



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA

---

BRAGA

## **Relação entre as características pessoais e profissionais e a orientação teórica do terapeuta**

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em **Psicologia  
Clínica e da Saúde**.

**Elisabete da Conceição Teixeira Martins**

**Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais**

MAIO 2022



**CATÓLICA**

**FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS**

---

BRAGA

## **Relação entre as características pessoais e, profissionais e a orientação teórica do terapeuta**

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em **Psicologia  
Clínica e da Saúde**.

**Elisabete da Conceição Teixeira Martins**

Sob a Orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora **Armanda  
Gonçalves**

## Agradecimentos

No final desta etapa da minha vida, gostaria de agradecer a todos os que fizeram parte deste projeto.

Agradeço à Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais, pelos conhecimentos e valores transmitidos ao longo destes anos de processo de aprendizagem, em particular aos docentes e pessoal não docente, tendo contribuído para a realização do meu percurso académico, e em particular ao Dr. Artur Alves e à Dr.<sup>a</sup> Anabela Abreu.

Agradeço a minha orientadora, a Doutora Armanda Gonçalves pelo exemplo de humanismo e profissionalismo, por me ter apoiado pacientemente e por me ter dado a oportunidade de chegar até ao final desta etapa, para assim para poder seguir em frente. Obrigada Doutora Armanda e bem-haja.

Agradeço ao Dr. Domingos Ferreira pela preciosa ajuda que me prestou e pelo incentivo à conclusão deste trabalho.

Agradeço a minha família, com todo o amor e carinho, pelo enorme apoio que me deram, possibilitando a realização do meu sonho. Agradeço aos meus dois anjinhos de quatro patas, por me terem feito companhia durante longas noites de trabalho e por terem feito parte da minha vida.

## Resumo

O Estilo Pessoal do Terapeuta, uma variável fundamental do processo terapêutico, tem sido objeto de estudo na busca de compreender qual o seu impacto na prática clínica. Com este estudo pretendemos contribuir para o aumento do conhecimento sobre este fenómeno no contexto nacional. O objetivo é saber qual a relação entre o Estilo Pessoal do Terapeuta e as variáveis sociodemográficas, profissionais e orientação teórica, com recurso a um estudo assente numa abordagem quantitativa e exploratória, de natureza inferencial e correlacional. Para o efeito, aplicamos um questionário sociodemográfico e profissional e a versão reduzida portuguesa do Questionário do Estilo Pessoal do Terapeuta. A amostra foi constituída por 60 psicólogos e psicólogos juniores, inscritos na Ordem dos Psicólogos Portugueses. Verificou-se que existe uma relação estatisticamente significativa entre algumas funções do EPT e as orientações teóricas, psicanalítica, cognitiva, e comportamental. Também se verificou uma relação entre as diferentes funções do EPT e as variáveis anos de experiência, contexto de trabalho, a pertença a sociedades ou associações profissionais, anos de formação, tempo de supervisão, faixa etária da população clínica e tipo de problemática que atende. As orientações teóricas, bem como as variáveis sociodemográficas e profissionais, parecem ter um papel importante na definição do estilo pessoal do profissional de psicologia.

*Palavras-chave:* Profissionais de psicologia, características sociodemográficas e profissionais, orientação teórica, Questionário do Estilo Pessoal do Terapeuta

## Abstract

The Therapist's Personal Style, a fundamental variable of the therapeutic process, has been the object of study in the search to understand its impact on clinical practice. With this study we intend to contribute to the increase of knowledge about this phenomenon in the national context. The purpose of this study is to know the correlation between the Therapist's Personal Style and sociodemographic, professional variables and theoretical orientation, using a study based on a quantitative and exploratory approach, of an inferential and correlational nature. For this purpose, we applied a sociodemographic and professional questionnaire and the Portuguese reduced version of the Therapist's Personal Style Questionnaire. The sample consisted of 60 psychologists and junior psychologists, enrolled in the Portuguese Psychologists Association. It was found that there is a statistically significant correlation between some EPT functions and theoretical, psychoanalytic, cognitive, and behavioral orientations. There was also a relationship between the different functions of the EPT and the variables years of experience, work context, membership of professional societies or associations, years of training, time of supervision, age group of the clinical population and type of mental disease. Theoretical orientations, as well as sociodemographic and professional variables, seem to play an important role in defining the personal style of the psychology professional.

*Keywords:* Professional psychologists, personal and professional features, theoretical models, Therapist's Personal Style Questionnaire.

## Índice

Agradecimentos.....	3
Resumo.....	4
Abstract .....	4
Introdução .....	10
Elementos do Processo Terapêutico .....	11
Orientações Teóricas e a Atuação do Terapeuta .....	13
O Estilo Pessoal do Terapeuta.....	20
Metodologia.....	29
Problema da Investigação .....	29
Objetivos da Investigação.....	30
Hipóteses .....	30
Desenho .....	31
Descrição da Amostra .....	31
Instrumentos.....	32
Questionário de Identificação e Caracterização Sociodemográfica e Profissional .....	32
Versão Reduzida Portuguesa do Questionário do Estilo Pessoal do Terapeuta (EPT-Q).....	33
Procedimentos.....	36
Resultados .....	38
Análise dos Dados Sociodemográficos e Profissionais dos Terapeutas.....	38
Teste de Hipóteses.....	44

Hipótese 1: Existe uma Relação entre as Diferentes Funções do EPT e as Diferentes Orientações Teóricas.....	44
Hipótese 2: Existe uma Relação entre as Diferentes Funções do EPT e as Variáveis: Idade, Sexo, Anos de Experiência, Tipo de População Clínica que Atende.....	46
Hipótese 3: Existe uma relação entre a escolha das diferentes orientações teóricas e as variáveis pessoais e profissionais. ....	49
Análise Exploratória.....	53
Contexto Profissional.....	53
Pertence a Sociedades ou Associações Profissionais .....	54
Tempo de Formação e Tempo de Supervisão .....	54
Discussão.....	55
Conclusão.....	59
Referências bibliográficas.....	61
Anexos .....	66
Anexo A. Carta de Apresentação do Estudo .....	67
Anexo B. Consentimento Informado .....	69
Anexo C. Declaração de Consentimento.....	72
Anexo D. Questionário Sociodemográfico e Profissional.....	74
Anexo E. Versão Reduzida Portuguesa do Questionário do Estilo Pessoal do Terapeuta (EPT-Q).....	80

### Índice de Figuras

Figura 1. Influência das Orientações Teóricas ao longo da Carreira.....	43
---	----

### Índice de Tabelas

Tabela 1. Aspectos Gerais das Orientações Teóricas .....	18
Tabela 2. Relação do EPT com Diferentes Variáveis.....	27
Tabela 3. Funções do EPT, Características e Respetivas Dimensões Bipolares.....	35
Tabela 4. Comparação da Consistência Interna do EPT entre o Estudo de Carvalho et al. (2011) e o Atual Estudo .....	36
Tabela 5. Área de Formação dos Participantes .....	39
Tabela 6. Sociedades ou Associações Profissionais a que pertencem.....	40
Tabela 7. Contexto Laboral onde os Profissionais exercem .....	40
Tabela 8. Comparação entre o Início da Carreira e a Atualidade no que respeita à Orientação Teórica .....	42
Tabela 9. Combinações de Orientações Teóricas mais Pontuadas nos Terapeutas com Orientação Integrativa/eclética na Atualidade .....	43
Tabela 10. Coeficientes de correlação de Spearman's rho entre as funções do EPT e as diferentes orientações teóricas.....	45
Tabela 11. Coeficientes de Correlação de Spearman's rho entre as Funções do EPT, Idade do Terapeuta, Anos de Experiência, Tipo de Pacientes e Tipo de Problemática .....	48
Tabela 12. Resultado do Teste de U de Man-Whitney para Comparação dos Grupos Masculino e Feminino relativamente às Funções do EPT.....	49
Tabela 13. Coeficientes de correlação de Spearman's rho entre a Orientação Teórica na Atualidade e as Variáveis Pessoais e Profissionais.....	50

Tabela 14. Resultados dos Testes de <i>Kruskal-Wallis</i> para Comparação dos Grupos de Área de Formação relativamente à orientação Teórica na Atualidade.....	51
Tabela 15. Resultado do teste de U de Man-Whitney para Comparação dos Grupos de Contexto Profissional em Prática Privada relativamente às Funções do EPT .....	53
Tabela 16. Resultado do teste de U de Man-Whitney para Comparação dos Grupos pertencentes a Sociedades ou Associações Profissionais relativamente às Funções do EPT ..	54
Tabela 17. Coeficientes de Correlação de Spearman's rho entre as Funções do EPT, os Anos de Formação e os Anos de Supervisão do Terapeuta .....	55

### **Lista de abreviaturas**

EPT - Estilo Pessoal do Terapeuta

EPT-Q - Questionário do Estilo Pessoal do Terapeuta

IEFP - Instituto de Emprego e Formação Profissional

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

OPP - Ordem dos Psicólogos Portugueses

## Introdução

A investigação acerca do estudo do processo terapêutico tem englobado aspetos como as características dos terapeutas, dos clientes e dos modelos psicoterapêuticos. No início da década de 50, quando a psicoterapia se tentava afirmar como prática científica, foram utilizadas nas investigações pressupostos do método experimental (operacionalização, objetividade, controlo de variáveis, estabelecimento de relações de causalidade) como critério de análise. Seguindo a perspectiva de que a mudança do cliente dependia do comportamento do terapeuta, este foi um período no qual se verificou o desenvolvimento de instrumentos que avaliavam o comportamento dos terapeutas (Soares, 2011).

Após a II Guerra Mundial, o foco de investigação passou a centrar-se na eficácia da psicoterapia, devido ao investimento do governo dos Estados Unidos da América no tratamento de ex-combatentes de guerra que sofriam de perturbação de estresse pós-traumático. Desta forma, o interesse passou para os comportamentos dos clientes antes e depois do tratamento, o que levou ao aumento de teorias explicativas do processo de mudança terapêutica. Num estudo realizado por Eysenck em 1952, este afirmou que a psicoterapia não só não demonstrava resultados positivos, como também poderia ser prejudicial para os clientes, dando origem à necessidade de avaliar a eficácia da psicoterapia.

Em 1969 foi criada a *Society for Psychotherapy Research*, que tinha como finalidade definir normas de investigação para estudos sobre a eficácia da psicoterapia. Estudos de meta-análise realizados tendo em conta as normas estabelecidas (e.g., utilização de grupos de controlo), vieram a confirmar a eficácia da psicoterapia. A partir da década de 70, para além da importância de estudar a eficácia da psicoterapia, foi também valorizada a influência que as variáveis subjetivas (e.g., o bem-estar emocional do terapeuta) tinham nos resultados terapêuticos (Soares, 2011).

Devido à relevância das características dos terapeutas no processo terapêutico, o presente estudo tem como finalidade contribuir para o conhecimento da forma como as características pessoais e profissionais dos terapeutas influenciam ou são influenciadas pelas orientações teóricas ao longo do exercício da sua profissão.

Nos capítulos que se seguem, serão apresentados os elementos que fazem parte do processo terapêutico como forma de enquadramento do estudo, a definição das diferentes orientações teóricas foco de investigação e a descrição do constructo do estilo pessoal do terapeuta.

Posteriormente, será descrito o estudo realizado, nomeadamente o problema, os objetivos e as hipóteses da investigação, bem como o desenho e tipo de pesquisa e a amostra. Também serão caracterizados os instrumentos utilizados para a recolha de dados, designadamente o questionário sociodemográfico e profissional e o questionário do Estilo pessoal do Terapeuta (Carvalho et al., 2011). Seguidamente serão apresentados os resultados alcançados, a discussão dos resultados, as conclusões finais. O trabalho termina com uma reflexão sobre o estudo e sugestões para investigações futuras.

### **Elementos do Processo Terapêutico**

O conhecimento acerca do processo terapêutico tem aumentado graças ao investimento feito na investigação para aprofundar os diferentes elementos que constituem este mesmo processo, quer através de estudos centrados nas características do terapeuta, quer nas características do cliente e da aliança terapêutica.

A aliança terapêutica pode ser definida como a qualidade da colaboração e interação desenvolvida entre terapeuta e cliente dentro do processo terapêutico. Para Bordin (1979), a aliança terapêutica é um elemento comum e transteórico, representando a qualidade da

colaboração e interação entre cliente e terapeuta dentro do processo terapêutico e que constitui ela própria um processo que contribui para a adesão quanto ao resultado do tratamento (Ribeiro, 2019). A aliança terapêutica possui três temas comuns na sua definição: a natureza colaborativa do relacionamento, o vínculo de afeto entre cliente e terapeuta e a habilidade de acordo quanto aos objetivos e às tarefas definidas para psicoterapia (Oliveira & Benetti, 2015).

Para o estabelecimento da aliança terapêutica, é essencial estudar as características dos intervenientes desta relação, ou seja, o cliente e o terapeuta. Os estilos de vinculação do cliente, isto é, a maneira como se envolve nas relações em geral, têm a mesma representação na relação com o terapeuta. Vários estudos que relacionam a aliança terapêutica com os estilos de vinculação têm demonstrado esta correlação. Como exemplo, pode-se afirmar que os clientes que apresentam uma relação de vinculação ansiosa estabelecem uma aliança terapêutica pior em comparação com clientes com uma relação de vinculação segura, e os clientes com uma relação de vinculação dependente estabelecem uma melhor aliança terapêutica (Soares, 2011).

Segundo Genise (2015), já em 1985 Luborsky, McLellan, Goody, O'Brien e Auerbach concluíram que as características do terapeuta também influenciam o processo terapêutico. Determinadas características dos terapeutas, como a idade, o género, a raça, a religião e características profissionais (habilitações literárias, treino profissional, anos de experiência), influenciavam os resultados terapêuticos, relativamente a uma população específica de clientes (Genise, 2015). Assim, a investigação avançou no sentido de determinar quais são os terapeutas mais adequados, consoante o tipo de patologia do cliente, de maneira melhorar o processo terapêutico (Casari et al., 2018). Neste sentido, um grupo de investigadores argentinos, liderado por Héctor Fernández-Álvarez, que estudam o processo

terapêutico, criaram o construto multidimensional do Estilo Pessoal do Terapeuta (EPT), que iremos abordar no capítulo quatro.

### **Orientações Teóricas e a Atuação do Terapeuta**

Ao longo da história da Psicologia, foram surgindo diferentes orientações teóricas que têm servido de base nas intervenções psicoterapêuticas. Num estudo realizado por Vasco, Santos e Silva em 2003, acerca das características dos psicoterapeutas portugueses, indicavam que a orientação teórica mais frequentemente utilizada era a cognitivo-comportamental (30,2%) e a analítica-psicodinâmica (29,1%), seguida pela eclética (18,1%), a sistémica (11,5%) e finalmente a humanista (11%) (Vasco et al., 2003). Os autores destes estudos consideraram a orientação eclética como sendo duas orientações pertencentes a abordagens conceptualmente distintas, excluindo a orientação cognitivo-comportamental e psicanalítica-psicodinâmica. A amostra continha 49,5% de psicólogos, sendo a restante percentagem era constituída por profissionais de outras áreas que exerciam psicoterapia (como psiquiatras, assistentes sociais e outras). Com base nesta informação, as orientações teóricas que iremos considerar neste estudo são a comportamental, cognitiva, psicanalítica/psicodinâmica, sistémica, humanista e a eclética/integrativa. Em seguida, serão descritos os pressupostos mais significativos e mais distintivos das diferentes orientações, sendo que em cada abordagem existe uma multiplicidade de teorias com especificações em termos de princípios, assim como das estratégias de intervenção. Não obstante, será feita uma descrição genérica de cada uma das orientações teóricas.

A orientação teórica comportamentalista, tem como objeto de estudo o comportamento observável que pode ser modificado pelo meio ambiente. A terapia comportamental propõe que um determinado comportamento que se quer ver reproduzido ou eliminado, reforça-se ou pune-se, consoante se queira levar o indivíduo a discriminar

estímulos, a diferenciar a resposta ou a encadear um certo número de reações sucessivas (Demont, 2015). As emoções são essencialmente respostas corporais, baseadas em reações de medo, amor ou cólera, que não são mais do que respostas adequadas a um determinado condicionamento. Desta forma, o tratamento consiste em utilizar métodos de descondicionamento e recondicionamento para que os sintomas patológicos desapareçam, modificando o comportamento indesejado (Richard, 2020). O terapeuta toma o papel de um guia que ensina os princípios que levam o cliente a ultrapassar as suas dificuldades, por forma a tornar-se o terapeuta de si próprio (Gonçalves, 2020). Para além da intervenção em ambiente de gabinete de consulta, a terapia comportamental é também aplicada noutros ambientes, no qual o terapeuta opera como um reforçador social, reforçador-inibidor de certos comportamentos e um observador-participante que colabora no desenvolvimento do programa de tratamento, em conjunto com o cliente.

Quanto ao cognitivismo, este salienta a importância dos processos internos como mediadoras do comportamento, procurando dar uma visão mais ampliada dos estímulos externos e internos do indivíduo. A forma como o indivíduo processa a realidade, poderá dar origem a cognições distorcidas e irrealistas sobre os sentimentos e comportamentos do indivíduo, influenciando a maneira como se sente e se comporta. As técnicas utilizadas passam pela correção de pensamentos automáticos, reatribuição e reestruturação cognitiva, recorrendo a *role-play*, treino de competências sociais, técnicas de solução de problemas, autoinstrução, auto-registo, entre outros. O terapeuta desempenha um papel ativo, funcionando como um elemento motivador do cliente ao incentivar a autoeficácia, em relação ao trabalho de alterar as cognições mal adaptativas (Gonçalves, 2020).

Um número crescente de terapeutas começou a identificar-se como “cognitivo-comportamentais” em termos de orientação. As terapias cognitivo-comportamentais denominam-se assim por constituírem uma integração de estratégias e técnicas cognitivas e

comportamentais. Apesar das diferenças entre as abordagens, as investigações na área da terapia cognitivo-comportamental têm demonstrado que a sua integração tem apresentando resultados satisfatórios e viáveis (Souza & Cândido, 2010).

Importa também fazer referência a novos modelos de terapias cognitivas que pertencem à nova geração de terapias cognitivo-comportamentais, como é o exemplo do *Mindfulness*, considerada como uma antiga prática budista, tem como princípio o envolvimento do indivíduo nas suas atividades da vida, de forma atenta, observadora e sem julgamento. Esta prática tem tido resultados bastante positivos no contexto clínico (ansiedade, depressão, perturbação de personalidade *borderline*, dependências) e pode ser treinado e incorporado no dia-a-dia do cliente, auxiliando-o a aceitar o que emerge à consciência, a autorregular a atenção e a aumentar a capacidade de reconhecer pensamentos que acontecem no momento (Zanelatto, 2013).

Relativamente à psicanálise, esta caracteriza-se por formular as perturbações psicopatológicas através do material inconsciente, no qual os sintomas e a relação que o indivíduo tem com o meio ambiente não são relevantes, focando-se assim no passado (Gonçalves, 2020). Dentro da orientação teórica da psicanálise, pode-se considerar a psicoterapia psicanalítica (ou dinâmica expressiva), que tem como técnica principal a interpretação, tal como acontece com a psicanálise. No entanto, o papel do terapeuta é mais ativo, na medida em que este tenta ajudar o indivíduo na resolução de problemas concretos do quotidiano. Ao nível das técnicas utilizadas, a psicoterapia psicanalítica recorre com maior frequência à clarificação, sugestão, confrontação e à aprendizagem através da experiência (Costa, 2012). A transferência e a contratransferência são usadas para trabalhar as reações do cliente na relação com o terapeuta e com outros, estando mais focado no “aqui e agora”. Orientada para o *insight*, promove o seu desenvolvimento e a demonstração dos sentimentos, com ausência de julgamento.

O humanismo ficou conhecido através de Rogers (1961) pela sua abordagem de psicoterapia centrada na pessoa, sendo que a responsabilidade da mudança é atribuída ao indivíduo, sendo denominado de auto-atualização do eu. A auto-atualização é o nível mais alto de saúde psicológica que é alcançado por meio de um processo denominado de funcionamento pleno. As pessoas que alcançaram o funcionamento pleno, caracterizam-se por uma abertura a todas as experiências da vida, com um sentido de liberdade de pensamento e de ação e um alto nível de criatividade, sem se regerem pela opinião dos outros. Desta forma, a terapia humanista dá relevo aos aspectos emocionais do indivíduo em detrimento dos aspectos intelectuais, enfatizando a situação do indivíduo no presente e considerando que a relação terapêutica em si é uma experiência de crescimento (Hipólito, 2011). O papel do terapeuta é de abertura total ao que lhe é exposto e entrega à relação que se estabelece naquele momento de encontro. O terapeuta tem um olhar incondicionalmente positivo sobre o indivíduo, no sentido em que a relação que se estabelece é uma relação de paridade, respeitando o seu projeto de vida e a aceitando o seu ritmo de mudança. Para tal, uma compreensão empática por parte do terapeuta torna-se essencial para que não haja lugar a julgamentos, respeitando o ritmo das descobertas realizadas pelo cliente. Para que esta relação terapêutica seja possível, a intervenção terapêutica utiliza técnicas de reformulação e clarificação dos sentimentos, tendo sempre uma intervenção não diretiva, pois o que se pretende não é guiar o cliente consoante o que o terapeuta pensa ser o mais acertado, mas confiar na sua capacidade de mudança (Hipólito, 2011).

Na orientação teórica sistémica, a família passou a ser concebida como um sistema operacional vivo e aberto. Os processos de organização e de diferenciação realizam-se através de alterações das relações entre os membros que compõem esse sistema. O mal-estar ou sintoma de um dos membros da família são o reflexo da forma de comunicar que este encontrou para conseguir manter o equilíbrio possível dentro do sistema familiar (Raguso,

2006). A terapia realiza-se com dois terapeutas, que analisam os estilos de comunicação, detetam sintomas, descobrem o problema familiar (mito familiar) e diagnosticam as formas defeituosas de comunicação familiar (Richard, 2020). O objetivo é fazer desaparecer o sintoma considerado defeituoso da comunicação, para que o indivíduo e a sua família possam encontrar uma nova homeostasia (um novo equilíbrio). Este novo equilíbrio é alcançado através de uma nova forma de comunicar e de interagir mais profunda, propiciando a descoberta dos seus próprios recursos (Raguso, 2007).

Os profissionais de psicologia passaram a assumir uma atitude eclética, integrando modelos e técnicas de diferentes orientações teóricas. O terapeuta que assume uma estratégia de trabalho eclética, quando trabalha com diferentes orientações teóricas, consoante o tipo de cliente e a sua problemática, enquanto numa orientação a integrativa, este pode utilizar diferentes técnicas provenientes de diferentes orientações com o mesmo cliente, consoante a evolução das sessões. No entanto, esta distinção nem sempre é apresentada em todas as fontes, sendo por vezes utilizadas de forma indiferenciada, ou seja, integrativo/eclético. A tabela que se segue (tabela 1) faz um resumo dos aspetos gerais das orientações teóricas, no que se refere ao objeto de estudo, técnicas terapêuticas, tarefa e papel do terapeuta.

**Tabela 1***Aspetos Gerais das Orientações Teóricas*

Orientação Teórica	Comportamental	Cognitiva	Psicanalítica/ Psicodinâmica	Humanista	Sistémica
Objeto de Estudo	Comportamento observável	Processos internos na determinação do comportamento	Material inconsciente	A pessoa	O sistema familiar
Técnicas de Intervenção	Condicionamento, reforços positivos e negativos, dessensibilização	Reestruturação cognitiva, autoinstrução, auto-registo, <i>mindfulness</i>	Clarificação, sugestão, confrontação e a aprendizagem através da experiência	Encontro: diálogo, dramatização dos sentimentos, observação, introspeção	Analisar os modos de comunicação, detetar sintomas, descobrir o problema familiar (mito familiar)
Tarefa do Terapeuta	Reforço e inibição de determinados comportamentos	Avaliar, integrar e devolver a informação ao cliente	Interpretação do material inconsciente e os seus significados	Interação para permitir a abertura à expressividade do cliente	Diagnostico das formas defeituosas de comunicação familiar
Papel do Terapeuta	Solucionador de problemas, guia, observador-participante	Diretivo e motivador	Intérprete e ativo	Aceitador e interativo	Mediador

*Nota.* Adaptado de Poch & Karasu (1977; cit. in Poch, & Talarn, 1991)

Tendo em conta que alguns dos estudos, que serão apresentados posteriormente, incluem a terapia construtivista, importa mencionar em que consiste o construtivismo. O construtivismo não se refere a uma teoria ou orientação teórica específica, na medida em que abrange um grande número de vertentes de pensamento. Para Castañon, um dos maiores nomes de referência do construtivismo, o construtivismo é “uma doutrina acerca do processo de obtenção do conhecimento que defende o papel ativo do sujeito neste processo” (Castañon, 2005, p. 42). No entanto não existe consenso quanto à utilização do termo terapia construtivista. O termo construtivismo foi introduzido na Psicologia por Jean Piaget (1975), para formular um modelo de desenvolvimento cognitivo, no qual apresentava o indivíduo como o ator principal na construção das suas próprias estruturas cognitivas. Alguns

terapeutas nomeiam-se como terapeutas cognitivistas construtivistas, por seguirem esta linha de pensamento, ou seja, o indivíduo é o construtor da sua própria realidade e não um simples recetor moldado pelo mundo que o rodeia. Desde então, outras abordagens surgiram no construtivismo como o Construtivismo Social, Construtivismo Radical e Construtivismo Crítico. No entanto, iremos cingir-nos ao conceito base que representa construtivismo, isto é, as representações sobre a realidade não são determinadas exteriormente, mas sim construídas pelo indivíduo, apresentando este um papel proativo no processo de construção da realidade (Castañon, 2015). A psicoterapia, sob a perspectiva construtivista, “pode ser entendida como a criação intencional de um sentido narrativo que pode transformar a construção de experiências por meio do diálogo colaborativo” (Amorim & Castañon, 2013, p. 54). Neste sentido, a terapia narrativa, seguindo como base o construtivismo, é uma terapia que respeita o cliente como construtor dos seus significados e o terapeuta que trabalha em conjunto com o cliente, para um processo de mudança através da reconstrução de significados (Ribeiro et al., 2009). No que respeita à relação terapêutica, esta é baseada pela proximidade e cooperação com o cliente, por forma a gerar conforto, empatia e encorajamento, validando e transmitindo a segurança necessária para avançar na sua mudança (Fernandes et al., 2009). Desta forma, o terapeuta auxilia à reflexão e ao desafio em certos momentos do processo terapêutico, tendo sempre em conta o ritmo do cliente e responsabilizando-o pelas suas escolhas e mudanças na sua vida.

Tipicamente, na sua formação de base, os estudantes de psicologia recebem formação sobre as múltiplas orientações teóricas, incluindo o integrativo/eclético. Por exemplo, no estudo levado a cabo por Lampropoulos e Dixon (2007), estes fazem referência a que aproximadamente 31% dos programas lecionam cinco grandes orientações teóricas e 90% ensinam a psicoterapia integrativa. No entanto, estes estudantes de psicologia, que estão expostos a várias orientações teóricas, não têm experiência clínica acumulada, o que poderá

levar a que estes se identificam com uma perspetiva integrativa no início da sua formação (Boswell et al., 2009). Em Portugal, segundo um estudo realizado por Vasco (1999), estima-se que cerca de 18% de terapeutas se definem como integrativos, combinando diferentes orientações teóricas, como sejam cognitivo-comportamental/humanístico (13,22%), psicodinâmico/sistémico (11,5%), cognitivo-comportamental/sistémico (10,4%) e psicodinâmico/humanístico (9,3%) (Cravo & Moleiro, 2011).

### **O Estilo Pessoal do Terapeuta**

O terapeuta tem um modo próprio de integrar e processar as diferentes fontes de informação, o qual define um determinado estilo. O conceito de estilo é definido como um conjunto de singularidades comportamentais, demonstrado um traço característico que identifica uma pessoa. Quando se aplica esta ideia ao estilo pessoal do terapeuta, este constitui o modo característico com que o terapeuta manifesta as suas atitudes durante a prática da sua profissão (Casari et al., 2018). Para estudar as características pessoais do terapeuta, o Departamento de Investigação da Fundação Aiglé, criada em 1994 na Argentina, dedica-se à investigação empírica na área da psicoterapia, desenvolvendo um programa de trabalho especificamente centrado no estilo pessoal do terapeuta e a sua influência no processo e nos resultados da psicoterapia. Neste sentido, propuseram o construto do Estilo Pessoal do Terapeuta, que pode ser avaliado a partir da interação entre cinco funções básicas<sup>1</sup>, cada uma delas com uma dimensão bipolar: i) a Função Instrutiva consiste no estabelecimento de normas e regras, assim como a prescrição de tarefas que devem ser cumpridas durante as sessões, bem como questões relacionadas com o contrato terapêutico (dimensão: rigidez/flexibilidad); ii) a Função Expressiva refere-se à forma como o terapeuta

---

<sup>1</sup> A terminologia das funções em português de Portugal baseou-se no estudo de Soares (2007), que realizou a tradução do questionário do EPT de espanhol para português, pelo que mantivemos neste estudo a mesma nomenclatura.

comunica emocionalmente com o cliente, ou seja, a distância comunicativa que cada terapeuta escolhe estabelecer com os seus clientes (dimensão: distância/proximidade emocional); iii) a Função Comprometimento refere-se ao grau de compromisso que o terapeuta sente em relação à sua atividade profissional e o envolvimento de aspetos da vida pessoal que se refletem no seu trabalho e nos seus clientes (dimensão: baixo grau/alto grau de comprometimento interpessoal); iv) a Função Atencional é uma função relacionada com o grau de atenção que o terapeuta desempenha na procura da informação necessária para obter e compilar a informação necessária para a prática terapêutica (dimensão: abertura/focalização da atenção); v) e por fim a Função Operativa que está relacionada com a forma como o terapeuta se rege pelas técnicas estruturadas de intervenção seguindo os manuais de psicoterapia ou a utilização de uma abordagem menos diretiva como forma de conseguir uma maior participação do cliente (dimensão: espontâneo/estruturado). Desta forma, os autores elaboraram um questionário autodescritivo, constituído por 36 itens, com um formato autoadministrado, que se responde através de uma escala de 7 pontos (1 = *Discordo totalmente* a 7 = *Concordo totalmente*), por forma a identificar, a partir das cinco funções acima referidas, qual o estilo pessoal do terapeuta. Estas funções/dimensões de estilo enquadram-se em dois domínios básicos que caracterizam o estilo do terapeuta: um domínio essencialmente cognitivo, que se refere a aspetos técnicos que caracterizam o terapeuta, onde se enquadram as funções Operativa e Atencional e um domínio emocional-motivacional, que se refere aos aspetos relacionais e onde se enquadram as funções Expressiva e Comprometimento. A função Instrutiva abarca características dos dois domínios (Casari et al., 2019).

O estudo de Casteñeiras, et al. (2008) para a validação da versão reduzida (21 itens) do questionário do EPT, foi conduzido com uma amostra de 461 psicoterapeutas argentinos, com idade média de 39,90 anos e média de experiência profissional de 12,49 anos, a

orientação integrativa era a mais representativa (31,70%), seguida da orientação psicanalista (18,01%), depois a orientação cognitivo/cognitivo-comportamental (15,03%). A orientação cognitivo-sistémico/cognitivo-integrativa também teve a sua expressão (13,01%), sendo que as restantes se distribuíram pelas orientações psicodinâmica e eclética. Quanto às propriedades psicométricas, denota-se que a versão abreviada do questionário apresentou uma boa versão, tanto pelas suas condições psicométricas como pela sua sensibilidade para detetar diferenças já encontradas na versão original. Pode-se observar que os terapeutas de orientação teórica psicanalítica foram os que a nível Atencional se descreveram como significativamente mais abertos, na função Operativa mais espontâneos, mais distantes na Comunicação emocional e com menor grau de Comprometimento comparados com as restantes orientações teóricas. No entanto, nenhuma das variáveis analisadas se associou com a função Instrutiva, embora este resultado possa estar relacionado à escassa quantidade de itens (três itens) que constituem esta função. Também é importante observar que neste estudo, não foi encontrada correlação entre as funções Atencional e Operativa, das funções Expressiva, de Comprometimento e Instrutiva, ou seja, ser mais estruturado e focalizado não indica necessariamente um maior ou menor grau de compromisso ou ser mais ou menos próximo emocionalmente. Quanto às diferenças de género, os terapeutas do género masculino apresentam uma atenção mais focada durante a sua atividade profissional (Função Atencional). Em relação à duração do tratamento, os terapeutas que optavam por tratamentos breves são mais flexíveis e focados na sua atenção (Função Instrutiva e Atencional), e mais estruturados a nível técnico (Função Operativa).

O Questionário do EPT tem sido traduzido para várias línguas, com adaptações psicométricas em vários países como Portugal (Carvalho, et al., 2011), Brasil (Palma & Gondim, 2016) e Espanha (Prado-Abril et al., 2019). Em Portugal, o estudo foi realizado em 2011 por Carvalho, Corbella e Matos, com o objetivo de fazer uma análise fatorial

confirmatória da versão reduzida do Questionário do EPT, adaptado ao português de Portugal e aplicado a terapeutas portugueses. A amostra foi constituída por 384 terapeutas, 73 homens e 311 mulheres, com uma idade média de 33,3 anos. Os anos de experiência apresentaram uma média de 7,8 anos. Entre os profissionais que participaram havia 358 psicólogos, 11 psiquiatras, oito médicos e sete profissionais que se consideravam psicoterapeutas, sem descreverem a sua formação ou experiência profissional. Os terapeutas indicaram o nível em que se identificam com seis orientações teóricas (cognitivo-comportamental, construtivista, humanista/existencial, integrativa, psicanalítica, sistémica e outras). As orientações teóricas mais representativas na amostra foram a construtivista (50,0%); a cognitivo-comportamental (48,9%); a humanista/existencial (48,2%) e a integrativa (38,8%). Segundo os autores, “as percentagens das orientações teóricas somam um total superior a 100% porque os terapeutas podiam escolher mais do que uma orientação teórica” (Carvalho, et al., 2011, p. 93). Perante a amostra em estudo, foram encontrados apenas clareza parcial que apoia o ajuste do modelo de cinco fatores com a versão breve de 21 itens. Para melhorar o ajuste, os investigadores criaram um segundo modelo, ou seja, suprimiram um item que pertencia à função Atencional correspondendo à frase (“Procuro estar atento(a) a tudo o que acontece nas sessões.”), resultando numa versão de 20 itens do questionário. Foram encontrados níveis mais altos de correlação entre as funções Expressiva e de Comprometimento em comparação com o estudo de Castañeiras et al. (2008) e uma correlação negativa significativa entre as funções Atencional e Expressiva, presente apenas neste estudo. Pode-se argumentar que, perante os resultados deste estudo, os terapeutas portugueses tendem a associar com maior clareza a importância da expressividade emocional no *setting* psicoterapêutico (Função Expressiva) com o seu próprio compromisso e o seu compromisso como psicoterapeutas (Função de Comprometimento). Por outro lado, este resultado poderia sugerir que os terapeutas portugueses atribuem uma relação mais próxima entre os processos atencionais com foco

mais amplo ou reduzido e uma maior disponibilidade para a expressividade emocional. As funções Atencional e Expressiva da versão portuguesa breve não se associaram com as variáveis demográficas e profissionais; ao contrário do estudo realizado por Castañeiras et al. (2008). No que se refere à idade, no primeiro modelo foi um fator preditivo negativo para as funções Operativa e de Comprometimento e um preditor positivo para a função Instrutiva. No entanto, quando se adicionaram as orientações teóricas ao modelo, esta associação deixou de ser significativa. No que se refere à função Comprometimento, nenhuma das variáveis mencionadas anteriormente não alcançaram nenhum nível de significância. Em relação à função Operativa, os terapeutas cognitivo-comportamentais e construtivistas tendem a associar-se com procedimentos mais estruturados, ao contrário das orientações humanistas e psicanalistas, que parecem estar mais associadas com uma atitude mais espontânea em relação à função Operativa, o que apoia as conclusões de Castañeira et al. (2008). Em relação à função Instrutiva, a orientação teórica humanista parece estar associada a uma postura mais flexível relativamente ao cumprimento das normas que regulam o *setting* psicoterapêutico, e a orientação psicanalítica parece estar mais associada a uma postura mais rígida. Apesar desta associação não ter sido encontrada no estudo de Castañeiras et al. (2008), estes resultados são consistentes com as especificidades que caracterizam as orientações teóricas analisadas, apoiando a capacidade de discriminação das funções Operativa e Instrutiva para obter diferentes características originadas pela orientação teórica. Pode-se concluir que as orientações teóricas parecem ter um papel importante na definição das funções do EPT, no que se refere à função Operativa e Instrutiva. No entanto, não se pode afirmar claramente que as funções Atencional e Expressiva sejam mais resistentes a mudanças causadas pela orientação teórica (Carvalho, et al., 2011). Esta versão é a que apresenta melhores índices de ajuste, comparativamente com a versão original de 36 itens de Fernández-Álvarez et al. (2003) e a versão breve de 21 itens de Castañeiras, et al. (2008; Casari et al., 2017). Conclui-

se que o questionário do EPT demonstra ser um instrumento capaz de detetar diferenças de estilos conforme a orientação teórica adotada pelos profissionais.

Da mesma forma, variáveis como o tempo de experiência do terapeuta também influenciam o EPT. O estudo realizado por Palma e Gondim (2016) para validar o questionário reduzido do EPT numa amostra de terapeutas brasileiros, verificou-se que com o aumento dos anos de experiência, a atenção tende a ficar mais aberta, isto é, uma escuta mais ativa para diferentes tipos de informação, e operativamente tornam-se mais espontâneos no planeamento do *setting* terapêutico. Também se verificou que a expressão emocional vai-se tornando mais próxima (Função Expressiva) e o envolvimento emocional tende a diminuir (Função Comprometimento).

Outra linha de investigação pretende estudar a existência de diferentes estilos característicos de terapeuta de acordo com o tipo de população clínica que atende (Casari et al., 2016). Rial et al. (2006) realizaram um estudo, com o objetivo avaliar as características do estilo pessoal de terapeutas que atendem clientes severamente perturbados. Caracterizaram os clientes severamente perturbados, como sendo aqueles que apresentam dificuldades em se disponibilizar para o tratamento e de estabelecer uma aliança terapêutica (especificamente clientes com psicoses agudas e esquizofrenia, perturbação depressiva major, perturbação bipolar, perturbação da personalidade maioritariamente *borderline*, demências e dependências). A amostra foi constituída por 60 terapeutas argentinos, 30 trabalhavam com clientes severamente perturbados e os outros 30 terapeutas que constituíam o grupo de controlo, ou seja, não atendiam habitualmente esta população. Concluiu-se que os terapeutas que atendem clientes severamente perturbados são mais distantes na comunicação emocional (Função Expressiva), com menor grau de envolvimento (Função Comprometimento) e mais estruturados (Função Operativa) do que os terapeutas que não atendem clientes severamente perturbados.

Em 2017 foi realizado um estudo com clientes que sofrem de Perturbação do Espectro Autista (Casari et al., 2017). A amostra foi constituída por 64 terapeutas argentinos, metade tratava crianças com autismo e a outra metade dedicava-se ao tratamento de outras patologias que não o autismo e foi analisada a existência de diferenças no EPT em ambos os grupos. Foi aplicada a versão reduzida argentina do questionário do EPT. Verificou-se uma diferença significativa na função Comprometimento no grupo de terapeutas que atende clientes com autismo, ou seja, existe um comprometimento maior destes terapeutas em comparação aos terapeutas que não atendem especificamente esta população. Quanto às restantes funções, as diferenças entre os dois grupos não foram significativas, mas ainda assim verificou-se que no grupo de estudo demonstraram uma inclinação para uma atenção mais fechada (Função Atencional), intervenções espontâneas (Função Operativa), comunicação mais distante (Função Expressiva) e maior rigidez no estabelecimento de regras (Função Instrutiva).

Casari et al. (2019) realizaram um estudo para avaliar as características do estilo pessoal de terapeutas que trabalham em instituições de tratamento de toxicodependências, comparativamente com um grupo de controlo (não trabalhavam especificamente com esta população). A amostra foi constituída num total de 429 psicólogos clínicos argentinos (102 do grupo das adições e 327 do grupo de controlo). Foi aplicada a versão reduzida argentina do questionário do EPT. Concluiu-se que os terapeutas que trabalham com toxicodependentes apresentam um maior grau de comprometimento (Função Comprometimento) em relação ao grupo de controlo; contrariamente ao estudo com terapeutas que trabalham com clientes severamente perturbados, cujos valores na função Comprometimento eram inferiores nos terapeutas que trabalhavam com clientes severamente perturbados, comparado com o grupo de controlo (Rial, et al., 2006). Nas restantes funções, os terapeutas em estudo demonstraram tendência para uma atenção mais aberta (Função

Atencional), intervenções terapêuticas menos estruturadas (Função Operativa), uma comunicação emocional mais distante (Função Expressiva).

Considerando os estudos acima apresentados, podemos resumir as principais tendências que se refere à associação entre características pessoais dos terapeutas e o EPT, apresentado na tabela 2:

**Tabela 2**

*Relação do EPT com Diferentes Variáveis*

Variáveis	Principais Conclusões
Orientação Teórica	A orientação teórica humanista parece estar associada a uma postura mais flexível relativamente ao cumprimento das normas que regulam o <i>setting</i> psicoterapêutico; A orientação psicanalítica parece estar mais associada a uma postura mais rígida, são mais distantes na comunicação emocional, com menor grau de comprometimento e significativamente mais abertos; Os terapeutas cognitivo-comportamentais e construtivistas tendem a associar-se com procedimentos mais estruturados; As orientações humanistas e psicanalistas, que parecem estar mais associadas com uma atitude mais espontânea.
Anos de Experiência	Terapeutas menos experientes são mais focados na sua atenção e estruturados nas suas intervenções.
Duração do Tratamento	Os terapeutas que aplicam tratamentos breves tendem a ser mais flexíveis, com a atenção mais focada e tecnicamente mais estruturados.
Género	Os terapeutas do género masculino têm uma atenção mais focada.
Idade	Há medida que os terapeutas ficam mais velhos, a sua atenção fica mais aberta e as suas intervenções são mais espontâneas.
Tipo de População Clínica	Cliente severamente perturbados: terapeutas mais distantes na comunicação emocional, com menor grau de envolvimento e mais estruturados operativamente; Clientes com adições: terapeutas com maior grau de comprometimento, uma atenção mais aberta, intervenções terapêuticas menos estruturadas, comunicação emocional mais distante; Clientes autistas: terapeutas com maior comprometimento, uma atenção mais fechada, intervenções espontâneas, comunicação mais distante e menor flexibilidade no estabelecimento de regras.

*Nota.* Adaptado de Casari, et al. (2018, p. 473)

No que se refere à investigação com o questionário do EPT realizada em Portugal, existem poucos estudos que abordam esta temática. Em 2007, Soares realizou uma tese de doutoramento que pretendia investigar as díades de terapeutas e clientes portugueses, ao longo de várias sessões, com a recolha de dados em vários momentos. Um dos instrumentos utilizados a versão do questionário do EPT de Corbella (2003) composto por 26 itens e seis funções e que foi sujeita, neste estudo, ao sistema de tradução do castelhano para o português de Portugal. Uma das conclusões verificadas foi que na função Instrutiva tem uma pontuação diferente em função do género do cliente, sendo que, quando o cliente é homem o terapeuta tem tendência a ser mais instrutivo, do que se for uma mulher. Também se verificou que um estilo de terapeuta muito instrutivo ou muito expressivo na 1ª sessão poderá não ser muito favorável à permanência do cliente na terapia.

Em 2010 foram realizadas duas teses de mestrado utilizando esta versão traduzida do questionário do EPT de Soares (2007). No estudo de Santana (2010), a amostra foi constituída por estagiários de psicologia, visando identificar as suas expectativas em relação ao seu futuro papel de psicoterapeuta. Verificou-se que os estagiários tinham a expectativa de vir a ser psicoterapeutas abertos e recetivos no modo como selecionam as informações recolhidas junto dos pacientes, relativamente próximos na forma como se relacionam e comunicam afetivamente com o cliente muito comprometidos com a tarefa e o paciente, ocupando o trabalho um lugar importante na sua vida, flexíveis quanto estabelecimento de regras no *setting* terapêutico e espontâneos no modo de executar os procedimentos da terapia. Verificaram-se diferenças na função Comprometimento no que se refere à idade, sendo que na faixa etária dos 22 e 25 anos, perspetivaram envolver-se mais na relação com o cliente e com o seu trabalho do que estudantes com uma idade mais avançada. Em relação ao género, os homens estagiários de psicologia na função Expressiva revelaram-se mais distantes na comunicação emocional do que as mulheres estagiárias de psicologia. O estudo realizado por

Evaristo (2010), pretendia relacionar o EPT com os estilos de vinculação numa amostra de 40 terapeutas portuguesas. Verificou-se que existe uma associação negativa entre a função de Atencional e a função de Expressiva e uma associação positiva entre a função de Atencional e a função Operativa. Em relação à análise da relação entre os grupos etários dos clientes e as funções do EPT, verificou-se uma associação negativa entre esta variável com a função Instrutiva, ou seja, os terapeutas rígidos associam-se a clientes jovens, e os terapeutas flexíveis associam-se a clientes adultos ou da terceira idade. Em relação ao género do terapeuta, verificou-se uma relação com a função Atencional, onde os terapeutas homens são mais focados. Este estudo dá-nos também informação acerca da relação entre as funções do EPT e as orientações teóricas, nomeadamente nas funções Atencional e Operativa, sendo que os terapeutas cognitivo-comportamentais são focalizados (Função Atencional) e que demonstram interesse em preferir tratamentos estruturados (Função Operativa); e os de orientação psicodinâmica são terapeutas espontâneos (Função Operativa) que utilizam uma abordagem menos focalizada na sua prática clínica (Função Atencional).

Verificou-se uma limitação comum a estas três investigações, que está relacionada com o fato de não haver um questionário do EPT validado para a população portuguesa, fato que só veio a acontecer em 2011 no estudo de Carvalho et al.. Deste modo, torna-se premente a realização de mais estudos com terapeutas portuguesas, reunindo mais elementos socioprofissionais e que incluam o questionário do EPT validado para Portugal.

## **Metodologia**

### **Problema da Investigação**

A bibliografia apresentada conduziu à formulação do seguinte problema: Haverá alguma relação entre as diferentes funções do EPT e as diferentes orientações teóricas dos

profissionais de psicologia, assim como as variáveis idade, género, anos de experiência e tipo de população clínica que atende?

### **Objetivos da Investigação**

O presente estudo tem como objetivo geral verificar se existe uma relação entre as diferentes funções do EPT e as diferentes orientações teóricas dos profissionais de psicologia, assim como com as variáveis sociodemográficas idade, género, anos de experiência e tipo de população clínica que atende. De igual forma, pretende-se caracterizar a amostra de acordo com as variáveis sociodemográficas e indicadores da situação profissional (idade, género, habilitações académicas, área de formação, situação profissional atual, contexto profissional, sociedades ou associações profissionais a que pertence, formação académica, anos de experiência e experiência clínica), bem como analisar a relação destas variáveis com a escolha da orientação teórica.

Desta forma, este capítulo visa a descrição metodológica adotada no âmbito da presente investigação, apresentando as hipóteses a testar, fundamentadas na síntese bibliográfica apresentada nos capítulos anteriores. Será descrito o desenho da investigação, a caracterização dos participantes, os instrumentos utilizados e quais os procedimentos utilizados na recolha de dados.

### **Hipóteses**

Vários estudos têm demonstrado que as variáveis sociodemográficas e as variáveis profissionais são sensíveis para ajudar a conhecer as diferenças estilísticas do terapeuta (Casari, et al., 2018). Por forma a entender como estas variáveis se relacionam com o EPT na presente amostra, tendo como quadro de referência a bibliografia apresentada no início deste estudo e partindo do problema anteriormente exposto, foram formuladas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: Existe uma relação entre as diferentes funções do EPT e as diferentes orientações teóricas.

Hipótese 2: Existe uma relação entre as diferentes funções do EPT e as variáveis idade, género, anos de experiência, tipo de população clínica que atende.

Hipótese 3: Existe uma relação entre a escolha das diferentes orientações teóricas e as variáveis pessoais e profissionais.

## **Desenho**

Considerando os objetivos apresentados, a investigação assentou numa abordagem quantitativa e exploratória, uma vez que envolve levantamento bibliográfico e emprega quantificação, tanto nas modalidades de recolha de informações, quanto no tratamento dessas, através de técnicas estatísticas. Foi um estudo de natureza inferencial no sentido em que pretendeu esboçar conclusões dos fenómenos em estudo relativos a uma amostra representativa, por forma a extrapolar os resultados dessa amostra para a população, e correlacional uma vez que pretendeu avaliar a relação entre as variáveis sem qualquer manipulação da variável independente. Relativamente aos momentos de avaliação, a presente investigação foi transversal já que somente um grupo será testado num determinado momento do tempo. Por fim, como todos os elementos da amostra passaram pela mesma avaliação, o desenho do estudo é entre-sujeitos (Dias, 2010).

## **Descrição da Amostra**

A amostra foi constituída por 60 participantes ( $N=60$ ), tendo-se recorrido a uma amostra aleatória, não probabilística de conveniência, de forma a garantir a representatividade da amostra relativamente a diferentes sujeitos em contextos semelhantes. O único requisito para participação no estudo era pertencer à Ordem dos Psicólogos

Portugueses, quer como profissional, quer como psicólogo a realizar o ano profissional júnior.

## **Instrumentos**

Tendo em conta os objetivos desta investigação, os instrumentos utilizados foram escolhidos com vista à conceptualização sociodemográfica, profissional e relativa ao estilo pessoal do terapeuta com vista à testagem das hipóteses em estudo. Assim, utilizou-se uma ficha de identificação e caracterização sociodemográfica e profissional e um instrumento de avaliação do estilo pessoal do terapeuta, como em seguida se descreve.

### ***Questionário de Identificação e Caracterização Sociodemográfica e Profissional***

Construída especificamente para esta investigação, o questionário de identificação sociodemográfico e profissional (Anexo D), teve como base o DPCCQ – *Portuguese Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire* (Orlinsky & Ronnestad, 1999), cuja tradução para português ocorreu em 1999 e esteve a cargo do Professor Doutor António Branco Vasco que integrou a *Collaborative Research Network of the Society for Psychotherapy Research*. As perguntas que constituem o questionário sociodemográfico e profissional para o presente estudo são: identificação pessoal (idade e sexo), identificação profissional (habilitações académicas, área de formação, situação profissional atual, contexto profissional, sociedades ou associações profissionais a que pertence, formação académica, anos de experiência, experiência clínica e orientação teórica). Este questionário, com um total de 19 perguntas, teve como propósito a caracterização da amostra de forma a recolher um conjunto de informações que possibilitassem a caracterização dos participantes em termos sociodemográficos e profissionais.

### ***Versão Reduzida Portuguesa do Questionário do Estilo Pessoal do Terapeuta (EPT-Q)***

Para a avaliação da variável do estilo pessoal do terapeuta, o instrumento utilizado é a versão reduzida portuguesa do Questionário do Estilo Pessoal do Terapeuta (Carvalho, Corbella & Matos, 2011; Anexo E). Trata-se de uma medida de autoavaliação elaborada para avaliar as cinco funções terapêuticas que correspondem à definição do próprio construto: Instrutiva, Expressiva, Comprometimento, Atencional e Operativa. Dele constam 20 itens quantificados numa escala de 7 pontos (1 = *Discordo completamente* a 7 = *Concordo completamente*). Cada função terapêutica representa diferentes ações e práticas terapêuticas e são caracterizadas em dimensões bipolarizadas. Desta forma, o EPT foi representado por cinco funções, cada uma delas com dimensão bipolar diferente, como demonstra a tabela 7. A função Instrutiva que consiste no estabelecimento do *setting* terapêutico, constituído por 3 itens, inclui o estabelecimento do sistema de normas e regras aplicadas no decorrer das sessões (horários, honorários, local das sessões, formas de negociar as mudanças), assim como a prescrição de tarefas que devem cumprir-se durante o decorrer das sessões e todas as demais questões relacionadas com o contrato terapêutico. Os pontos extremos da dimensão para esta função são a flexibilidade/rigidez, sendo que uma cotação alta corresponde a maior rigidez. A função Expressiva é constituída por 5 itens e refere-se à forma como o terapeuta comunica emocionalmente com o cliente, manifestando-se através da intensidade do intercâmbio afetivo, ou seja, a distância comunicativa que cada terapeuta elege estabelecer com os seus clientes. Os pontos extremos da dimensão para esta função são distância/proximidade emocional e uma cotação alta corresponde a maior proximidade emocional. A função de Comprometimento que está relacionada com o grau de compromisso, é constituída por 4 itens e refere-se ao grau de envolvimento do terapeuta em relação ao exercício da sua atividade e em relação às outras áreas da sua vida, no envolvimento ou não da sua vida pessoal no seu trabalho e perante os seus clientes. Inclui

tanto a medida em que o terapeuta se sente envolvido com eles e também como o lugar que o trabalho ocupa no resto da sua vida. Os pontos extremos da dimensão para esta função são baixo grau/alto grau de comprometimento interpessoal e uma cotação alta corresponde a um alto grau de comprometimento. A função Atencional é constituída por 3 itens e trata-se de uma função relacionada com o grau de atenção que o terapeuta desempenha na procura da informação necessária para obter e compilar a informação necessária para a prática terapêutica, ou seja, em que medida cada terapeuta mobiliza os mecanismos da atenção e a sua capacidade recetiva em relação ao que o cliente manifesta, de uma forma mais ou menos ativa. Escutar e perguntar são as ações dominantes que constituem esta dimensão e os pontos extremos são abertura/focalização da atenção, sendo que uma cotação alta corresponde a uma atenção mais focada. Por último, existe a função Operativa com a dimensão espontâneo/estruturado, é constituída por 5 itens e está relacionada com a forma como o terapeuta se rege pelas técnicas estruturadas de intervenção conforme os manuais de psicoterapia ou utilizam uma abordagem menos diretiva como forma de conseguir uma maior participação do cliente e uma cotação alta nesta função corresponde a profissionais mais estruturados (Carvalho et al., 2011).

Para a cotação, deve-se ter em consideração que os itens com a pontuação invertida são o 1, 5, 7, 9, 10, 19 e 20. A cotação do questionário consiste em calcular a soma ponderada dos itens de cada função: na função Instrutiva os itens 4, 14 e 19; na função Expressiva os itens 3, 6, 8, 15 e 16, na função de Comprometimento os itens 7, 10, 12 e 18; na função Atencional os itens 1, 9 e 20; e finalmente na função Operativa os itens 2, 5, 11, 13 e 17. Após o cálculo do valor de cada função, calcula-se o valor da média e da mediana para cada função, após o qual se enquadra o respetivo resultado de acordo com as respetivas dimensões bipolares das diferentes funções do EPT (Evaristo, 2010).

**Tabela 3***Funções do EPT, Características e Respetivas Dimensões Bipolares*

Funções do EPT	Caraterísticas	Dimensões Bipolares
Instrutiva	Estabelecimento do <i>setting</i> terapêutico.	Flexibilidade - Rigidez
Expressiva	Forma de comunicação afetivamente/emocional com os clientes.	Distância – Proximidade
Comprometimento	Envolvimento do terapeuta com o trabalho.	Baixo Grau – Alto Grau
Atencional	Seleção das informações relevantes para a prática terapêutica.	Abertura – Focalização
Operativa	Implementação de procedimentos e técnicas estruturadas de intervenção.	Espontâneo – Estruturado

*Nota.* Adaptado de Palma et al. (2016, p. 299)

O EPT-Q tem apresentado bons indicadores psicométricos, quer na sua versão original como na versão reduzida. Na versão original, a consistência interna do instrumento, calculada através do *alfa de Cronbach*, variou entre 0.69 e 0.80, enquanto na versão reduzida, verificaram-se valores do alfa entre 0.60 e 0.75 (Castañeiras et al., 2008). No entanto, o estudo da versão reduzida adaptada para Portugal do EPT, revela alguns problemas de consistência interna, com valores do *alfa de Cronbach* entre os 0.45 e 0.74 (Carvalho et al., 2011).

Segundo Pestana e Gageiro (2003), os valores de referência da consistência interna propostos por estes autores são de que abaixo de 0.6 a fiabilidade é inaceitável, entre 0.6 e 0.7 é fraca, entre 0.7 e 0.8 é razoável, entre 0.8 e 0.9 é boa e acima de 0.9 é muito boa. No presente estudo, a análise do *alfa de Cronbach* permitiu-nos verificar uma consistência interna do instrumento variável com valores do *alfa de Cronbach* entre 0.41 e 0.74.

Designadamente, nas funções Operativa e Expressiva foram obtidos os valores alfa de 0.72 e 0.74 respetivamente. Na função Atencional verifica-se o valor mais baixo de alfa (0.41)

semelhante ao do estudo de Carvalho et al. (2011), seguido das funções Comprometimento e Instrutiva, que obtiveram respetivamente 0.55 e 0.53 (tabela 4), valores que constituem uma limitação deste estudo. No entanto sobressai o facto de que a função Expressiva apresenta uma boa consistência interna, o que não se verificou no estudo de Carvalho et al., (2011).

Estes valores poderão ser justificados pelo número maior de itens (Carvalho et al., 2011) das funções Operativa e Expressiva e a dimensão da amostra deste estudo ser pequena ( $N=60$ ), comparativamente à amostra do estudo de Carvalho et al. (2011) que é de 384 participantes, fatores que afetam a o índice de fiabilidade do instrumento (Moroco & Garcia-Marques, 2006).

**Tabela 4**

*Comparação da consistência interna entre o estudo de Carvalho et al. (2011) e o atual estudo*

Funções do EPT	Número de Itens	$\alpha$ de Cronbach (Carvalho, et al., 2011)	$\alpha$ de Cronbach Estudo Atual
Atencional	3	0.45	0.41
Operativa	5	0.74	0.72
Comprometimento	4	0.72	0.55
Expressiva	5	0.55	0.74
Instrutiva	3	0.62	0.53

As consequências do uso de dados com fraca fiabilidade são a elevada probabilidade da medida não ser valida, ou seja, o resultado obtido pode não dizer nada sobre o construto que se pretendia medir, bem como o erro de medida ser elevado, o que faz aumentar a probabilidade de existirem resultados não significativos (Moroco & Garcia-Marques, 2006).

## **Procedimentos**

O processo de investigação aqui descrito implicou, em termos éticos, a participação voluntária dos sujeitos, sendo o consentimento (Anexo B e C) precedido de informação

(Anexo A) sobre o âmbito e a finalidade da investigação, garantindo a confidencialidade e a possibilidade de desistência em qualquer fase, se o participante pretendesse.

Os questionários com formato em papel foram distribuídos em consultórios particulares, clínicas privadas, clínicas públicas e centros de formação, na região de Braga, Barcelos, Guimarães e Vila Nova de Famalicão. Foram distribuídos cerca de 100 questionários, com uma taxa de resposta na ordem dos 37%. O questionário foi construído na versão on-line, através da ferramenta Microsoft Forms, que foi disponibilizado em redes sociais e enviado por email para várias associações e sociedades, utilizando como fonte o sítio da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP). Em termos de procedimentos, foram cumpridos os requisitos éticos e deontológicos através da informação acerca da natureza da investigação, para garantir uma participação livre e informada dos participantes seguindo-se a aplicação dos instrumentos, primeiro com o questionário sociodemográfico e profissional e depois a aplicação do instrumento “Versão Reduzida Portuguesa do Questionário do Estilo Pessoal do Terapeuta (EPT-Q)”. A aplicação do procedimento aqui referido demorou aproximadamente 10 minutos por cada participante. Após a recolha total dos dados, procedeu-se à cotação dos instrumentos, dando início à testagem empírica das hipóteses através da utilização do programa IBM SPSS Statistics 27 e o Microsoft Excel para a construção de gráficos.

A análise estatística dos dados compreendeu, numa primeira fase, uma análise descritiva com os valores das frequências absoluta e relativa, de dispersão e de tendência central das variáveis sociodemográficas e profissionais da amostra em estudo. Relativamente à testagem de hipóteses, esta iniciou com a verificação, para cada uma, da presença na amostra dos pressupostos de estatística paramétrica, através da normalidade e homogeneidade da variância. Para tal, recorreu-se ao teste *Kolmogorov-Smirnov* de ajustamento à curva normal e de homogeneidade da variância da distribuição da população

em relação aos instrumentos de medida. Nos resultados dos testes de hipótese, o limite inferior de significância assumido foi de  $p < 0.05$  (grau de confiança de 95%), rejeitando-se a hipótese nula sempre que a probabilidade do erro tipo I fosse inferior a este valor. Em seguida, serão descritos os resultados obtidos.

## **Resultados**

Os dados estatísticos encontrados nesta amostra, serão apresentados da seguinte forma: descrição da análise dos dados sociodemográficos e profissionais, apresentação dos testes referentes às hipóteses propostas, e a análise exploratória.

### **Análise dos Dados Sociodemográficos e Profissionais dos Terapeutas**

Dos 60 sujeitos que constituem a amostra, 96.7% são psicólogos profissionais e dois são psicólogos juniores (3.3%). Relativamente ao género dos participantes, 52 são do sexo feminino (86.7%) e 8 do sexo masculino (13.3%). A idade dos sujeitos varia entre 25 anos (mínimo) e 78 anos (máximo), com uma média de idade de 38,9 anos e um desvio padrão de 9,3 anos. Quanto ao grau académico, 16 participantes são licenciados e 7 são doutorados, sendo que a maioria possui o grau de Mestre (61.7%).

Relativamente às suas áreas de formação, verificou-se que a especialização preponderante é a psicologia clínica e a psicologia clínica e da saúde<sup>2</sup>, como ilustra a tabela 5. Destes, dois participantes acumulam com a psicologia da Família, um acumula com a psicologia do Trabalho e das Organizações e outro acumula com a psicologia da Educação. Verifica-se um investimento dos profissionais em área diferentes da sua formação de base, através de graus de mestrado e de doutoramentos diferentes daqueles que possuem na licenciatura, o que demonstra um investimento multivariado nos diferentes saberes de

---

<sup>2</sup> Existem instituições que conferem separadamente o Mestrado de Psicologia Clínica e o Mestrado em Psicologia da Saúde e outras que conferem o Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde em conjunto.

intervenção onde se pode trabalhar em psicologia. Temos um psicólogo com especialização em Família e dois com especialização em Educação.

**Tabela 5**

*Área de Formação dos Participantes (N=60)*

Variável	<i>n</i>	%
Área de Formação		
Psicologia Clínica	29	48.3
Psicologia da Saúde	1	1.7
Psicologia Clínica e da Saúde	23	38.3
Psicologia Clínica e Saúde e Psicologia da Família	1	1.7
Psi. Clínica e Saúde e Psi. Trabalho e Organizações	1	1.7
Psicologia da Saúde e Psicologia da Educação	1	1.7
Psicologia Clínica e Psicologia da Educação	1	1.7
Psicologia da Família	1	1.7
Psicologia da Educação	2	3.3

Os participantes apresentaram o mínimo de experiência profissional de um ano (correspondente ao estágio académico) e o máximo de 40 anos, com uma média é de 12,9 anos. Encontram-se a receber regularmente supervisão 33,3% dos participantes e 35% participantes afirmam pertencer a sociedades ou associações profissionais, estando representadas várias associações e sociedades. De uma forma geral, nesta tabela estão representadas sociedades e associações representativas de diferentes orientações teóricas tais como a psicanalítica, comportamental, cognitiva, construtivista ou humanista (tabela 6).

**Tabela 6***Sociedades ou Associações Profissionais a que Pertencem os Participantes (N=60)*

Variável	n	%
Pertence a Sociedades ou Associações Profissionais		
Não	39	65
Sim	21	35
Associação Portuguesa Psicologia Experimental	1	1.7
Associação dos Psicólogos Portugueses	1	1.7
Sociedade Portuguesa de Terapia Cognitiva Comportamental	1	1.7
Sociedade Portuguesa Psicoterapias Construtivistas/Associação Portuguesa de Fertilidade/ Sociedade de Medicina de Reprodução	1	1.7
<i>Society for Psychotherapy Research</i>	1	1.7
IARPP – <i>The International Association for Relational Psychoanalysis and Psychotherapy</i> (Portugal)	1	1.7
Associação de Psicanálise Relacional		
Associação Portuguesa Psicoterapia Centrada na Pessoa e <i>Counselling</i>	2	3.3
Associação EMDR Portugal	1	1.7
Associação Portuguesa Terapia Comportamental, Cognitiva e Integrativa	3	5
Sociedade Portuguesa de Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo	3	5
<i>European Association for Body Psychotherapy</i>	1	1.7
Associação Portuguesa Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica	2	3.3
Associação Para a Promoção da Saúde Mental	1	1.7
Sociedade Portuguesa de Psicodrama	1	1.7
	1	1.7

No que se refere ao contexto profissional, 70% exercem em prática privada, 45% trabalham em instituições privadas e apenas 25% trabalham em instituições públicas. De notar que estes valores representam um total superior a 100%, na medida em que 21 dos participantes exerce em mais do que um dos contextos. Os locais de trabalho mais representativos são as clínicas privadas, instituições particulares de solidariedade social (IPSS) e, instituição pública de saúde, conforme ilustra a tabela 7.

**Tabela 7***Contexto Laboral onde os Profissionais Exercem (N=60)*

Variável	n	%
Tipos de Contexto		
Clínica Privada	34	56,7
Empresa	1	1,7
IPSS	15	25,1
IEFP	1	1,7
Instituições de Ensino (sem especificação)	5	8,3
Instituições Públicas de Saúde	17	28,3
Polícia	1	1,7
Cooperativa (sem especificação)	1	1,7

Os terapeutas desta amostra trabalham maioritariamente na modalidade individual (78%), os seus clientes são na maioria adultos (70%), e as perturbações que atendem com maior frequência são as perturbações de ansiedade (60%) e perturbações depressivas (41,7%).

A orientação teórica dos participantes foi determinada a partir das respostas atribuídas à questão “Assinale a perspetiva teórica dominante pela qual orienta o seu trabalho atualmente.” A orientação teórica foi atribuída mediante a orientação que os participantes valoraram de forma mais elevada numa escala de 5 pontos (0 = *Nada* a 5 = *Muitíssimo*). Entre as orientações teóricas mais frequentes, estão a cognitiva ( $n=22$ , 36,7%) e a integrativa/eclética ( $n=22$ , 36,7%), logo seguida pela comportamental ( $n=20$ , 33,3%), depois a humanista ( $n=14$ , 23,3%), a cognitivo-comportamental ( $n=13$ , 21,3%) e a sistémica ( $n=12$ , 20%). As orientações com menor número foram a psicanalítica/psicodinâmica ( $n=9$ , 15%), sendo que a construtivista não teve expressão nesta amostra, como se pode verificar na tabela 8. De salientar que a orientação cognitiva e a orientação comportamental foram apresentadas no questionário, tanto separadamente como pertencentes à mesma família conceptual, por forma a permitir uma maior acuidade na forma como os terapeutas identificavam a sua orientação teórica.

Uma vez que foram recolhidos os dados relativamente à orientação teórica pela qual se guiavam “quando começou a trabalhar como psicólogo” foi possível verificar quais as orientações teóricas que, do início da carreira até à atualidade, aumentaram ou diminuíram, através da utilização do teste não paramétrico *Wilcoxon*, já que não foram cumpridos os pressupostos para a utilização de estatística paramétrica. A análise de *Wilcoxon* mostrou que no início da carreira até à atualidade, a influência de algumas das orientações teóricas foi alterada, conforme mostra a figura 1. Assim, verifica-se que as orientações humanista ( $Z=-1.890$ ,  $p<.05$ ), sistémica ( $Z=-2.333$ ,  $p<.05$ ), cognitivo-comportamental ( $Z=-2.646$ ,  $p<.05$ ) e

integrativas/ecléticas ( $Z=-2.333$ ,  $p<.05$ ), aumentaram significativamente de influência do início da carreira para a atualidade, passando mais terapeutas a utilizar estas orientações como a orientação principal que norteia a sua intervenção. Em relação às restantes orientações teóricas não houve diferenças significativas na sua influência entre o início da carreira e a atualidade.

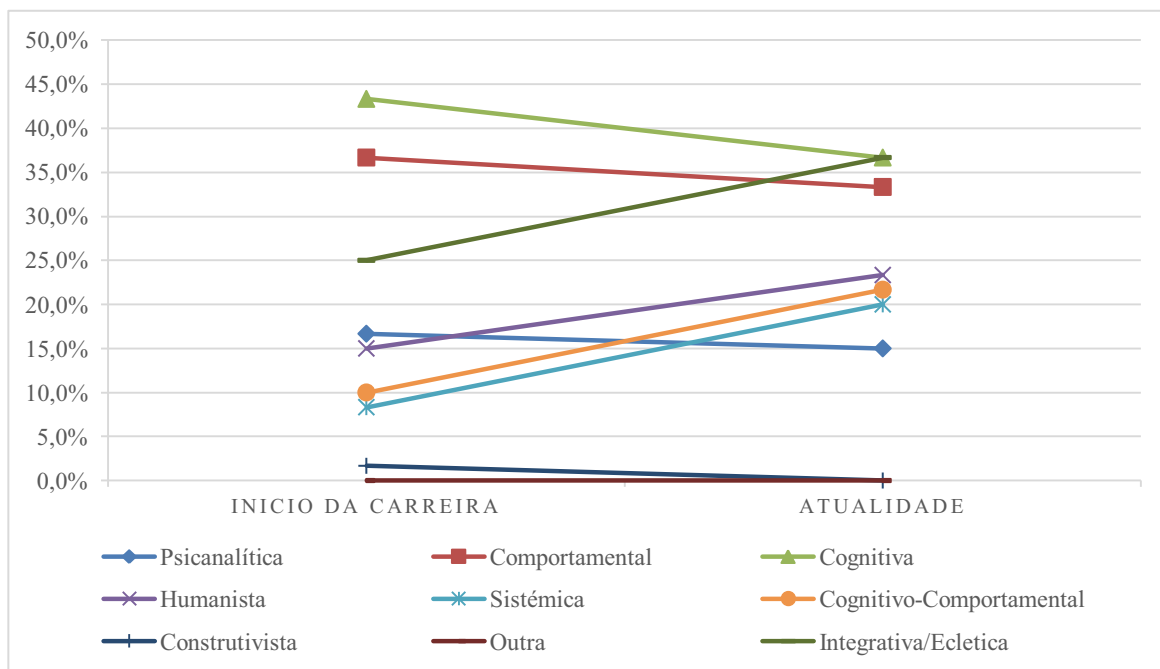
**Tabela 8**

*Comparação entre o Início da Carreira e a Atualidade no que Respeita à Orientação Teórica*

Orientação Teórica	Início da Carreira				Atualidade				Z
	N	M	DP	%	N	M	DP	%	
Psicanalítica/Psicodinâmica	60	.1667	.37582	16.7	60	.1500	.36008	15.0	-,447
Comportamental	60	.3667	.48596	36.7	60	.3333	.47538	33.3	-,816
Cognitiva	60	.4333	.49972	43.3	60	.3667	.48596	36.7	-1,633
Humanista	60	.1500	.36008	15.0	60	.2333	.42652	23.3	-1.890
Sistémica	60	.0833	.27872	8.3	60	.2000	.40338	20.0	-2.333
Cognitivo-Comportamental	60	.1000	.30253	10.0	60	.2167	.41545	21.7	-2.646
Construtivista	60	.0167	.12910	1.7	60	.0000	.00000	0	-1,000
Outra	5	.0000	.00000	0	4	.0000	.00000	0	,000
Integrativa/Eclética	60	.2500	.43667	25.0	60	.3667	.48596	36.7	-2.333

**Figura 1**

*Influência das Orientações Teóricas ao Longo da Carreira*



Dentro dos terapeutas integrativos/ecléticos, as combinações de orientações teóricas que foram mais pontuadas foram a humanista, cognitiva e comportamental.

**Tabela 9**

*Combinações de Orientações Teóricas mais Pontuadas nos Terapeutas com Orientação Integrativa/eclética na Atualidade (n=22)*

Orientação Teórica	<i>M</i>	<i>DP</i>
Humanista	3.50	1.739
Cognitiva	3.50	1.683
Comportamental	3.09	1.797

Se considerarmos a orientação comportamental e cognitiva como pertencentes à mesma família conceptual, temos a orientação humanista juntamente com a orientação cognitivo-comportamental, como escolha integrada/eclética.

Relativamente à análise descritiva do Estilo Pessoal do Terapeuta e de acordo com os resultados apurados, a função mais preponderante nesta amostra é a Instrutiva ( $M=3.92$ ,

$DP=1.21$ ), seguida da função Expressiva ( $M=3.81$ ,  $DP=1.14$ ) e da função Comprometimento ( $M=3.80$ ,  $DP=1.03$ ). Por último temos a função Atencional ( $M=3.51$ ,  $DP=1.05$ ) e a função Operativa ( $M=3.45$ ,  $DP=1.05$ ). Poder-se-ia argumentar que os terapeutas desta amostra dão grande importância ao estabelecimento do *setting* terapêutico, e maior importância à expressividade emocional no processo terapêutico e maior importância ao compromisso com seu trabalho como terapeuta (Carvalho et al., 2011).

### **Teste de Hipóteses**

Como anteriormente foi descrito, a presente investigação conta com três hipóteses. Em seguida são descritos os resultados da testagem de cada uma delas.

#### ***Hipótese 1: Existe uma Relação entre as Diferentes Funções do EPT e as Diferentes Orientações Teóricas***

Esta hipótese pretende verificar a associação entre os diferentes estilos pessoais do terapeuta e as diferentes orientações teóricas, nos participantes da amostra. Uma vez que a análise exploratória dos dados revelou o incumprimento dos pressupostos relativos à estatística paramétrica, foram utilizados testes não paramétricos para testar esta hipótese. Assim, utilizou-se o coeficiente de correlação de *Spearman's rho* para estudar a relação.

Verificou-se a existência de uma correlação positiva baixa entre a orientação teórica psicanalítica e a função Instrutiva ( $r=.384$ ,  $p<.05$ ). Também relativamente à orientação teórica psicanalítica, foi encontrada uma correlação negativa baixa com a função Operativa ( $r=-.335$ ). Desta forma conclui-se que os terapeutas cuja orientação teórica é predominantemente psicanalítica têm um estilo pessoal mais rígido (Função Instrutiva) e menos estruturado (Função Operativa).

Relativamente à orientação comportamental, verificou-se a existência de uma correlação positiva baixa com a função Atencional ( $r=.386$ ,  $p<.05$ ) e uma correlação positiva

moderada com a função Operativa ( $r=.528, p<.05$ ). Desta forma conclui-se que os terapeutas cuja orientação teórica é predominantemente comportamental, têm um estilo pessoal mais focalizado (Função Atencional) e mais estruturado (Função Operativa).

Quanto à orientação cognitiva, verificou-se a existência de uma correlação positiva moderada com a função Atencional ( $r=.412, p<.05$ ) e com a função Operativa ( $r=.486, p<.05$ ). De igual forma, verificou-se uma correlação negativa baixa com a Função Instrutiva ( $r=-.315, p<.05$ ). Desta forma conclui-se que os terapeutas cuja orientação teórica é predominantemente cognitiva têm um estilo pessoal mais focalizado (Função Atencional), mais estruturado (Função Operativa) e menos rígido (Função Instrutiva).

Em relação à orientação construtivista, verificou-se a existência de uma correlação positiva baixa com a função Instrutiva ( $r=.312, p<.05$ ). Desta forma poderia dizer-se que os terapeutas cuja orientação teórica é predominantemente construtivista têm um estilo pessoal mais rígido, pese embora os baixos valores de terapeutas com esta orientação.

As restantes orientações teóricas não mostraram correlações significativas com as diferentes funções do EPT.

**Tabela 10**

*Coefficientes de correlação de Spearman's rho entre as funções do EPT e as diferentes orientações teóricas (N=60)*

	Função Atencional	Função Operativa	Função Comprometimento	Função Expressiva	Função Instrutiva
Orientação					
Psicanalítica	-.227	-.335*	-.061	.184	.384*
Comportamental	.386*	.528*	.070	-.192	-.232
Cognitiva	.412*	.486*	.078	-.161	-.315*
Humanista	.116	.108	-.088	-.031	.002
Sistémica	-.042	.016	-.152	-.067	-.077
Cog. Comp,	.088	.156	-.216	.082	-.026
Construtivista	-.027	-.137	-.174	.088	.312*
Outra	-.800	-.200	.400	.800	-.105

\* correlação significativa  $<.05$

Assim, de acordo com os resultados apurados, devemos aceitar, mesmo que parcialmente, esta hipótese uma vez que se verificam correlações significativas, embora baixas ou moderadas, entre algumas das funções do EPT e algumas das orientações teóricas dos terapeutas, mostrando que os terapeutas com estilos mais focado (Função Atencional) e estruturado (Função Operativa) têm orientações teóricas predominantemente comportamentais ou cognitivas, ao passo que os terapeutas mais rígidos (Função Instrutiva) têm orientações teóricas predominantemente psicanalíticas ou construtivistas. Por outro lado, os terapeutas com estilos menos estruturados (Função Operativa) têm uma orientação teórica predominantemente psicanalítica assim como os terapeutas com estilos menos rígido (Função Instrutiva) têm uma orientação predominantemente cognitiva.

***Hipótese 2: Existe uma Relação entre as Diferentes Funções do EPT e as Variáveis: Idade, Sexo, Anos de Experiência, Tipo de População Clínica que Atende***

Esta hipótese pretende verificar a relação entre os diferentes estilos pessoais do terapeuta e as diferentes características sociodemográficas e profissionais dos sujeitos da amostra, nomeadamente a idade, o género, os anos de experiência, e o tipo de população clínica que atende. Uma vez que a análise exploratória dos dados revelou o incumprimento dos pressupostos relativos à estatística paramétrica, foram utilizados testes não paramétricos para testar esta hipótese. Assim, para analisar a relação entre as diferentes funções do EPT e a idade utilizou-se o coeficiente de correlação de *Spearman's rho*, tendo-se verificado não existirem diferenças significativas.

Para analisar a relação entre as diferentes funções do EPT e os anos de experiência utilizou-se também o coeficiente de correlação de *Spearman's rho*, tendo-se verificado uma correlação negativa baixa entre o número de anos de experiência e a função Comprometimento ( $r = -.302, p < .05$ ). De igual forma, verificou-se uma correlação positiva

baixa entre o número de anos de experiência e a função Instrutiva ( $r=.279, p<.05$ ). Desta forma conclui-se que os terapeutas com mais anos de experiência têm um estilo pessoal mais rígido (Função Instrutiva) e um baixo grau de comprometimento (Função Comprometimento), enquanto os terapeutas com menos anos de experiência tem um estilo mais comprometidos e mais flexíveis instrutivamente.

Quanto à relação entre as diferentes funções do EPT e o tipo de população clínica que atende, nomeadamente no que concerne ao grupo etário dos clientes, verificou-se uma correlação positiva baixa entre os pacientes adolescentes e a função Operativa ( $r=-.262, p<.05$ ). Desta forma conclui-se que os terapeutas com uma população clínica adolescente mais prevalente têm um estilo pessoal mais estruturado (Função Operativa). Os restantes grupos etários não mostraram nenhuma relação significativa. No que concerne ao tipo de problemática, registamos uma correlação positiva baixa entre o tipo de problemática demência e a função Expressiva ( $r=-.342, p<.05$ ), o que sugere que os terapeutas com uma população clínica com mais prevalência de demência têm um estilo pessoal mais próximo (Função Expressiva). As restantes problemáticas não mostraram uma relação significativa com as funções do EPT.

**Tabela 11**

*Coefficientes de Correlação de Spearman's rho entre as Funções do EPT, Idade, Anos de Experiência, Tipo de Pacientes e Tipo de Problemática (N=60)*

Variáveis	Função Atencional	Função Operativa	Função Comprometimento	Função Expressiva	Função Instrutiva
Idade	-.210	-.186	-.242	.175	.167
Anos Experiência	-.169	-.191	-.302*	.011	.279*
Pacientes					
Crianças	.129	.224	.002	-.168	.000
Adolescentes	.007	.262*	-.149	-.062	-.006
Adultos	-.037	-.068	-.122	.051	.060
Terceira Idade	.166	.104	.069	-.032	.032
Problemática					
Personalidade	-.021	.013	-.034	.068	.094
Ansiedade	-.017	.159	.034	-.036	.246
Depressivas	.015	.036	.140	-.014	.096
Psicóticas	-.127	-.067	.108	.126	.026
Dependências	-.120	-.127	-.124	-.075	.196
Demências	.019	.032	.342*	-.152	-.073
Comportamento	-.153	-.037	.153	.236	.003
Aprendizagem	.125	.166	-.034	-.158	.156
Neurodesenv.	-.045	-.041	-.040	-.117	.077

\* correlação significativa <.05

Para analisar a relação entre as diferentes funções do EPT e o sexo dos terapeutas, utilizou-se o teste *U* de *Mann-Whitney* para comparação dos grupos (masculino e feminino) relativamente a cada uma das funções do EPT, não se tendo verificado a existência de diferenças estatisticamente significativas na comparação entre os grupos, conforme mostra o quadro abaixo.

**Tabela 12**

*Resultado do Teste de U de Man-Whitney para Comparação dos Grupos Masculino e Feminino relativamente às Funções do EPT (N=60)*

Variável/Grupo	<i>n</i>	<i>Mean rank</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Função Atencional			-	.577
Masculino	8	33,7	.558	
Feminino	52	30,0		
Função Operativa			-	.735
Masculino	8	32,4	.339	
Feminino	52	30,2		
Função Comprometimento			-	.364
Masculino	8	25,3	.908	
Feminino	52	31,3		
Função Expressiva			-	.472
Masculino	8	34,6	.720	
Feminino	52	29,9		
Função Instrutiva			-	.475
Masculino	8	26,4	.714	
Feminino	52	31,1		

***Hipótese 3: Existe uma relação entre a escolha das diferentes orientações teóricas e as variáveis pessoais e profissionais.***

Para testar esta hipótese, utilizou-se as orientações teóricas pelas quais os profissionais se regem na atualidade.

Verificou-se que os terapeutas cuja orientação teórica é a comportamental e orientação cognitiva), atendem maioritariamente crianças e adolescentes. Quanto aos que têm uma abordagem cognitiva verificou-se também que têm mais anos de supervisão e utilizam mais terapias individuais.

Os terapeutas com orientação predominantemente cognitivo-comportamental, atendem mais adultos, com problemáticas relacionadas com perturbações de personalidade, de ansiedade e de depressão, sendo que recorrem mais às terapias familiares.

Os terapeutas predominantemente a teoria sistêmica tendem a tratar mais problemáticas de aprendizagem e utilizam mais terapias familiares e de grupo.

Os terapeutas que usam uma postura mais eclética tendem a ter mais anos de experiência, a tratar mais adultos e idosos, a terem mais anos de supervisão e a utilizarem mais terapias familiares (tabela 13).

**Tabela 13**

Coefficientes de Correlação de *Spearman's rho* entre a Orientação Teórica na Atualidade e as Variáveis Pessoais e Profissionais ( $N=60$ )

	Psicodin.	Comport.	Cognit.	Human.	Sistêmica	Cogitivo- Comp.	Construtiv.	Eclética
Idade	.193	-.119	-.053	.104	-.004	-.053	-	.149
Anos Exper. Pacientes	.189	-.124	-.073	.075	.052	.032	-	<b>.290*</b>
Crianças	-.226	<b>.457*</b>	<b>.388*</b>	.136	.091	.131	-	-.170
Adolescen.	-.122	<b>.460*</b>	<b>.375*</b>	-.066	-.018	.207	-	.169
Adultos	.101	-.074	.036	.230	.210	<b>.274*</b>	-	<b>.292*</b>
Idosos	.040	.089	.028	-.083	-.048	.158	-	<b>.329*</b>
Problemática								
Personalid.	.028	.026	.099	.087	.052	<b>.397*</b>	-	.028
Ansiedade	-.077	.164	.132	.048	.101	<b>.352*</b>	-	-.058
Depressão	-.143	.146	.085	.162	.137	<b>.330*</b>	-	.021
Psicóticas	.081	-.042	-.060	.087	.027	.157	-	.009
Dependen.	.100	.003	-.066	.136	.019	.113	-	.206
Demências	-.197	-.102	-.146	.122	.203	.251	-	.055
Comport.	.121	-.162	-.175	-.127	-.115	-.121	-	-.013
Aprendiz.	-.055	.184	.171	-.072	<b>.260*</b>	.248	-	.171
Neurodeg.	.185	-.062	-.037	.161	-.140	.056	-	.173
Anos formaç.	.130	-.133	-.143	.238	-.004	.002	-	<b>.286*</b>
Anos superv.	.228	-.202	<b>-.262*</b>	.150	-.012	-.039	-	.082
Terap. Indiv.	-.095	.214	<b>.315*</b>	.174	.048	.157	-	.133
Terap. Conj.	-.007	.037	-.059	.197	.236	.203	-	.227
Terap. Famil.	-.172	.090	.037	.238	<b>.336*</b>	<b>.477*</b>	-	<b>.263*</b>
Terap. Grupo	.091	-.009	.065	.003	<b>.298*</b>	.132	-	.206

\* correlação significativa  $<.05$

Os profissionais com formação em Psicologia da Família, Psicologia da Saúde e Educação e Psicologia Clínica e Educação (tabela 14), tendem a utilizar preferencialmente a orientação sistêmica na sua prática profissional.

**Tabela 14**

Resultados dos Testes de *Kruskal-Wallis* para Comparação dos Grupos de Área de Formação relativamente à orientação Teórica na Atualidade ( $N=60$ )

Variável/Grupo	<i>N</i>	<i>Mean rank</i>	$\chi^2$	<i>p</i>
<b><i>Psicodinâmica</i></b>			6.944	.543
Clínica	29	34,3		
Família	1	26,0		
Saúde	1	26.0		
Educação	2	26.0		
Clínica e Saúde	23	27.3		
Clínica e Saúde e Família	1	26.0		
Clínica e Saúde e Trabalho e Org.	1	26.0		
Saúde e Educação	1	26.0		
Clínica e Educação	1	26.0		
<b><i>Comportamental</i></b>			10.279	.246
Clínica	29	28.8		
Família	1	20.5		
Saúde	1	50.5		
Educação	2	50.5		
Clínica e Saúde	23	30.9		
Clínica e Saúde e Família	1	20.5		
Clínica e Saúde e Trabalho e Org.	1	20.5		
Saúde e Educação	1	20.5		
Clínica e Educação	1	50.5		
<b><i>Cognitiva</i></b>			5.879	.661
Clínica	29	30.9		
Família	1	19.5		
Saúde	1	49.5		
Educação	2	34.5		
Clínica e Saúde	23	29.9		
Clínica e Saúde e Família	1	19.5		
Clínica e Saúde e Trabalho e Org.	1	19.5		
Saúde e Educação	1	19.5		
Clínica e Educação	1	49.5		
<b><i>Humanista</i></b>			9.487	.303
Clínica	29	28.7		
Família	1	53.5		
Saúde	1	23.5		
Educação	2	23.5		
Clínica e Saúde	23	32.6		
Clínica e Saúde e Família	1	23.5		
Clínica e Saúde e Trabalho e Org.	1	23.5		
Saúde e Educação	1	23.5		
Clínica e Educação	1	53.5		
<b><i>Sistêmica</i></b>			17.500	.025*
Clínica	29	28.6		
Família	1	54.5		
Saúde	1	54.5		
Educação	2	24.5		
Clínica e Saúde	23	29.7		
Clínica e Saúde e Família	1	24.5		
Clínica e Saúde e Trabalho e Org.	1	24.5		
Saúde e Educação	1	54.5		
Clínica e Educação	1	54.5		

Variável/Grupo	N	Mean rank	X <sup>2</sup>	p
<b>Construtivista</b>			.000	1.000
Clínica	29	30.5		
Família	1	30.5		
Saúde	1	30.5		
Educação	2	30.5		
Clínica e Saúde	23	30.5		
Clínica e Saúde e Família	1	30.5		
Clínica e Saúde e Trabalho e Org.	1	30.5		
Saúde e Educação	1	30.5		
Clínica e Educação	1	30.5		
<b>Eclética</b>			7.323	.502
Clínica	29	29.8		
Família	1	19.5		
Saúde	1	49.5		
Educação	2	19.5		
Clínica e Saúde	23	32.5		
Clínica e Saúde e Família	1	49.5		
Clínica e Saúde e Trabalho e Org.	1	19.5		
Saúde e Educação	1	19.5		
Clínica e Educação	1	19.5		

\* correlação significativa <.05

Assim, de acordo com os resultados apurados, e apesar de não se ter verificado uma relação entre o EPT com a sua idade e o sexo do terapeuta, devemos aceitar, mesmo que parcialmente, esta hipótese uma vez que se verifica uma relação entre algumas das funções do EPT e algumas das características sociodemográficas e profissionais do terapeuta e características clínicas dos clientes.

Sumariamente verifica-se que os terapeutas com mais anos de experiência têm um estilo pessoal mais rígido instrutivamente e com menor grau de comprometimento enquanto os terapeutas menos experientes têm um estilo pessoal com maior grau de comprometimento e mais flexível instrutivamente. De igual forma, verifica-se que os terapeutas com um estilo pessoal mais estruturado operativamente têm uma população clínica adolescente mais prevalente. No mesmo sentido, verifica-se que os terapeutas que lidam com a problemática da demência têm um estilo pessoal mais próximo expressivamente.

## Análise Exploratória

Uma análise exploratória da relação entre as funções do EPT e outras variáveis do questionário sociodemográfico e profissional, demonstram algumas diferenças significativas, nomeadamente:

### *Contexto Profissional*

Relativamente ao contexto profissional, os terapeutas cujo contexto profissional não é a prática privada têm um estilo pessoal de maior grau de comprometimento, ou seja, o facto de o terapeuta não exercer especificamente prática privada parece aumentar a sua função Comprometimento.

**Tabela 15**

*Resultado do teste de U de Man-Whitney para Comparação dos Grupos de Contexto Profissional em Prática Privada relativamente às Funções do EPT (N=60)*

Variável/Grupo	<i>n</i>	<i>Mean rank</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Função Atencional			-1.225	.220
Prática Privada - Não	18	34,7		
Prática Privada - Sim	42	28,7		
Função Operativa			-.211	.833
Prática Privada - Não	18	31,2		
Prática Privada - Sim	42	30,2		
Função Comprometimento			-2.078	.038
Prática Privada - Não	18	37,6		
Prática Privada - Sim	42	27,5		
Função Expressiva			-.016	.987
Prática Privada - Não	18	30,6		
Prática Privada - Sim	42	30,5		
Função Instrutiva			-1.849	.065
Prática Privada - Não	18	24,2		
Prática Privada - Sim	42	33,2		

### *Pertence a Sociedades ou Associações Profissionais*

Há diferenças significativas relativamente à Função Instrutiva, mostrando que os terapeutas que pertencem a sociedades ou associações profissionais têm um estilo pessoal rígido instrutivamente. Não há diferenças significativas relativamente às restantes funções do EPT.

**Tabela 16**

*Resultado do teste de U de Man-Whitney para Comparação dos Grupos Pertencentes a Sociedades ou Associações Profissionais Relativamente às Funções do EPT (N=60)*

Variável/Grupo	<i>n</i>	<i>Mean rank</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Função Atencional			-0,055	.956
Não pertence	39	30,4		
Pertence	21	30,7		
Função Operativa			-1,199	.231
Não pertence	39	32,5		
Pertence	21	26,8		
Função Comprometimento			-0,398	.691
Não pertence	39	31,2		
Pertence	21	29,3		
Função Expressiva			-1,415	.157
Não pertence	39	28,2		
Pertence	21	34,8		
Função Instrutiva			-3,059	.002
Não pertence	39	25,5		
Pertence	21	39,		

### *Tempo de Formação e Tempo de Supervisão*

Verificou-se uma correlação positiva moderada entre o número de anos de formação e a função Instrutiva ( $r=-.418$ ,  $p<.05$ ). Desta forma conclui-se que os terapeutas com mais

anos de formação têm um estilo pessoal rígido instrutivamente. Da mesma forma se verificou uma correlação positiva baixa entre o número de anos de supervisão e a função instrutiva ( $r=-.394, p<.05$ ), explicando 15,5% da variância. Desta forma conclui-se que os terapeutas que passaram mais tempo em supervisão têm um estilo pessoal rígido instrutivamente. Como curiosidade, os terapeutas que tiveram mais anos de formação também tiveram mais anos de supervisão, havendo correlação positiva moderada entre ambos ( $r=.571, p<.05$ ).

Relativamente às restantes funções do EPT, não se verificaram mais correlações.

**Tabela 17**

*Coefficientes de correlação de Spearman's rho entre as Funções do EPT, os Anos de Formação e os Anos de Supervisão do Terapeuta (N=60)*

	Função Atencional	Função Operativa	Função Comprometimento	Função Expressiva	Função Instrutiva
Anos de Formação	.011	-.061	-.053	.067	.418*
Anos de Supervisão	-.093	-.227	-.046	.186	.394*

\* correlação significativa  $<.05$

## Discussão

Poderemos traçar o perfil dos psicólogos desta amostra, como sendo maioritariamente do sexo feminino, com uma média de idade de 38,9 anos, com formação pós-graduada de cinco anos, a média de anos de experiência profissional é de 12,9 anos, 33,3% encontra-se a receber regularmente supervisão, e 35% pertencem a sociedades ou associações profissionais. Com orientação teórica predominantemente cognitiva e integrativa/eclética, exercem principalmente em prática privada, na modalidade individual, os seus clientes são maioritariamente adultos, as perturbações que atendem com mais frequência são as perturbações de ansiedade e as depressivas. Estas características vão, na sua maioria, de encontro aos estudos realizados por Vasco et al. (2003) quanto ao perfil do psicólogo português. O estudo de Cravo e Moleiro (2011) evidencia a orientação integrativa/eclética e

cognitiva, como uma das que apresentou valores mais altos, tal como no presente estudo. Por outro lado, a orientação psicanalítica foi uma das orientações que apresentou valores mais baixos neste estudo, contrariando a tendência apresentada em ambos estudos anteriormente referidos. Comparando a variação das orientações teóricas ao longo da carreira, as orientações humanista, sistémica, cognitivo-comportamental e integrativas/ecléticas, aumentaram significativamente desde o início até à atualidade, ao contrário do estudo de Cravo e Moleiro (2011) que não identificou alterações dignas de registo.

Relativamente à relação entre o EPT e as orientações teóricas, verificaram-se algumas relações estatisticamente significativas. Os terapeutas cuja orientação teórica é predominantemente psicanalítica têm um estilo pessoal mais rígido (Função Instrutiva), tal como se verificou nos estudos de Carvalho et al. (2011) e Casari et al. (2013) e menos estruturado (Função Operativa), o vai de encontro aos estudos realizados por Casari et al. (2013), Casteñeiras et al. (2008), e Evaristo (2010). Significa que os terapeutas de orientação psicanalítica parecem ser mais inflexíveis, quanto à mudança de tarefas e regras implementadas dentro de um quadro terapêutico. Por outro lado, revelam-se mais espontâneos na implementação de técnicas terapêuticas, utilizando uma forma de intervenção mais intuitiva, o que proporciona uma maior participação do cliente (Soares, 2007).

Terapeutas cuja orientação teórica é predominantemente comportamental e cognitiva, são mais estruturados (Função Operativa), tal como se verificou no estudo de Carvalho et al. (2011) e mais focalizados (Função Atencional), também verificado pelo estudo de Evaristo (2010). Significa que os terapeutas de orientação comportamental e cognitiva são mais diretivos, com técnicas delineadas para implementar em cada sessão, e com a sua atenção muito focada no cliente por forma a recolher informação e que ajudará a decidir as técnicas a utilizar nas suas intervenções e a avaliar o progresso do processo terapêutico. Estes

resultados estão de acordo com as técnicas e características de atuação dos terapeutas desta orientação teórica.

Também se verificou um estilo pessoal mais rígido (Função Instrutiva) nos terapeutas de orientação construtivista, ou seja, estabelecem um conjunto e prescrições atribuídas ao cliente durante o processo terapêutico e o estabelecimento de normas e regras orientadoras do processo terapêutico, que se pretende que o cliente cumpra. No entanto, atendendo às características que definem o construtivismo, como uma terapia que respeita o cliente, construtor dos seus significados e o papel colaborante do terapeuta, não se coadunam com a rigidez se verificou neste estudo, sendo necessário fazer mais estudos para aprofundar este resultado, até porque se trata de uma correlação positiva baixa. Verificou apenas neste estudo um estilo pessoal menos rígido (Função Instrutiva) nos terapeutas cognitivos, ou seja, poderão aceitar a necessidade de terem de fazer alterações durante o processo terapêutico, dando lugar a uma maior flexibilidade no estabelecimento de regras.

No que se refere à relação entre o EPT e os dados sociodemográficos e profissionais, não foi possível verificar se o estilo pessoal é afetado pela idade e pelo sexo do terapeuta, contrariamente ao encontrado noutros estudos.

No entanto, verificou-se que os terapeutas com mais anos de experiência têm um estilo pessoal mais rígido no estabelecimento do *setting* e plano terapêutico (Função Instrutiva) e um baixo grau de envolvimento pessoal (Função Comprometimento), o que confirma em parte o estudo de Palma e Godim (2016). Poderá dizer-se que a experiência profissional ajuda a criar um maior distanciamento com os clientes e a estabelecer uma conduta no *setting* terapêutico mais organizada e planeada. Neste estudo não houve relação dos anos de experiência com as funções Atencional e Operativa como se verificou noutros estudos (Castañeiras et al., 2008; Palma & Godim, 2016).

Quanto à faixa etária com que os terapeutas trabalham, verificou-se que numa população clínica adolescente, os terapeutas têm um estilo pessoal mais estruturado (Função Operativa), na implementação de técnicas terapêuticas, o que poderá significar a necessidade de utilizar técnicas de intervenção mais estruturadas por forma a controlar o possível o grau de imprevisibilidade da população adolescente.

Terapeutas com uma população clínica com mais prevalência de demência têm um estilo pessoal mais próximo (Função Expressiva), pelo que fomenta um intercâmbio emocional maior com clientes que sofrem deste tipo de declínio cognitivo. Este dado contraria o estudo realizado com clientes severamente perturbados (onde está incluída a demência) que indica o oposto na função Expressiva (Rial et al., 2006).

Os terapeutas cujo contexto profissional não é prática privada têm um estilo pessoal de maior grau de comprometimento, ou seja, o facto de o terapeuta não exercer especificamente em contexto de consulta privada parece aumentar o seu envolvimento pessoal com o trabalho, não se podendo estabelecer relação com o grau de comprometimento dos terapeutas que exercem em instituições públicas quer privadas.

Os terapeutas que pertencem a sociedades ou associações profissionais, com mais anos de formação e mais tempo de supervisão, têm um estilo pessoal rígido instrutivamente. Poderá ser devido ao fato de seguirem uma determinada orientação teórica relacionada com a associação ou sociedade a que pertence, um maior tempo de estudo e mais tempo de supervisão que tendencialmente tenham adquirido maior rigidez quanto à organização e estruturação do ambiente terapêutico. São também caracterizados por terem uma postura mais eclética, a tratar maioritariamente adultos e idoso e a utilizar terapias familiares.

Por fim, os profissionais com formação em Psicologia da Família, Psicologia da Saúde e Educação e Psicologia Clínica e Educação tendem a utilizar preferencialmente a orientação sistémica na sua prática profissional.

## Conclusão

Após a análise estatística dos resultados desta amostra, podemos afirmar que existe uma relação entre as diferentes funções do EPT e as orientações teóricas, nomeadamente a orientação psicanalítica, cognitiva, comportamental e construtivista, que tiveram relação estatisticamente significativa com as funções Instrutiva, Operativa e Atencional. Também se verificou uma relação entre as diferentes funções do EPT e algumas variáveis sociodemográficas e profissionais, nomeadamente anos de experiência, contexto de trabalho, a pertença a sociedades ou associações profissionais, anos de formação, tempo de supervisão, faixa etária da população adolescente e população clínica que atende (demências). Desta forma, podemos confirmar parcialmente as hipóteses propostas neste estudo, não obstante de ter de se fazer estudos com uma amostra mais numerosa, para poder relacionar mais variáveis com o EPT e que permita uma melhor consistência interna nas funções Instrutiva, Comprometimento e Atencional, para obter resultados mais fidedignos no relacionamento das variáveis com estas funções.

Podemos apontar como limitações, baixa consistência interna das funções juntamente com uma amostra reduzida, como já foi referido anteriormente. Também a escolha da amostra foi de conveniência, que abordou profissionais de algumas cidades do norte do país para o preenchimento dos questionários em papel, não sendo representativa da população de psicólogos em Portugal. Verificou-se dificuldade na adesão dos terapeutas e das instituições, bem como o prolongado tempo de resposta, que foi atrasando e dificultando a investigação. Outra limitação prende-se com o facto de não se poder controlar quem fornece as respostas por via *on-line*, que embora permita chegar a um maior número de pessoas, a sua adesão também não foi significativa.

Para futuros estudos, seria importante reunir uma amostra maior, que abrangesse várias zonas do país, para conhecer qual o impacto demográfico no EPT, fazer estudos mais

direcionados a terapeutas que trabalham com uma determinada população clínica, por forma a aprofundar a características pessoais dos terapeutas face à população clínica que atente, e também relacionar o EPT com os tipos de personalidade dos terapeutas, para compreender qual a influencia que esta tem no seu estilo e se existe algum padrão de estilo consoante a personalidade.

Para tal, seria também importante sensibilizar os psicólogos a aderirem a estes estudos, pese embora sejam voluntários, também são confidências e de grande importância para a ciência, uma vez que o objetivo final é dar conhecimento aos profissionais para poderem obter informação de como a sua prática clínica pode ser melhorada com as informações que são recolhidas em estudos sobre o processo terapêutico.

### Referências bibliográficas

- Amorim, M. & Castañon, G. A. (2013). São os terapeutas construtivistas idealistas? *Revista brasileira de terapias cognitivas*, 9(1), 51-60. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20130008>
- Boswell, J., Castonguay, L., & Pincus, A., (2009). Trainee theoretical orientation: profiles and potential predictors. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19 (3), 291-312. <https://www.researchgate.net/publication/263916394>
- Carvalho, H., Corbella, S., & Matos, P. (2011). Análisis factorial confirmatorio de la versión corta portuguesa del cuestionario del estilo personal del terapeuta (EPT-C). *Revista argentina de clínica psicológica*, 20, 91-102. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/108191/2/98349.pdf>
- Casari, L., Albanesi, S., Maristany, M. & Ison, M. (2016). Estilo personal del terapeuta en psicoterapeutas de adicciones. *Revista argentina de clínica psicológica*, 25(1), 17-26. ISSN: 0327-6716
- Casari, L., Assennato, F., & Grzona. S. (2017). Estilo personal del terapeuta de psicólogos que trabajan en autismo. *Revista de psicoterapia*, 28(108), 169-188. ISSN: 1130-5142
- Casari, L., Gómez, B., & Ison, M. (2019) Investigaciones llevadas a cabo con el EPT-C. *El estilo personal del terapeuta* (pp. 91-137). [https://www.researchgate.net/publication/336533001\\_Investigaciones\\_llevadas\\_a\\_cabo\\_con\\_el\\_EPT-C](https://www.researchgate.net/publication/336533001_Investigaciones_llevadas_a_cabo_con_el_EPT-C)
- Casari, L., Ison, M., & Gómez, B. (2019). Estilo personal del terapeuta: comparación entre profesionales que trabajan instituciones de adicciones y profesionales del área clínica general. *Revista costarricense de psicología*, 38(1), 57-73. <http://dx.doi.org/10.22544/rcps.v38i01.04>

- Casari, L., Ison, M., & Gómez, B. (2019). Estilo personal del terapeuta: estado actual (1998-2017). *Revista argentina de clínica psicológica*, 27(3), 466-477.
- Casari, L., Morán, V., & Ison, M. (2017). Cuestionario de estilo personal del terapeuta: análisis factorial confirmatorio de modelos rivales con psicoterapeutas argentinos. *Psychologia*, 11(2), 69-84. doi: 10.21500/19002386.2725
- Castañeiras, C., Ledesma, R., García, F., & Fernández-Álvarez, H. (2008). Evaluación de una versión abreviada del cuestionario EPT-C. *Terapia psicológica*, 26(1), 5-13. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100001>
- Castañon, G. A. (2005). Construtivismo e ciências humanas. *Ciências & Cognição*, 5(1), 36-49. <http://cienciasecognicao.org>
- Castañon, G. A. (2015). O que é o construtivismo?. *Cad. Hist. Fil. Ci.*, 1(2), 209-242. 744-Texto do artigo-1387-1-10-20170518.pdf
- Cobo, L., Nassetta, S., & Maristany, M. (2013) Influencia del enfoque teórico en el estilo personal del terapeuta. *Psicogente*, 16 (29), 132-142. ISSN 0124-0137
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221. ISSN: 0212-9728
- Costa, R., (2012). *Apliação da psicoterapia psicodinâmica na crise no contexto do internamento psiquiátrico* [Master's thesis, Universidade de Lisboa, Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa <http://hdl.handle.net/10451/8288>
- Cravo, A., & Moleiro, C. (2011). Que integração em psicoterapia: um estudo descritivo das práticas de psicoterapeutas portugueses. *Análise Psicológica*, 2(29), 215-229. <https://doi.org/10.14417/ap.49>
- Demont, E., (2015). *A psicologia: história, métodos, experiências*. Texto & Grafia.
- Dias, M., (2010). *Planos de investigação. Avançando passo a passo*. Edições Afrontamento.

- Duran, A. (2001). Construtivismo e psicoterapia. *Interações*, 5 (11), 91-106.  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35401107>
- Evaisto, P. (2010). *Estilos pessoais dos terapeutas e estilos de vinculação* [Master's thesis, Universidade de Évora]. Repositório da Universidade de Évora.  
<http://hdl.handle.net/10174/19008>
- Fernandes, E., Senra, J., & Feixas, G. (2009). *Psicoterapia construtivista: Um modelo centrado em dilemas*. Psiquilíbrios Edições.
- Genise, G. (2015). Relación entre el estilo personal del terapeuta, estilo de apego y factores de personalidad del terapeuta. *Psicodebate*, 15(1), 9-22.  
<http://dx.doi.org/10.18682/pd.v15i1.481>
- Gonçalves, O. (2020). *Terapias cognitivas: teorias e práticas*. Edições Afrontamento.
- Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e Complexidade: evolução e desenvolvimento do pensamento Rogeriano*. (1ª ed.). EDIUAL. <http://hdl.handle.net/11144/4108>
- Lampropoulos, G. K., & Dixon, D. N. (2007). Psychotherapy integration in internships and counselling psychology doctoral programs. *Journal of Psychotherapy Integration*, 17, 185-208. doi: 10.1037/1053-0479.17.2.185
- Magalhães, I., & Matos, P. M. (2010). Nos trilhos do jovem psicoterapeuta: um estudo qualitativo. *Actas Do VII Simpósio Nacional de Investigação Em Psicologia*.  
<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21480/2/86073.pdf>
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de Psicologia*. 4(1), 65-90.  
<http://publicacoes.ispa.pt/index.php/lp/article/viewFile/763/706>
- Oliveira, N., & Benetti, S. (2015). Aliança terapêutica: estabelecimento, manutenção e ruptura da relação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 67(3), 125-138. ISSN 1809-5267

- Palma, E., & Gondim, S. (2016). Questionário reduzido do estilo pessoal do terapeuta: evidências de validade. *Avaliação Psicológica*, 15(3), 298-307.  
<http://dx.doi.org/10.15689/ap.2016.1503.02>
- Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Sánchez-Reales, S., Youn, S., Inchausti, F., & Molinari, G. (2019). La persona del terapeuta: validación española del cuestionario de evaluación del estilo personal del terapeuta (EPT-C). *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 24, 131-140. doi: 10.5944/rppc.24367
- Raguso, F., (2006). O modelo relacional em Psicologia: desafios e perspectivas ", *Pessoas & Sintomas*, 1, 8 - 11.
- Raguso, F., (2007). A relação terapêutica na psicologia relacional, *Pessoas & Sintomas*, 2, 34-38.
- Rial, V., Castañeiras, C., García, F., Gómez, B., & Fernández-Álvarez, H. (2006). Estilo personal de terapeutas que trabajan con clientes severamente perturbados: un estudio cuantitativo y cualitativo. *Revista Asoc. Esp. Neuropsiq.* 98 (26). pp. 191-208. ISSN: 0211-5735
- Ribeiro, A., Gonçalves, M. M. & Ribeiro, E. (2009). Processos narrativos de mudança em psicoterapia: Estudo de um caso de sucesso de terapia construtivista. *Psychologica*, 50, 181-203. doi: [https://doi.org/10.14195/1647-8606\\_50\\_9](https://doi.org/10.14195/1647-8606_50_9)
- Ribeiro, E. (2019). Aliança terapêutica: conceito, modelos e avaliação. In E. Ribeiro (Ed.). *Aliança terapêutica: da teoria à prática clínica*. (pp. 11-22) Psiquilíbrios.  
<https://www.psiquilibrios.pt/wp-content/uploads/2017/05/Alia%C3%A7%C3%A3o-terapia-inicio.pdf>
- Richard, M. (2020). *As correntes da psicologia*. (2ª Ed.) Instituto Piaget.

- Santana, L. (2010). *Tornar-se psicoterapeuta: expectativas, preocupações e construção do estilo pessoal do terapeuta*. [Master's thesis, Universidade de Évora]. Repositório da Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/19055>
- Soares, M. (2007). *Parar, pensar e avaliar a psicoterapia - contribuições da investigação de diádes de terapeutas e clientes portuguesas* [Doctoral dissertation, Universidade Ramon Llull]. Repositório científico e digital da Universidade da Madeira <http://hdl.handle.net/10400.13/1387>
- Soares, M. (2011). O estado da arte psicoterapêutica: evolução histórica e bases epistemológicas da psicoterapia. *Revista de psicologia da IMED*, 3(1), 462-475. <https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v3n1p462-475>
- Souza, I., & Cândido, C. (2010). Diagnóstico psicológico e terapia cognitiva: considerações atuais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 5(2), 82-93. doi: 10.5935/1808-5687.20090017
- Topolinski, S., & Hertel, G. (2007). The role of personality in psychotherapists' careers: Relationships between personality traits, therapeutic schools, and job satisfaction. *Psychotherapy Research*, 17(3), 378-390. doi: 10.1080/10503300600830736
- Vasco, A. (2001). Tendências ecléticas nos psicoterapeutas portugueses. Comparações com um estudo anterior. *Psicologia*, 15(2), 289-298. doi: <http://dx.doi.org/10.17575/rpsicol.v15i2.500>
- Vasco, A., Santos, O., & Silva, F. (2003). Psicoterapia sim! eficácia, efectividade e psicoterapeutas (em Portugal). *Psicologia*, 17 (2), 485-495. <http://dx.doi.org/10.17575/rpsicol.v17i2.463>
- Zanelatto, N. (2013). Mindfulness e terapia cognitivo-comportamental na prevenção da recaída. In N. Zanelatto & R. Laranjeira (Org.), *O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais* (pp. 182-193). Artmed Editora Ltda.

**Anexos**

**Anexo A. Carta de Apresentação do Estudo**



### **CARTA DE APRESENTAÇÃO DO ESTUDO**

“Relação entre as características pessoais e, profissionais e a orientação teórica do terapeuta”

O estudo acerca das características do profissional de Psicologia e dos modelos psicoterapêuticos têm acompanhado a investigação que tem sido feita sobre a psicoterapia ao longo do tempo (Orlinsky et al., 1999). Entretanto, nos últimos 20 anos, enfatizou-se um maior interesse pelo estudo dos modelos psicoterapêuticos, em detrimento da investigação relacionada com as características do profissional de Psicologia (Beutler et al., 2004). No entanto, este paradigma tem sido questionado através de investigações que apontam a importância das características do profissional de Psicologia na escolha das orientações teóricas, metodologias e técnicas de intervenção (Ahn & Wampold, 2001).

Em Portugal, o número de investigações sobre o tema não está muito desenvolvido (Magalhães & Matos, 2010), revelando a importância de se realizar estudos mais aprofundados acerca das características do profissional de Psicologia e o seu impacto na prática profissional.

O presente estudo pretende contribuir para a compreensão do processo terapêutico sob o ponto de vista do profissional de Psicologia, com o intuito de explorar a relação entre variáveis demográficas e profissionais, estilos pessoais, características de personalidade e orientação teórica.

Enquanto profissional/ estagiário profissional na área de Psicologia, gostaríamos de o/a convidar a participar neste estudo, uma vez que a sua participação é de relevante importância para aumentar o conhecimento científico nesta área.

Investigadora: Elisabete Martins

Orientadora: Doutora Armanda Gonçalves

**Anexo B. Consentimento Informado**



## CONSENTIMENTO INFORMADO

No âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, na Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais, da Universidade Católica Portuguesa, vimos por este meio solicitar sua participação numa investigação intitulada “**Relação entre as características pessoais e, profissionais e a orientação teórica do terapeuta**”, sob orientação da Doutora Armanda Gonçalves.

**Introdução:** A pesquisa sobre o processo terapêutico e os respetivos fatores influenciadores, no contexto nacional, é bastante limitada. Torna-se importante explorar o assunto, procurando perceber a relação entre a orientação teórica, os estilos pessoais e os fatores da personalidade do profissional de Psicologia.

A importância de relacionar as variáveis supracitadas pode ser explicada considerando-se que se o terapeuta consegue um maior conhecimento de si mesmo, poderá trabalhar as suas características e influenciar positivamente as respetivas ações.

**Finalidade e objetivos do estudo:** Objetivamos explorar a relação entre a orientação teórica, os estilos pessoais e os fatores da personalidade do profissional de Psicologia.

**Modalidades de participação:** A investigação assenta numa abordagem quantitativa e exploratória, caracterizando-se por um estudo de natureza inferencial e correlacional. Para a recolha de dados utilizam-se os seguintes questionários:

- a) Questionário sociodemográfico e profissional baseado no DPCCQ - *Portuguese-Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire* (Orlinsky & Ronnestad, 1999, adaptado por Vasco, Santos, & Silva, 2003);

- b) Versão reduzida portuguesa do Questionário Estilo Pessoal do Terapeuta (EPT-Q) (Castañeiras, Ledesma, García, & Fernández-Álvarez, 2008, adaptado por Carvalho, Corbella, & Matos, 2011).

Os dados recolhidos serão feitos de forma presencial e analisados através do programa estatístico IBM – *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM – SPSS; versão 20.0).

**Condições de participação:** Para participar no estudo, deve ser profissional ou estagiário profissional na área da psicologia.

**Vantagens ligadas à participação:** Os benefícios ligados à participação prendem-se com a contribuição para conhecimento científico da área.

**Participação voluntária e abandono ou exclusão do estudo:** A participação é estritamente voluntária e a desistência, a qualquer momento, é um direito que assiste a todos os participantes.

**Caráter confidencial das informações:** Apenas terão acesso aos dados recolhidos os investigadores responsáveis e o respetivo Professor orientador, pelo que garantimos o total anonimato e confidencialidade dos participantes.

**Questões sobre o estudo (informações e urgência):** Em caso de necessidade de informações complementares sobre o estudo podem contactar: Elisabete Martins para [ectmartins@gmail.com](mailto:ectmartins@gmail.com)

Pedimos deferimento ao pedido e desde já agradecemos a disponibilidade e atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

As investigadoras:  
*Doutora Armanda Gonçalves*  
*Elisabete Martins*

**Anexo C. Declaração de Consentimento**



CATOLICA  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

---

BRAGA

### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

**Participação no projeto de investigação: “Relação entre as características pessoais e, profissionais e a orientação teórica do terapeuta”.**

Investigadoras: Doutora Armanda Gonçalves, Elisabete Martins

Reconheço que os procedimentos de investigação descritos na carta anexa me foram explicados. Compreendo igualmente a vantagem que há na participação neste estudo. Compreendo que tenho o direito de colocar qualquer questão sobre o estudo, a investigação ou os métodos utilizados. Asseguraram-me que a informação prestada será guardada de forma confidencial e que nenhuma informação, para além da informação solicitada, será publicada ou comunicada, sem a minha permissão. Compreendo que sou livre de a qualquer momento me retirar deste estudo.

Data: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

**Anexo D. Questionário Sociodemográfico e Profissional**

## Questionário sociodemográfico e profissional

Baseado no *Portuguese Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire*

(Orlinsky & Ronnestad, 1999; adaptado por Vasco, et al., 2003)

O presente questionário visa obter informações relativas a si próprio e à sua prática profissional. Por favor, tente responder a todas as questões. A maioria delas pode ser respondida assinalando a melhor alternativa.

### DADOS DEMOGRÁFICOS

1. **Idade:** \_\_\_\_\_ anos

2. **Género:** feminino  masculino

3. **Habilitações académicas**

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

4. **Área de formação**

Psicologia Clínica

Psicologia da Família

Psicologia da Justiça

Psicologia do Trabalho e Organizações

Outra: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Psicologia da Saúde

Psicologia da Educação

Psicologia do Desporto

Psicologia Clínica e Saúde

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

5. **Situação profissional atual**

Profissional

Estagiário/a da Ordem

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

## 6. Contexto profissional

- A exercer numa instituição pública
- A exercer numa instituição privada
- A exercer prática privada
- Outro: \_\_\_\_\_

**Identifique o tipo de contexto:**

\_\_\_\_\_ (exemplo: escola, hospital, clínica, estabelecimento prisional, empresa, etc.)

## RELATIVO À SUA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

### 7. Pertence a sociedades ou associações profissionais?

Não

Sim  Por favor, indique os nomes daquelas a que pertence: \_\_\_\_\_

### 8. No todo, quanto tempo **recebeu formação em técnicas e teorias terapêuticas** (aulas, seminários e outros)? [inclua o tempo durante e após a formação académica]

\_\_\_\_\_ anos

### 9. No todo, quanto tempo **recebeu supervisão de casos** relativo ao seu trabalho terapêutico (sessões individuais ou de grupo)? [inclua o tempo durante e após a formação académica]

\_\_\_\_\_ anos

### 10. De momento, encontra-se a receber regularmente supervisão para qualquer um dos seus casos de terapia (terapia individual, terapia de grupo, etc.)?

Não

Sim  Para quantos casos? \_\_\_\_\_

### 11. No todo, há quanto tempo se dedica à consulta psicológica (**Anos de Experiência**)? [inclua o tempo de prática durante e após a formação académica]

\_\_\_\_\_ anos

12. Estime o **número de casos** que seguiu em cada uma das seguintes modalidades:

	<u>0</u>	<u>1-3</u>	<u>4-9</u>	<u>10-15</u>	<u>16-24</u>	<u>25+</u>
Terapia individual (número de pacientes)	0	1	2	3	4	5
Terapia conjugal (número de casais)	0	1	2	3	4	5
Terapia familiar (número de famílias)	0	1	2	3	4	5
Terapia de grupo (número de grupos)	0	1	2	3	4	5
Outro (especifique): _____	0	1	2	3	4	5

13. Estime o **número de pacientes** que seguiu em cada um dos seguintes grupos etários:

	<u>0</u>	<u>1-3</u>	<u>4-9</u>	<u>10-15</u>	<u>16-24</u>	<u>25+</u>
Crianças	0	1	2	3	4	5
Adolescentes	0	1	2	3	4	5
Adultos	0	1	2	3	4	5
Terceira idade	0	1	2	3	4	5

14. Qual(ais) o(s) tipo(s) de problemática(s) que atende mais frequência?

	<u>0 = Nenhuma</u>	.....	<u>5 = Muita</u>			
Perturbações da personalidade	0	1	2	3	4	5
Perturbações da ansiedade	0	1	2	3	4	5
Perturbações depressivas	0	1	2	3	4	5
Perturbações psicóticas	0	1	2	3	4	5
Perturbação do neurodesenvolvimento	0	1	2	3	4	5
Dependências	0	1	2	3	4	5
Demências	0	1	2	3	4	5
Outro (especifique): _____	0	1	2	3	4	5

## RELATIVO À ORIENTAÇÃO TEÓRICA

**15. Quando começou a trabalhar como psicólogo, até que ponto a sua prática terapêutica se guiava por cada uma das perspetivas teóricas seguintes?**

	<b>[0 = Nada</b>	.....	<b>5 = Muito]</b>			
Psicanalítica/Psicodinâmica	0	1	2	3	4	5
Comportamental	0	1	2	3	4	5
Cognitiva	0	1	2	3	4	5
Cognitiva-comportamental	0	1	2	3	4	5
Humanista	0	1	2	3	4	5
Sistémica	0	1	2	3	4	5
Construtivista	0	1	2	3	4	5
Outra (especifique): _____	0	1	2	3	4	5

**16. Até que ponto considerava a sua prática terapêutica predominantemente integrativa/eclética?**

	<b>[0 = Nada</b>	.....	<b>5 = Muito]</b>			
Integrativa/Eclética	0	1	2	3	4	5

**17. Assinale a perspetiva teórica dominante pela qual orienta o seu trabalho atualmente.**

	<b>[0 = Nada</b>	.....	<b>5 = Muito]</b>			
Psicanalítica/Psicodinâmica	0	1	2	3	4	5
Comportamental	0	1	2	3	4	5
Cognitiva	0	1	2	3	4	5
Cognitiva-comportamental	0	1	2	3	4	5
Humanista	0	1	2	3	4	5
Sistémica	0	1	2	3	4	5
Construtivista	0	1	2	3	4	5
Outra (especifique): _____	0	1	2	3	4	5

18. Até que ponto considera a sua prática terapêutica **predominantemente**  
**integrativa/eclética atualmente?**

**0 = Nada** ..... **5 = Muito**

Integrativa/Eclética	0	1	2	3	4	5
----------------------	---	---	---	---	---	---

**Anexo E. Versão Reduzida Portuguesa do Questionário do Estilo Pessoal do Terapeuta  
(EPT-Q)**

## Versão reduzida portuguesa do Questionário Estilo Pessoal do Terapeuta (EPT-Q)

(Castañeiras, et al., 2008; adaptado por Carvalho, et al., 2011)

Leia atentamente cada uma das frases e assinale a resposta que melhor descreve a forma como habitualmente se sente na sua prática psicoterapêutica. Apesar da prática psicoterapêutica poder variar de acordo com os clientes, responda de acordo com o modo mais geral e frequente como exerce o seu trabalho. Não pense demasiado no significado de cada afirmação. A resposta mais espontânea é a mais valiosa.

	Discordo completamente				Concordo completamente		
	1	2	3	4	5	6	7
1. Costumo manter uma escuta mais aberta e recetiva do que direcionada e focalizada.	1	2	3	4	5	6	7
2. Como terapeuta prefiro indicar aos clientes o que se deve fazer em cada sessão.	1	2	3	4	5	6	7
3. As emoções que os clientes me despertam são decisivas para o curso do processo.	1	2	3	4	5	6	7
4. Exijo o cumprimento rigoroso dos honorários.	1	2	3	4	5	6	7
5. Valorizo pouco as intervenções estruturadas.	1	2	3	4	5	6	7
6. A expressão de emoções do terapeuta é um instrumento poderoso de promoção da mudança.	1	2	3	4	5	6	7
7. Fora das horas de trabalho deixo de pensar no cliente.	1	2	3	4	5	6	7
8. As mudanças significativas ocorrem em sessões com clima emocional intenso.	1	2	3	4	5	6	7
9. Gosto de me surpreender com aquilo que o cliente traz para as sessões sem ter ideias prévias.	1	2	3	4	5	6	7
10. O que acontece com os meus clientes tem pouca influência na minha vida pessoal.	1	2	3	4	5	6	7
11. Sou predominantemente diretivo nas minhas intervenções.	1	2	3	4	5	6	7
12. Penso bastante no meu trabalho mesmo nas horas livres.	1	2	3	4	5	6	7

13. Costumo planejar todo o processo terapêutico desde o início.	1	2	3	4	5	6	7
14. Nunca altero a duração das sessões a menos que seja imprescindível para promover mudanças terapêuticas.	1	2	3	4	5	6	7
15. Costumo expressar se algo me irrita durante uma sessão.	1	2	3	4	5	6	7
16. Uma grande proximidade emocional com os clientes é imprescindível para a promoção de mudanças terapêuticas.	1	2	3	4	5	6	7
17. Prefiro os processos onde estão programados todos os passos a seguir.	1	2	3	4	5	6	7
18. Penso nos problemas dos clientes fora das sessões.	1	2	3	4	5	6	7
19. Sou bastante flexível com os horários.	1	2	3	4	5	6	7
20. Desde o início das sessões deixo fluir a minha atenção.	1	2	3	4	5	6	7