão original e bons coeficientes de consistência interna da CASES ($\alpha = .966$). Neste sentido, as conclusões deste estudo sugerem a utilidade da medida CASES na avaliação da autoeficácia percebida pelos psicólogos em desenvolvimento de competências psicoterapêuticas. Os resultados sugerem, ainda, que a versão adaptada para a população portuguesa da CASES, representa uma adaptação válida, que propõe medir os mesmos constructos que os da versão original.

Palavras-chave: Counselor Activity Self-Efficacy Scale, autoeficácia dos psicoterapeutas, psicoterapeutas em formação treino, supervisão.

Abstract

The lack of investment in studies and the scarcity of measures to assess the perceived self-efficacy of psychotherapists in training limits knowledge about the characteristics, motivation, and performance of those in the training phase.

This lack of investment also limits knowledge about the phenomena that can improve and develop the skills of psychotherapists. The present study intends to adapt and carry out a preliminary exploratory analysis of the Counselor Activity Self-Efficacy Scale (CASES) by Lent, Hill and Hoffman (2003) for the Portuguese population, through the analysis of the psychometric properties of the adapted version in terms of viability, reliability and validity. The study had 54 psychology students and trained psychologists as a sample, who received supervision and followed at least one clinical case (in psychotherapy) at the time of their participation in the study. Factor analysis was carried out with 3 factors to respect the structure of the original version of CASES, consisting of 3 subscales. A set of measures was used to assess the convergent validity of CASES (GSE, PANAS, QRS-r-supervising, DESCAs). The results show similar values and good internal consistency coefficients from CASES ($\alpha = .966$), like those described in the original version. In this sense, the conclusions of this study suggest the usefulness of the CASES scale in the assessment of self-efficacy perceived by psychologists in the development of psychotherapeutic competences. The results also suggest that the version that was adapted for the Portuguese population of CASES represents a valid adaptation, which proposes to measure the same constructs as those of the original version.

Keywords: Counselor Activity Self-Efficacy Scale, psychotherapists' self-efficacy, psychotherapists in training, supervision.

Índice

Índice de Tabelas	2
Siglas	3
Introdução.....	4
Autoeficácia e Desenvolvimento de Competências psicoterapêuticas	7
Counselor Activity Self-Efficacy Scale (CASES).....	11
O presente estudo.....	15
Método.....	16
Amostra.....	16
Medidas.....	16
Procedimentos de recolha de dados	20
Procedimentos para adaptação da medida CASES.....	21
Resultados.....	22
Análise Exploratória de Dados	23
Análise Fatorial.....	27
Consistência Interna.....	32
Validade Convergente	33
Discussão	34
Limitações e estudos futuros	39
Conclusão	41
Referências Bibliográficas.....	42

Índice de Tabelas

Tabela 1	24
Tabela 2	25
Tabela 3	26
Tabela 4	29
Tabela 5	32
Tabela 6	34

Siglas

AN _ Afeto Negativo

AP _ A feto Positivo

CASES _ Counselor Activity Self-Efficacy Scale

COSE _ Counseling Self-Estimate Inventory

DESCA _ Escala de Desejabilidade Social

DP_ Desvio Padrão

GSE _ A General Self-Efficacy Scale

IMB SPSS® _ Statistical Package for Social Sciences

ISMAI _ Universidade da Maia

KMO _ Kaiser-Meyer-Olkin

M _ Média

PANAS _ Positive and Negative Affect Schedule

QRS-r-Supervisando _ Supervisory Relationship Questionnaire – Supervisee Version

α _ Alfa de Cronbach

Introdução

A psicoterapia tem-se revelado eficaz no tratamento de várias perturbações emocionais, em diferentes faixas etárias (Lambert, 2015). Este efeito parece semelhante em diferentes abordagens terapêuticas (Gloster et al., 2020; Imel et al., 2008). No entanto, ainda pouco se conhece sobre quais variáveis inerentes ao processo psicoterapêutico promovem a sua eficácia (Ahn & Wampold, 2001; Bell et al., 2013). Sabemos que as variáveis do cliente, entre as quais a personalidade, as comorbilidades psicopatológicas e a resistência ao tratamento, influenciam de forma significativa a intervenção psicológica (Barlow, 1996; Koob, 2008). Porém, apesar de significativas, não podemos controlar as características dos clientes, portanto, pode ser importante compreender os fenómenos relacionados com os terapeutas, no sentido de melhorar e desenvolver as suas competências psicoterapêuticas (Barlow, 1996; Koob, 2008).

Cerca de 5% a 8% da eficácia da intervenção psicoterapêutica tem sido associada a variáveis do terapeuta (Barkham et al., 2017). Especificamente, as competências interpessoais do terapeuta parecem interferir com o resultado terapêutico, nomeadamente as competências interpessoais facilitadoras da relação terapêutica e da capacidade de afirmação enquanto psicoterapeuta, a capacidade de resposta aos desafios do processo psicoterapêutico, a genuinidade e a empatia com diferentes tipos de clientes e a capacidade de persuasão (Anderson et al., 2009; Elliott et al., 2011; Oddli & Rønnestad, 2012). Utilizamos neste estudo o termo psicoterapeuta para definir os psicólogos ou alunos de psicologia que praticam psicoterapia como método de intervenção terapêutica, mesmo perante o processo de desenvolvimento de competências psicoterapêuticas (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2018). O termo competências psicoterapêuticas pode ser usado para referir as capacidades do psicoterapeuta em acompanhar, conduzir e ajudar o cliente ao longo do processo psicoterapêutico, sendo este um termo genérico que se aplica amplamente na literatura sobre o efeito do psicoterapeuta no resultado psicoterapêutico (Hill et al., 2007).

Atendendo à escassez de estudos sobre as competências psicoterapêuticas, ainda não é claro porque é que alguns terapeutas são mais competentes ou mais eficazes do que outros, no que toca à promoção da mudança dos seus clientes (Hill & Castonguay, 2017).

Na tentativa de responder a essa questão, têm sido vários os autores a dirigir o seu foco para as questões relacionadas com as competências psicoterapêuticas e, especificamente, sobre a formação de psicoterapeutas competentes (Barrett et al., 2020; Hill & Castonguay, 2017; Hill et al., 2007; Lucock et al., 2006; Rønnestad et al., 2019). Desde as últimas décadas, que o treino de competências psicoterapêuticas de atendimento tem sido o modelo de treino/formação dominante para psicoterapeutas, focando o desenvolvimento de competências, tendo por base as abordagens de Hill e colaboradores, (2007).

Neste sentido, a autoeficácia dos psicoterapeutas em formação (psicoterapeutas em desenvolvimento de competências psicoterapêuticas) surge como uma variável importante a explorar, considerando que, dos mecanismos de ação humana, nenhum é mais central ou impactante do que as crenças de autoeficácia na motivação e desempenho do indivíduo (Bandura & Locke, 2003). Pode definir-se autoeficácia como a crença sobre as competências pessoais no desempenho, com sucesso, de determinada tarefa ou comportamentos para produzir um resultado desejável (Bandura, 1977).

A autoeficácia surge, entre as características individuais dos terapeutas, como estando fortemente relacionada com o desempenho dos terapeutas em formação (Colquitt et al., 2000). Terapeutas em formação com maiores níveis de autoeficácia parecem permanecer por mais tempo na profissão, atingem maior estabilidade na carreira e desempenham melhor os serviços profissionais prestados (Koob, 2008). O conhecimento dos psicoterapeutas em formação, sobre a sua perceção de autoeficácia durante a fase de treino, tende a facilitar a autorregulação destes no seu processo de aprendizagem de competências psicoterapêuticas (Conteh et al., 2018). Ademais, maior perceção de autoeficácia parece melhorar os resultados terapêuticos (Koob, 2008). Esta relação, entre a autoeficácia e o desenvolvimento de

competências terapêuticas, tem levado a que a supervisão venha sendo utilizada para promover o aumento da autoeficácia percebida (Conteh et al., 2018; Koob, 2008; Ladany et al., 1999).

Apesar da literatura supracitada, parece existir um certo desinvestimento no estudo sobre a autoeficácia na motivação e na competência dos psicoterapeutas em formação e, conseqüentemente, no seu impacto no resultado psicoterapêutico (Banham & Schweitzer, 2016; Conteh et al., 2018). O desinvestimento no estudo sobre a autoeficácia no desempenho dos psicoterapeutas em formação reflete-se também na escassa investigação existente sobre escalas que avaliam a autoeficácia (Meneses & Abbad, 2010). Esta escassez é ainda mais marcada no que concerne a medidas validadas para a população portuguesa. Assim, neste estudo pretendemos adaptar e realizar uma análise preliminar exploratória das propriedades psicométricas da *Counselor Activity Self-Efficacy Scale* – CASES (Lent et al., 2003) para a população portuguesa, nomeadamente ao nível da sua viabilidade, fiabilidade e validade. A CASES avalia a autoeficácia percebida pelos psicoterapeutas em formação, relacionada com as competências psicoterapêuticas (Lent et al., 2003) e é constituída por três subescalas: a subescala de competências terapêuticas; a subescala de autoeficácia de gestão da sessão; e a subescala de autoeficácia sobre os desafios do processo terapêutico (Lent et al., 2003).

No presente estudo tivemos como amostra 54 participantes que cumpriram os critérios de inclusão, sendo que todos eles tinham formação em psicologia, acompanhavam pelo menos um caso clínico (em psicoterapia) e recebiam supervisão no momento da participação no estudo. Dado o tamanho reduzido da amostra, procedeu-se a uma análise preliminar exploratória das propriedades psicométricas da versão adaptada da CASES. Um maior investimento na avaliação da autoeficácia dos psicoterapeutas em formação sobre o seu desempenho, pode contribuir para melhor compreender o impacto no desempenho dos psicoterapeutas e, conseqüentemente, para melhorar a sua competência e a eficácia da psicoterapia.

Autoeficácia e Desenvolvimento de Competências psicoterapêuticas

A autoeficácia é um conceito que deriva da psicologia social cognitiva de Bandura (Meneses & Abbad, 2010). A psicologia social cognitiva está alicerçada numa perspetiva onde as pessoas funcionam como autorreguladoras intencionais, e de autoavaliação das suas motivações e ações (Bandura & Locke, 2003).

A autoeficácia é um constructo associado ao autoconceito, mas diferente dele. A autoeficácia baseia-se em informações que a pessoa dispõe sobre as suas características, capacidades e competências, e num conjunto de outras informações sobre as características da tarefa a desempenhar, num determinado contexto e momento específico. O autoconceito funda-se essencialmente nas informações que a pessoa dispõe sobre as suas características, capacidades e competências (Neves & Faria, 2009). A autoeficácia é prospetiva e direcionada para o futuro, dando origem a expectativas, enquanto que o autoconceito é retrospectivo, orientado para o passado, originando perceções (Neves & Faria, 2009). Tomemos como exemplo um psicoterapeuta em formação que pode revelar autoconceito positivo em relação às suas capacidades e ao seu conhecimento sobre competências psicoterapêuticas, mas perante um determinado cliente ou problema novo, poderá julgar-se sem condições de exercer as suas capacidades e o seu conhecimento de forma satisfatória (Bzuneck, 2009). Portanto, a perceção de autoeficácia cinge cada caso e cada tarefa específica que a pessoa precisa enfrentar, ao contrário do autoconceito que se caracteriza por um carácter mais genérico (Bzuneck, 2009).

Sendo a autoeficácia prospetiva que tem como resultado um conjunto de expectativas, importa elencar duas expectativas distintas referidas por Bandura (1977): a expectativa face ao resultado, que determina a ação; e a expectativa de eficácia, que diz respeito à crença da pessoa de que é capaz de executar a ação necessária ao resultado. Trata-se, portanto, da perceção pessoal quanto às próprias capacidades. Não é suficiente que as capacidades estejam presentes, é necessário que o indivíduo acredite que as possui. Ademais,

estas capacidades são direcionadas para organizar e executar linhas de ação, significando que a expectativa do indivíduo determina a ação (Bzuneck, 2009). Importa, também, a componente de finalidade, no sentido em que o indivíduo necessita dar resposta às exigências de uma determinada situação (Bzuneck, 2009). Assim, alguém com uma determinada crença de autoeficácia considera em pensamento de forma simultânea as próprias potencialidades, o objetivo em dar resposta às exigências da situação e as ações que orientam esse objetivo (Bzuneck, 2009). De acordo com Bandura e Locke (2003), as crenças de autoeficácia contribuem significativamente para o nível de motivação e de desempenho do sujeito. Quanto maior é a autoeficácia percebida (i.e., a forma como o psicoterapeuta em formação avalia a sua própria competência) e o descontentamento por não melhorar a sua prestação em relação à performance anterior, melhor é o resultado do seu desempenho (Bandura & Locke, 2003).

As expectativas de autoeficácia são alimentadas por quatro fontes: experiências diretas ao desempenho, experiências vicariantes, persuasão verbal, e resposta emocional (Bandura, 1977). No que concerne às experiências diretas de desempenho, estas representam a fonte mais importante para a expectativa de autoeficácia, uma vez que são baseadas nas próprias experiências. Assim, aumenta a autoeficácia sempre que há uma avaliação positiva do seu desempenho e diminui a autoeficácia em casos de avaliação negativa do seu desempenho (Bandura, 1977). As experiências vicariantes têm em consideração a ideia de que a observação de outras pessoas no desempenho de atividades, sem resultados negativos, pode gerar no observador a expectativa de que ele também é capaz de realizá-las com sucesso. Por outro lado, através da persuasão verbal as pessoas podem sentir-se estimuladas a enfrentar situações que avaliavam como difíceis (Bandura, 1977). Importa ainda referir a importância da resposta emocional, na medida em que situações stressantes e desgastantes aliciam respostas emocionais (e.g., medo, ansiedade, cansaço, mal-estar), que dependendo

da situação, podem interferir negativamente na percepção de competência e de autoeficácia pessoal (Bandura, 1977).

No que se refere especificamente aos terapeutas em formação, a sua autoeficácia está relacionada com múltiplos fatores pessoais (Conteh et al., 2018). O desempenho de tarefas, o treino de competências, a experiência clínica e a supervisão têm sido utilizadas como forma de potenciar o desenvolvimento da autoeficácia nos psicoterapeutas em formação. Fong e colaboradores (1997), examinaram a autoeficácia dos psicoterapeutas em formação em dois momentos: no início e no fim do treino de competências e concluíram que houve um aumento significativo da competência dos terapeutas em formação no fim do treino. Num estudo mais recente de Conteh e colaboradores (2018), que explorou a autoeficácia percebida dos psicoterapeutas em formação, foi possível observar que os participantes apresentavam níveis de autoeficácia inferiores numa fase inicial do treino, quando comparados com os níveis da fase final. Estes resultados sugerem que ao longo do tempo de treino e com supervisão clínica, os psicoterapeutas em formação tendem a ganhar confiança e a aumentar as suas competências no processo terapêutico. Outros estudos que avaliaram a relação entre a autoeficácia percebida pelos psicoterapeutas em formação e a supervisão (Koob, 2008; Ladany et al., 1999) concluíram que existe uma relação significativa entre a supervisão e a percepção de autoeficácia dos psicoterapeutas em formação. Os resultados sugerem ainda que uma supervisão ajustada, adequada e orientada para a solução contribui para o aumento da autoeficácia do psicoterapeuta em formação supervisionado (Koob, 2008; Ladany et al., 1999). No entanto, é importante referir que a presença de *feedback* negativo por parte do supervisor durante o treino parece contrariar esta tendência evolutiva, levando a um decréscimo da autoeficácia, à diminuição das metas estabelecidas e ao declínio progressivo da autossatisfação e do desempenho (Bandura & Locke, 2003). A supervisão pode também gerar ansiedade e angústia nos psicoterapeutas em formação, por medo de uma avaliação negativa, produzindo efeitos negativos no desempenho e na percepção de autoeficácia dos

mesmos (Wilson et al., 2016). Inculcar, portanto, bons níveis de competência na aprendizagem faz aumentar a autoeficácia e o desenvolvimento de competências (Bandura & Locke, 2003).

Bandura (1977), reforça a mesma ideia, sugerindo que quando a aliança de trabalho (colaboração da díade no desenvolvimento de competências terapêuticas) é forte (i. e., uma relação onde impera o *feedback* positivo e supervisão regular e organizada, entre o psicoterapeuta em formação e o seu supervisor), tendem a ser experimentadas as quatro principais fontes de autoeficácia mencionadas anteriormente: experiências diretas ao desempenho, experiências vicariantes, persuasão verbal e excitação emocional. Estas expectativas parecem reduzir os comportamentos defensivos e representam a principal fonte na criação de expectativas de mestria, potenciando o aumento da autoeficácia e a confiança no desempenho de competências terapêuticas (Bandura, 1977).

As conclusões dos estudos sobre a autoeficácia (Banham & Schweitzer, 2016; Conteh et al., 2018; Fong et al., 1997), especificamente dos que se focaram na formação de psicoterapeutas, parecem auspiciosas e sugerem que a teoria da autoeficácia pode ajudar a melhorar o desempenho dos psicoterapeutas em formação e o resultado psicoterapêutico. Especificamente, os resultados do estudo de Banham e Schweitzer (2016) demonstram que os clientes atendidos pelo psicoterapeuta em formação com maior percepção de autoeficácia apresentaram uma diminuição média do sofrimento psicossocial, enquanto os clientes atendidos pelo psicoterapeuta em formação com percepção de autoeficácia menor tenderam a aumentar o seu sofrimento psicológico, de acordo com os resultados de avaliação que foram realizados. Assim sendo, os resultados dos estudos sobre autoeficácia dos psicoterapeutas em formação são promissores e sugerem que a autoeficácia pode ajudar a aprimorar competências (e.g., cognitivo-comportamentais) e a melhorar os resultados terapêuticos, bem como a manutenção destes (de Góes Salvetti & de Mattos Pimenta, 2007).

Contudo, e apesar das evidências sobre a importância em analisar a autoeficácia, são poucos os estudos sobre o tema, nomeadamente nos psicoterapeutas em formação. Conhecer o processo de desenvolvimento dos psicoterapeutas em formação durante o treino de competências terapêuticas é, pois, uma questão pungente, sendo que, pouco se conhece sobre a percepção de autoeficácia e pouco se considera pertinente estas avaliações como complementares num programa de treino clínico (Banham & Schweitzer, 2016).

Então, parece relevante considerar a avaliação da autoeficácia nos resultados sobre as competências e eficácia dos psicoterapeutas em formação, através de ferramentas de avaliação rápida que contribuam para um maior conhecimento acerca do desenvolvimento de competências psicoterapêuticas. A avaliação da autoeficácia tem vindo a basear-se em medidas de autorrelato, essencialmente respondidas pelos psicoterapeutas em formação (Conteh et al., 2018). Entre essas medidas destaca-se a CASES (Conteh et al., 2018).

Counselor Activity Self-Efficacy Scale (CASES)

Desenvolvida por Lent, Hill e Hoffman (2003), a CASES é uma medida baseada no modelo de competências de atendimento de Hill e O'Brien (1999), que mede a autoeficácia percebida pelos psicoterapeutas em formação e constructos relacionados (Bagheri et al., 2011; Lent et al., 2003). O modelo de competências de atendimento de Hill e O'Brien (1999) envolve o ensino de competências específicas numa abordagem terapêutica de três estádios: a) questões abertas, reformulações e reflexão de sentimentos na fase de exploração, onde é esperado o desenvolvimento de um processo terapêutico facilitador, b) desafios, interpretações e autorrevelações na fase de *insight*, onde se procura desenvolver competências de atendimento, e c) informação e orientação direta na fase de ação, onde se pretende conseguir orientar o cliente no processo de mudança. O modelo denota a importância de ensinar competências a um nível micro para que os psicoterapeutas em

formação aprendam ou melhorem as suas competências terapêuticas de uma forma útil (Hill et al., 2007).

A CASES é uma medida de autorrelato, dirigida aos psicoterapeutas em formação em fase de treino e desenvolvimento de competências psicoterapêuticas (Lent et al., 2003). É constituída por 41 itens que descrevem diferentes competências psicoterapêuticas. Formada por três subescalas: a subescala de competências terapêuticas; a subescala de autoeficácia de gestão da sessão; e a subescala de autoeficácia sobre os desafios do processo terapêutico.

A subescala de competências terapêuticas, avalia 18 competências básicas dos psicoterapeutas em formação. Essas competências encontram-se divididas em: a) competências de exploração, i.e., desenvolver um processo terapêutico facilitador, favorecer o relacionamento com o cliente, recolher informações e procurar ajudá-lo; b) competências de *insight*, i.e., desenvolver competências de desafio, interpretações e autorrevelações, ajudando o cliente a tomar consciência e a compreender os seus problemas através de declarações e de desafios às contradições do mesmo; c) competências de ação, i.e., fornecer informação e orientação. Nove dos itens da medida CASES avaliam as competências de exploração, cinco dos itens analisam as competências de *insight* e quatro dos itens correspondem às competências de ação (Lent et al., 2003).

A segunda subescala da CASES refere-se à autoeficácia de gestão da sessão e pretende explorar as competências específicas percebidas pelos psicoterapeutas em formação, como agregar as competências básicas de atendimento e como gerir um conjunto de tarefas associadas ao processo terapêutico em cenários reais e particularmente desafiadores (e.g., gestão de diferentes problemáticas e diferentes contextos no momento da terapia). Dos itens que compõem a CASES, 17 deles avaliam a autoeficácia na gestão da sessão (Bagheri et al., 2011; Lent et al., 2003).

A última subescala avalia a autoeficácia sobre os desafios no processo terapêutico, procurando estimar as dificuldades associadas ao treino e ao modo como os psicoterapeutas em formação enfrentam essas dificuldades. Dos itens que compõem a medida CASES, 24 itens avaliam a autoeficácia sobre os desafios do processo terapêutico (Bagheri et al., 2011; Lent et al., 2003).

Cada item da CASES é respondido numa escala *lickert* de 10 pontos, variando entre “sem confiança” (0) e “total confiança” (9). O *score* em cada subescala e o total são obtidos pela soma da pontuação obtida em cada item. Quanto mais elevada a pontuação, maior é a percepção de autoeficácia do psicoterapeuta em formação (Conteh et al., 2018; Lent et al., 2003).

No estudo original de Lent e colaboradores (2003), realizado na universidade de Maryland nos Estados Unidos, onde participaram 345 psicólogos ou estudantes de psicologia, os coeficientes de consistência interna analisados através do *alfa de Cronbach* (α), revelaram bons índices na escala total ($\alpha = .97$) e na subescala autoeficácia de gestão da sessão ($\alpha = .94$), bem como índices adequados na subescala competências terapêuticas ($\alpha = .79$) e na subescala autoeficácia sobre os desafios do processo terapêutico ($\alpha = .72$). O teste-reteste para avaliar a fiabilidade e replicar a consistência interna da CASES, em 2 semanas, obteve valores semelhantes aos da primeira amostra ao nível da consistência interna ($\alpha = .96$) na CASES total.

O estudo original utilizou as seguintes medidas: a) *Counseling Self-Estimate Inventory* – COSE (Larson, 1992) que foi utilizada para examinar a validade convergente, sendo que esta escala procura estudar a autoeficácia dos psicoterapeutas em formação; b) *Counseling Role Outcome Expectations Scale*, utilizada para avaliar um conjunto de constructos relacionados com a prática clínica; c) *Positive and negative affect during counseling* (PANAS), foi utilizada para avaliar a experiência dos participantes, relativamente aos afetos positivos e aos afetos negativos durante a formação; d) *Social*

desirability (SDS), utilizada para perceber se as respostas dos participantes eram afetadas por vieses de desejabilidade social, uma vez que a SDS é uma escala de resposta dicotómica que avalia a desejabilidade social e; e) *Counseling career goals*, utilizada para medir os interesses sobre as especialidades da carreira de estudantes de psicologia (Lent et al., 2003). Destacam-se os resultados da análise da validade convergente, com correlações fortes entre a CASES e a *Counseling Self-Estimate Inventory* - COSE ($r = .76$). Os resultados das correlações entre a medida CASES e a *Social Desirability Scale*- SDS, foram fracas, entre os intervalos $-.02$ e $.22$ (Lent et al., 2003).

Nenhuma validação linguística foi encontrada, para além da original. No entanto, foi encontrado um estudo da universidade da Malásia que realizou uma análise preliminar da medida CASES, com uma amostra de 30 participantes, alunos de psicologia na universidade onde foi realizado o estudo. Este estudo revelou bons índices de consistência interna da escala total ($\alpha = .98$), assim como nas subescalas: competências terapêuticas ($\alpha = .93$), autoeficácia de gestão da sessão ($\alpha = .95$) e autoeficácia sobre os desafios do processo terapêutico ($\alpha = .97$; Bagheri et al., 2011).

Apesar da escassez de medidas que avaliam a autoeficácia percebida pelos psicoterapeutas em formação, estas podem ser relevantes no estudo das competências psicoterapêuticas e na influência que a autoeficácia percebida tem sobre os resultados terapêuticos de cada psicoterapeuta em formação. Não foram, também, encontrados estudos nacionais que avaliam a autoeficácia percebida dos psicoterapeutas em formação, o que pode dever-se à falta de medidas, validadas para a população portuguesa, que avaliem estes constructos. Julgamos, portanto, importante a adaptação e a análise preliminar exploratória da medida CASES para melhor conhecer estes fenómenos.

O presente estudo

Apesar dos efeitos do terapeuta representarem uma percentagem inferior na influência exercida sobre os resultados psicoterapêuticos, quando comparados com os efeitos do cliente, estes merecem ainda assim atenção, considerando que podem influenciar o resultado psicoterapêutico (Hill & Castonguay, 2017; Nissen-Lie et al., 2017). A autoeficácia dos psicoterapeutas em formação tem-se revelado relacionada com o desenvolvimento das suas competências (Colquitt et al., 2000; Conteh et al., 2018).

A escassez de estudos sobre o impacto da autoeficácia na motivação e desempenho dos psicoterapeutas em formação e, conseqüentemente, no resultado psicoterapêutico (Banham & Schweitzer, 2016; Conteh et al., 2018), parece associada à lacuna no desenvolvimento de medidas que avaliem a autoeficácia dos psicoterapeutas em formação (Meneses & Abbad, 2010). As medidas que avaliem a autoeficácia dos psicoterapeutas em formação podem contribuir para um maior conhecimento e compreensão sobre a perceção de autoeficácia, para o desenvolvimento de competências psicoterapêuticas, de gestão das sessões e dos desafios dos processos psicoterapêuticos.

Neste sentido, o presente estudo pretende adaptar e realizar uma análise preliminar exploratória da medida CASES (Lent et al., 2003) para a população portuguesa, através da análise das propriedades psicométricas da versão adaptada em termos de viabilidade, fiabilidade e validade. A CASES avalia a autoeficácia percebida pelos psicoterapeutas em formação. Este estudo, em última instância, poderá facilitar a investigação sobre a autoeficácia dos psicoterapeutas em formação, das suas competências psicoterapêuticas, providenciar informação que permita melhorar o treino de psicoterapeutas e, ainda, melhorar os resultados psicoterapêuticos.

Método

Amostra

Os participantes foram 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. Foram excluídos todos os participantes que não possuíam formação em psicologia e/ou que não estivessem a receber supervisão clínica no momento da participação deste estudo. Setenta e um participantes mostraram disponibilidade em participar no estudo, dos quais 17 não integraram o mesmo por não responderem aos critérios de inclusão, sendo a amostra deste estudo constituída por 54 participantes.

Os participantes foram maioritariamente de género feminino ($n=49$) que representou 90,7% da amostra. Cinco dos participantes incluídos no estudo foram de género masculino, representando 9,3% da amostra. A idade dos participantes variou entre os 22 e os 55 anos ($M = 27.22$; $DP = .909$). Todos os participantes apresentavam licenciatura ou mestrado em Psicologia, sendo que 59,3% dos participantes responderam que possuíam mestrado em Psicologia. No que concerne à experiência clínica dos participantes, esta variou entre menos de um mês a 240 meses (20 anos; $M = 28.70$; $DP = 49.484$). Foram ainda recolhidos dados sobre a frequência com que os participantes recebiam supervisão. As respostas dos participantes variaram entre 1 vez por mês e 13 vezes por mês, sendo que a maior percentagem de respostas correspondeu a receberem supervisão clínica 4 vezes por mês representando 37% das respostas.

Medidas

Foram utilizadas informações sociodemográficas dos participantes e as medidas abaixo supracitadas para realização de análise preliminar exploratória das propriedades psicométricas da versão adaptada da CASES em termos de viabilidade, fiabilidade e validade

(Lent et al., 2003; Nogueira, Silva & Conceição, 2019). Utilizou-se a *Positive and Negative Affect Schedule*_ PANAS, conforme se verifica no estudo original. As restantes medidas utilizadas (*A General Self-Efficacy Scale*_ GSE; *Supervisory Relationship Questionnaire – supervisee version*_ QRS-r-supervisando; Escala de Desejabilidade Social_ DESCAs), avaliam constructos semelhantes aos das medidas utilizadas no estudo original, contudo, estas encontram-se validadas para a população portuguesa.

Counselor Activity Self-Efficacy Scale (CASES)

Tal como descrito anteriormente, a CASES (Lent et al., 2003) é uma medida de autorrelato dirigida aos terapeutas em fase de treino e desenvolvimento de competências terapêuticas. É baseada no modelo de competências de atendimento de Hill e O’Brien (1999) e mede a autoeficácia percebida pelos psicoterapeutas em formação e constructos relacionados (Bagheri et al., 2011; Lent et al., 2003). É constituída por três subescalas: a subescala de competências terapêuticas; a subescala de autoeficácia de gestão da sessão; e a subescala de autoeficácia sobre os desafios do processo terapêutico. A CASES é constituída por 41 itens, respondidos numa escala *lickert* de 10 pontos (“sem confiança” – 0; “total confiança” – 9), 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 perceção de autoeficácia (Conteh et al., 2018; Lent et al., 2003). A versão original da escala apresentou boas propriedades psicométricas (Lent et al., 2003). Pode encontrar-se acima uma descrição mais detalhada da CASES.

General Self-Efficacy Scale (GSE)

A GSE foi desenvolvida por Schwarzer e Jerusalem (1995) e adaptada e validada para a população portuguesa por Araújo e Moura (2011). A GSE é uma medida de autorrelato, unidimensional, que avalia a autoeficácia geral. É constituída por 10 itens (e.g.,

consigo resolver sempre os problemas difíceis se for persistente, estou confiante que poderia lidar eficientemente com acontecimentos inesperados), avaliados numa escala do tipo *Likert* de 4 pontos (1 – De modo nenhum é verdade; 4 – Exatamente verdade). A pontuação total varia entre os 10 e os 40 pontos. Quanto mais elevados os scores na GSE, mais elevada é a autoeficácia geral. Foi calculada a consistência interna na versão portuguesa da GSE através do α , apresentando boa consistência interna na escala ($\alpha = .87$; Araújo & Moura, 2013).

Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)

Kercher (1992) realizou uma versão reduzida para a língua inglesa da escala original desenvolvida por Watson, (Clark & Tellegen, 1988). A versão reduzida da PANAS foi posteriormente adaptada e validada para a população portuguesa por Galinha e Pais-Ribeiro (2005).

Esta medida de autorrelato propõe-se medir o Afeto Positivo (AP) e o Afeto Negativo (AN), definidos como dimensões gerais que descrevem a experiência afetiva dos participantes. Esta escala é constituída por 20 itens, correspondentes a 20 emoções que representam todas as categorias de emoções desde AP a AN (e.g., interessado, nervoso). O formato de resposta da escala é de tipo *Likert* de 1 a 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, maior é a experiência afetiva dos participantes. A aferição para a população portuguesa da PANAS, de Galinha e Pais-Ribeiro (2005), apresentou uma boa consistência interna na escala de AP ($\alpha = 0,86$) e na escala AN ($\alpha = 0,89$), semelhante à versão original (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005; Costa Galinha et al., 2014).

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

A versão reduzida do QRS-r-supervisando foi adaptada e validada por Palomo e colaboradores (2010) e avalia a satisfação com a supervisão no desenvolvimento do psicoterapeuta e na eficácia percebida pelo psicoterapeuta supervisionado. A adaptação portuguesa do QRS-r-supervisando (Nogueira et al., 2017) é composta por 17 itens (e.g., o meu supervisor deu-me *feedback* positivo sobre o meu desempenho, o meu supervisor encorajou-me a refletir sobre a minha prática). A resposta corresponde ao nível de acordo ou desacordo sentido, tendo em conta a relação com o seu supervisor, através de uma escala de tipo *Likert* de 7 pontos que vai de “Discordo Totalmente” a “Concordo Totalmente”. A versão portuguesa do QRS-r-supervisando demonstrou boa validade fatorial e fiabilidade. Apresenta, também, bons índices de qualidade de ajustamento (CFI = .915, TLI = .900, PGFI = .621, RMSEA = .079 e SRMR = .069; Nogueira et al., 2019), sendo que valores de CFI superiores a .9 são considerados bons na qualidade de ajuste à solução fatorial (Vicente et al., 2013).

Escala de Desejabilidade Social (DESCA)

A DESCa foi desenvolvida por Alberto e colaboradores (2012) e adaptada e validada para a população portuguesa por Oliveira (2013). A DESCa avalia a desejabilidade social (i.e. tendência para um estilo de resposta pouco sincera no sentido de responder da forma socialmente desejável) e é constituída por 15 itens (e.g., preciso que me digam que estou a fazer bem para me sentir confiante, tenho medo de não responder ao que os outros esperam de mim), respondidos através de uma escala do tipo *Likert* de 4 pontos que varia entre “Discordo completamente” (1) e “Concordo completamente” (4). A pontuação varia entre 15 e 60 pontos e quanto maior a pontuação obtida, maior é a tendência para respostas socialmente desejáveis. A versão portuguesa da escala apresenta uma consistência interna adequada ($\alpha = .757$; Oliveira, 2013).

Procedimentos de recolha de dados

Tendo como objetivo adaptação e validação da medida CASES, foi direccionado um pedido de consentimento para a realização do presente estudo aos autores originais da CASES (Lent et al., 2003). Foi efetuada a tradução da versão original da medida para o idioma-alvo, sendo neste caso a língua portuguesa. Os procedimentos de tradução e de retrotradução encontram-se descritos na sessão seguinte. Os itens da adaptação para a língua portuguesa observam-se na Tabela 4.

Utilizou-se um conjunto de instrumentos selecionados (*A General Self-Efficacy Scale_ GSE; Positive and Negative Affect Schedule_ PANAS; Supervisory Relationship Questionnaire – supervisee version_ QRS-r-supervisando; Escala de Desejabilidade Social_ DESC*) para esta investigação, sendo que estes autores foram também contactados. Efetuou-se um pedido aos autores originais de cada escala utilizada, com um pedido para a utilização das medidas no presente estudo, tendo-se obtido parecer positivo de todos os autores para a utilização das mesmas. Posto isto, procedemos à informatização e introdução dos questionários na plataforma digital *Google Forms*. O método de amostragem utilizado foi por conveniência. A recolha da amostra aconteceu online (*Google Forms*), com as medidas necessárias para a análise preliminar exploratória da CASES, bem como para recolha de dados sociodemográficos para caracterização da amostra. A plataforma incluiu ainda informação sobre o estudo e documento de consentimento informado. Foi divulgada nas redes sociais e através de contacto, via e-mail, com instituições onde foi possível encontrar o público-alvo deste estudo. Posteriormente, efetuamos a recolha dos dados, que decorreu no período de maio a junho de 2021. O presente estudo teve parecer positivo da comissão de ética da Universidade da Maia (ISMAI).

Os participantes foram informados de que a colaboração era totalmente voluntária, sem contrapartidas financeiras e sujeita à leitura e validação de um consentimento informado, onde constavam os objetivos e procedimentos do estudo. Todos os participantes

deram consentimento informado e todos os 54 participantes responderam à totalidade dos questionários, sem existência de respostas omissas devido à obrigatoriedade de resposta em todas as questões para poder avançar na plataforma digital.

Procedimentos para adaptação da medida CASES

A CASES foi traduzida para o idioma-alvo de forma independente por uma aluna de mestrado (autora deste estudo) e uma aluna de doutoramento em psicologia. Posteriormente, as alunas efetuaram o cruzamento de ambas as traduções, tendo dessa análise resultado uma tradução concordante. Após os procedimentos realizados pelas autoras da tradução, efetuou-se nova análise e revisão da tradução em curso, efetuada pelas alunas acima referidas em conjunto com um grupo de estudantes e docentes da área da psicologia, que compõem uma equipa de investigação da Universidade da Maia (ISMAI). Assim, todos os elementos envolvidos no processo de tradução eram proficientes do constructo que a medida CASES propõe medir. É importante realçar que a maioria dos constituintes do grupo estavam familiarizados com ambos os idiomas implicados na tradução (português e inglês). Optou-se por uma estratégia de sucessivas traduções e de análise dessas traduções para evitar que o processo conduzisse a uma tradução demasiado literal (Pernambuco et al., 2017).

Posteriormente, realizou-se a retrotradução, ou tradução inversa, da medida CASES, que consistiu em voltar a traduzir a versão sistematizada para o idioma original, neste caso a língua inglesa. A autora deste procedimento foi uma Psicóloga Doutorada em Psicologia, familiarizada com a área em estudo (coorientadora). A retrotradução foi efetuada sem recurso à versão original no idioma inglês. Posteriormente, a retrotradução foi comparada com a tradução realizada, resultando, após pequenos ajustes, na versão final da tradução para a língua portuguesa. O procedimento procurou garantir a qualidade da tradução, i.e., se os itens da versão adaptada para a língua portuguesa, correspondem conceptualmente aos da versão original (Pernambuco et al., 2017).

Procedimentos de análise de dados

Foram realizadas análises estatísticas na versão 21 do programa *Statistical Package for Social Sciences*- IBM SPSS® (Norman Nie et al., 1968). A análise dos dados seguiu uma orientação exploratória, apropriada para explorar correlações entre variáveis e para modelar essas relações com uma ou mais variáveis latentes (Goretzko et al., 2019). Foram realizadas análises de normalidade univariada e multivariada, avaliando a simetria e a curtose da versão adaptada da medida CASES e analisados os testes de *Kolmogorow-Smirnov* e *Shapiro-Wilks* (Martins, 2011). A adequação da solução fatorial foi estimada através dos testes de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e de esfericidade de Bartlett (Dini et al., 2014). Realizou-se a análise exploratória da CASES, que pretendeu avaliar a sua viabilidade e fiabilidade. Os procedimentos de análise exploratória foram implementados no método de extração Faturação de eixo principal na matriz de correlação *Oblimin* Direto, com procedimento de seleção de fatores *Kaiser-Guttman*, analisando a qualidade dos itens e dos fatores (Izquierdo et al., 2014). Procedeu-se ao estudo da distribuição dos resultados dos coeficientes de *Alfa de Cronbach* para averiguar as propriedades psicométricas da medida CASES (Barbetta & Assis, 2008). Analisaram-se as correlações entre a CASES e as medidas QRS-r-supervisando, GSE e DESCA, para analisar a validade da CASES avaliando o grau de conformidade da escala com a teoria, através de correlações entre o constructo avaliado pela medida CASES com um conjunto de outros constructos com ele relacionado (Barbetta & Assis, 2008). As correlações foram calculadas através do coeficiente de correlação de *Pearson*, usando o *score* total de cada escala ou subescalas das medidas utilizadas (Barbetta & Assis, 2008).

Resultados

Análise Exploratória de Dados

Qualidade da Amostragem

Iniciamos a análise dos resultados comentando a adequabilidade da amostra utilizada no estudo que pretendeu adaptar e realizar uma análise preliminar exploratória da medida CASES, para a população portuguesa. A amostra foi constituída por 54 participantes, sendo 41 o número de itens que constituem a medida CASES. Assim, a amostra é desadequada dado que o número de participantes é inferior a 400 e o rácio de participantes por item é também inferior a 5 para 1 (Goretzko et al., 2019).

Análise da Normalidade

Para avaliar a normalidade univariada e multivariada dos itens da medida CASES foram analisados os valores de simetria e de curtose, considerando os valores adequados correspondentes ao intervalo -1 e +1 (Martins, 2011). A maioria dos itens revelaram valores de simetria e de curtose compatíveis com uma distribuição aproximadamente normal (os itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 15 da subescala competências terapêuticas; os itens 1, 3, 5, 6, 8, 9, 10 da subescala autoeficácia de gestão da sessão; os itens 2, 3, 4, 5, 6, 8, 11, 12, 13, 14 da subescala autoeficácia sobre os desafios do processo terapêutico). No entanto, apresentaram valores de simetria e de curtose não compatíveis com uma distribuição normal o item 2 da subescala autoeficácia de gestão da sessão e os itens 1, 5, 9, e 10 da subescala autoeficácia sobre os desafios do processo terapêutico. O item 7 da subescala autoeficácia de gestão da sessão e o item 7 da subescala autoeficácia sobre os desafios do processo terapêutico, revelaram um excesso de simetria. Os itens 8 e 13 da subescala competências terapêuticas, o item 4 da subescala autoeficácia de gestão na sessão e o item 15 da subescala de autoeficácia sobre os desafios do processo terapêutico, revelaram um excesso de curtose.

A análise da normalidade multivariada do *score* total da medida CASES revelou valores de simetria (-.393) e de curtose (-.051) compatíveis com uma distribuição aproximadamente normal. Na Tabela 1 é possível observar os valores de simetria e de curtose, como também outros valores descritivos da medida CASES (*Score Total*). As medidas descritivas da variável como a média e o desvio padrão (M= 6,25; DP= 1,09), indicam a média da percepção de autoeficácia dos participantes, no que diz respeito às competências terapêuticas e a dispersão da média de respostas na medida CASES (Martins, 2011). Os valores mínimo (3.80) e máximo (8.95), que correspondem ao valor mínimo e ao valor máximo, das pontuações obtidas na medida CASES.

Tabela 1

Análise descritiva da medida CASES (Score Total)

		Estatística	Desvio Padrão	
CASES Score Total	Média	6,2534	,14854	
	Intervalo de confiança			
	95% para média	Limite inferior	5,9554	
	5% da média aparada	Limite superior	6,5513	
	Mediana		6,2716	
	Variância		6,3537	
	Desvio padrão		1,192	
	Mínimo		1,09156	
	Máximo		3,80	
	Range		8,95	
	Amplitude interquartil		5,15	
	Simetria		1,48	
	Curtose		-,393	,325
			-,051	,639

Os testes estatísticos *Kolmogorow-Smirnov* e *Shapiro-Wilks* (Tabela 2) testam a hipótese de que a variável é aproximadamente normal, se nenhum dos testes atingir níveis de significância $p < .05$ (Martins, 2011). Quer o teste *Kolmogorow-Smirnov* ($x^2(54) = .118$, $p = .059$), como o teste *Shapiro-Wilks* ($x^2(54) = .963$, $p = .091$), sugerem que a medida CASES (*Score Total*) segue uma distribuição aproximadamente normal. A observação do gráfico *Boxplot* ou Caixa de Bigodes da medida CASES (*Score Total*) parece corroborar os resultados obtidos através da análise da normalidade, uma vez que o gráfico é aproximadamente simétrico, tendo como referencia o valor da mediana e não apresenta *outliers* (Martins, 2011).

A análise dos valores de normalidade univariada e multivariada, dos testes de *Kolmogorow-Smirnov* e *Shapiro-Wilks*, bem como da observação do gráfico Caixa de Bigodes, sugerem que a distribuição da medida CASES é aproximadamente normal. Assim, indicam que se encontram reunidos os pressupostos subjacentes para a utilização dos testes paramétricos (Martins, 2011).

Tabela 2

Análise da normalidade com base no valore dos testes Kolmogorow-Smirnov e Shapiro-Wilks da medida CASES (score total)

		Kolmogorov-Smirnov ^a		
		Estatística	df	Sig.
CASES Score Total		,118	54	,059
	Shapiro-Wilk			
		Estatística	df	Sig.
		,963	54	,091

Nota. df = grau de liberdade; Sig. = significância.

Para procedimentos de análise fatorial, foi analisada a adequabilidade da matriz de associação, com base na adequabilidade da amostragem, na proximidade à matriz de identidade e na presença de multicolinearidade. Foram analisados os testes de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e de esfericidade de Bartlett (Dini et al., 2014). O KMO sugeriu uma amostragem aceitável (KMO = .737), encontrando-se no intervalo 0.7 e 0.8 (Dini et al., 2014). Porém, segundo a proposta de Leung et al., (2012), podemos considerar adequados valores de KMO entre 0.7 e 0.79. A inspeção visual da matriz revelou uma proporção importante de correlações baixas, inferiores a 0.4 e uma proporção baixa de correlações fortes, superiores a 0.6, sugerindo ausência de multicolinearidade. O resultado do teste de Bartlett é inconsistente com a inspeção visual da matriz, uma vez que o teste de Bartlett sugeriu que a matriz de correlação é distinta da matriz de identidade ($\chi^2(820) = 2394.237$, $p < .000$), sendo que $p < .005$ (Malhotra, 2004). Pode consultar-se os resultados dos testes KMO e Bartlett na Tabela 3.

Assim, não existe evidência consistente de proximidade à matriz de identidade, nem da presença de multicolinearidade. Também não existe evidência de desadequabilidade de amostragem pelo que se conclui que a matriz de correlação é adequada para efeitos de análise fatorial (Dini et al., 2014).

Tabela 3

Procedimentos de análise exploratória com resultado dos testes KMO e esfericidade de Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem		,737
	Qui-quadrado aprox.	2394,237
Teste de esfericidade de Bartlett	Df	829
	Sig.	,000

Nota. df = grau de liberdade; Sig. = significância.

Análise Fatorial

Determinou-se o número de fatores a extrair, sendo que os resultados sugeriram a extração de 7 fatores, que explicavam 72,864% da variância cumulativa. No entanto, realizou-se a análise fatorial com extração de 3 fatores, por motivos de importância teórica, uma vez que no estudo original de Lent e colaboradores, (2003), apesar de serem sugeridos 6 fatores iniciais, a escala foi validada com 3 fatores finais, resultando, assim, uma escala constituída por 3 subescalas.

Os procedimentos de extração foram realizados através do método Faturação de eixo principal (Izquierdo et al., 2014). Utilizou-se o método de rotação oblíquo *Oblimin* Direto, com procedimento de seleção de fatores *Kaiser-Guttman*, comumente utilizado no programa estatístico IBM SPSS® (Brown, 2015). O método de rotação escolhido justifica-se com o facto de que métodos de rotação oblíquos permitem que os fatores se correlacionem (Costello & Osborne, 2005; Goretzko et al., 2019). Observamos que todos os 41 itens apresentaram comunalidades pré-rotação fortes, superiores a 0.6, sugerindo que estes formam um conjunto consistente de itens (Costello & Osborne, 2005). Os itens 4, 5, 6, 8, 9, e 10 da subescala competências terapêuticas, os itens 5, 8, 15, e 16 da subescala autoeficácia sobre os desafios do processo terapêutico e todos os itens da subescala autoeficácia de gestão da sessão apresentaram comunalidades pós-rotação fortes, superiores a 0.6. Os itens 2, 7 e 9 da subescala autoeficácia sobre os desafios do processo terapêutico revelaram comunalidades pós-rotação baixas, inferiores a 0.4. Os restantes itens apresentaram comunalidades entre 0.4 e 0.6. Estes resultados sugerem que, em geral, os itens são razoavelmente bem explicados pelos fatores extraídos, uma vez que a maior parte dos itens apresenta comunalidades superiores a 0.5, sendo as magnitudes de comunalidades mais comuns em ciências sociais pertencentes ao intervalo 0.4 a 0.7 (Costello & Osborne, 2005).

Analizou-se a rotação dos itens em cada fator através da Matriz Padrão (Tabela 4), para examinar a carga fatorial dos itens pelos fatores (Costello & Osborne, 2005).

Considerando que um item de saturação cruzada corresponde a um item com carga superior a 0.30 em mais do que um fator (Izquierdo et al., 2014), foram encontrados problemas de saturação cruzada em alguns itens: os itens 7, 8, 9, 11 e 13 da subescala competências terapêuticas; os itens 1, 2, 3, 4 e 6 da subescala autoeficácia de gestão da sessão; e os itens 1 e 5, 7 e 11 da subescala autoeficácia sobre os desafios do processo terapêutico. No entanto, foi possível atribuir os itens 8, 9, e 13 da subescala competências terapêuticas e os itens 1, 2, 3, 4 e 6 da subescala autoeficácia de gestão da sessão ao fator 1. A atribuição dos itens de saturação cruzada ao fator 1 justifica-se pelos valores de saturação mais altos que estes itens apresentaram no respectivo fator. Os itens 7 e 11 da subescala competências terapêuticas; e os itens 1, 5, 7, e 11 da subescala autoeficácia sobre os desafios do processo terapêutico, apresentarem cargas fatoriais aproximadas em dois dos fatores, o fator 3 é constituído por apenas 4 itens e somente um deles apresenta carga fatorial superior a 0.5, contrariamente ao recomendado na literatura que sugere que um fator com menos de 3 itens é fraco e instável, como também é fraco e instável se apresentar menos de 5 itens no fator com carga superior a 0.5 (Costello & Osborne, 2005; Goretzko et al., 2019). Neste sentido, efetuou-se nova análise exploratória retirando os itens 7 e 11 da subescala competências terapêuticas e os itens 1, 5, 7, e 11 da subescala autoeficácia sobre os desafios do processo terapêutico, para averiguar a existência de possíveis melhorias com modificação da solução inicial, conforme sugerido na literatura (Izquierdo et al., 2014). Os resultados da nova análise exploratória não apresentaram melhorias significativas. O fator 3 permaneceu com poucos itens (6) e de carga fatorial baixa e sugeriu a eliminação de 5 novos itens. Assim sendo, decidiu-se manter a solução fatorial de 3 fatores com todos os itens, uma vez que a nova solução não resolve os problemas encontrados e a eliminação de itens da solução fatorial poderia comprometer a integridade dos dados (Costello & Osborne, 2005).

Assim sendo, os itens 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 13, 14 e 15 da subescala competências terapêuticas, todos os itens da subescala autoeficácia de gestão da sessão e o item 11 da

subescala autoeficácia sobre os desafios do processo terapêutico, foram atribuídos ao fator 1. Os itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15 e 16 da subescala autoeficácia sobre os desafios do processo terapêutico, foram atribuídos ao fator 2. Os itens 6, 7 e 10 da subescala competências terapêuticas e o item 7 da subescala autoeficácia sobre os desafios do processo terapêutico, foram atribuídos ao fator 3.

Apesar dos problemas encontrados na solução fatorial, mais de metade dos itens (29) revelaram valores de saturação fortes nos fatores atribuídos, superiores a 0.6, sendo que os restantes 12 itens apresentaram valores de saturação moderados entre 0.4 e 0.6, de acordo com os valores referidos na literatura (Brown, 2015). Os resultados sugerem que estes itens poderão ser estáveis nos fatores extraídos (Tabela 4).

Analisou-se a variância explicada pelos fatores, a fim de perceber a capacidade que os fatores têm de explicar a variação total dos itens (Brown, 2015). Em geral, a solução fatorial explica uma percentagem de variância adequada (60,189%), respeitando os valores mencionados na literatura (Leung et al., 2012). Individualmente, o fator 1 explica 46,767%, o fator 2 explica 7,641%, e o fator 3 explica 5,781% da variância.

Tabela 4

Cargas fatoriais dos itens pelos fatores da medida CASES

CASES	Fator		
	1	2	3
Subescala Competências Terapêuticas			
1. Atender aos clientes (Orientar-se fisicamente em direção aos clientes).	,540		
2. Escutar ativamente (captar e compreender as mensagens dos clientes).	,715		
3. Reformular (repetir ou reformular o que os clientes dizem de uma forma sucinta, concreta e clara).	,716		
4. Perguntas abertas (colocar perguntas que ajudem os clientes a clarificar ou explorar os seus pensamentos ou sentimentos).	,903		

5. Reflexão de sentimentos (repetir ou reformular afirmações dos clientes com ênfase nos seus sentimentos).	,689	
6. Autorrevelação para facilitar a exploração (revelar informações pessoais sobre a sua própria história, experiências ou sentimentos).		,678
7. Silêncio intencional (utilizar o silêncio para permitir que os clientes entrem em contacto com os seus pensamentos e sentimentos).	,337	,479
8. Desafiar (apontar discrepâncias, contradições, defesas ou crenças irracionais das quais os clientes não tenham consciência, não desejem ou sejam incapazes de mudar).	,609	,430
9. Interpretações (fazer afirmações que vão além do que os clientes disseram abertamente, dando-lhes uma nova perspetiva sobre os seus comportamentos, pensamentos ou sentimentos).	,772	,373
10. Autorrevelação para facilitar insight (partilhar experiências anteriores em que você obteve algum insight pessoal).		,760
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).	,425	,375
12. Partilhar informação (ensinar, fornecer informações, opiniões, factos, recursos, ou respostas a questões).	,760	
13. Orientação direta (apresentar sugestões, diretrizes ou conselhos que orientem as ações dos clientes).	,619	,320
14. Role-play e treino de comportamento (auxiliar os clientes no treino de comportamentos durante a sessão).	,691	
15. Trabalho de casa (desenvolver e prescrever tarefas terapêuticas para os clientes realizarem entre sessões).	,713	

Subescala Autoeficácia de Gestão da Sessão

1. Manter as sessões bem orientadas e focadas.	,626	,317
2. Responder com a melhor competência de atendimento, de acordo com o que os clientes precisam no momento.	,602	,425
3. Ajudar os clientes a explorar os seus pensamentos, sentimentos e ações.	,674	,347
4. Ajudar os clientes a falar de forma aprofundada sobre as suas preocupações.	,631	,375
5. Saber o que fazer ou dizer após os clientes terminarem de falar.	,766	
6. Ajudar os clientes a definir objetivos terapêuticos realistas.	,736	,315
7. Ajudar os clientes a compreender os seus pensamentos, sentimentos ou ações.	,801	
8. Elaborar uma conceptualização clara sobre os clientes e os seus problemas terapêuticos.	,750	

9. Permanecer consciente das suas próprias intenções (i.e., propósito das suas intervenções) durante as sessões.	,740	
10. Ajudar os clientes a decidir que ações tomar perante os seus problemas.	,785	
Subescala Autoeficácia Sobre os Desafios do Processo Terapêutico		
Com o cliente...		
1. ... está clinicamente deprimido/a.	,426	,481
2. ... foi abusado/a sexualmente.		,426
3. ... tem ideação suicida.		,581
4. ... experienciou recentemente um evento de vida traumático (ex.: lesão ou abuso físico ou psicológico).		,617
5. ... é extremamente ansioso/a.	,488	,498
6. ... demonstra sinais de um pensamento severamente perturbado.		,534
7. ... você considera sexualmente atraente.		,395 ,415
8. ... está a lidar com assuntos que você, pessoalmente, considera difíceis de lidar.		,652
9. ... tem valores ou crenças centrais que entram em conflito com os seus (ex.: em relação à religião, papéis de género).		,556
10. ... é diferente de si em vários aspetos (ex.: raça, etnia, género, idade, classe social).		,534
11. ... não é introspetivo, nem é orientado/a para a compreensão do seu próprio funcionamento psicológico.	,405	,363
12. ... se sente sexualmente atraído/a por si.		,684
13. ... que lhe causa reações negativas (ex.: tédio, aborrecimento).		,639
14. ... está num impasse terapêutico.		,735
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).		,705
16. ... demonstra comportamentos manipulativos na sessão.		,893

Nota. Método de extração: Fatoração do Eixo Principal. Método de rotação: *Oblimin* com normalização de *Kaiser*. Cargas fatoriais inferiores a ,30 ocultadas.

^a Rotação convergida em 22 iterações.

Consistência Interna

Foram avaliados os níveis de consistência interna da medida CASES, de forma a analisar a capacidade da medida em medir exatamente o que se propõe medir, através do teste *Alfa de Cronbach* (Barbetta & Assis, 2008; Tabela 5). A escala total CASES revelou bons índices de consistência interna ($\alpha = .966$). A análise dos níveis de *Alfa de Cronbach* sugeriu boa consistência interna para os fatores extraídos 1 ($\alpha = .968$) e 2 ($\alpha = .929$) e consistência interna adequada para o fator 3 ($\alpha = .759$; Balbinotti & Barbosa, 2008; Maroco, 2006). A análise da consistência interna das subescalas que constituem a medida CASES (competências terapêuticas, autoeficácia de gestão da sessão, e autoeficácia sobre os desafios do processo terapêutico), revelou boa consistência interna em todas as subescalas, sendo que todas apresentam valores de *Alfa de Cronbach* superiores a 0.9: subescala competências terapêuticas ($\alpha = .925$), subescala autoeficácia de gestão da sessão ($\alpha = .969$) e subescala autoeficácia sobre os desafios do processo terapêutico ($\alpha = .926$). Os valores de *Alfa de Cronbach* resultantes da análise da amostra do presente estudo são congruentes com os valores apresentados no estudo original da medida CASES de Lent e colaboradores (2003).

Tabela 5

Análise de consistência interna através do Alfa de Cronbach (α)

	Alfa de Cronbach	N de itens
CASES Score Total	,966	41
Fator 1	,968	23
Fator 2	,929	14
Fator 3	,759	4
SE 1	,925	15
SE 2	,969	10

Nota. SE 1 = subescala competências terapêuticas, SE 2 = Subescala autoeficácia de gestão da sessão, SE 3 = subescala autoeficácia sobre os desafios do processo terapêutico.

A análise da consistência interna das medidas PANAS, QRS-r-supervisando, GSE, e DESCAs, indicou valores de *Alfa de Cronbach* aproximados aos das versões validadas para a população portuguesa. A escala PANAS (*Score Total*) obteve valor de $\alpha = .716$. A escala QRS (*Score Total*) apresentou valores de $\alpha = .891$. A escala GSE (*Score Total*) indicou valores de $\alpha = .831$. A escala DESCAs (*Score Total*) apresentou valores de consistência interna de $\alpha = .727$. Todas as escalas apresentaram valores de consistência interna adequada, superiores a 0.7 (Leung et al., 2012).

Validade Convergente

Foi analisada a validade convergente, verificando-se as correlações entre a medida CASES e as escalas utilizadas neste estudo, através da análise do coeficiente de correlação de *Pearson* (Tabela 6). A escala GSE foi utilizada para avaliar a autoeficácia geral dos participantes, sendo que o resultado da correlação entre a medida CASES e a escala GSE sugeriu uma associação positiva estatisticamente significativa ($r = .619$; $p = .000$) entre as escalas (Martins, 2011).

A escala PANAS foi utilizada para avaliar a afetividade positiva e negativa dos participantes. As duas dimensões da escala PANAS: AP e AN, foram calculadas separadamente. A análise da correlação de *Pearson*, sugeriu que existe uma associação positiva estatisticamente significativa entre a medida CASES e a dimensão AP da escala PANAS ($r = .427$; $p = .001$) e uma associação negativa e estatisticamente significativa entre a medida CASES e a dimensão AN da escala PANAS ($r = -.275$; $p = .044$; Martins, 2011).

A escala QRS-r-supervisando foi utilizada para avaliar a satisfação dos participantes com a supervisão. Os resultados da associação entre a medida CASES e a escala QRS-r-supervisando indicou uma correlação positiva estatisticamente significativa entre as variáveis ($r = .345$; $p = .011$).

Foi ainda utilizada a escala DESCAs para avaliar a desejabilidade social das respostas dadas pelos participantes. A correlação entre a medida CASES e a escala DESCAs indicou uma associação negativa estatisticamente não significativa entre as variáveis ($r = - .169$; $p = .223$).

Tabela 6

Análise da associação entre variáveis através do coeficiente de correlação de Pearson

	CASES Score Total	GSE Score Total	PANAS AP	PANAS AN	QRS Score Total	DESCA Scores Total
	*1	*,619	*,427	*-,275	*,345	*-,169
CASES Score Total		**-,000	**-,001	**-,044	**-,011	**-,223
	***54	***54	***54	***54	***54	***54

Nota. * valor de r (correlações de *Pearson*)
 ** valor de p (significativo se $p < .05$)
 *** valor de N

Discussão

A escassez de estudos sobre o impacto da autoeficácia na motivação e desempenho dos psicoterapeutas em formação e, conseqüentemente, no resultado terapêutico (Banham & Schweitzer, 2016; Conteh et al., 2018), bem como a lacuna no desenvolvimento de medidas que avaliem a autoeficácia dos psicoterapeutas em formação (Meneses & Abbad, 2010), justificam a pertinência deste estudo. O desenvolvimento, adaptação e validação de medidas

que avaliem a autoeficácia dos psicoterapeutas em formação pode aumentar o conhecimento e compreensão sobre a autoeficácia percebida, potenciar o desenvolvimento de competências psicoterapêuticas, melhorar a compreensão dos fenómenos relacionados com a autoeficácia na gestão das sessões, bem como da autoeficácia sobre os desafios do processo terapêutico. Estas medidas podem também contribuir para um maior conhecimento sobre o desenvolvimento na carreira e na educação profissional dos psicoterapeutas em formação, na supervisão, e na compreensão dos efeitos do terapeuta e da experiência do terapeuta (Rønnestad et al., 2019). Assim, o objetivo principal deste estudo preliminar foi adaptar e avaliar as propriedades psicométricas da versão adaptada da CASES (Lent et al., 2003) para a população portuguesa, em termos de viabilidade, fiabilidade e validade.

Os resultados do presente estudo, pese embora o seu carácter preliminar, sugerem que a CASES parece funcionar com uma medida válida para avaliação da autoeficácia percebida pelos psicoterapeutas em formação no desenvolvimento de competências terapêuticas. Os resultados sugerem que o processo de tradução e de retrotradução realizados, resultaram numa adaptação adequada da medida CASES. Assim, a versão adaptada para a população portuguesa da CASES, parece representar uma adaptação válida, que propõe medir os mesmos constructos que os da versão original no idioma Inglês.

No que concerne à análise fatorial exploratória dos dados, foram sugeridos sete fatores a extrair na análise realizada no programa estatístico IBM SPSS®. Este resultado é próximo do resultado obtido para extração de seis fatores, no estudo original de Lent e colaboradores (2003). Três dos seis fatores sugeridos no estudo original correspondiam aos três estádios que compõem a subescala “competências terapêuticas” (fase de exploração, fase de *insight*, fase de ação). Assim, os itens destes três fatores foram agrupados num único fator, justificando a decisão dos autores pela extração de três fatores.

Neste sentido, foi analisada a solução fatorial com base em 3 fatores, por motivos de importância teórica, uma vez que a escala original CASES de Lent e colaboradores, (2003)

foi validada com três subescalas. Os itens apresentaram níveis mais fortes de comunalidades pré-rotação do que os níveis de comunalidades pós-rotação. Estes resultados sugerem que os itens formam um conjunto consistente de itens (Costello & Osborne, 2005). Os itens, embora sejam razoavelmente bem explicados pelos fatores extraídos, entende-se melhor explicado o conjunto de itens do que a distribuição dos itens pelos fatores extraídos. Considerando que as comunalidades pré-rotação (valores de comunalidades dos itens antes da rotação destes pelos fatores extraídos) são mais fortes do que as pós-rotação (valores após rotação dos itens pelos fatores extraídos; Costello & Osborne, 2005).

Foram encontrados problemas de saturação cruzada na solução fatorial extraída, bem como problemas no fator 3: número reduzido de itens; cargas fatoriais moderadas, onde apenas um item apresentava carga fatorial forte (Izquierdo et al., 2014). Como tal, foi realizada nova análise fatorial, excluindo os itens potencialmente problemáticos. A nova solução fatorial pareceu não resolver os problemas encontrados, de saturação cruzada, nem relativamente ao fator três, pelo que se decidiu manter a totalidade dos itens. Esta decisão prende-se também pelo facto de que a eliminação de itens da solução fatorial poderia comprometer a integridade dos dados (Costello & Osborne, 2005). Além disso, a seleção dos fatores não deve ser determinada apenas pela qualidade de ajuste da solução, mas deve ser fortemente auxiliada por considerações substantivas, como por exemplo a teoria anterior (Brown, 2015). Uma possibilidade que pode explicar os resultados relaciona-se com o tamanho da amostra, sendo necessária uma maior coleta de dados para resultados mais precisos (Costello & Osborne, 2005). Apesar dos problemas encontrados na solução fatorial extraída, os resultados sugerem que os itens poderão ser estáveis nos fatores extraídos, uma vez que a maioria dos itens revelaram valores de saturação fortes e nenhum dos itens revelou valor de saturação fraco no fator extraído.

A variância explicada pelos três fatores extraídos foi adequada (60,189%), ainda que inferior à variância explicada pela extração dos sete fatores sugeridos (72,864%). Neste

sentido, conclui-se que os fatores são capazes de explicar uma percentagem adequada da variação total dos itens (Brown, 2015), sendo que valores superiores a 60% são considerados adequados (Leung et al., 2012).

A medida CASES (Score Total) revelou bons índices de consistência interna ($\alpha = .966$). Os fatores 1 e 2 demonstraram boa consistência interna e o fator 3 revelou consistência interna adequada, considerando que valores de $\alpha \geq 0.8$ representam boa consistência interna e valores de $\alpha \geq 0.70$ são considerados adequados (Balbinotti & Barbosa, 2008; Maroco, 2006). Todas as subescalas que constituem a escala original CASES revelaram bons índices de consistência interna. Estes resultados são congruentes com os resultados do estudo original de Lent e colaboradores (2003), com coeficientes de consistência interna para a escala total de $\alpha = .97$, valores de $\alpha = .79$ para a subescala competências terapêuticas, e valores de $\alpha = .94$ para as restantes subescalas. No que concerne aos índices de consistência interna da CASES, os resultados do presente estudo vão de encontro aos relatados na análise preliminar realizada pela universidade da Malásia, que obteve os seguintes resultados de consistência interna: escala total ($\alpha = .98$); subescala competências terapêuticas ($\alpha = .93$); subescala autoeficácia de gestão da sessão ($\alpha = .95$); subescala autoeficácia sobre os desafios do processo terapêutico ($\alpha = .97$; Bagheri et al., 2011).

Todas as escalas utilizadas no presente estudo (GSE, PANAS, QRS-r-supervisando, DECA), que contribuíram para a análise preliminar da medida CASES, obtiveram níveis de consistência interna adequados. Os resultados obtidos sobre os índices de consistência interna destas medidas foram aproximados aos resultados obtidos nos estudos originais das versões das escalas utilizadas neste estudo.

No que se refere à análise da validade convergente, a análise das correlações foi de encontro ao esperado, suportando a literatura (Conteh et al., 2018; Koob, 2008; Ladany et al., 1999; Lent et al., 2003). Especificamente, foram encontradas correlações positivas entre a medida CASES e a escala GSE, a subescala Afeto positivo da escala PANAS e a escala

QRS-r-supervisando. No que diz respeito à correlação positiva com a escala GSE, este resultado parece sugerir que ambas as medidas exploram dimensões latentes semelhantes (Lent et al., 2003). A análise da correlação entre a medida CASES e a subescala Afeto positivo da PANAS, parece demonstrar que existe uma associação positiva entre os constructos analisados pela medida CASES e os afetos positivos, isto é, quanto maior a autoeficácia percebida dos psicoterapeutas em formação, maior a tendência destes para sentir afetos positivos perante o desenvolvimento de competências terapêuticas (Martins, 2011). Também a correlação positiva entre a medida CASES e a escala QRS-r-supervisando, parece indicar uma associação entre os constructos latentes que ambas as escalas medem (Lent et al., 2003). Tal como referido na literatura, a supervisão parece estar relacionada com a percepção de autoeficácia dos psicoterapeutas em formação (Conteh et al., 2018; Koob, 2008; Ladany et al., 1999; Lent et al., 2003).

Na análise das correlações, foram encontradas correlações negativas entre a medida CASES e a subescala Afeto negativo da medida PANAS e a medida DESCA. A associação negativa entre a medida CASES e a subescala Afeto negativo da PANAS parece indicar que quanto maior é a autoeficácia percebida dos psicoterapeutas em formação, menos é a tendência destes em sentir afetos negativos durante o desenvolvimento de competências terapêuticas (Martins, 2011). A associação negativa entre a medida CASES e a medida DESCA parece sugerir que a medida CASES não foi substancialmente afetada por vieses de desejabilidade social (Lente t al., 2003).

Os resultados obtidos de associação positiva entre a medida CASES e a GSE, a dimensão de Afeto Positivo da medida PANAS, e a medida QRS-r-supervisando, bem como a associação negativa entre a medida CASES e a dimensão Afeto Negativo da medida PANAS e entre a medida DESCA, estão de acordo com os valores referidos por Leung e colaboradores (2012). Estes autores sugerem que os parâmetros de validade convergente são considerados bons se ($r \geq .50$), adequados se ($r \geq .30$), fracos se ($r \geq .10$), e muito fracos se

($r < .10$). Os resultados da análise convergente divergem dos resultados obtidos no estudo da escala original de Lent e colaboradores (2003), relativamente à correlação entre as subescalas PANAS, onde a correlação foi negativa com ambas as dimensões (AP e AN).

Em suma, os resultados do presente estudo parecem corroborar a eficácia da medida CASES na avaliação da autoeficácia percebida pelos psicoterapeutas e, ainda, parecem sugerir que a versão adaptada da escala para a língua portuguesa representa uma adaptação válida. Pese embora, de carácter preliminar, este estudo parece ter contribuído para a investigação sobre a autoeficácia dos psicoterapeutas em formação e suas competências psicoterapêuticas e disponibilizou informação que pode permitir melhorar o treino de psicoterapeutas, assim como os resultados psicoterapêuticos.

Limitações e estudos futuros

Não obstante as contribuições do presente estudo, algumas limitações devem ser consideradas, nomeadamente em relação à amostra do estudo. Desde logo, a qualidade da amostra, que não pode ser representativa da população terapêutica em treino e desenvolvimento de competências terapêuticas. O tamanho reduzido da amostra comprometeu a validação da medida CASES, bem como a precisão dos resultados. Um N estimado de 205 participantes seria aceitável, se considerarmos que o rácio de participantes por item não deve ser inferior a 5 para 1, i.e., a cinco participantes por cada item da escala (Goretzko et al., 2019). Contudo, o ideal seria 400 ou mais participantes, atendendo a que o número de participantes não deve ser inferior a quatrocentos se pretendermos uma boa qualidade de amostragem (Goretzko et al., 2019). O estudo original contou com 345 participantes (Lent et al., 2003).

Ainda sobre a qualidade da amostra, um maior número de participantes pode permitir a divisão da amostra, para realização de teste-reteste e comparar os resultados de fiabilidade da CASES em momentos e/ou amostras diferentes, como efetuado no estudo original de Lent

e colaboradores (2003), onde 48 dos participantes foram separados da amostra principal para obterem estimativas de fiabilidade teste-reteste no intervalo de duas semanas. Por fim, poderá ser importante o uso de amostras maiores para realização de análise fatorial confirmatória, com o objetivo de confirmar as estruturas fatoriais observadas e para consolidar as informações teóricas (Lent et al., 2003).

Outra das limitações deste estudo, decorrente do tamanho da amostragem, diz respeito ao facto de ter sido unicamente usado o programa estatístico, versão 21 *Statistical Package for Social Sciences*- IBM SPSS® (Norman Nie et al., 1968), utilizando o método de rotação *Oblimin* Direto por ser um método oblíquo, que permite a correlação entre os fatores e, teoricamente, torna a solução mais precisa e reproduzível (Costello & Osborne, 2005). No entanto, não mais precisa do que as correlações policóricas que este *software* não disponibiliza (Izquierdo et al., 2014). Devido à amostragem desadequada, dado o número reduzido de participantes ($n = 54$), não foi possível a utilização de outros programas estatísticos para análise fatorial dos dados. Pretendeu-se realizar a análise fatorial exploratória na versão 10.10.03. NIN64 do programa estatístico *Factor Analysis* de Urbano Lorenzo-Seva (2020), contudo, não foi possível a análise dos dados através deste programa, uma vez que a matriz de correlação não é definida como positiva pelo algoritmo de suavização aplicado no *Factor: Sweet Smoothing* proposto por Lorenzo-Seva & Ferrando (2019). Seria necessário aumentar o tamanho da amostra e esperar que os autovalores negativos desaparecessem ou ficassem próximos de zero. A decisão de realizar a análise fatorial exploratória no programa *Factor*, deveu-se ao facto de a matriz de correlações policóricas ser a mais adequada para análise da solução fatorial, mas que o *software* IBM SPSS® não fornece (Izquierdo et al., 2014). Consideramos importante, que estudos futuros realizem análises mais robustas do que as efetuadas no presente estudo.

Conclusão

Este estudo parece ter contribuído para investigações futuras sobre a autoeficácia dos psicoterapeutas em formação, no desenvolvimento de competências terapêuticas em Portugal, na medida em que fornece uma tradução válida da medida CASES para a população portuguesa. Esta medida pode ser muito útil para melhor compreender o impacto dos efeitos do terapeuta no processo terapêutico, facilitando a compreensão sobre a associação entre a autoeficácia percebida pelos psicoterapeutas em formação e o desenvolvimento de competências terapêuticas, permitindo, conseqüentemente, adotar medidas que permitam melhorar as características do treino em psicoterapia e as competências de cada psicoterapeuta em formação.

Os resultados da análise preliminar exploratória, pese embora, as limitações da amostra, corroboram os resultados do estudo original e da análise preliminar da universidade da Malásia, de que a medida CASES é uma medida válida para avaliar a autoeficácia percebida dos psicoterapeutas. Nesse sentido, o conjunto de dados obtidos parece remeter para a utilidade desta medida na avaliação da autoeficácia percebida pelos psicoterapeutas em formação, contribuindo para a investigação e conhecimento sobre estes fenómenos, permitindo melhorar as competências, o treino e os resultados dos psicoterapeutas em formação.

Este estudo permitiu ainda sugerir que a versão utilizada, adaptada para o idioma português, avalia os constructos esperados, com resultados aproximados aos da versão original de Lent e colaboradores (2003). Dado o comprometimento dos resultados por motivos de amostragem insatisfatória, esperam-se resultados mais aproximados aos do estudo original em estudos futuros, com melhor qualidade da amostra.

Referências Bibliográficas

- Ahn, H., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 48*(3), 251–257. <https://doi.org/10.1037//0022-0167.48.3.251>
- Anderson, T. Ogles, B. M. Patterson, C.L. Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist Effects: Facilitative Interpersonal Skills as a Predictor of Therapist Success. *Journal of Clinical Psychology, 66*(4), 430–441. <https://doi.org/10.1002/jclp>
- Araújo, M., & Moura, O. (2013). Estrutura factorial da General Self-Efficacy Scale (Escala de Auto-Eficácia Geral) numa amostra de professores portugueses. *Laboratório de Psicologia, 9*(1), 95–105. <https://doi.org/10.14417/lp.638>
- 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*, 871–875. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.169>
- Balbinotti, M. A. A., & Barbosa, M. L. L. (2008). Análise da consistência interna e fatorial confirmatório do IMPRAFE-126 com praticantes de atividades físicas gaúchos. *Psico-USF, 13*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1590/s1413-82712008000100002>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. In *Psychological Review* (Vol. 84, Issue 2).
- Bandura, A., & Locke, E. A. (2003). Negative self-efficacy and goal effects revisited. *Journal of Applied Psychology, 88*(1), 87–99. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.1.87>
- Banham, J. A., & Schweitzer, R. D. (2016). 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.
- Barrett, J., Gonsalvez, C. J., & Shires, A. (2020). Evidence-based practice within supervision during psychology practitioner training: A systematic review. In *Clinical Psychologist* (Vol. 24, Issue 1, pp. 3–17). Wiley-Blackwell Publishing Ltd.
<https://doi.org/10.1111/cp.12196>
- Bell, E. C., Marcus, D. K., & Goodlad, J. K. (2013). Are the parts as good as the whole? A meta-analysis of component treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(4), 722–736. <https://doi.org/10.1037/a0033004>
- Borkham, M., Lutz, w., Lambert, M., & Saxon, D. (2017). Therapist Effects, Effective Therapist, and the Law of Variability. In C. E. Hill, & L. G. Castonguay (Eds.), *How and Why are Some Therapists Better Than Others? Understanding Therapist Effects*. Copyright. American Psychological Association.
- Brown, T. A. (2015). The Common Factor Model and Exploratory Factor Analysis. In T. A. Brown (Eds.), *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research* (2th). The American Statistician, 62(1), 91–92. <https://doi.org/10.1198/tas.2008.s98>
- Bzuneck, J. A. (2009). As crenças de auto-eficácia e o seu papel na motivação do aluno. *A Motivação Do Aluno: Contribuições Da Psicologia Contemporânea.*, 116–133.
<http://www.uky.edu/eushe2/Pajares/Bzuneck2.pdf>
- Colquitt, J. A., LePine, J. A., & Noe, R. A. (2000). Toward an integrative theory of training motivation: A meta-analytic path analysis of 20 years of research. *Journal of Applied File: Psychology*, 85(5), 678–707. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.85.5.678>
- Conteh, J. A., Mariska, M. A., & Huber, M. J. (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>
- Costello, A. B., & Osborne, J. W. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research and Evaluation*, 10(7). <https://doi.org/10.7275/jyj1-4868>
- de Góes Salvetti, M., & de Mattos Pimenta, C. A. (2007). Chronic pain and the belief in self-efficacy. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 41(1), 135–140. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342007000100018>
- Dini, A. P., dos Santos Alves, D. F., Oliveira, H. C., & Guirardello, E. de B. (2014). Validity and reliability of a pediatric patient classification instrument. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(4), 598–603. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3575.2457>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43–49. <https://doi.org/10.1037/a0022187>
- Fong, M. L., Borders, L. D., Ethington, C. A., & Pitts, J. H. (1997). Becoming a counselor: A longitudinal study of student cognitive development. *Counselor Education and Supervision*, 37(2), 100–114. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6978.1997.tb00536.x>
- 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 [Contribution to the study of the Portuguese version of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II-Psychometric study]. *Análise Psicológica*, 23(2), 219–227.
- Gloster, A. T., Rinner, M. T. B., Ioannou, M., Villanueva, J., Block, V. J., Ferrari, G., Benoy, C., Bader, K., & Karekla, M. (2020). Treating treatment non-responders: A meta-analysis of randomized controlled psychotherapy trials. *Clinical Psychology Review*, 75(January 2019), 101810. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101810>
- Goretzko, D., Pham, T. T. H., & Bühner, M. (2019). Exploratory factor analysis: Current

- use, methodological developments and recommendations for good practice. *Current Psychology*, 2(Jöreskog 1967). <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00300-2>
- Hill, C. E., & Castonguay, L. G. (2017). Therapist Effects: Integration and Conclusions. In C. E. Hill, & L. G. Castonguay (Eds.), *How and Why are Some Therapists Better Than Others? Understanding Therapist Effects*. Copyright. American Psychological Association.
- Hill, C. E., Stahl, J., & Roffman, M. (2007). Training Novice Psychotherapists: Helping Skills and Beyond. *Psychotherapy*, 44(4), 364–370. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.44.4.364>
- Imel, Z. E., Wampold, B. E., Miller, S. D., & Fleming, R. R. (2008). Distinctions Without a Difference: Direct Comparisons of Psychotherapies for Alcohol Use Disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(4), 533–543. <https://doi.org/10.1037/a0013171>
- Izquierdo, I., Olea, J., & Abad, F. J. (2014). El análisis factorial exploratorio en estudios de validación: Usos y recomendaciones. *Psicothema*, 26(3), 395–400. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.349>
- Koob, J. J. (2008). The effects of Solution-Focused supervision on the perceived Self-Efficacy of therapists in training. *Clinical Supervisor*, 21(2), 161–183. https://doi.org/10.1300/J001v21n02_11
- Ladany, N., Ellis, M. V., & Friedlander, M. L. (1999). The supervisory working alliance, trainee self-efficacy, and satisfaction. *Journal of Counseling and Development*, 77(4), 447–455. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1999.tb02472.x>
- Lambert, M. J. (2015). Effectiveness of psychological treatment. *Resonanzen. E-Journal Für Biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision Und Beratung*, 3(2), 87–100. www.resonanzen-journal.org
- 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>

Leung, K., Trevena, L., & Waters, D. (2012). Development of an appraisal tool to evaluate strength of an instrument or outcome measure. *Nurse Researcher*, 20(2), 13–19.

<https://doi.org/10.7748/nr2012.11.20.2.13.c9436>

Malhotra, N. K. (2004). *Pesquisa de Marketing: Uma Orientação Aplicada* (3rd ed., Issue May). Bookman.

Maroco, J. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65–90.

Martins, C. (2011). Análise Exploratória de Dados. In C. Martins (Eds.), *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Psiquilíbrios Edições.

Martins, C. (2011). Estatística Descritiva. In C. Martins (Eds.), *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Psiquilíbrios Edições.

Martins, C. (2011). Estatística Inferencial. In C. Martins (Eds.), *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Psiquilíbrios Edições.

Meneses, P. P. M., & Abbad, G. da S. (2010). Construção e validação de um instrumento para avaliar auto-eficácia em situações de treinamento, desenvolvimento e educação de pessoas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(1), 121–130.

<https://doi.org/10.1590/S0102-79722010000100015>

Neves, S. P., & Faria, L. (2009). Auto-conceito e autoeficácia: Semelhanças, diferenças, inter-relação e influência no rendimento escolar. *Revista Da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 6, 206–218.

Nissen-Lie, H. A., Rønnestad, M. H., Høglend, P. A., Havik, O. E., Solbakken, O. A., Stiles, T. C., & Monsen, J. T. (2017). Love Yourself as a Person, Doubt Yourself as a

- Therapist? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(1), 48–60.
<https://doi.org/10.1002/cpp.1977>
- Odília Teixeira, M., & João Costa, C. (2018). Fontes de autoeficácia em estudantes do ensino superior. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 19(2), 143–155.
<https://doi.org/10.26707/1984-7270/2019v19n2p143>
- Oliveira, J. F. A. (2013). *Estudos de validação da Escala de Desejabilidade Social - DESCA*. 65.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2018). *Criação da Profissão de Psicoterapeuta - Parecer*.
- Pernambuco, L., Espelt, A., Magalhães, H. V., & Lima, K. C. (2017). Recommendations for elaboration, transcultural adaptation and validation process of tests in Speech, Hearing and Language Pathology. *CoDAS*, 29(3), e20160217.
<https://doi.org/10.1590/2317-1782/20172016217>
- Prado-Abril, J., Gimeno-Peón, A., Inchausti, F., & Sánchez-Reales, S. (2019). Expertise, therapist effects and deliberate practice: The cycle of excellence. *Papeles Del Psicologo*, 40(2), 89–100. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2888>
- Rita, A., Nogueira, S., Catarina, A., Silva, N., & Conceição, N. (2019). *Adaptação do Questionário da Relação de Supervisão (versão reduzida) – Versão supervisando (QRS-r-supervisando)*. 4, 521–533.
- Rønnestad, M. H., Orlinsky, D. E., Schröder, T. A., Skovholt, T. M., & Willutzki, U. (2019). The professional development of counsellors and psychotherapists: Implications of empirical studies for supervision, training and practice. *Counselling and Psychotherapy Research*, 19(3), 214–230. <https://doi.org/10.1002/capr.12198>
- Vicente, C. S., Oliveira, R. A., & Marôco, J. (2013). Análise fatorial do inventário de burnout de Maslach (MBI-HSS) em profissionais portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(1), 152–167.

http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2494/1/PSD_14_152-167.pdf

Wilson, H. M. N., Davies, J. S., & Weatherhead, S. (2016). Trainee Therapists' Experiences of Supervision During Training: A Meta-synthesis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(4), 340–351. <https://doi.org/10.1002/cpp.1957>