



**LSPA**  
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**“Aversão à Investigação”? Resultados de um Questionário sobre a Influência da Investigação na Prática Clínica dos Psicólogos e Psicoterapeutas em Portugal.**

André Filipe de Oliveira Camponês

Orientador da Dissertação:

Professor Doutor António Gonzalez

Coordenador de Seminário de Dissertação:

Professor Doutor António Gonzalez

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção de grau de:

Mestre em Psicologia

Especialidade em:

Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professor Doutor António Gonzalez, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

*“Os factos são sempre amigos.  
O mínimo esclarecimento que conseguimos obter, seja em que domínio for, aproxima-  
nos muito mais daquilo que é a verdade”.*

*Carl Rogers, In Tornar-se Pessoa*

## **Agradecimentos**

*A todos o meu obrigado. É com sinceridade que agradeço:*

*- Aos meus pais, Carmen e Ilídio. Vocês são a minha grande força de viver e de acreditar. Só vos posso desejar o melhor do mundo. Agarro, com todas as minhas forças, as que tenho e as que não tenho, cada momento no tempo que com vocês coexisto. Se hoje eu posso conquistar algo, a vocês devo. Obrigado por todo o sacrifício que fizeram por mim. Um dia dar-vos-ei um pedaço de uma estrela... e será pouco.*

*- À minha irmã. Pela pessoa especial que és na minha vida. Este laço que nos ligará para sempre será o pulsar da mais pura e transparente felicidade daquilo que ainda vamos viver (juntos). Como sempre dizemos um ao outro “o nosso sangue é muito forte!” e continuará a sê-lo enquanto os dois vivermos.*

*- À minha avó Teresa e à Nina. Onde quer que estejam o meu amor vos dedica tudo o que faço.*

*- À minha avó Quinita, nunca me esqueço de ti avó... Um pedido: permanece muitos anos.*

*- À Leticia, por me dar verdadeira companhia, amor, carinho e por toda a ajuda nos momentos menos bons da minha vida. Pela nossa filha Alícia, que a caminho deste mundo vem, obrigado... e obrigado!*

*- A ti Alícia que vais nascer em breve. Sei que já me ouves. O pai espera-te para te dar o melhor que conseguir, prometo...aí sim, no maior desafio da minha vida. Sei que um dia vamos ler isto...está combinado!*

*- Ao Pedro Jesus. Obrigado. Um dia construirás a melhor e mais bonita casa de todas.*

*- Ao professor António Gonzalez, pelo apoio e por todos os ensinamentos que vou levar comigo. No primeiro ano, marcou-me pela sua postura de mestre afável e pela sua sabedoria. Hoje agradeço pela orientação concedida e por termos conseguido cumprir. Obrigado!*

*- Ao Gonçalo... um abraço especial também para ti! Desejo-te o melhor do mundo, se houve coisas boas que o ISPA me deu, foste uma delas.*

*- Ao Francisco. Obrigado pelo companheirismo. És o amigo que todos desejamos ter. Um dia vamo-nos sentar com as nossas famílias e rir de tudo...tudo.*

- Ao Bernardo Vasconcelos. *“I saw the best minds of my generation destroyed by madness” too. Obrigado. Sei que um dia todos vamos ouvir falar do teu elefante cor-de-rosa. És um grande escritor, poeta e amigo... A tua essência transcende e contagia todos à tua volta.*

- Ao Daniel e ao Pedro V. Ribeiro pela amizade e por todas as nossas conversas construtivas e desafiantes.

- À Tereza e ao Tomás, ao Diogo Silva, ao João Santos e ao Charlie, por me terem ajudado com sabedoria e com pragmatismo sempre que me encontrava em “apuros”. A eles devo um enorme agradecimento, aprendi muito com vocês. A vossa ajuda foi fundamental quando precisei de ultrapassar etapas. Retribuirei...

- Ao Pintas, à Piki e à Chloe, porque sim.

- Aos meus afilhados.

- Ao ISPA, irá ser sempre a minha casa mãe.

## Resumo

O hiato entre a investigação e a prática clínica há muito que tem sido identificado pela literatura, mas pouco se sabe sobre a dinâmica desta relação em Portugal. Foram inquiridos através de um questionário 155 psicoterapeutas sediados em Portugal, com o objetivo de avaliar a influência da investigação empírica na prática clínica. Os resultados obtidos sugerem que os clínicos são ecléticos quanto à sua orientação teórica e muitos reportaram incluir elementos de investigação na sua prática clínica. No entanto, os psicoterapeutas consideram a investigação empírica menos útil quando comparada com outras fontes de informação, incluindo a experiência contínua com os clientes. Por outro lado, os terapeutas com uma orientação cognitivo-comportamental mostraram ser mais influenciados por fontes de informação relacionadas com a investigação comparativamente com os terapeutas psicodinâmicos. Os resultados e as implicações do estudo são discutidas em relação a várias dimensões incluindo a natureza das bases epistemológicas das orientações teóricas. Mais estudos são necessários para melhor compreender a realidade portuguesa e desta forma contribuir com esforços e aprendizagens que diminuam o hiato entre a investigação e a prática clínica em Portugal.

**Palavras-chave:** investigação e prática clínica; hiato investigação-clínica; influência da investigação; experiência clínica; orientação teórica e investigação;

## **Abstract**

Although there is a gap between research and practice in psychotherapy, not much is known about this dynamic in Portugal. We surveyed 155 psychotherapists based in Portugal in order to evaluate the impact of empirical research findings in clinical practice. On the one hand the results suggest that clinicians are eclectic in regard to their theoretical framework; several reported that they include research elements in their clinical practice. Nevertheless, psychotherapists have argued that empirical investigation is not as useful when compared to other sources of information, such as ongoing experience with clients. On the other hand, therapists with a cognitive-behavioural background have shown themselves to be more influenced with sources of information related to empirical research in comparison to psychodynamic therapists. The results and the consequent implications of this investigation are discussed with respect to various dimensions that include the nature of the epistemological bases of the theoretical frameworks. In order to bridge the gap between research and clinical practice in Portugal more investigations of this nature must be conducted. With contributions and efforts this growing body of literature and investigation will provide a solid background as well as valuable experience that will ultimately shorten the rift between clinical practice and empirical investigation.

**Keywords:** research and practice; research-practice gap; research influence; clinical experience; theoretical orientation and research;

## Índice

Agradecimentos .....	III
Resumo .....	IV
Abstract .....	V
<b><u>INTRODUÇÃO</u></b> .....	1
<b><u>CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA</u></b> .....	4
Investigadores <i>versus</i> Clínicos .....	4
Experiência Clínica <i>versus</i> Investigação .....	8
Orientação Teórica <i>versus</i> Investigação .....	11
Da Prática Baseada em Evidências .....	12
Críticas e Fontes de Resistência à Prática Baseada em Evidências .....	16
A Realidade em Portugal .....	22
Objetivo .....	24
<b><u>MÉTODO</u></b> .....	24
Delineamento .....	24
Procedimento .....	24
Procedimento de Recolha de Dados .....	24
Procedimento de Análise Estatística .....	26
Instrumento .....	26
Participantes: População Alvo e Amostra .....	29
<b><u>RESULTADOS</u></b> .....	34
Orientação Teórica e Investigação .....	40
Componente de Resposta Aberta .....	43
<b><u>DISCUSSÃO</u></b> .....	43
Limitações .....	50
Direções Futuras .....	51
<b><u>CONCLUSÃO</u></b> .....	52
<b><u>REFERÊNCIAS</u></b> .....	54
<b><u>ANEXOS</u></b> .....	62
ANEXO 1. Estatística Descritiva .....	62
ANEXO 2. Estatística Comparativa – Fontes de Informação e Áreas de Investigação .....	76
ANEXO 3. Estatística Comparativa – Orientações Teóricas .....	92
ANEXO 4. Instrumento / Questionário .....	115

ANEXO 5. Consentimento Informado .....	120
--	-----

### Índice de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> Pertença a sociedades ou associações profissionais de psicoterapia .....	32
<b>Tabela 2.</b> Percentagem de tempo dedicado à prática clínica .....	34
<b>Tabela 3.</b> Percentagem de tempo dedicado à condução de investigação .....	34
<b>Tabela 4.</b> Anos de prática clínica .....	35
<b>Tabela 5.</b> Anos a conduzir investigação .....	36
<b>Tabela 6.</b> Percentagem de artigos científicos relevantes para a Prática Clínica .....	37
<b>Tabela 7.</b> Percentagem de artigos científicos que mudaram forma como conduz Prática Clínica..	38
<b>Tabela 8.</b> Casos clínicos difíceis facilitados pela literatura de investigação em psicoterapia .....	38
<b>Tabela 9.</b> Influência da investigação e literatura científica de tratamentos empiricamente suportados em psicoterapia.	39
<b>Tabela 10.</b> Influência do uso de manuais técnicos de tratamento em psicoterapia .....	39
<b>Tabela 11.</b> Casos clínicos difíceis facilitados pela supervisão/consulta com colegas .....	40
<b>Tabela 12.</b> Utilização de Sistema de <i>feedback</i> /monitorização do processo terapêutico .....	40
<b>Tabela 13.</b> Categorias mais comuns de investigações em psicoterapia .....	40

## Introdução

O documento aqui apresentado concorre como Dissertação de Mestrado, do curso de Mestrado Integrado em Psicologia, para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, com especialização em Psicologia Clínica. Esta dissertação nasceu da nossa curiosidade em responder exatamente à pergunta que lhe dá nome. Ou seja, perceber e explorar se a investigação está presente nas rotinas e nas decisões de tratamento daqueles que praticam o vasto mundo da prática clínica. Assim, a procura de respostas para uma pergunta tornou-se, à medida que se iniciavam as nossas explorações, um enorme e complexo desafio mas, sobretudo, uma chamada de atenção para uma questão que muitas vezes na nossa formação, no nosso treino e na nossa vida profissional passa despercebida.

Sabemos que há muito se lamenta o hiato entre a investigação e a prática clínica em psicoterapia (Lambert, 2013) e que, seja por que razões forem, este desfasamento não é alertado nem discutido com a frequência que se desejaria. No entanto, existe muita literatura em países estrangeiros mas pouco se sabe sobre a realidade do nosso país no que toca à influência da investigação na prática clínica dos psicólogos e psicoterapeutas. Também sabemos que muitos autores avançaram com propostas de integração destas duas esferas, na busca dos benefícios mútuos que estas duas realidades podem trazer uma à outra (Henderson, MacKay, & Peterson-Badali, 2006; Kazdin, 2016). No entanto, em relação à nossa realidade, como diz o velho chavão, temos de “conhecer para intervir”. Assim, o que pretendemos fazer com este trabalho de investigação não é mais do que tentar olhar pelo buraco de uma fechadura e ver um pouco da realidade do outro lado, e assim ser uma, das várias contribuições necessárias a pensar esta problemática.

Foi esta curiosidade que despertou o interesse em avançar com este trabalho de investigação. Porém, devemos advertir e ser cautelosos no nosso progresso. Ao explorarmos a literatura sobre o assunto fomos percebendo que a mesma era intrincada, complexa e que muitas vezes acabava existir uma divisão entre posições extremadas daqueles que defendem que a prática deve ser levada a cabo por evidências empíricas e daqueles que lhe resistem e criticam. Ora, a nossa posição, não é assumir nenhuma tomada de posição nem fazer a devida oposição. Mas sim, assumir que a investigação e a clínica não devem andar de costas voltadas e que as investigações podem ser úteis para os psicoterapeutas e vice-versa, à semelhança do que é refletido por vários autores (Elliot & Morrow-Bradley, 1994). Esta posição neutra permitiu-nos ser seletivos à medida que

explorávamos a literatura científica, de forma a fornecer o enquadramento teórico mais neutro e imparcial possível, numa busca apenas por conhecer um pouco da realidade em que estamos imersos e sobre o que tem sido publicado sobre esta matéria. Mais uma vez, este trabalho não pretende ser defensor nem crítico de nada.

Assim, o nosso objeto de estudo foram os psicólogos e psicoterapeutas sediados em Portugal, tendo como principal elemento de análise a influência da investigação na sua prática clínica. Com isto, os nossos objetivos específicos são conhecer as fontes de informação mais valorizadas pelos clínicos e perceber qual o valor de utilidade que ocupa a investigação entre elas; perceber que tipos e áreas de investigação são consideradas mais influentes e relevantes para os clínicos; e perceber se existem diferenças entre as orientações teóricas.

Com isto, a principal pergunta de investigação retratada neste documento é: *será que a investigação é influente na prática clínica dos psicólogos e psicoterapeutas em Portugal?* No fundo, tentamos analisar e conhecer estes tópicos nos clínicos aqui representados e verificar se têm atitudes positivas ou adversas em relação à investigação para com isto, perceber um pouco os seus pontos de vista, refletindo-os ao explorar este caminho. No limite, contribuir um pouco para esta discussão com uma contribuição empírica.

Para obter os dados da nossa investigação, construímos um questionário que utilizou como sua base o questionário construído por Safran e colaboradores (2011), numa investigação, semelhante a esta, cujo o objetivo pretendia avaliar a influência da investigação na prática clínica investigadores-clínicos. Neste sentido, o questionário dos autores mostrou-se uma grande ajuda na construção e elaboração das perguntas adequadas para as nossas questões de investigação, tanto pela sua profundidade, como pela sua pertinência.

Sabemos que os resultados dos estudos têm demonstrado que a investigação tem uma relevância limitada para a prática clínica (Morrow-Bradley & Elliott, 1986; Reese et al., 2013; Safran, Abreu, Ogilvie, & DeMaria, 2011; Stewart & Chambless, 2007). Para Sousa (2017), *a clínica e a ciência não são paradigmas incomensuráveis, mas mantêm-se ainda muito afastadas com perdas mútuas*. Além disto, apesar das controvérsias e debates há diversas vantagens e benefícios na integração da investigação na prática clínica

e que os psicoterapeutas independentemente do seu modelo teórico, podem beneficiar de alguns princípios e elementos baseados na evidência empírica. *A investigação pode desempenhar um determinante papel no questionamento saudável do saber e do saber-fazer dos clínicos.* No entanto, como reflete o autor:

“[...] como clínicos, talvez tenhamos menos tendência para investir na literatura da chamada evidência empírica. Ainda estamos muito enraizados numa cultura de formação em psicoterapia baseada noutros pressupostos epistemológicos” (Sousa, 2017, p. 11).

Para refletirmos um pouco sobre isto, fomos explorar a literatura científica sobre esta matéria e foram selecionadas aquelas que considerámos ser as contribuições empíricas mais relevantes. Alguns dados por nós observados levaram-nos a explorar reflexões sobre o distanciamento entre os clínicos e a investigação (Elliot & Morrow-Bradley, 1994; Lebow, 2006; Arriaga, 2009); percebemos que a literatura tem demonstrado que a *experiência clínica com os clientes* é vista como a mais influente fonte de informação na condução da prática clínica, tal como demonstrado nalguns estudos (Morrow-Bradley & Elliot, 1986; Safran et al., 2011; Stewart & Chambless, 2007; Stewart, Stirman, & Chambless, 2012); que existem diferenças substanciais em diferentes orientações teóricas no que toca à influência da investigação (Ogilvie, Abreu, & Safran, 2009; Safran, Abreu, Ogilvie, & DeMaria, 2011; Stewart, Stirman, & Chambless, 2012); e que existem muitas fontes de resistência à prática baseada por contribuições empíricas (Lilienfeld et al., 2013).

Na segunda parte do nosso estudo, explicamos o delineamento metodológico, a estratégia de análise e os resultados obtidos. Os resultados são discutidos tendo em conta uma variedade de dimensões, que vão desde das fontes de resistência dos clínicos à prática baseada em evidências, à natureza das bases epistemológicas das orientações teóricas.

## **Contextualização Teórica**

O hiato entre investigadores e clínicos há muito que tem sido reportado pela literatura como uma relação problemática (Morrow-Bradley & Elliot, 1986; Elliot & Morrow-Bradley, 1994; Lebow, 2006; Reese, Rosenfield, & Wilhelm, 2013; Lambert, 2013a). Mesmo tendo havido alguns desenvolvimentos nas últimas décadas, e várias propostas de integração procurarem desenvolver pontes entre estas duas esferas (Henderson, MacKay, & Peterson-Badali, 2006; Teachman, Drabick, Hershenberg, Vivian, Wolfe, & Goldfried, 2012; Castoungay, Barkham, & McAleavey, 2013; Fernández-Alvarez, Gómez, & García, 2015; Kazdin, 2016; Cook, Schwartz, & Kaslow, 2017) o problema continua a ocorrer atualmente (Lebow, 2006; Sousa, 2017). Nesta linha, Lebow (2006, p.3), refere que a entrada no século XXI se deu “com a investigação e a clínica a operarem em esferas separadas, muitas vezes competindo em vez de se complementarem”.

### **Investigadores *versus* Clínicos:**

O hiato existente entre a investigação e a prática clínica tem sido uma enorme dificuldade encontrada ao longo do processo da construção da identidade da psicoterapia (Arriaga, 2009). Por um lado, os clínicos duvidam da relevância clínica da investigação, enquanto os investigadores questionam a cientificidade e autenticidade das abordagens terapêuticas utilizadas pelos clínicos (Elliott & Morrow-Bradley, 1994). No entanto, esta relação sempre foi comprometida por críticas e preconceitos recíprocos. Ao longo dos anos, muita literatura foi acumulada na tentativa de retratar esta difícil relação. Vários estudos mostraram que os clínicos não leem resultados de investigações (Cohen, 1979; Schachter & Luborsky, 1998), não utilizam os resultados de investigações (Morrow-Bradley & Elliott, 1986), e raramente iniciam investigações (Prochaska & Norcross, 1983). Esta resistência e falta de motivação para participar em investigações já outrora foi refletida por Bednar & Shapiro (1970), quando inquiriram 16,100 psicoterapeutas para

participarem numa investigação que pretendia obter gravações de áudio de dois casos clínicos e apenas 85 psicoterapeutas (menos de 1%) responderam:

“Existem cada vez mais razões para acreditar que a atitude guardada pela maioria dos clínicos em torno da investigação em psicoterapia não só é de indiferença como também é incorporativa; e, por inferência, antagonista”  
(Bednar & Shapiro, 1970, p. 323).

Wynne, Susman, Ries, Birringer & Katz (1994), contactaram 845 psicoterapeutas para participarem numa investigação sobre processos terapêuticos que incluía a gravação de uma única sessão e reportaram que 98% dos clínicos declinaram a participação. A viabilidade das investigações em psicoterapia dependem muito da disposição dos clínicos em nelas participar, especialmente em estudos observacionais onde é preciso convencer os psicoterapeutas a contribuírem com o seu tempo e esforço. Ou seja, os ensaios clínicos experimentais podem ser aprimorados ao incluírem psicoterapeutas altamente experientes e com isto ir construindo pontes entre a investigação e a prática clínica (Talley, Strupp, Beütler, 1994; Taubner, Klasen, & Munder, 2016). No entanto, a realidade não é bem assim, visto que existem muitos clínicos que consideram a investigação irrelevante para a sua prática clínica (Goldfried & Wolfe, 1996). Ao mesmo tempo, são escassas as investigações conduzidas pelos clínicos seja por questões de tempo, de pressões institucionais, por não acharem relevante ou por terem passado por situações adversas em relação a investigações durante a sua formação, sendo considerados pelos investigadores como pouco científicos e arbitrários ao efetuarem as suas decisões de tratamento (Lebow, 2006). Concomitantemente, os clínicos recorrem pouco à literatura de investigação para a sua prática clínica, e demonstram níveis baixos de hábitos de leitura científica, como por exemplo artigos empíricos. Além de se apoiarem na sua subjetividade para legitimar as suas práticas, criando eles próprios as suas formas de avaliar os resultados do processo terapêutico, ao invés de utilizarem as medidas publicadas e validadas pela comunidade científica (Arriaga, 2009). Em relação ao isto, Mellow-Clark, & Barkham (2000), conduziram uma revisão de literatura concluindo que 30% dos clínicos utilizavam medidas de avaliação criadas por si e que apenas 15% utilizavam medidas validadas e publicadas pela comunidade científica. Para além disto sabemos que os clínicos raramente utilizam os resultados da investigação para conduzir a prática, baseando-se mais noutros aspetos como a *experiência contínua com os clientes* ou a *supervisão* (Morrow-Bradley

& Elliot, 1986; Stewart & Chambless, 2007; Safran et al., 2011; Stewart, Stirman, & Chambless, 2012; Reese et al., 2017).

Por outro lado, Lebow (2006), refere que os investigadores se preocupam demais com a validade externa, levando a cabo um positivismo excessivo. Fechados nas suas “*torres de marfim*”, muitos investigadores encontram dificuldades no acesso às preocupações reais da prática. Para além disto, os investigadores investem no refinamento e na verificação de alguns tratamentos que são tão limitados no seu alcance que as descobertas acabam por ter pouca utilidade para aqueles que exercem a prática psicoterapêutica. Também há situações em que os investigadores criam formas inovadoras de tratamentos, construídas de raiz sem ter em conta os métodos presentes e divulgados na prática clínica. Encontra-se ainda uma total demissão dos investigadores em relação a tratamentos que não foram empiricamente testados (Lebow, 2006). Assim, os investigadores e os clínicos interagem em diferentes contextos, e por isto focam a sua atenção em direções opostas. Por um lado, os investigadores respondem a *comités* que funcionam como linhas orientadoras da investigação, focados no rigor científico, enfatizam a construção de uma nova investigação seguindo uma sequência lógica e fundamentada nas descobertas de investigações anteriores, os clínicos estão essencialmente preocupados com os clientes que procuram a sua ajuda apresentando-lhes os problemas complexos que estes trazem consigo e que os impossibilitam de viver uma vida harmoniosa (Arriaga, 2009).

Para a autora, a realidade vivenciada na clínica é apresentada sob a forma de clientes que necessitam de ajuda imediata e não podem aguardar, devido à sua urgência, por uma investigação que trate dos seus problemas. No entanto, esta divergência de focos culmina em acusações mútuas e nada benéficas para a psicologia clínica. Onde de um lado, os clínicos culpam os investigadores por não estudarem aspetos relevantes para a prática psicoterapêutica, e do outro os investigadores acusam os clínicos de não usarem as investigações científicas, ou de o fazerem de uma forma enviesada. De um lado existe uma procura objetiva pela generalização de conhecimento que possa ser válido para um leque muito vasto de situações, de regras e de princípios gerais que possam definir a ação em cada situação. E do outro, o reconhecimento da complexidade e da subjetividade de que cada caso é um caso, e que há que prestar atenção ao contexto rejeitando-se a ideia de que a ação possa estar previamente desenhada (Arriaga, 2009).

Sobre esta matéria, Elliot & Morrow-Bradley (1994), apontam que a investigação e a prática clínica não são antagônicas, contrariamente a isto, elas podem ser complementares. Por um lado, os investigadores têm a oportunidade de melhorar as suas pesquisas ao vivenciarem a prática clínica, já os clínicos, a de aperfeiçoar a sua prática clínica ao envolverem-se em investigações. Assim, a junção da prática clínica com a investigação em psicoterapia, pode beneficiar os pacientes, na medida, em que juntas conseguem proporcionar métodos práticos mais eficazes para os tratamentos psicológicos. Para isto, deve somar-se as qualidades de ambas, e mitigar as suas deficiências unindo os seus diferentes conhecimentos, e assim criar um produto final que tenha utilidade na prática clínica. Ao fazerem investigações, os investigadores, têm que ter em consideração a perspectiva do terapeuta, a do cliente e a de eventuais observadores, pois todos estes pontos de vista trazem à investigação diferentes focos, onde cada qual, sob suas particularidades são, sem dúvida, importantes para o processo de compreensão da psicoterapia. Para além disto, há que focar-se tanto na perspectiva do processo como dos resultados terapêuticos.

Lebow (2006), refere que a melhor forma para resolver este afastamento e integrar estas duas esferas, seria aproximar os investigadores da clínica e vice-versa. Ou seja, que os investigadores fossem também terapeutas, pois tendo acesso à complexidade da prática poderiam assim tornarem-se mais atentos e compreendê-la melhor, para além de que ao experienciarem de forma empírica esta relação clínica ficariam mais motivados para atendê-la com investigações que fossem mais úteis segundo o seu ponto de vista.

A investigação parece ter mais valor para os clínicos quando diz respeito a dados provenientes da prática clínica, ou quando a abordagem científica é partilhada. Assim, as investigações orientadas para a construção de teorias focadas na prática psicoterapêutica são vistas como mais úteis pelos clínicos. Os investigadores que pretendem que as suas investigações sejam consideradas pelos clínicos, têm de ter em conta os interesses destes e as consequentes preocupações. Como por exemplo, apostarem mais em algumas questões que os clínicos fazem em relação a si mesmos, em relação ao processo terapêutico, à mudança terapêutica e à compreensão e estudo das dificuldades apresentadas pelos terapeutas, focando-se mais em saber se estes têm dificuldades em situações semelhantes e em saber como estes ultrapassaram essas dificuldades (Arriaga, 2009).

Muitos estudos têm sido conduzidos com o objetivo de perceber a influência da investigação na prática clínica. Os resultados têm demonstrado que a investigação tem uma relevância limitada para a prática clínica (Morrow-Bradley & Elliott, 1986; Nunez, Poole, & Memon, 2003; Gyani, Shafran, Myles, & Rose, 2014; Reese et al., 2013; Safran, Abreu, Ogilvie, & DeMaria, 2011; Stewart & Chambless, 2007).

### **Experiência Clínica versus Investigação:**

Um dos estudos mais citados pela literatura e uma das primeiras contribuições empíricas a levantar este desfasamento entre a prática clínica e a investigação, foi um estudo conduzido por Morrow-Bradley & Elliot (1986). Nesta investigação, os autores tinham como objetivo perceber até que ponto os clínicos utilizam o contributo da investigação para a prática clínica. Para isso, inquiriram membros da divisão 29<sup>1</sup> da American Psychological Association (APA) e concluíram que apenas uma reduzida percentagem de 10%, de um total de 279 psicoterapeutas, relataram como sua principal influência orientadora, para a prática clínica, *artigos ou apresentações de investigação em psicoterapia*. As fontes de informação cuja a influência obteve valores mais elevados foram a *experiência contínua com os clientes* (48%) e *apresentações ou publicações teóricas* (17%). Os investigadores também analisaram e avaliaram a utilidade que sete áreas diferentes de investigação em psicoterapia tinham para a sua amostra. Concluíram que a sua amostra considerou como mais úteis os tópicos focados na *investigação dos processos de mudança* e da *aliança terapêutica*. Expressaram menos interesse em investigações que comparam os resultados de diferentes tipos de psicoterapias e em estudos que avaliam a eficácia de uma psicoterapia em relação a um grupo de controlo. Contudo, embora o suporte na investigação ter sido baixo, 24% dos entrevistados relatou o uso de material de investigação para casos clínicos difíceis e 31% relatou ter lido material de investigação que alterou a forma como conduzia a sua prática clínica.

Nesse mesmo ano, Cohen, Sargent & Sechrest (1986), entrevistaram 30 participantes dedicados à prática clínica. A *investigação empírica* recebeu o valor mais baixo de utilidade em relação a outros tipos de fontes de informação, como *discussões de casos clínicos com colegas*, *workshops de prática clínica* ou *livros teóricos*.

---

<sup>1</sup> Divisão da APA que inclui membros da APA ativos na prática, investigação, ensino, administração e / ou estudo no campo da psicologia clínica (<https://www.div12.org/>).

Uma década mais tarde, Beutler, Williams, Wakefield e Entwistle (1995), inquiriram psicólogos, clínicos e acadêmicos, identificados no Registro Nacional de Prestadores de Serviços de Saúde em Psicologia<sup>2</sup> na América. Dos participantes, 47% relataram ler *artigos científicos* mensalmente, 21% alegaram lê-los com uma frequência abaixo de uma vez por mês, e 32% revelaram nunca ler. Dentro dos participantes que alegaram ler *artigos científicos*, 2,57 (SD=1,16) numa escala de 5 (1=baixo; 5= alto), implementam os resultados encontrados na investigação para a sua prática clínica. Estes resultados apesar de sugerirem que os clínicos consumiam mais investigação do que aquilo que se acreditava até então, porém concordam com o registo de estudos anteriores ao mostrar que uma grande percentagem de clínicos (32%) não lê material de investigação ou não o vê como relevante para a sua prática clínica.

No século XXI, a tendência manteve-se. Stewart & Chambless (2007), questionaram 591 participantes membros da Divisão 42 da APA<sup>3</sup> com o objetivo de investigar as abordagens dos psicoterapeutas nas decisões de tratamento na prática clínica, especificamente do uso de investigações sobre *tratamentos empiricamente suportados* (EST) para informar a prática. Para isso, todos os participantes receberam um estudo de caso de um paciente com transtorno do pânico e metade foi aleatoriamente designada para receber um resumo com informações e explicações sobre EST para a condição do transtorno do pânico (terapia cognitiva-comportamental e farmacoterapia). Os profissionais relataram que confiam principalmente nas suas *experiências clínicas com os clientes* para informar as suas decisões de tratamento, embora frequentemente consultem alguma literatura sobre EST. Os participantes que receberam informações sobre EST foram significativamente mais propensos a relatar que os usariam na sua prática. Os autores discutem que pode ser possível que estes resultados indiquem que o fornecimento de informação sobre EST pode impactar a prática.

Safran e colaboradores (2011), conduziram um estudo com grande relevância na literatura sobre esta matéria, que pretendia avaliar a influência da investigação numa

---

<sup>2</sup> O Registro Nacional de Psicólogos de Serviços de Saúde (abreviado Registro Nacional) (anteriormente Registro Nacional de Prestadores de Serviços de Saúde em Psicologia) é a maior organização de credenciamento de psicólogos nos Estados Unidos. Fundado em 1974, o Registro Nacional foi criado para identificar provedores de serviços de saúde qualificados. Hoje, o Registro Nacional certifica psicólogos licenciados como prestadores de serviços de saúde e analisa credenciais para estudantes de doutoramento (<https://www.nationalregister.org/>).

<sup>3</sup> Psicólogos de prática Independente (<https://division42.org/>).

amostra de investigadores que trabalham, ao mesmo tempo, em contexto clínico. 82% da amostra do estudo era constituída por participantes que conduziam investigação e 62% da amostra tinha doutoramento. Os resultados indicaram que as *publicações científicas* eram a fonte de informação menos útil para a prática clínica dos participantes em comparação com a *experiência contínua com os clientes*. Esta, era classificada como a fonte de informação mais útil. Outras fontes consideradas úteis pelos terapeutas incluem a *supervisão/consulta com colegas, conduzir investigação em psicoterapia, publicações e apresentações teóricas* e a *experiência por ter sido um cliente*. Os investigadores mostraram que mesmo esta amostra de clínicos que eram ao mesmo tempo investigadores, considerava a investigação pouco útil, considerando-a mais uma fonte de informação, entre outras, a ser incorporada no processo de tomada de decisão clínica.

Os resultados destes estudos mais recentes não aponta um cenário favorável àqueles que pretendiam ver o melhor modelo de integração destas duas esferas. O estudo de Safran e colaboradores (2011), veio traçar um cenário ainda mais negro nesta matéria. Até aqui as investigações tinham mostrado que os psicoterapeutas não são frequentemente nem substancialmente influenciados pela investigação quando conduzem as suas formulações de casos, planos de tratamento e intervenções terapêuticas.

Resumindo, parece que a integração da investigação e da prática clínica não é tão desejada como se acreditava (Reese et al., 2017). Os resultados dos estudos até então conduzidos apontavam a pouca influência da investigação na prática clínica. Inclusive, na amostra de Morrow-Bradley & Elliot (1986), a *experiência clínica com os clientes* era vista como a mais influente fonte de informação na condução da prática clínica, tal como demonstrado noutros estudos (Safran et al., 2011; Stewart & Chambless, 2007; Stewart, Stirman, & Chambless, 2012). Além disso, existem problemas significativos no facto dos terapeutas mostrarem uma forte dependência pela experiência pessoal nas decisões clínicas. As decisões estão sujeitas a vieses cognitivas que levam a julgamentos errados sobre os pacientes (Grove et al., 2000; Hannan et al., 2005).

A integração da investigação com a prática clínica busca benefícios mútuos, como melhores modalidades de treino e de tratamentos, sem mencionar a credibilidade profissional da psicologia clínica que deve ser também sustentada por evidências empíricas (Baker, McFall, & Shoham, 2009). Por mais que exista um crescente interesse em investigações que visem diminuir a lacuna existente entre a investigação e a prática

clínica (Castonguay & Muran, 2015), isto não se reflete em nenhuma mudança na atitude dos psicoterapeutas, visto que se manteve a mesma desde os primeiros estudos relacionados com o tema (Morrow-Bradley & Elliott, 1986) até aos mais atuais (Cook, Schnurr, Biyanova & Coyne, 2009b; Berke, Rozell, Hogan, Norcross e Karpiak, 2011; Stewart, Stirman, & Chambless, 2012).

### **Orientação Teórica *versus* Investigação:**

Tendo em conta o que a literatura vinha mostrando até então, alguns estudos direcionaram também o foco e as suas perguntas de investigação para a relação dos modelos teóricos de referência dos clínicos com a investigação e a sua influência, encontrando diferenças substanciais em diferentes orientações teóricas (Ogilvie, Abreu, & Safran, 2009; Safran, Abreu, Ogilvie, & DeMaria, 2011; Stewart, Stirman, & Chambless, 2012; Gyani, Shafran, Myles & Rose, 2014).

Morrow-Bradley & Elliot (1986), ao compararem as práticas de investigação de terapeutas psicodinâmicos com os terapeutas cognitivo-comportamentais identificaram que os terapeutas de referência cognitivo-comportamental estavam mais dispostos a utilizar a investigação na sua prática clínica (correlação moderada) do que os terapeutas psicodinâmicos. No estudo de Stewart & Chambless (2007), os terapeutas cuja a orientação teórica era cognitiva-comportamental mantinham pontos de vista significativamente mais positivos do que os terapeutas psicodinâmicos e ecléticos em relação à investigação. Em Safran e colaboradores (2011), quando compararam as respostas dos terapeutas de orientação psicodinâmica (n=44) com os participantes que se identificavam com outras orientações teóricas combinadas (n=79) perceberam que os terapeutas psicodinâmicos classificaram a importância da investigação em psicoterapia em relação à sua prática clínica como significativamente menor do que outras orientações teóricas. Dada esta evidencia de que os terapeutas de orientação psicodinâmica tendem a achar a investigação como menos relevante para a sua prática clínica, os investigadores ficaram curiosos para saber se a *investigação qualitativa* podia ser mais relevante do que a *investigação quantitativa*. Foi explorada a relação entre orientação teórica e o impacto relatado na *investigação qualitativa*, não mostrando diferenças significativas. No entanto, os investigadores constataram que os terapeutas de orientação psicodinâmica classificaram a relevância da *experiência contínua com clientes* como mais alta do que os outros terapeutas.

Mais recentemente, Gyani, Shafran, Myles, & Rose (2014) desenvolveram uma investigação cujo os objetivos foram perceber se a orientação teórica dos terapeutas ou se o seu local de trabalho influenciava a frequência com que os mesmos usavam a investigação para a tomada de decisões na prática clínica. Para isto, os autores inquiriram uma amostra de 736 terapeutas. Os terapeutas relataram que a investigação tem pouca influência na tomada de decisão clínica em comparação com outros fatores, especificamente a *experiência clínica com os clientes* e a *supervisão clínica*. Os praticantes da orientação cognitivo-comportamental eram significativamente mais propensos a usar os resultados de investigações do que outros terapeutas e eram mais propensos a ter uma atitude positiva em relação à investigação.

Estes resultados não são surpreendentes à luz do facto da orientação cognitivo-comportamental ser suportada por um largo corpo de investigações que demonstra, a sua eficácia no tratamento de várias perturbações psicológicas, quer em adultos (Öst, 2008; Hollon & Ponniah, 2010) quer em crianças (Chorpita et al., 2011). Para além disto, aqueles que seguem uma orientação cognitivo-comportamental reportam ter tido mais contacto com a investigação de resultados e investigações de metodologia quantitativa durante a sua formação comparativamente com os terapeutas de orientação psicodinâmica. Ou seja, os autores concluem que estes guardam consigo atitudes mais positivas em relação à investigação muito devido ao ser treino e formação (Stewart & Chambless, 2007).

### **Da Prática Baseada em Evidências:**

Para Sousa (2017), apesar das controvérsias e debates, existem múltiplos benefícios na integração da investigação na prática clínica. Além disto, os psicoterapeutas, independentemente do seu modelo teórico, podem beneficiar de alguns princípios baseados na evidência empírica. Ao longo de décadas de investigação vários fatores terapêuticos têm mantido uma posição de destaque no impacto direto que têm nos resultados terapêuticos (Sousa, 2017). Ou seja, a investigação tem apresentado resultados

e dados sistemáticos sobre fatores terapêuticos que conjugados entre si, formulam um conjunto de fundamentos terapêuticos (Sousa, 2017). Como refere o autor:

“Podem ser considerados como *princípios*, alicerçados numa visão meta-teórica, têm aspetos de redundância entre si, e influenciam-se mutuamente ao longo da complexidade dos processos terapêuticos. Mais do que regras, precisamos de princípios que possam ser flexivelmente aplicados. Gostamos de considerar estas dimensões como *princípios sustentados na evidência científica e na experiência clínica*” (Sousa, 2017, p. 16).

A investigação em psicoterapia cresceu exponencialmente nas últimas décadas e reúne um corpo de conhecimento que é particularmente útil para o psicoterapeuta (Sousa, 2017). A literatura de investigação em psicoterapia e das intervenções psicológicas é vasta e bastante complexa e não é pretendido fazermos detalhadamente uma análise profunda de todos estes princípios havendo fontes que já cumprem esse propósito (ver Beautler, 2014). Existem múltiplas vantagens em utilizar uma prática baseada em evidências, para clínicos, equipas multidisciplinares e pacientes (Rosenberg & Donald, 1995). Há até quem discuta que a prática para ser ética é imperativo que seja guiada por evidências empíricas (Blease, Lilienfeld & Kelley, 2016). Ao incorporarem a investigação na prática clínica, os terapeutas estão a usar práticas baseadas em evidências para guiar a sua prática em vez de se basearem só na sua experiência clínica, reduzindo os enviesamentos de relatar apenas sucessos (Hannan et al., 2005). Quando usada apropriadamente, a prática baseada em evidências pode complementar a *expertise clínica* ao fazer julgamentos (Sousa, 2017). Incorporar a investigação inevitavelmente promove o desenvolvimento de linhas orientadoras, dados e outras ferramentas úteis para os clínicos tomarem as decisões de tratamento (Nelson, Steele & Mize, 2006).

A recente ênfase dada à prática baseada em evidências (EBP), tem iluminado este caminho e criado pontes para esta relação complexa (Stewart, Stirman & Chambless, 2012). Ao mesmo tempo, atualmente, dentro das diversas especialidades envolvidas nos cuidados de saúde e da sua promoção, existe uma demanda mundial por práticas de saúde baseada em evidências empíricas (Cook, Schwartz & Kaslow, 2017). Na medicina, a EBP é definida como “a integração da melhor evidencia empírica possível com a expertise clínica, com a individualidade e com os valores do paciente” (Sackett, Straus, Richardson, Rosenberg, & Haynes, 2000).

A prática da psicologia baseada em evidências inspirou-se no movimento da medicina, que se originou da epidemiologia clínica anglo-saxônica, iniciada na Universidade McMaster, no Canadá, no início dos anos noventa (Melnik, Souza & Carvalho, 2014). Esse movimento levou várias organizações, inclusive a American Psychological Association (APA), a recomendar o uso de práticas baseadas em evidências (APA/Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Essa política, é focada na integração da melhor evidência científica disponível, em conjunto com a experiência clínica do terapeuta, aplicada e associada ao contexto particular do paciente, levando em consideração as suas características individuais e preferências pessoais (APA/Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). A melhor evidência científica refere-se a dados de meta-análises; ensaios clínicos experimentais; estudos de eficácia; estudos do processo; além de informações obtidas em: relatórios de estudos de caso, estudos de caso sistemáticos, pesquisa qualitativa e etnográfica, e observação clínica (Melnik, Souza & Carvalho, 2014; Cook et al., 2017).

“A Prática da psicologia baseada em evidências é uma abordagem que pressupõe que as tomadas de decisão na prática clínica sejam baseadas na evidencia científica mais robusta para o tratamento do cliente e que, para além de promover uma prática psicoterapêutica eficaz, contribui, ao mesmo tempo, com a aplicação e implementação de princípios empiricamente suportados” (APA/Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006).

Desde logo, é importante ressaltar que a definição da *Task Force* da APA considera “a integração da melhor investigação disponível com a expertise clínica, atendendo ao contexto das características, cultura e preferência do cliente” (APA, 2006), não dando primazia aos ensaios clínicos experimentais como forma exclusiva de estabelecer a superioridade das intervenções específicas. Considera que os diferentes tipos de investigação devem ser articulados com a *expertise* clínica do terapeuta (Sousa, 2017). Ou seja, a definição da APA considera assim, a importância do impacto do terapeuta, das suas competências interpessoais na intervenção clínica, e não exclusivamente o método de intervenção. Considera também o papel fundamental que a pessoa do paciente, as suas expectativas, preferências e cultura, tem para bons resultados psicoterapêuticos (Sousa, 2017). A *Task Force* da APA recomenda igualmente a introdução de formas contínuas de monitorização e de adaptação da intervenção ao paciente (APA, 2006), Não estando explícita qualquer referência à superioridade ou

privilégio de *tratamentos empiricamente suportados* que poderiam superior maior ligação ao modelo médico, assim como não está explícito pela APA o uso do DSM como manual privilegiado (Sousa, 2017).

Uma das questões evidenciadas pela literatura prende-se com o facto de se resumir a *prática baseada em evidências* (PBE) com os *tratamentos empiricamente suportados* EST, equívoco esse visto como essencial (Lilienfeld, et al. 2013). Por um lado, reduz significativamente a amplitude do que é a prática baseada em evidências, os tratamentos empiricamente suportados não incluem as próprias recomendações da APA ao contradizerem um enorme corpo de investigação que sustem a importância de outros fatores que não são sustentados pelos ensaios clínicos experimentais, como por exemplo os fatores comuns (Beutler et al, 2016; Sousa, 2017).

A aplicação de princípios baseados em evidências garante que os terapeutas usem a melhor evidencia existente como base, enquanto, simultaneamente, lhes é dada a oportunidade de terem flexibilidade para individualizarem o tratamento (Cook et al., 2017). Mais especificamente, uma prática baseada em evidências garante que os terapeutas avaliem criticamente os dados disponíveis na literatura científica disponível para os aplicar à circunstancia pessoal do paciente (Cook et al., 2017). Ou seja, quando a evidencia é avaliada e totalmente compreendida pelo terapeuta é possível decidir como e quando se podem incorporar na prática. Além disto, o uso de psicoterapias baseadas em evidências ajudam o terapeuta a determinar planos de tratamento, incluindo em situações difíceis em que há pouca experiência pessoal (Cook et al., 2017).

O treino profissional de práticas baseadas em evidências aprimora o conhecimento, as habilidades e as atitudes clínicas dos terapeutas, especialmente quando acompanhadas de um foco de reflexão. Além disto, o treino de inúmeros tratamentos empiricamente suportados garante que os profissionais estejam familiarizados com o estado de arte da problemática específica e adquiram profundidade e diversidade na sua conduta. Com isto, o treino de EBP acompanhado de uma aprendizagem contínua e ativa por parte dos terapeutas facilita o processo de mudança do paciente, assim como, resultados terapêuticos positivos (Cook et al., 2017).

Resumindo, o objetivo da prática baseada em evidências é a promoção de psicoterapias seguras, consistentes e económicas (Pope, 2003). Como resultado,

psicoterapias baseadas em evidências estão associadas a maior qualidade e maior responsabilização (Spring, 2003), bem como à melhoria da saúde e bem-estar do público em geral (APA/Presidential Task Force on Evidence-Based Practice in Psychology, 2006). Além disto, os terapeutas vão aderindo menos aos métodos baseados em evidências com o aumento dos anos de experiência profissional. Os profissionais com mais experiência têm tendência a ficar mais desatualizados com os conhecimentos, diretrizes ou padrões de atendimento atuais e, como resultado, os pacientes podem ter menos resultados terapêuticos (Choudry, Fletcher, & Soumerai, 2005).

### **Críticas e Fontes de Resistência à Prática Baseada em Evidências:**

Nas últimas décadas, várias fontes de resistência dos clínicos à prática baseada em evidências têm sido identificadas (Lilienfeld, Ritschel, Lynn, Cautin, & Latzman, 2013; Ollendick, Institui, Chambless, & Ollendick, 2015; Stewart & Chambless, 2007; Stewart et al., 2012). Lilienfeld et al. (2013), fazem uma revisão e uma síntese muito interessante e eficaz de algumas dessas resistências que têm sido identificadas e discutidas nos últimos anos pela literatura.

Os investigadores alertam que negligenciar a resistência dos clínicos em relação à prática baseada em evidências pode perpetuar práticas não-científicas ou intervenções pseudocientíficas prejudicando a identidade e o respeito da Psicologia. Os autores fazem uma comparação entre a resistência às práticas baseadas em evidências e a resistência em psicoterapia. Muitos psicoterapeutas interpretam a resistência dos clientes alegando ser um factor psicoterapêutico que não pode ser ignorado no processo terapêutico, pois fornece informações terapêuticas preponderantes que devem ser devidamente aliadas ao processo, e que, ao negligenciar essa resistência, podem correr o risco de prejudicar a eficácia da sua intervenção. Assim, os autores afirmam que a compreensão da resistência dos psicoterapeutas à PPBE pode trazer informações sobre os motivos que levam o afastamento dos clínicos à investigação e que a compreensão desses motivos pode tornar-se uma aliada à prática clínica, trazendo informações que favorecem uma contra-argumentação científica e lógica que pode ser útil àqueles que se mostram relutantes a adotar estes pontos de vista alternativos (Lilienfeld et al. 2013).

Não obstante, sabemos que existe uma resistência e um ceticismo forte de alguns psicólogos e estudantes de psicologia em relação ao uso de dados de investigação

enquanto matriz orientadora para as decisões clínicas (Chambless & Ollendick, 2001; Lilienfeld et al., 2013). Ao mesmo tempo, estudos têm indicado que os clínicos dão mais valor à experiência clínica com os clientes do que à pesquisa/investigação disponível, além de colocarem outras fontes de informação como mais relevantes para orientarem a sua prática como: livros teóricos, a intuição ou discussões informais com colegas de profissão, supervisão, etc. (Cohen, Sargent & Sechrest, 1986; Morrow-Bradley & Elliot, 1986; Safran, Abreu, Ogilvie, & DeMaria, 2011; Stewart & Chambless, 2010).

Lilienfeld et al. (2013), apontam como principais fontes de resistência à prática clínica baseada em evidências:

- a) *O realismo ingênuo*: também chamado realismo de senso comum ou realismo direto, é a crença errada de que o mundo externo é exatamente como o vemos e intuimos a respeito dele. A preferência pelo realismo ingênuo, quando em comparação com as evidências obtidas em investigações controladas, reflete uma priorização da intuição clínica não-orientada, em detrimento da pesquisa sistemática. Essa predileção pela intuição implica diretamente uma atitude face à PBE: Num estudo realizado com 176 psicoterapeutas de diversas origens, Gaudiano, Brown e Miller (2011), concluíram que os indivíduos, com o estilo de pensamento intuitivo, tinham atitudes mais negativas em relação à PBE. Devido ao realismo ingênuo, profissionais e estagiários podem assumir que é confiável inferir a eficácia de uma intervenção, baseando-se exclusivamente nos seus julgamentos intuitivos, sujeitando-se assim a interpretar mal o fato das mudanças terem ocorrido ou não. Um corolário do realismo ingênuo é o fracasso em apreciar as múltiplas fontes de mudança durante a psicoterapia, além dos ingredientes específicos do próprio tratamento. Por outras palavras, é fácil esquecer que a mudança após a terapia não é equivalente à mudança devido à terapia. Noutros casos, é claro, a mudança no tratamento do cliente pode ser devida à intervenção, de modo que as inferências sobre a eficácia terapêutica nem sempre são imprecisas. No entanto, sem projetos de investigação controlados dentro do assunto, não há como verificar se uma inferência estava correta em qualquer caso individual (Lilienfeld et al., 2013).
- b) *Mitos e concepções erradas sobre a natureza humana*: uma segunda fonte de resistência à é a ampla aceitação de profundos mitos e concepções erradas sobre a

natureza humana, algumas das quais são defendidos pelos próprios psicólogos. Muitas dessas falsas crenças são propagadas pelos *media*, pela indústria popular da psicologia e, em alguns casos, por líderes autoproclamados no campo da psicoterapia. Noutros casos, eles podem ser transmitidos a profissionais e estudantes durante sua educação e treino clínico. Algumas dessas afirmações não suportadas empiricamente podem tornar os profissionais relutantes em adotar a PBE, porque podem sugerir que certas terapias demonstradas como eficazes em estudos controlados não podem ser eficazes em contextos do mundo real. Por exemplo, um profissional que acredita que uma fobia específica, como o medo de gatos, reflete conflitos inconscientes, pode ser relutante em adotar tratamentos comportamentais para essa condição, com o argumento de que essas intervenções resultarão em substituição de sintomas, como um medo de cães (Lilienfeld et al., 2013). De fato, os dados mostram que a substituição dos sintomas, pelo menos como conceituada pelos psicanalistas, raramente ocorre (Tryon, 2008). Uma infinidade de equívocos psicológicos pode fornecer uma justificação para a seleção de intervenções com pouco ou nenhum apoio empírico em detrimento de terapias cientificamente fundamentadas (Lilienfeld et al., 2013);

- c) *A dificuldade da transposição dos efeitos derivados de ensaios clínicos (grupos) para a prática individual*: A distinção clássica entre abordagens nomotéticas e idiográficas para entender a natureza humana tem sido um dos pontos de inflamação e confusão na psicologia clínica (Bernaud, 1998). A PBE baseia-se principalmente em descobertas nomotéticas, que se esforçam para extrair leis universais ou quase universais que se aplicam a todos ou a maioria dos indivíduos da população. No entanto, a tarefa quotidiana do profissional clínico é necessariamente idiográfica, pois neste contexto eles lidam com um caso único, e são confrontados com a tarefa extremamente difícil de aplicar descobertas baseadas em grupo ao indivíduo. A ciência, especialmente a psicologia, e outros domínios marcados por diferenças individuais substanciais, são ramos inerentemente probabilísticos, e a extrapolação das probabilidades grupais para o contexto individual geralmente é o melhor que se pode esperar realizar (Lilienfeld et al., 2013);
- d) *Inversão do ónus da prova*: Um dos princípios fundamentais da ciência é que o ónus da prova repousa sobre os proponentes. Com isto, a ciência impõe aos defensores de uma nova tese o fardo pesado de comprovar cientificamente, através

de evidências, a veracidade de novas afirmações, incluindo tratamentos não examinados empiricamente. Os indivíduos que reverterem o ônus da prova estão a cometer o erro de concluir que, porque uma alegação não se provou errada, à partida deve estar correta, ou pelo menos possui mérito substancial. O ônus da evidência, ou seja, demonstrar a sua eficácia e efetividade, recai sobre os defensores dos tratamentos empiricamente suportados, não aos céticos. Portanto, o argumento de que a PBE é injusta porque certos tratamentos ainda não foram suficientemente estudados é equivocado. Se uma forte evidência empírica se comprovar, e o apoio para essa nova intervenção se tornar disponível, esta deve ser assimilada no *corpus* principal das práticas e investigações em psicoterapia (Lilienfeld et al., 2013);

e) *Mal-entendidos e deturpações acerca da PBE*: A PBE tem sido caracterizada de maneira imprecisa. Várias dessas concepções erradas refletem algumas reservas ponderadas e compreensíveis em relação à PBE e podem até conter um cerne de verdade (Lilienfeld et al., 2013). Eis alguns exemplos:

- *A prática baseada em evidências sufoca a inovação de novos tratamentos.* Ou seja, muitas críticas referem que a PBE impõe restrições apenas ao uso dos tratamentos atuais com maior evidência empírica. Porém, isso não implica que os clínicos e investigadores não possam desenvolver novos tratamentos e testar novas intervenções, com a condição de que os clientes que recebem essas novas intervenções recebam o consentimento informado completo e a informação de que são experimentais. Além disso, a PBE não é “ossificada”, de acordo com o processo fundamental de que a ciência é um processo provisório e autocorretivo (Sagan, 1995; citado por Lilienfeld et al., 2013), logo, a PBE evolui de acordo com as novas evidências da investigação (Lilienfeld et al., 2013);
- *A PBE exige uma abordagem única de tratamento para todos e é inflexível.* Ao contrário dos pontos de vista de alguns céticos, a maioria dos manuais técnicos de tratamento e dos tratamentos empiricamente suportados em psicoterapia, servem, cada vez mais, como planos de tratamento gerais proporcionando aos clínicos flexibilidade e margem de manobra nas decisões de tratamento. Ou seja, é importante que os clínicos sigam diretrizes básicas prescritas e evitem a adesão rígida desses

tratamentos pois estão associadas a maus resultados terapeuticos (Lilienfeld et al., 2013);

- *A PBE não é generalizável para indivíduos que não foram examinados em estudos controlados.* No entanto, ter uma base de generalização é melhor que nenhuma, dado que essa generalização ocorre ao longo de um gradiente de certeza. O melhor da ciência e da evidencia na investigação em psicoterapia é que reduz, embora raramente elimine, a incerteza das nossas inferências sobre os nossos clientes (McFall & Treat, 1999; citado em Lilienfeld, et al., 2013). Portanto, ao selecionar intervenções psicológicas, será melhor extrapolar a partir de estudos realizados em indivíduos um pouco semelhantes do que partir sem nenhuma base. Felizmente, a maioria dos estudos, embora não todos, sugere que os dados de estudos de eficácia rigorosamente projetados geralmente se transferem razoavelmente bem para a eficácia no mundo real (McHugh, Murray & Barlow, 2009; citado em Lilienfeld, et al., 2013);
- *A PBE negligencia outras evidências além dos RCTs (Randomized Controlled Trials).* Como observado anteriormente, a PBE geralmente considera os projetos de investigação como hierarquias de certeza probatória. De fato, é verdade que os RCTs ocupam um estrato mais alto na hierarquia comparativamente com outras fontes de evidência. No entanto, outras fontes de evidências científicas podem e devem muitas vezes ser consideradas na PBE, como projetos sistemáticos dentro do mesmo indivíduo, estudos quase-experimentais rigorosamente conduzidos e dados do processo terapêutico que forneçam informações úteis sobre mediadores dos processos de mudança (Lilienfeld et al., 2013).
- *A PBE é desnecessária porque todos os tratamentos são igualmente eficazes.* O “Veredicto do Pássaro Dodo”, sobre a equivalência das diferentes psicoterapias (ver Wampold et al., 1997), que recebeu o nome do pássaro Dodo de Lewis Carrol em “Alice no País das Maravilhas” que declarou que “todos são bons, todos ganham o prêmio”, tem sido frequentemente usado para desafiar a lógica da PBE. Se todas as terapias são igualmente eficazes a necessidade de uma PBE fica excluída, visto que a escolha do tratamento não importa. No entanto, existem pelo menos 500 psicoterapias diferentes e aproximadamente 300 diagnósticos no atual

DSM (American Psychiatric Association, 2000; citado em Lilienfeld et al., 2013), a aceitação da alegação de que “não há evidências de que qualquer tratamento seja mais eficaz do que qualquer outro tratamento para qualquer distúrbio psicológico” também exigiria a aceitação da notável alegação de que todos os 150.000 (500 vezes x 300) combinações de tratamento por distúrbio produziriam interações estatísticas semelhantes entre eles. Deixando de lado a probabilidade *à priori*, extremamente baixa, dessa equivalência, existe evidência de que o “veredicto do pássaro Dodo” quando declarado desta forma é falso. O “veredicto do pássaro Dodo” aplica-se apenas àquela pequena minoria de psicoterapias que foram examinadas repetidamente em estudos sistemáticos, uma ressalva reconhecida até por Wampold e outros defensores desse veredicto. Mesmo que todas as psicoterapias fossem extensivamente estudadas e se mostrem igualmente eficazes (em geral ou para todos os transtornos), isso não justifica a suposição de que uma terapia não testada possa ser seguramente considerada tão eficaz como tratamentos existentes. Também não implica que evidências científicas para esta terapia não precisem de ser apresentadas em estudos futuros. Além disso, sabemos que existem diferenças sim entre psicoterapias visto que há evidências substanciais de que os tratamentos comportamentais e cognitivo-comportamentais são mais eficazes do que outros tratamentos para algumas condições, como transtornos de ansiedade e para distúrbios na infância e adolescência (Lilienfeld et al, 2013).

- *A EPB é inerentemente limitada porque as mudanças terapêuticas não podem ser quantificadas.* Pode haver alguma verdade nesta assunção de que algumas mudanças ocorridas no processo terapêutico são difíceis de medir. Se os terapeutas, clientes ou ambos podem notar uma melhora nos resultados subjetivos (e.g. senso de identidade, significado na vida) após o tratamento, não há razão inerente para que esses resultados não possam ser quantificados com confiabilidade. O crescente desenvolvimento de instrumentos bem validados na investigação em psicologia clínica, sugere que mesmo resultados terapêuticos inconscientes são geralmente passíveis de quantificação (Lilienfeld, et al., 2013).

Para além dessas concepções erradas que muitas vezes são discutidas rotineiramente na formação dos psicólogos, algumas podem ser explicitamente reforçadas por professores ou supervisores. Muitos estudantes ficam com o senso persistente de que práticas baseadas em evidências são excessivamente restritivas e inaplicáveis no contexto real (Lilienfeld et al. 2013).

- f) *Obstáculos de carácter pragmático, educativo e de atitude*: segundo Nelson, Steele e Mize (2006), muitos psicoterapeutas consideram não ter o tempo necessário para investir na leitura de literatura científica. A falta de leitura de literatura científica leva a equívocos sobre PBE assim como a informações insuficientes para a prática clínica (Melnik, Sousa & Carvalho (2014). Muitos clínicos não têm conhecimento suficientes sobre recursos de pesquisa e investigação (Berke, Rozell, Hogan, Norcross & Karpiak, 2011), para além disto, muitos clínicos apontam barreiras no acesso ao treino dessas competências assim como no apoio necessário para a prática posteriormente (Cook, Biyanova & Coyne, 2009). A complexidade estatística apresentada nos estudos muitas vezes também se torna uma resistência e um obstáculo. Os métodos de análise estatística foram sendo refinados, actualizados e desenvolvidos com o tempo e, mesmo aqueles clínicos com uma boa base estatística, deixam de estar familiarizados com os termos (Lilienfeld et al. 2013).

### **A realidade em Portugal**

Pouco se sabe sobre a prática da psicoterapia nos dias de hoje em Portugal e sobre as características dos psicoterapeutas do nosso país, apesar ter havido vários estudos que tentaram desmitificar a realidade, principalmente em relação ao seu desenvolvimento pessoal e profissional e características pessoais (Vasco, 1994; Vasco, Garcia-Marques & Dryden, 1992; Arriaga, 2009). Muitos menos existem estudos recentes sobre a influência e utilidade da investigação na prática clínica dos psicólogos e psicoterapeutas em Portugal.

Arriaga (2009), conduziu um estudo que pretendia fazer um retrato o mais completo possível das principais características do desenvolvimento pessoal dos psicoterapeutas em Portugal. Para isso inquiriu 217 psicoterapeutas espalhados pelo território nacional e ilhas. Nesse estudo, os psicoterapeutas em Portugal reconheceram

como suas principais fontes de influência positiva para a prática clínica a *experiência clínica com os clientes*, da *supervisão e discussão de casos com colegas*, e o facto de *ter sido um cliente*. Estas influências que vão ao encontro do que é retratado na literatura sobre esta matéria e vão ao encontro das três primeiras influências a nível internacional, sendo consideradas a tríade dominante das influências, todas elas de cariz interpessoal (Orlinsky & Ronnestad, 2005).

Sousa (2017), faz uma síntese muito interessante de algumas estatísticas em relação à realidade das perturbações psicológicas em Portugal. As perturbações psicológicas afetam mais de um quinto da população portuguesa. O país, apresenta a terceira taxa mais elevada de perturbações psicológicas sendo apenas suplantado pelos EUA (26%) e pela Irlanda (23%). Os valores mais altos surgem nas perturbações da ansiedade (16.5%) e nas perturbações depressivas (7.9%). Em Portugal, as perturbações psicológicas e do comportamento são a primeira causa de danos vividos com incapacidade (20.55%), e são a segunda causa de anos perdidos de vida saudável (11.75%). Os dados referem que nas situações mais graves, mais de um terço dos casos não tem acesso a tratamento. Sabe-se, também, que entre 10% a 20% dos cidadãos que recorrem aos centros de saúde apresentam perturbações psicológicas e que esses mesmos pacientes sobre utilizam os serviços de saúde.

Além disto, em Portugal, continua a não haver o reconhecimento e pertinência das intervenções psicológicas e psicoterapêuticas. No entanto, elas são eficazes. A investigação científica em psicoterapia contribui decisivamente para o reconhecimento da eficácia das intervenções psicológicas na promoção do bem-estar das pessoas (Sousa, 2017). Segundo Arriaga (2009) em Portugal não se estabeleceu uma tradição de investigação sólida nesta área. Dificuldades no financiamento das investigações e falta de condições ótimas de investigação nas instituições podem estar na base desta falha. Daí que quando nos tenhamos que referir a este tipo de investigação nos tenhamos de basear maioritariamente a estudos estrangeiros. Dez anos depois parece que o cenário se mantém. Em suma, o conhecimento sobre as atitudes em torno da investigação em psicoterapia é limitada devido a estudos antigos e desatualizados e, quando mais recentes, não-representativos e maioritariamente estrangeiros.

## **Objetivo**

Por tudo isto, o objectivo do nosso estudo é explorar a influência da investigação numa amostra composta por psicólogos e psicoterapeutas sediados em Portugal. Com isto, os nossos objetivos específicos são conhecer as fontes de informação mais valorizadas pelos clínicos e perceber qual o valor de utilidade que ocupa a investigação entre elas; perceber que tipos e áreas de investigação são consideradas mais influentes e relevantes para os clínicos; e perceber se existem diferenças entre as orientações teóricas. Pretende-se fazer um contributo para uma reflexão que se deve manter contínua e permanente nesta senda de integrar a investigação na prática clínica e desta forma contribuir um pouco para diminuição deste hiato duradouro.

## **Método**

### **Delineamento:**

O presente estudo segue um delineamento quantitativo e descritivo, com dados recolhidos através da utilização de um questionário.

### **Procedimento:**

#### **Procedimento de Recolha de Dados:**

A amostra assume um carácter de conveniência, não-probabilístico. O instrumento utilizado foi um questionário construído através da plataforma digital Google Forms. O mesmo foi baseado no “Practice-Research Questionnaire” construído e utilizado por Safran e colaboradores (2011). Para proceder à sua utilização foi enviado um e-mail a um dos colaboradores do estudo e pedida a autorização para que o mesmo fosse utilizado como base para uma investigação em Portugal.

Os participantes foram recrutados em três vias distintas: através de seus emails, obtidos no diretório de membros, presente no site das sociedades e associações científicas de psicoterapia protocoladas com a OPP (Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Construtivistas (SPPC), Associação Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica (APPPP), Associação Portuguesa de Psicoterapia Centrada na Pessoa e Counselling (APPCPC), Associação Portuguesa de Psicoterapia Psicanalítica de Casal e Família (APPPCF), Associação Portuguesa de Psicoterapia Psicanalítica (APPP),

Associação Portuguesa de Psicoterapias Breves (APPB), Sociedade Portuguesa de Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo (SPGPAG), Associação Portuguesa Gestalt (APG), Associação Portuguesa de terapias comportamental e cognitiva (APTCC), Associação Portuguesa de Psicoterapia Emocional (APPE), Associação EMDR – Portugal, Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Centrada no Cliente e na Abordagem Centrada na Pessoa (SPPCCACP), Sociedade Portuguesa de Psicanálise (SPP), Sociedade Portuguesa de Psicodrama (SPP), Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar (SPTF), Sociedade Portuguesa de Arteterapia (SPAT), Sociedade Portuguesa de Psicodrama Psicanalítico de Grupo (SPPPG), Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Existencial (SPPE), Associação Portuguesa de Terapia do Comportamento (APTC), PsiRelacional - Associação de Psicanálise Relacional, Núcleo Português de Psicanálise (NPC), Associação Portuguesa de Análise Bioenergética (APAB) e Sociedade Portuguesa de Psicologia Clínica (SPPC)); e através da difusão do questionário nas plataformas digitais Facebook e Linkdin.

Em ambas as vias de recrutamento, o formato das mensagens era semelhante. Primeiramente, explicava-se aos participantes que estavam a ser convidados a participarem num estudo sobre as práticas de investigação de psicólogos e psicoterapeutas sediados em Portugal. Em seguida, eram expostas as informações gerais sobre a investigação, um link de acesso para o questionário, bem como um pedido para que o partilhassem com a sua rede de contactos de profissionais da área, na tentativa de obter um efeito bola de neve.

Relativamente às informações gerais, estas tratavam-se de uma breve explicação da investigação, do seu âmbito e objetivos. Ao clicarem no Link os participantes eram remetidos para o consentimento informado, onde continha informações sobre o investigador e sua respetiva orientação, um maior esclarecimento sobre o âmbito e os objetivos da investigação, bem como os aspetos ligados à confidencialidade, sigilo, anonimato e privacidade dos dados. É importante referir que a participação no estudo era voluntária e só avançava para o questionário quem estivesse de acordo com as condições previamente apresentadas.

Para a disseminação do questionário, foram utilizados diferentes métodos para cada via de recrutamento: aos participantes recrutados por e-mail, foi-lhes enviada uma mensagem contendo as informações anteriormente supracitadas; para os recrutados via linkdin, foram utilizadas estratégias *one-to-one* onde eram enviadas mensagens

particulares personalizadas a cada participante; já no Facebook, além das estratégias *one-to-one*, o estudo foi difundido em grupos privados direcionados a profissionais ligados à psicologia em Portugal.

### **Procedimento de Análise Estatística:**

Foi utilizado o *software* IBM SPSS – IBM Analytcs versão 24 para se proceder à análise estatística dos dados. Para a análise dos dados foi utilizada estatística descritiva, testes estatísticos de comparação de médias (teste de Tukey e teste de Boferroni), *ANOVA one-way* e *ANOVA de medições repetidas*. Foi conduzida uma *ANOVA de medições repetidas* para analisar se existiam diferenças estatisticamente significativas na influência dos diferentes tipos de “fontes de informação” e na influência dos diferentes tipos de “investigação em psicoterapia”. A respetiva alternativa não-paramétrica, o teste de Friedman, foi utilizado sempre que os pressupostos não se verificavam. Testes *post-hoc* foram utilizados para determinar através de comparações múltiplas em que pares as variáveis diferiam significativamente. Em relação às orientações teóricas foi conduzida uma *ANOVA on-way* para determinar em que variáveis do nosso questionário é que existiam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de participantes “cognitivo-comportamentais” e “psicanalíticos/psicodinâmicos”. Foi utilizada a alternativa não paramétrica à mesma, o teste de *Kruskal-Wallis*, sempre que os pressupostos não se verificavam.

### **Instrumento**

O instrumento utilizado nesta investigação foi baseado no questionário construído por Safran e colaboradores (2011), num estudo que pretendia avaliar a influencia da investigação na prática clínica de clínicos e investigadores-clínicos. Neste sentido, o questionário dos autores mostrou-se uma grande ajuda na construção e elaboração das perguntas adequadas para as nossas questões de investigação e pela sua profundidade visto ser um questionário quantitativo com uma componente de resposta aberta.

A primeira parte do questionário é composta por perguntas demográficas, como o país de residência (pergunta de triagem para saber quem está estabelecido em Portugal ou não), idade e o género. Formação dos participantes, como a qualificação académica e a respetiva formação de base. Terapia pessoal, pertença a sociedades e/ou associações científicas e orientação teórica de referência.

Na segunda parte, pedimos aos participantes para indicarem a percentagem de tempo que dedicam à prática clínica, à investigação, à condução de supervisão e ao ensino. Perguntou-se desta forma: “Em relação à sua prática profissional, indique a percentagem de tempo dedicado ao seguinte”. Para isso utilizámos medidas intervalares ordinais para medir a percentagem de tempo dedicado a cada prática profissional (0-10%, 11-20%, 21-30%...+80%). Com isto, pretendíamos saber em que prática profissional os nossos participantes despendem mais do seu tempo e quanto.

A seguir, pedimos aos participantes para indicarem há quantos anos se dedicam à prática clínica. Perguntou-se desta forma: “Por favor, indique os anos dedicados à prática clínica”. Para isso, utilizámos categorias intervalares (0-5, 6-10, 11-15,...30+) para medirmos o tempo de clínica dos nossos participantes. De seguida, perguntámos aos participantes para indicarem há quantos anos se dedicam à condução de investigação. Perguntou-se assim: “Por favor, indique os anos dedicados à condução de investigação”. Foram utilizadas as medidas intervalares (0, 1-10, 11-20,...31+). A categoria “0” serve para diferenciar quem nunca conduziu investigação de quem conduz. Na pergunta seguinte, pedimos aos participantes para indicarem as horas semanais dedicadas à prática psicoterapêutica. Perguntou-se desta forma: “Por favor, indique as horas semanais dedicadas à prática psicoterapêutica”. Utilizaram-se categorias intervalares (0-10, 11-20,...41+).

Pedimos aos participantes para indicarem a utilidade que uma gama de fontes de informação tiveram para a sua prática clínica (experiência clínica com os clientes, artigos científicos, livros/publicações teóricas, etc.). Perguntou-se desta forma: “Por favor, indique a utilidade que as seguintes fontes de informação tiveram para a sua prática clínica”. Para isso, utilizamos uma *rating scale* de sete pontos categorizadas entre “nada útil” e “muito útil” (1 – Nada útil; 7 – Muito útil). Com esta questão pretendemos apurar que fontes de informação são mais valorizadas pelos participantes no que toca à sua prática clínica.

A seguir, pedimos aos participantes para indicarem o impacto que uma gama de vários tipos e áreas de investigação em psicoterapia tiveram para a sua prática clínica (investigação quantitativa, investigação qualitativa, investigação sobre os mecanismos de processos de mudança, etc.). Perguntou-se desta forma: “Por favor, indique até que ponto os vários tipos de investigação em psicoterapia tiveram para a sua prática clínica”. Para

isso, utilizamos uma *rating scale* de sete pontos categorizadas entre “nenhum” e “muito significativo” (1 – Nenhum; 7 – Muito significativo).

Na pergunta seguinte, pedimos aos participantes para indicarem a percentagem de artigos científicos que foram relevantes para a sua prática clínica. Perguntou-se assim: “Por favor, indique a percentagem de artigos científicos que foram relevantes para a sua prática clínica”. Para isso, utilizámos categorias intervalares ordinais (0%, 1-20%, 20%-40%...+80%). De seguida, pedimos aos participantes para indicarem a percentagem de artigos científicos que mudaram a forma como conduziam a sua prática clínica. Perguntou-se assim: “Por favor, indique a percentagem de artigos científicos que mudaram a forma como conduz a sua prática clínica”. Para isso, utilizámos igualmente categorias intervalares ordinais (0%, 1-20%, 20%-40%...+80%). Também pedimos aos participantes para indicarem a percentagem de casos clínicos difíceis facilitados pela literatura de investigação em psicoterapia. Para isso, utilizámos igualmente categorias intervalares ordinais (0%, 1-20%, 20%-40%...+80%).

A seguir, pedimos aos participantes para indicarem até que ponto a sua prática clínica foi influenciada pela investigação e literatura científica de tratamentos empiricamente suportados em psicoterapia. Para isso, utilizamos categorias ordinais (nunca, raramente, ocasionalmente,... sempre). Na pergunta seguinte, pedimos aos participantes para indicarem até que ponto a sua prática clínica foi influenciada pelo uso de manuais técnicos de tratamentos em psicoterapia. Para isso, utilizamos igualmente categorias ordinais (nunca, raramente, ocasionalmente,... sempre). De seguida, pedimos aos participantes para indicarem a percentagem de casos clínicos difíceis facilitados pela supervisão / consulta com colegas. Foi questionado desta forma: “Por favor, indique a percentagem de casos clínicos difíceis facilitados pela supervisão / consulta com colegas”. Para isso, utilizámos categorias intervalares ordinais (0%, 1-20%, 20%-40%...+80%).

Atualmente, muita literatura científica tem vindo a ser acumulada sobre *sistemas de feedback e monitorização do processo terapêutico*. Sabemos que monitorizar o processo terapêutico e receber *feedback* direto do paciente potencia os resultados terapêuticos e a taxas de *dropouts* (Lambert & Shimokawa, 2012; Lambert, 2015a). Assim, achámos interessante colocar uma questão acerca de sistemas de feedback e monitorização de processo terapêutico de forma a averiguar se os nossos participantes os utilizam na sua prática clínica. Perguntou-se desta forma: “Utiliza algum sistema de

feedback para monitorizar o seu processo terapêutico?”. Foram dadas as opções “Sim” e “Não”. Para quem respondia “Sim”, era pedido para indicar qual o sistema de *feedback* utilizado.

A última parte do nosso questionário é a componente qualitativa. Nesta secção do questionário pedimos aos participantes para descreverem uma investigação em psicoterapia que tenha tido um impacto significativo na sua prática clínica. Foi perguntado desta forma: “Por favor, descreva uma investigação em psicoterapia que tenha tido um impacto significativo na sua prática clínica (esta questão pode ser deixada em branco caso não consiga fornecer uma resposta)”.

### **Participantes: população-alvo e amostra**

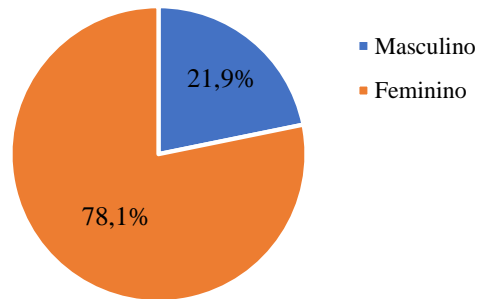
A população deste estudo foram psicólogos e psicoterapeutas sediados em Portugal. Os participantes foram recrutados através do diretório de membros do site das sociedades e associações científicas protocoladas com a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) e através do suporte online das redes sociais Facebook e Linkdin. Visto que, o nosso objetivo é estudar a realidade portuguesa, a única restrição estabelecida para a não inclusão de participantes na amostra, foi a de não estarem a trabalhar sediados em Portugal.

A amostra assume um carácter de conveniência, não-probabilístico. A conveniência da nossa amostra assenta no facto de ter sido seleccionada em função da disponibilidade e acessibilidade dos participantes em responderem ao inquérito, não sendo conhecida a probabilidade de cada elemento da população ser representada na amostra (Bispo, Coelho & Cunha, 2007).

A amostra é composta por 155 participantes. Apenas um participante foi eliminado da nossa amostra por estar sediado no estrangeiro. Na nossa amostra 34 (21.9%) participantes são do género masculino, havendo um enviesamento de participantes do género feminino (n=121; 78.1%). Esta tendência foi bastante semelhante com outros estudos com a mesma população, como o estudo sobre o desenvolvimento dos psicoterapeutas portugueses de Arriaga (2009) com 78% de participantes femininos e 22% do género masculino. Sendo importante referir que mesmo havendo dez anos de diferença entre os dois estudos, esta tendência mantém-se. As idades dos participantes

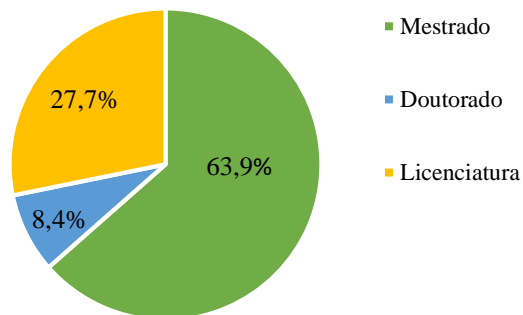
são compreendidas entre os 24 e os 79 anos ( $M= 40.92$ ;  $DP= 12.2$ ). A Figura 1 expõe o detalhe da diferença de gênero da nossa amostra.

Quanto às qualificações acadêmicas, 27.7% ( $n=43$ ) dos participantes reportou-se como sendo licenciado, 63.9% ( $n=99$ ) com mestrado e 8.4% ( $n=13$ ) de doutorados. A nossa amostra apresenta menos doutorados comparativamente com o estudo de Arriaga (2009),



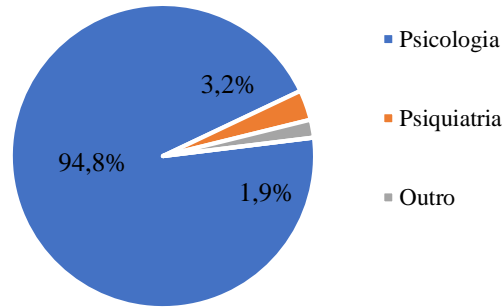
**Figura 1.** Constituição da amostra, por Gênero.

com uma percentagem 20%. Porém, aproxima-se com a amostra de Gyani et al. (2014), com 9%. Os valores estão ainda afastados da amostra de Stewart & Chambless (2007) com 95% de doutorados e com a amostra de Safran et al. (2011) com 68%.



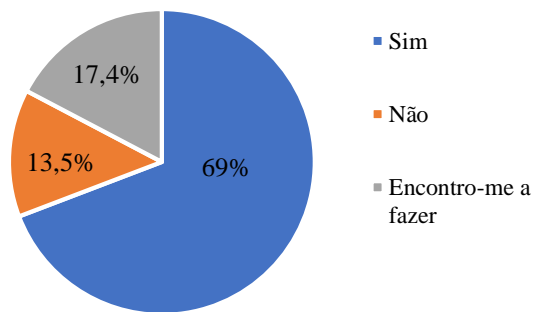
**Figura 2.** Constituição da amostra, por qualificações acadêmicas.

Quanto à formação de base, 94.8% ( $n=147$ ) são de psicologia, 3.2% ( $n=5$ ) de psiquiatria e apenas 1.9% ( $n=3$ ) responderam que tiveram outra formação de base.



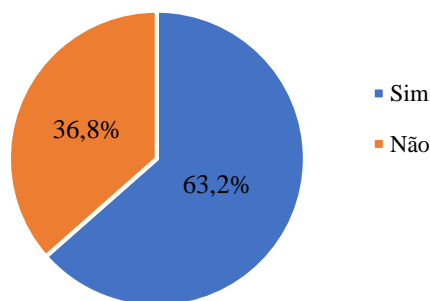
**Figura 3.** Constituição da amostra, por formação de base.

Em relação à psicoterapia pessoal, 69% (n=107) disseram já a terem feito, 17,4% (n=27) encontravam-se no momento a fazê-la, e 13,5% (n=21) revelaram nunca terem feito psicoterapia pessoal.



**Figura 4.** Constituição da amostra, por psicoterapia pessoal.

Em relação a sociedades e associações profissionais de psicoterapia, 63,2% (n=98) disseram pertencer pelo menos a uma e 36,8% (n=57) dizem não pertencer a nenhuma sociedade ou associação científica de psicoterapia.



**Figura 5.** Constituição da amostra, por pertença a sociedades ou associações profissionais de psicoterapia.

Aos participantes que disseram “Sim” foi pedido que identificassem as sociedades e/ou associações científicas nas quais fossem associados (mesmo que fosse mais do que uma). Foi obtido um total de 119 respostas, dentre as quais, 13 não foram possíveis de serem identificadas. O quadro seguinte expõe a distribuição, em sociedades e/ou associações de

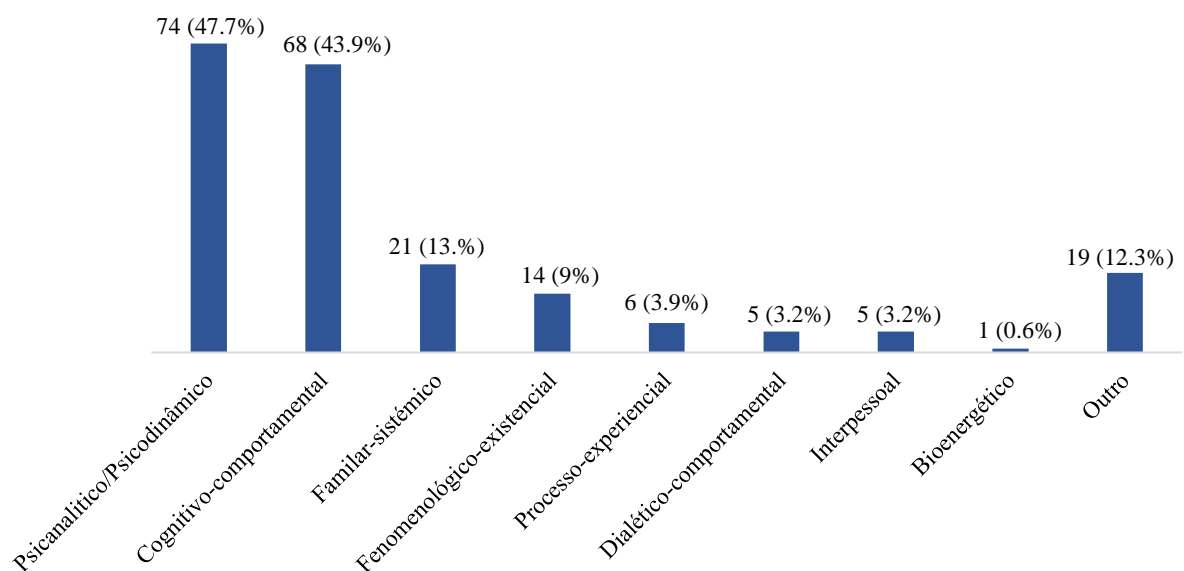
psicoterapia, da fração da amostra que respondeu com “Sim” relativamente a pertencer a alguma sociedade e/ou associação de psicoterapia (n=98; 63.2%).

<b>Associações / Sociedades de Psicoterapia:</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Associação Portuguesa de Terapia Comportamental, Cognitiva e Integrativa (APTCCI)	20	20.40%
Associação Portuguesa de Terapia Centrada na Pessoa e Counselling (APTCCPC)	1	1.02%
Associação Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica (APPPP)	2	2.04%
Associação Portuguesa de Psicoterapia Emocional e Psicoterapia de Bounding (APPEPB)	2	2,04%
Associação Portuguesa de Terapia Comportamental (APTC)	1	1.02%
Associação Portuguesa de Terapias Comportamental e Cognitiva (APTCC)	2	2.04%
Associação EMDR-Portugal	7	7.14%
Associação de Psicanalise Relacional (APR)	1	1.02%
Associação Portuguesa de Gestalt (APG)	1	1.02%
Association Genevoise de Thérapies de Famille (AGTF)	1	1.02%
Association Suisse de Thérapies Familiales et Intervention Systémiques (ASTFIS)	1	1.02%
American Association for Marriage and Family Therapy (AAMFT)	1	1.02%
International Psychoanalytic Association (IPA)	1	1.02%
American Psychological Association (APA)	1	1.02%
European Association for Psychotherapy (EAP)	1	1.02%
Sociedade Portuguesa de Psicodrama (SPP)	4	4.08%
Sociedade Portuguesa de Terapia Focada nas Emoções (SPTFE)	1	1.02%
Sociedade Portuguesa de Arte Terapia (SPAT)	1	1.02%
Sociedade Portuguesa de Psicologia Clínica (SPPC)	9	9.18%
Sociedade Portuguesa de Grupo análise e Psicoterapia Analítica de Grupo (SPGPAG)	2	2.04%
Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Existencial (SPPE)	4	4.08%
Sociedade Portuguesa de Psicanálise (SPP)	18	18.36%
Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar (SPTF)	7	7.14%
Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Construtivista (SPPC)	3	3.06%
Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves (SPPB)	1	1.02%
Sociedade Portuguesa Psicodrama Psicanalítico de Grupo (SPPPG)	1	1.02%
Society for the exploration of Psychotherapy Integration (SEPI)	2	2.04%
Society for Existential Analysis (SEA)	1	1.02%
Instituto de Formação Terapêutica Psicanalítica do Porto (IFTP)	1	1.02%
Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP)	1	1.02%
Núcleo Português de Psicanálise (NPP)	2	2.04%
Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro (CPRJ)	1	1.02%
World Council for Psychotherapy (WCP)	1	1.02%
European Psychoanalytic Federation (EPF)	1	1.02%
Não responderam/respostas impercetíveis	13	13.26%

**Tabela 1.** Constituição da amostra, por pertença a sociedades ou associações profissionais de psicoterapia.

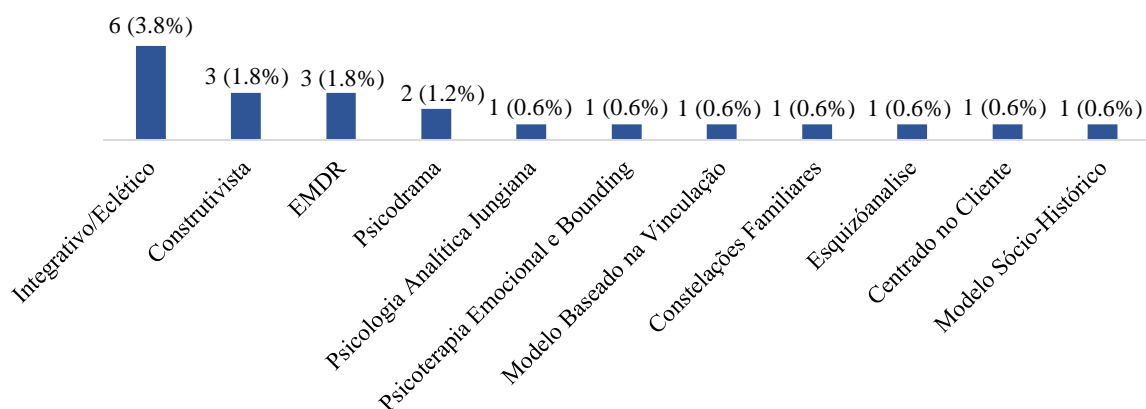
Quanto ao modelo teórico de referencia dos participantes da nossa amostra podemos observar uma prevalência de individuos que seguem uma linha psicanalitica/psicodinamica (n=74; 47.7%) e cognitivo-comportamental (n=68; 43.9%).

De seguida, a abordagem Familiar-sistémica (n=21; 13.5%), o modelo Fenomenológico-existencial (n=14; 9%), Processo-experiencial (n=6; 3.9%), Dialético-comportamental (n=5; 3.2%), a abordagem Interpessoal com (n=5; 3.2%), Bioenergética (n=1; 0.6%) e por fim 12.3% (n=19) da amostra responderam que tinham outras abordagens teóricas para além das listadas. É importante referir que foi dada a oportunidade de cada participante escolher mais do que um modelo teórico de referência caso integrasse várias abordagens na sua prática, daí os valores obtidos e supracitados representarem o número e a percentagem de vezes que cada abordagem teórica foi seleccionada como referência pelos participantes.



**Figura 5.** Constituição da amostra, por modelo teórico de referência.

Em relação à categoria “Outro”, foram obtidas 20 respostas provenientes de 19 participantes. No total, foram reconhecidos mais 11 modelos teóricos, para além dos listados, distribuídos da seguinte forma:



**Figura 6.** Caracterização da amostra, por modelo teórico de referência para a categoria "Outro".

Ainda em relação às orientações teóricas dos participantes, 72,3% (n=112) elegeu apenas uma abordagem e 27.7% escolheu mais do que uma opção teórica.

## Resultados

A primeira pergunta do nosso questionário foi questionar os participantes sobre a percentagem de tempo dedicado à prática clínica, investigação, ensino e condução de supervisão. Em relação à prática clínica, a maioria dos participantes respondeu dedicar-lhe mais de 80% do seu tempo (n=59; 38.1%) e 13.5% (n=21) respondeu entre 71-80%.

% tempo dedicado	n	%
0-10%	4	2,6
11-20%	20	12,9
21-30%	6	3,9
31-40%	8	5,2
41-50%	12	7,7
51-60%	10	6,5
61-70%	15	9,7
71-80%	21	13,5
+80%	59	38,1
Total	155	100,0

Tabela 2 - Percentagem de tempo dedicado à prática clínica.

Em contraponto, 60.6% (n= 94) dos participantes referiu que dedica apenas 0-10% do seu tempo à condução de investigação. Apenas uma percentagem reduzida de 7% (n=11) dos participantes referiu dedicar mais de 50% do seu tempo profissional à condução de investigação. Estes resultados sugerem que a nossa amostra dedica significativamente mais tempo à prática clínica comparativamente à condução de investigação.

% tempo dedicado	n	%
0-10%	94	60,6
11-20%	31	20,0
21-30%	9	5,8
31-40%	6	3,9
41-50%	4	2,6
51-60%	4	2,6
61-70%	3	1,9
71-80%	1	0,6
+80%	3	1,9
Total	155	100,0

Tabela 3 - Percentagem de tempo dedicado à condução de investigação.

No que toca ao ensino, a percentagem de tempo também é reduzida. 65.6% (n=101) dos participantes referiu 0-10% de tempo dedicado. Apenas 5,8% (n=9) da amostra dedica mais de 50% do seu tempo ao ensino. Quanto ao fornecimento de supervisão a percentagem de tempo ainda é mais baixa. 71% dos participantes referiram 0-10% de tempo dedicado.

Em relação aos anos de prática clínica, 30.3% dos participantes revelou ter entre 0-5 anos de prática clínica e 16.8% (n=26) dos participantes entre 6-10 anos. Isto revela que 47.1% da nossa amostra se encontra nos primeiros dez anos de carreira em relação à prática clínica.

Anos de prática clínica	n	%
0-5	47	30,3
6-10	26	16,8
11-15	28	18,1
16-20	23	14,8
21-25	13	8,4
26-30	10	6,5
31+	8	5,2

Tabela 4 - Anos de prática clínica.

Em relação aos anos a conduzir investigação 82.6% (n=128) dos participantes revelaram não conduzir investigação. Apenas 18.4% (n=27) da amostra revela estar há mais de um ano a conduzir investigação. Segundo os dados, podemos apurar que grande parte da nossa amostra se dedica mais à prática clínica do que há investigação.

Anos a conduzir investigação	n	%
0	128	82,6
1-10	13	8,4
11-20	9	5,8
21-30	3	1,9
31+	2	1,3

Tabela 5 - Anos a conduzir investigação.

Em relação às horas semanais dedicadas à prática psicoterapêutica, 27.7% (n= 43) referiu entre 0-10 horas semanais, 19.4% (n= 30) entre 11-20 horas, 23.2% (36) entre 21-30 horas, 22.6% (n= 35) entre 31-40 horas e 7.1% (n= 11) dedicam mais de 41 horas semanais.

A seguir, pedimos aos participantes para avaliarem o impacto que uma variedade de fontes de informação tiveram para a sua prática clínica. A pergunta foi escrita da seguinte forma: “De acordo com a escala, indique a utilidade que as seguintes fontes de informação tiveram para a sua prática clínica.” Foram apresentadas aos participantes dez opções diferentes de fontes de informação e era pedido para indicarem a sua utilidade numa escala de sete pontos (1- nada útil; 7 – muito útil). Foram calculadas as médias e os desvios-padrão das cotações respondidas pelos participantes à escala de utilidade. Os três resultados mais altos obtidos foram: a “*Experiência contínua com os clientes*” ( $M= 6.08$ ;  $DP= 1.15$ ) com o valor mais alto de utilidade, seguido da “supervisão/consulta de casos clínicos com colegas” ( $M=5.75$ ;  $DP= 1.31$ ) e “Histórias clínicas de casos” ( $M=5.65$ ;  $DP=1.40$ ). Para analisar se existem diferenças significativas entre os vários tipos de “fontes de informação” foi realizado um teste de *Friedman* uma vez que não se verificou o pressuposto da esfericidade ( $W(44)=0.090$ ;  $p<.001$ ;  $\epsilon_{HF}=0.636$ ).

Os resultados do teste não-paramétrico de *Friedman* permitem concluir que existem diferenças estatisticamente significativas entre pelo menos um par de “fontes de informação” ( $Fr(9)=291.996$ ;  $p<.001$ ). As comparações duplas permitiram concluir que a “Experiência contínua com os clientes” difere significativamente da maioria das fontes de informação ( $p<.001$ ). A “*Experiência contínua com os clientes*” também apresentou uma diferença marginalmente significativa com a fonte de informação “*Histórias clínicas de Casos*” ( $p=.066$ ) (apenas não foi significativa comparativamente à *supervisão/consulta de casos clínicos com colegas*).

Na pergunta seguinte, pedimos aos participantes para indicarem até que ponto uma variedade de fontes de literatura em psicoterapia tiveram utilidade para a sua prática

clínica. Perguntou-se desta forma: “De acordo com a escala, indique a utilidade que os vários tipos de literatura em psicoterapia tiveram na sua prática clínica”. Foram apresentadas aos participantes onze opções e era pedido para indicarem a sua utilidade numa escala de sete pontos (1- nada útil; 7 – muito útil). Foram calculadas as médias e os desvios-padrão das cotações respondidas pelos participantes à escala de utilidade. Os resultados obtidos foram: “Estudos de casos clínicos” ( $M=5.20$ ;  $DP=1.59$ ) considerada o tipo de literatura mais útil, de seguida “literatura focada na aliança terapêutica e relação real” ( $M=5.06$ ;  $DP=1.63$ ), e depois “literatura focada nos fatores do terapeuta” ( $M=4.83$ ;  $DP=1.73$ ).

Para analisar se existem diferenças significativas entre os vários “tipos de investigação” foi realizada uma *ANOVA de medições repetidas* com correção de *Huynh-Feldt* uma vez que não se verificaram os pressupostos da esfericidade ( $W(54)=0.088$ ;  $p<.001$ ;  $\epsilon_{HF}=0.711$ ). Os resultados mostram que existem diferenças significativas em pelo menos um par de tipos  $F(7.114,1095.540)=23.806$ ;  $p<.001$ ;  $\eta^2_p=0.134$ ;  $\pi=1.000$ ). Procedeu-se posteriormente às comparações múltiplas com correção de Bonferroni para avaliar quais os pares de médias que diferiam significativamente. Os resultados mostram que o tipo de investigação “Quantitativa” difere significativamente de todos os outros ( $p<.001$ ), verificando-se que é significativamente inferior em relação a todos os outros tipos de investigação, inclusive da “Qualitativa”.

Em relação à pergunta “Por favor, indique a percentagem de artigos científicos que foram relevantes para a sua prática clínica”, a maioria dos participantes 29% ( $n=45$ ) respondeu à categoria 40-60%, seguido da categoria 60-80% com 25.8% ( $n=40$ ) dos participantes. O que significa que mais de 50% da nossa amostra teve uma percentagem de artigos científicos relevantes para a sua prática clínica superior a 40%.

Percentagem de artigos científicos relevantes para a prática Clínica	n	%
0%	0	0,0
1-20%	26	16,8
20-40%	29	18,7
40-60%	45	29,0
60-80%	40	25,8
+80%	15	9,7
Total	155	100,0

Tabela 6 - Percentagem de artigos científicos relevantes para a Prática Clínica.

Em relação à pergunta “Por favor, indique a percentagem de artigos científicos que mudaram a forma como conduz a sua prática clínica”, 31.6% (n= 49) indicaram a categoria 40-60%, os restantes resultados estão expressos na seguinte tabela.

Percentagem de artigos científicos mudaram a forma como conduz a prática clínica	n	%
0%	2	1,3
1-20%	40	25,8
20-40%	41	26,5
40-60%	49	31,6
60-80%	16	10,3
+80%	7	4,5
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100,0</b>

Tabela 7 - Percentagem de artigos científicos que mudaram forma como conduz Prática Clínica.

Em relação à pergunta “Por favor, indique a percentagem de casos clínicos difíceis que foram facilitados pela literatura de investigação em psicoterapia”, podemos verificar que 25.2% (n=39) indicaram a categoria 20-40% e 23.2% (n=36) entre 40-60%.

Percentagem de casos clínicos difíceis facilitados pela literatura de investigação em psicoterapia	n	%
0%	6	3,9
1-20%	34	21,9
20-40%	39	25,2
40-60%	36	23,2
60-80%	29	18,7
+80%	11	7,1
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100,0</b>

Tabela 8 - percentagem de casos clínicos difíceis facilitados pela literatura de investigação em psicoterapia.

Em relação à pergunta “Por favor, indique até que ponto a sua prática clínica foi influenciada pela investigação e literatura científica de tratamentos empiricamente suportados em psicoterapia”, podemos observar 29.7% (n= 46) dos participantes relatou “Frequentemente” ter influência e 28.4% (n=44). No entanto, 54.8% da nossa amostra não é influenciada “Frequentemente” pela investigação e literatura científica de tratamentos empiricamente suportados em psicoterapia.

Influencia da investigação e literatura científica de tratamentos empiricamente suportados em psicoterapia	n	%
Nunca	3	1,9
Raramente	13	8,4
Ocasionalmente	25	16,1
Por vezes	44	28,4
Frequentemente	46	29,7
Muito frequentemente	21	13,5
Sempre	3	1,9
Total	155	100,0

Tabela 9 - Influencia da investigação e literatura científica de tratamentos empiricamente suportados em psicoterapia.

Em relação à pergunta “Por favor indique até que ponto a sua prática clínica foi influenciada pelo uso de manuais técnicos de tratamentos em psicoterapia”, 29.7% (n=46) dos participantes relataram “Frequentemente”, seguido de “Por vezes” com 23.2% (n=36).

Influencia do uso de manuais técnicos de tratamento em psicoterapia	n	%
Nunca	6	3,9
Raramente	14	9,0
Ocasionalmente	21	13,5
Por vezes	36	23,2
Frequentemente	46	29,7
Muito frequentemente	25	16,1
Sempre	7	4,5
Total	155	100,0

Tabela 10 - Influência do uso de manuais técnicos de tratamento em psicoterapia.

Em relação à pergunta “Por favor, indique a percentagem de casos clínicos difíceis facilitados pela supervisão/consulta com colegas”, 40% (n=62) reportaram que a percentagem de casos clínicos difíceis facilitados pela supervisão/consulta com colegas é de 60-80% e 27.7% (n=43) reportou entre 40-60%.

Percentagem de casos clínicos difíceis facilitados pela supervisão/consulta com colegas.	n	%
0%	4	2,6
1-20%	18	11,6
20-40%	28	18,1
40-60%	43	27,7
60-80%	62	40,0
+80%	0	0,0
Total	155	100,0

Tabela 11 - percentagem de casos clínicos difíceis facilitados pela supervisão/consulta com colegas.

Em relação à pergunta “Utiliza algum sistema de feedback para monitorizar o seu processo terapêutico?”, 29.7% (n=46) reportou que sim e 70.3% (n=109) reportou que não.

Utiliza Sistema de feedback/monitorização do processo terapêutico?	n	%
Sim	46	29,7
Não	109	70,3
Total	155	100,0

Tabela 12. Utilização de sistema de feedback do processo terapêutico.

### **Orientação teórica e Investigação:**

Com o objetivo de testar possíveis diferenças estatisticamente significativas entre a orientação Psicanalíticas/Psicodinâmica e a orientação Cognitivo-Comportamental ao nível da utilidade e do impacto atribuído às diversas fontes de informação e de investigação foi utilizado um teste paramétrico *ANOVA one-way*, quando todos os pressupostos foram verificados e, foi utilizado um teste alternativo à mesma, ou seja, o teste não-paramétrico *Kruskall-Wallis*, sempre que algum dos pressupostos era violado.

Em relação à fonte de informação “Experiência por ter sido um cliente” foi utilizado um teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*, visto que o pressuposto da homogeneidade de variâncias foi violado. Os resultados indicam que existem diferenças significativas nas diferentes orientações teóricas em relação à “Experiência por ter sido um cliente” ( $H(2)=13.205$ ;  $p=.001$ ), o que significa que os participantes com uma orientação Psicanalítica/Psicodinâmica apresentam um maior valor médio de utilidade

( $M=5.79$ ;  $DP=1.44$ ) desta fonte de informação em comparação com os participantes da orientação Cognitivo-Comportamental ( $M=4.41$ ;  $DP=2.18$ ).

Em relação à fonte de informação “Supervisão/Consulta de Casos Clínicos com Colegas” foi utilizado um teste paramétrico *ANOVA one-way*, visto que todos os pressupostos foram verificados. Os resultados indicam que existem diferenças marginalmente significativas nas diferentes orientações teóricas em relação à “Supervisão/Consulta de Casos Clínicos com Colegas” ( $F(2,127)=2.670$ ;  $p=.073$ ;  $\eta^2p=0.04$ ), o que significa que os participantes com uma orientação Psicanalítica/Psicodinâmica apresentam um maior valor médio de utilidade desta fonte de informação ( $M=5.94$ ;  $DP=1.30$ ) em comparação com os participantes da orientação Cognitivo-Comportamental ( $M=5.37$ ;  $DP=1.40$ ).

Em relação ao tipo de investigação “Investigação Quantitativa” foi utilizado um teste paramétrico *ANOVA one-way*, visto que todos os pressupostos foram verificados. Os resultados indicam que existem diferenças significativas nas diferentes orientações teóricas em relação ao tipo de investigação “Investigação Quantitativa” ( $F(2,127)=9.033$ ;  $p=.000$ ;  $\eta^2p=0.124$ ), o que significa que os participantes com uma orientação Cognitivo-Comportamental apresentam um maior valor médio de impacto na prática clínica da “Investigação Quantitativa” ( $M=3.98$ ;  $DP=1.61$ ) em comparação com os participantes da orientação Psicanalítica/Psicodinâmica ( $M=3.00$ ;  $DP=1.73$ ).

Em relação ao tipo de investigação “Investigação de resultados (*outcomes*) terapêuticos comparando intervenções terapêuticas com grupos de controlo ou com outras abordagens terapêuticas” foi utilizado um teste paramétrico *ANOVA one-way*, visto que todos os pressupostos foram verificados. Os resultados indicam que existem diferenças marginalmente significativas nas diferentes orientações teóricas em relação à “Investigação de resultados (*outcomes*) terapêuticos comparando intervenções terapêuticas com grupos de controlo ou com outras abordagens terapêuticas” ( $F(2,127)=2.883$ ;  $p=.060$ ;  $\eta^2p=0.043$ ), o que significa que os participantes com uma orientação Cognitivo-Comportamental ( $M=4.61$ ;  $DP=1.64$ ) apresentam um maior valor médio no impacto na prática clínica da “Investigação de resultados (*outcomes*) terapêuticos comparando intervenções terapêuticas com grupos de controlo ou com outras abordagens terapêuticas” em comparação com os participantes da orientação Psicanalítica/Psicodinâmica ( $M=3.87$ ;  $DP=1.92$ ).

Em relação ao tipo de investigação “Estudos de caso clínicos” foi utilizado um teste paramétrico *ANOVA one-way*, visto que todos os pressupostos foram verificados.

Os resultados indicam que existem diferenças marginalmente significativas nas diferentes orientações teóricas em relação ao tipo de investigação “Estudos de caso clínicos” ( $F(2,127)=3.050$ ;  $p=.051$ ;  $\eta^2p=0.046$ ), o que significa que os participantes com uma orientação Psicanalítica/Psicodinâmica ( $M=5.60$ ;  $DP=1.36$ ) apresentam um maior valor médio no impacto do tipo de investigação “Estudos de casos clínicos” na prática clínica em comparação com os participantes da orientação Cognitivo-Comportamental ( $M=4.96$ ;  $DP=1.52$ ).

Em relação ao tipo de investigação “Investigação sobre sistemas de feedback/monitorização do processo terapêutico” foi utilizado o teste não paramétrico *Kruskall-Wallis* visto que o pressuposto da homogeneidade foi violado. Os resultados indicam que existem diferenças marginalmente significativas nas diferentes orientações teóricas em relação ao tipo de investigação “Investigação sobre sistemas de feedback/monitorização do processo terapêutico” ( $H(2)=4.801$ ;  $p=.091$ ), o que significa que os participantes com uma orientação Cognitivo-Comportamental ( $M=4.57$ ;  $DP=1.52$ ), apresentam um maior valor médio de impacto na prática clínica da “Investigação sobre sistemas de feedback/monitorização do processo terapêutico” em comparação com os participantes da orientação Psicanalítica/Psicodinâmica ( $M=3.84$ ;  $DP=1.99$ ).

Em relação à percentagem de “Casos clínicos difíceis facilitados pela supervisão” foi utilizado um teste paramétrico *ANOVA one-way*, visto que todos os pressupostos foram verificados. Os resultados indicam que existem diferenças significativas nas diferentes orientações teóricas em relação à percentagem de “Casos clínicos difíceis facilitados pela supervisão/consulta com colegas” ( $F(2,127)=3.823$ ;  $p=.024$ ;  $\eta^2p=.057$ ), o que significa que os participantes com uma orientação Psicanalítica/Psicodinâmica ( $M=5.60$ ;  $DP=1.36$ ) apresentam um maior valor médio na percentagem de “casos clínicos difíceis facilitados pela supervisão/consulta com colegas” em comparação com os participantes da orientação Cognitivo-Comportamental ( $M=4.96$ ;  $DP=1.52$ ).

Em relação à pergunta “Por favor, indique até que ponto a sua prática clínica foi influenciada pelo uso de manuais técnicos de tratamentos em psicoterapia” foi utilizado o teste não paramétrico *Kruskall-Wallis* visto que o pressuposto da homogeneidade foi violado. Os resultados indicam que existem diferenças significativas nas diferentes orientações teóricas em relação à influência na prática clínica de manuais técnicos de tratamentos em psicoterapia ( $H(2)=8,603$ ;  $p=.014$ ), significando que os participantes com uma orientação Cognitivo-Comportamental ( $M=4.86$ ;  $DP=1.12$ ), apresentam um maior

valor médio de influência na prática clínica de manuais técnicos de tratamento em psicoterapia comparativamente com os participantes da orientação Psicanalítica/Psicodinâmica ( $M=4.02$ ;  $DP=1.48$ ).

### **Componente de resposta aberta:**

No final do nosso questionário pedimos aos participantes para descreverem uma investigação em psicoterapia que tenha tido impacto na sua prática clínica. Apenas 27 participantes (17.4%) responderam à questão. Apesar do número reduzido de respostas procedemos à sua análise utilizando a metodologia Consensual Qualitative Research (CQR). As componentes essenciais da CQR são a sua utilização em questões abertas para recolha de dados semiestruturados (geralmente entrevistas), permitindo uma análise consistente entre indivíduos, bem como um exame mais aprofundado das respostas individuais (Hill et al., 2005). Utiliza ao longo do processo de análise de dados vários juízes para promover múltiplas perspetivas e desta forma chegar a consenso sobre o significado dos dados. Ou seja, um auditor verifica o trabalho da equipa de júris, cruzando os domínios e ideias centrais da análise dos dados e concordância entre júris, cruzando-as (Hill et al., 2005; Hill & Lambert, 2004). A CQR incorpora elementos da fenomenologia (Giorgi, 1985) da *grounded theory* (Strauss & Corbin, 1998) e da análise compreensiva e interpretativa de processos (Elliott, 1989). Neste caso especificamente e visto termos um número reduzido de respostas a ênfase adotada foi o consenso entre júris para refletir o significado dos dados e desta forma construir uma ideia concordante capaz de satisfazer a nossa análise.

Primeiramente, quando necessário, reescreveram-se as respostas dos participantes de forma simplificada e desenvolveram-se categorias (relacionadas com a investigação em psicoterapia) para organizar os dados. Um primeiro esboço foi delineado e avaliado por dois júris num processo iterativo. Ou seja, as categorias foram escritas de forma preliminar e iam sendo ajustadas conforme a opinião do júri e a organização dos dados. Todas as alterações efetuadas culminaram num consenso. Como o número de respostas era reduzido rapidamente se chegou a um ponto de saturação onde já não era possível organizar mais os dados com a consequência de se perder informação. Nenhuma resposta foi descartada. Encontraram-se categorias gerais e sempre que possível subcategorias. Algumas respostas foram mantidas e utilizadas como exemplos em conjunto com as subcategorias. A tabela 3 espelha o resultado da nossa CQR, apresentando as 6 categorias encontradas para descrever as investigações em psicoterapia descritas pelos nossos participantes, juntamente com os exemplos mais comuns obtidos.

<b>Investigações do processo (25.9%)</b>	<b>Investigações de resultados (25.9%)</b>
Processos de mudança; Ruturas terapêuticas; Fatores comuns em psicoterapia;	Hemeneutic Single Case Efficacy Design, Salvador Minuchin: variações metabólicas induzidas; Eficácia da PBE; Investigações de comparação de tratamentos;
<b>Investigações de orientação Psicodinâmica (14.8%)</b>	<b>Investigações para condições específicas (14.8%)</b>
Hamburg's Project: terapias de tempo limitado no campo psicanalítico; Investigação de processos transferenciais e contra-transferenciais; Impasse e Interpretação de Rosenfeld; Livros/publicações teóricas;	Investigações para casos étnico-raciais; Investigações para casos borderline;
<b>Integração em Psicoterapia (14.8%)</b>	<b>Investigações auto conduzidas (7.4%)</b>
Modelo da Complementaridade Paradigmática; Mentalization Based Therapy;	Estudos de caso;

\*Total de 27 respostas obtidas

Tabela 13. Categorias mais comuns de investigações em psicoterapia.

Para os participantes que forneceram uma resposta, podemos observar que as duas categorias mais comuns foram as investigações sobre o processo terapêutico (25.9%) e investigações sobre os resultados terapêuticos (25.9%). Ou seja, em relação às

investigações sobre o processo as respostas mais citadas pelos participantes envolviam investigações sobre os processos de mudança em psicoterapia, ruturas terapêuticas e fatores comuns. E sobre os resultados em psicoterapia, foram mais comuns as investigações que comparavam os resultados (*outcomes*) de diferentes tipos de tratamentos em psicoterapia.

### **Discussão**

O objectivo do nosso estudo foi explorar a influência da investigação numa amostra composta por psicólogos e psicoterapeutas sediados em Portugal. Os resultados do nosso estudo mostram que as respostas podem depender de vários fatores. No entanto, no que toca aos aspetos mais demográficos, podemos observar que a nossa amostra apresenta um perfil bastante ligado à prática clínica, visto que, a maioria dos nossos participantes, respondeu dedicar-lhe mais de 80% do seu tempo. Já em relação à investigação o cenário é bastante oposto, pois 60.6% (n= 94) dos participantes referiu que dedica apenas 0-10% do seu tempo à condução de investigação, sendo que, apenas uma percentagem reduzida de 7% (n=11) dos participantes, referiu dedicar-lhe mais de 50% do seu tempo profissional. 30.3% dos participantes revelou ter entre 0-5 anos de prática clínica e 16.8% (n=26) dos participantes entre 6-10 anos. Isto revela que 47.1% da nossa amostra se encontra nos primeiros dez anos de carreira em relação à prática clínica. Quanto à investigação, 82.6% (n=128) dos participantes revelaram não conduzir investigação e apenas 18.4% (n=27) da amostra revela estar há mais de um ano a conduzir investigação. Em relação aos anos dedicados a cada uma destas práticas profissionais o cenário apresenta a mesma silhueta, com um afastamento evidente dos participantes com a investigação. Neste ponto, o perfil demográfico da nossa amostra revela a existência de um hiato entre a prática clínica e a investigação, pelo menos no que toca a práticas profissionais.

Ainda em relação às orientações teóricas dos participantes, 72,3% (n=112) elegeu apenas uma abordagem e 27.7% escolheu mais do que uma opção teórica. Estes dados são interessantes visto que vão ao encontro da previsão de Norcross (2003 in Thomann, 2003), para as tendências psicoterapêuticas do novo milénio. Ou seja, a tendência é que as abordagens teóricas sejam cada vez mais ecléticas e integrativas. De facto, esta ideia é corroborada com o facto de entre 30% a 45% dos terapeutas Americanos se dizerem ecléticos-integrativos.

Sendo uma amostra mais enviesada para a prática clínica e relativamente jovem, no que toca à sua carreira, será que as suas decisões são informadas ou influenciadas pela pesquisa e investigação? Pedimos aos participantes para avaliarem o impacto que uma variedade de fontes de informação tiveram na sua prática clínica. A *experiência contínua com os clientes* e a *supervisão/consulta de casos clínicos com colegas* apresentaram valores médios mais altos de utilidade comparativamente com outras fontes de informação relacionadas com a investigação como os *artigos científicos*. Os nossos resultados vão ao encontro do estado da arte sobre esta matéria (Morrow-Bradley & Elliot, 1986; Stewart & Chambless, 2007; Arriaga, 2009; Safran et al., 2011). No estudo de Safran e colaboradores (2011), os resultados em relação à utilidade destas fontes de informação foram as mesmas que no nosso estudo. Ou seja, a *experiência contínua com os clientes* e a *supervisão/consulta de casos clínicos com colegas* apresentaram os valores mais altos de utilidade. Resultados estes similares aos encontrados nos estudos de Morrow-Bradley and Elliott (1986) e Stewart and Chambless's (2007), onde os participantes destas investigações também viam *experiência contínua com os clientes* como a fonte de informação mais útil para a tomada de decisão na sua prática clínica. Ao mesmo tempo, a nossa amostra classificou a fonte de informação *artigos científicos* como menos útil do que pelo menos quatro outros tipos de fontes de informação (*experiência clínica com os clientes, supervisão/consulta de casos clínicos com colegas, estudos de caso clínicos e livros teóricos*). Estes resultados apontam que a investigação é preterida, no que toca à sua utilidade para a prática clínica, em relação a outros tipo de fontes de informação, dado esse, também verificado em Safran e colaboradores (2011), com uma amostra maioritariamente composta de investigadores que eram ao mesmo tempo clínicos. Assim, a nossa amostra valoriza outros tipos de fontes de informação para a prática clínica comparativamente às descobertas científicas. A literatura tem vindo a revelar que os clínicos preferem confiar na sua *experiência clínica* em vez de se informarem com dados da investigação no que toca às suas decisões de tratamento (Morrow-Bradley & Elliott, 1986; Raine et al., 2004; Von Ranson & Robinson, 2006; Stewart and Chambless 2007; Arriaga, 2009; Safran et al., 2011), dado esse também aqui verificado. Existem problemas significativos no facto dos terapeutas mostrarem uma forte dependência da sua experiência pessoal nas decisões clínicas. As decisões estão sujeitas a vieses cognitivas que levam a julgamentos errados sobre os pacientes (Grove et al., 2000; Hannan et al., 2005) limitando o grau de precisão com que os clínicos analisam e avaliam as suas próprias experiências clínicas (Stewart & Chambless, 2007).

Relativamente aos tipos e áreas de investigação mais úteis, a nossa amostra revelou uma preferência pelos *estudos de caso clínicos*, tipo de investigação que apresentou a média mais alta. Nos últimos trinta anos, deu-se um aumento exponencial de publicações de investigações qualitativas e tem havido uma preferência na sua utilidade por parte dos clínicos comparativamente com a *investigação quantitativa* (Hoyt & Bhati, 2007). Em relação a isto, e similarmente ao trabalho de Safran e colaboradores (2011), quisemos perceber se havia diferenças na preferência de utilidade entre a *investigação quantitativa* e a *investigação qualitativa*. Os nossos resultados mostram que a investigação quantitativa difere significativamente de todos os outros tipos e áreas de investigação sendo significativamente inferior, apresentando a média mais baixa no que toca ao seu grau de utilidade relativamente a todas as opções disponibilizadas. Os nossos resultados não vão ao encontro dos resultados de Safran e colaboradores (2011), pois estes não encontraram diferenças significativas na utilidade entre a *investigação quantitativa* e a *investigação qualitativa*. Porém, uma das explicações possíveis para os nossos resultados pode ser o facto de os terapeutas apresentarem uma dificuldade na transposição dos efeitos derivados de ensaios clínicos (grupos) para a prática individual, facto este considerado como uma fonte de resistência à prática baseada em evidências (Lilienfeld et al., 2013). Mais, muitas críticas têm sido feitas à relevância que a investigação quantitativa tem em psicoterapia, argumentando que os RCT's se tornaram o “padrão de ouro” da investigação em psicoterapia e que têm relevância limitada para a prática clínica devido à sua pobre validade externa (Seligman, 1995; Safran et al., 2011; Lilienfeld, et al., 2013; Ollendick et al., 2015).

Em relação às orientações teóricas, a literatura revela que os participantes adeptos à linha psicanalítica/psicodinâmica são menos influenciados pela utilidade da investigação comparativamente com clínicos de orientação cognitivo-comportamental, considerados mais adeptos da sua utilidade para a prática clínica (Morrow-Bradley & Elliott, 1986; Stewart and Chambless; 2007; Safran, et al., 2011; Stewart, Stirman, & Chambless, 2012; Gyani, Shafran, Myles & Rose, 2014). O nosso estudo encontrou diferenças significativas em várias variáveis quando comparámos os participantes com uma linha psicanalítica/psicodinâmica com uma linha cognitivo-comportamental. Os terapeutas psicodinâmicos mostraram uma preferência significativa em relação à *experiência por ter sido um cliente*, à *supervisão/consulta de casos clínicos com colegas*, à *percentagem de casos clínicos difíceis facilitados pela supervisão/consulta de casos clínicos com colegas* e aos *estudos de caso clínicos* comparativamente com os terapeutas

cognitivo-comportamentais. Por outro lado, as variáveis em que os terapeutas cognitivo-comportamentais mostraram diferenças significativas comparativamente com os terapeutas psicanalíticos/psicodinâmicos foram na “Investigação quantitativa”, na *investigação de resultados (outcomes) terapêuticos comparando intervenções terapêuticas com grupos de controlo ou com outras abordagens terapêuticas*, na *investigação sobre sistemas de feedback/monitorização do processo terapêutico* e na influência dos *manuals técnicos de tratamento em psicoterapia* para a prática clínica.

Parece que os terapeutas cognitivo-comportamentais mostraram uma preferência por fontes de informação diretas/relacionadas à investigação comparativamente com os psicodinâmicos. O exemplos de investigação em que os terapeutas cognitivo-comportamentais diferiram significativamente tendem a concentrar-se mais nos resultados da terapia, enquanto os psicodinâmicos tendem a concentrar-se em aspetos mais interpessoais como a supervisão, estudos de caso e experiência por ter sido um cliente. Isto pode refletir uma tendência geral de terapeutas orientados psicanaliticamente serem menos impulsionados por evidências que demonstram que a sua orientação funciona e mais na compreensão dos processos pelo qual a mesma funciona (Safran, et al., 2011). Esta ênfase na importância de compreender os princípios subjacentes, em vez de técnicas específicas e estudos de eficácia é um tema central no pensamento psicanalítico contemporâneo (Hoffman, 2009). Podem haver várias explicações para estes resultados. A psicanálise tradicionalmente coloca um papel central na *supervisão* e nos *estudos de caso* aquando do seu treino profissional (Safran, et al., 2011; Gyani, Shafran, Myles, & Rose, 2014). Para além disto, as investigações empíricas podem ser incompatíveis com a maioria das conceptualizações de caso e de tratamentos psicodinâmicos, visto ser uma disciplina hermenêutica, método esse com bases epistemológicas que interpretam significados humanos profundos, em particular os inconscientes (Strupp, 2001; Levy, Ablon, & Kächele, 2012). Por outro lado, a orientação cognitivo-comportamental é suportada por um largo corpo de investigações que demonstra, a sua eficácia no tratamento de várias perturbações psicológicas, quer em adultos (Öst, 2008; Hollon & Ponniah, 2010) quer em crianças (Chorpita et al., 2011). A formação e treino profissional, assim como as abordagens que os estudantes escolhem na sua formação universitária pode levar a uma maior utilidade da investigação. No estudo de Stewart & Chambless (2007), os participantes cuja orientação teórica era cognitivo-comportamental reportaram ter tido mais contacto com investigação de resultados terapêuticos e investigações de metodologia quantitativa do que os participantes de

orientação psicodinâmica, a conclusão a que os autores chegam é que estes guardam consigo atitudes mais positivas em relação à investigação devido a isso.

Na restante estatística descritiva do nosso estudo podemos observar que 54.8% da nossa amostra não é frequentemente influenciada pela *investigação e literatura científica de tratamentos empiricamente suportados em psicoterapia* e que aproximadamente 50% dos participantes também não são frequentemente influenciados pelo uso de *manuals técnicos de tratamentos em psicoterapia*; Em relação à utilização de sistemas de feedback para monitorizar o processo terapêutico, 70.3% dos participantes reportaram não utilizar qualquer sistema. Este último resultado, reenvia novamente para a questão dos enviesamentos em relação à forma como avaliamos e processamos a informação (Grove et al., 2000; Hannan et al., 2005; Stewart & Chambless, 2007). Os terapeutas são demasiado otimistas em relação às suas competências clínicas (Lambert, 2015a) Hannan e colaboradores (2005), compararam o julgamento de psicólogos clínicos que trabalhavam num serviço de psicologia universitário com um *software* com um algoritmo desenhado para ser um preditor de pacientes que piorariam com o tratamento. Os terapeutas previram que apenas 1 de 550 casos ficariam pior com o tratamento. No entanto, pioraram 40 pacientes, 100% identificados pelo *software*. Os resultados deste estudo sugerem que os clínicos podem cair no enviesamento de relatar mais sucessos no que toca a avaliação dos resultados terapêuticos do paciente. Mellow-Clark, & Barkham (2000), conduziram uma revisão de literatura concluindo que 30% dos clínicos utilizavam medidas de avaliação criadas por si e que apenas 15% utilizavam medidas validadas e publicadas pela comunidade científica. Parece que 19 anos depois deste estudo o cenário se mantém na nossa amostra. Como podemos constatar pela literatura, a não utilização de um sistema de feedback e de monitorização pode levar a enviesamentos no julgamento de resultados terapêuticos.

Por fim, em relação à componente de resposta aberta da nossa investigação há várias considerações que merecem a atenção da nossa análise. Primeiramente, referir que em 155 participantes apenas 27 (17.4%) responderam com uma descrição de investigação em psicoterapia que teve impacto na sua prática clínica. Das 27 respostas descritas pelos participantes, as categorias que foram mais citadas foram investigações sobre o processo terapêutico (25.9%) e investigações que comparavam a eficácia e os resultados terapêuticos de vários tratamentos psicoterapêuticos (25.9%). Estes dois últimos resultados supracitados podem ter uma explicação à luz do facto de ter havido mais recentemente desenvolvimentos na investigação quantitativa em psicoterapia (e.g.,

investigação sobre os mecanismo e processos de mudança, investigação sobre fatores comuns) o que aumentou a sua utilização clínica, ou pelo menos o conhecimento de alguns aspetos relevantes. (Stewart & Ollendick, 2015).

### **Limitações:**

O nosso estudo apresenta várias limitações. Em primeiro lugar, o facto da nossa amostra não ser representativa dos psicólogos e psicoterapeutas portugueses, pelas características e forma de recolha da nossa amostra. Isto faz com que exista sempre uma enorme dificuldade na extrapolação dos nossos resultados para a restante população. Uma outra limitação encontrada é o facto de não haver uma base sólida de literatura Portuguesa sobre esta matéria. Ou seja, não existem estudos que tenham tido como foco exclusivamente a influência e utilidade da investigação na prática clínica dos psicólogos/psicoterapeutas sediados em Portugal, daí que quando nos tenhamos que referir a este tipo de investigação nos tenhamos de basear maioritariamente em estudos estrangeiros, o que nos afasta novamente da nossa população.

A forma como analisamos os resultados do questionário também é uma limitação. É certo que ficamos esclarecidos sobre algumas atitudes e relevância da investigação em psicoterapia para a prática clínica dos participantes mas, dependendo da forma como olhamos para os resultados, podemos ver o copo sempre meio cheio ou meio vazio.

Uma outra possível crítica ao nosso trabalho tem a ver com a apreensão global dos dados do nosso questionário. Ou seja, quando começamos a analisar os dados fomos sentido vontade de acrescentar mais questões e de analisar mais variáveis como o sexo, a idade, ou debruçarmo-nos sobre as restantes orientações teóricas, por exemplo. Desta forma, poderíamos ter encontrado outros fatores que poderiam ter acrescentado ainda mais à nossa discussão. Uma outra crítica e limitação tem a ver com a própria análise de conteúdo da componente qualitativa do nosso questionário. Para além de termos tido acesso a um número reduzido de respostas dos nossos participantes, tentámos através de procedimentos de análise qualitativa, categorizar e classificar o melhor possível as respostas dadas pelos participantes. Sabemos que algumas respostas eram bastante vagas e simplistas, não apresentando a descrição pedida, por isso, houve bastantes dificuldades na operacionalização da análise. No entanto, houve um esforço para apresentar os dados da melhor forma possível, sendo fiel ao que foi respondido pelos participantes.

### **Direções futuras:**

Gostaríamos de deixar algumas propostas e direções futuras. É importante a realização de mais estudos a este semelhante, dentro da realidade portuguesa, para que os resultados do nosso estudo sejam cruzados com outros dados e elementos provenientes de outras investigações (quantitativas e qualitativas) de forma a obter uma imagem mais sólida e completa da realidade aqui investigada. Sabemos que existem escalas como a Evidence-based Practice Attitude Scale (EBPAS) (ver Aarons, 2004; e Aarons et al., 2012) que pretendem avaliar as atitudes em torno da adoção de práticas baseadas em evidências por parte dos clínicos. Seria importante a realização de uma adaptação desta escala à cultura portuguesa, assim como, proceder à sua consequente análise fatorial. Com isto, poderíamos extrair ainda mais informações sobre os psicólogos e psicoterapeutas portugueses. Uma outra proposta, seria sugerir uma investigação que comparasse os terapeutas de prática privada com terapeutas cuja prática profissional se desenvolve num domínio público. Assim poderíamos perceber se em Portugal existem diferenças nas suas práticas de investigação tendo em conta o setor da atividade profissional. Também seria interessante haver um trabalho das universidades e das associações/sociedades científicas de sensibilização e disseminação de práticas baseadas em evidências e de tratamentos empiricamente suportados de forma a quebrar resistências e de levar tanto os profissionais, como os estudantes, a integrarem e a formarem pontes entre estas duas esferas. Também podia ser interessante haver uma replicação para a população portuguesa do estudo de Gaudiano, Brown e Miller (2011), de forma a estudar se as atitudes negativas face à PBE estão relacionadas com um tipo de pensamento intuitivo. Por fim, uma última proposta, seria a realização de um estudo que pretendesse esclarecer as motivações que levam os clínicos à não-participação em investigações ou a práticas baseadas em evidências de uma forma mais aprofundada.

## Conclusão

Apesar da investigação estar presente na prática clínica desta amostra de psicólogos e psicoterapeutas portugueses e algumas atitudes poderem ser vistas como positivas, ainda evidenciamos a presença de um hiato entre a investigação e a clínica. Os terapeutas continuam a mostrar uma preferência pela experiência clínica com os clientes e pela supervisão em detrimento da investigação. Em relação às orientações teóricas os terapeutas cognitivo-comportamentais aparentam ser mais influenciados pela investigação do que os terapeutas psicodinâmicos. Com isto, não se pretende de forma nenhuma criticar o trabalho feito pelos profissionais da psicologia clínica em Portugal, seja de que modelo teórico forem, nem levantar a hipótese de que a sua prática está de alguma forma comprometida. Apenas que pode ser aperfeiçoada através destas pontes que visam integrar estas duas esferas há muito separadas e que podem trazer benefícios para ambas as partes.

No que toca à experiência profissional, evidenciou-se a juventude desta amostra. Poderá estar a surgir uma nova geração de psicoterapeutas e é importante haver uma sensibilização científica capaz de promover e integrar de uma forma saudável o que é investigado para a prática clínica e vice-versa. É compreensível pensar na relevância da investigação no que toca ao aprimoramento da psicoterapia e da psicologia clínica em geral, para além de que, a mesma, nos brinda com conhecimento e descobertas fundamentais que tornam a prática mais esclarecida, menos enviesada e conseqüentemente mais integrada. Percebemos que a investigação em psicoterapia é um campo extenso e repleto de idiossincrasias quanto aos seus processos e procedimentos técnicos e metodológicos e que a sua integração tem sido alvo de críticas e polémicas ao longo dos anos numa discussão aparentemente inesgotável. No entanto, ambas partilham os mesmos objetivos e não podem ser consideradas distintas e não-relacionadas. Ou seja, ambas procuram proporcionar práticas eficientes e eficazes que promovam a reabilitação dos pacientes mas para isso é necessário que o diálogo esteja aberto e presente nas duas partes da equação. Sejam investigações sobre resultados terapêuticos ou investigações sobre o processo, sejam fatores específicos ou fatores comuns, estando mais ligados ao modelo biomédico ou a ao modelo contextual, as investigações produzidas são úteis e estão ao serviço dos terapeutas. Para um casamento mais feliz, é necessário desmitificar certas resistências, tentar compreendê-las e trabalhá-las para que as mesmas se possam tornar uma ferramenta ainda mais útil.

Basta confiar na experiência clínica? Gostaríamos de concluir utilizando como apoio um famoso pensamento de Carl Rogers, escrito em *Tornar-se Pessoa*, em 1956 (pg. 36). O famoso psicólogo escreveu: “*Os factos são sempre amigos. O mínimo esclarecimento que consigamos obter, seja em que domínio for, aproxima-nos muito mais daquilo que é a verdade*”. Penso que esta frase encerra em si uma conclusão simples, clara e completa daquilo que pretendemos também refletir com esta investigação. Que a investigação em psicoterapia deve ser um apoio fundamental para a prática clínica, deve estar presente e deve ter a função de um farol num mar enevoado, ou seja, uma luz, um objeto de evidência, para onde podemos navegar com segurança, mesmo tendo todos formas de dirigir o barco (e de navegar) diferentes.

## Referências

- Aarons, G. A. (2004). Mental health provider attitudes toward adoption of evidence-based practice: The Evidence Based Practice Attitude Scale (EBPAS). *Mental Health Services Research, 6*(2), 61–74.
- Aarons, G. A., Cafri, G., Lugo, L., & Sawitzky, A. (2012). Expanding the domains of attitudes towards evidence-based practice: The Evidence based practice attitude scale-50. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 39*(5), 331–340.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in Psychology. *American Psychologist, 61*, 271–285. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.27>
- Arriaga, S. (2009). *Dar voz a um retrato de família ou a história de quem somos: análise descritiva e exploratória do psicoterapeuta português em 2008*. (Dissertação de Doutoramento). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Baker, T. B., McFall, R. M., & Shoham, V. (2009). Current status and future prospects of clinical psychology: Towards a scientifically principled approach to mental and behavioral health care. *Psychological Science in the Public Interest, 9*, 67–103.
- Bednar, R. L., & Shapiro, J. G. (1970). Professional research commitment: A symptom or a syndrome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 34*, 323–326. doi:10.1037/h0029339
- Berke, D. M., Rozell, C. A., Hogan, T. P., Norcross, J. C., & Karpiak, C. P. (2011). What clinical psychologists know about evidence-based practice: Familiarity with online resources and research methods. *Journal of Clinical Psychology, 67*, 329–339. doi: 10.1002/jclp.20775
- Bernaud, J. (2000). *Métodos de avaliação da personalidade*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Beutler, L. E. (2014). Welcome to the party but... *Psychotherapy, 51*, 496-499. <http://dx.doi.org/10.1037/a0036540>.

- Beutler, L. E., Someah, K. Kimpara, S., & Miller, K. (2016). Selecting the most appropriate treatment for each patient. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 16*, 99-108.
- Beutler, L. E., Williams, R. E., Wakefield, P. J., & Entwistle, S. R. (1995). Bridging scientist and practitioner perspectives in clinical psychology. *American Psychologist, 50*, 984–994.
- Bispo, R., Coelho, P., & Cunha, L. (2007). *Texto de Apoio às Aulas de Análise Estatística I*. ISPA, Lisboa.
- Blease, C. R., Lilienfeld, S. O., & Kelley, J. M. (2016). Evidence-Based Practice and Psychological Treatments: The Imperatives of Informed Consent. *Frontiers in Psychology, 7*. doi:10.3389/fpsyg.2016.01170
- Castonguay, L. G., Barkham, M., Lutz, W., & McAleavey, A. (2013). Practice-oriented research. Approaches and applications. In Lambert, M. (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 85-133. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology, 52*, 685–716. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.685>.
- Choudry, K., Fletcher, H. & Soumerai, B. (2005) Systemic review: the relationship between clinical experience and quality of healthcare. *Annals of internal medicine, 142*, 260-273.
- Cohen, L. H. (1979). The research readership and information source reliance of clinical psychologists. *Professional Psychology 10*, 780–785. doi:10.1037/0735-7028.10.6.780
- Cohen, L., Sargent, M., & Sechrest, L. (1986). Use of psychotherapy research by professional psychologists. *American Psychologist, 41*, 198–206. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.198>.
- Cook, S. C., Schwartz, A. C., & Kaslow, N. J. (2017). Evidence-Based Psychotherapy:

Advantages and Challenges. *Neurotherapeutics*, 14, 537–545. doi:10.1007/s13311-017-0549-4

Cook, J. M., Schnurr, P. P., Biyanova, T., & Coyne, J. C. (2009). Apples Don't Fall Far From the Tree: Influences on Psychotherapists Adoption and Sustained Use of New Therapies. *Psychiatric Services*, 60, 671–676. doi:10.1176/ps.2009.60.5.671.

Ellis, C., Strauss, A., & Corbin, J. (1992). *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. *Contemporary Sociology*, 21(1), 138. doi:10.2307/2074814

Elliott, R. (1989). Comprehensive process analysis: Understanding the change process in significant therapy events. In M. J. Packer & R. B. Addison (Eds.), *Entering the circle: Hermeneutic investigations in psychology*, 165–184. Albany, New York: SUNY Press.

Elliot, R. & Morrow-Bradley, C. (1994). Developing a Working Marriage Between Psychotherapists and Psychotherapy Researchers: Identifying Shared Purposes. In P.F., Talley, H. H., Strupp, & S. Butler. *Psychotherapy research and practice – Bridging the Gap*. New York: BasicBooks.

Fernández-Alvarez, H., Gómez, B., & García, F. (2015). Bridging the gap between research and practice in a clinical and training network: Aigle's Program. *Psychotherapy Research*, 25, 84–94. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.856047>.

Gaudiano, B. A., Brown, L. A., & Miller, I. W. (2011). Let your intuition be your guide? Individual differences in the evidence-based practice attitudes of psychotherapists. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01508.x>.

Giorgi, A. (1985). Sketch of a psychological phenomenological method. In A. Girogi (Ed.), *Phenomenology and psychological research*, 8–22. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press.

- Goldfried, M. R., & Wolfe, B. E. (1996). Psychotherapy practice and research: Repairing a strained alliance. *American Psychologist*, *51*, 1007–1016.
- Gyani, A, Shafran, R., Myles, P., & Rose, S. (2014). The Gap Between Science and Practice: How Therapists Make Their Clinical Decisions. *Behavior Therapy*, *45*, 199–211. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.10.004>.
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., & Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, *61*, 155–163.
- Henderson, J. L., MacKay, S., & Peterson-Badali, M. (2006). Closing the research-practice gap: Factors affecting adoption and implementation of a children’s mental health program. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *35*, 2–12. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3501\\_1](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3501_1).
- Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., Hess, S. A., & Ladany, N. (2005). *Consensual qualitative research: An update*. *Journal of Counseling Psychology*, *52*(2), 196–205. doi:10.1037/0022-0167.52.2.196
- Hoffman, I. (2009). Double thinking our way to “scientific” legitimacy: The desiccation of human experience. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *57*, 1043–1070.
- Hoyt, W. T., & Bhati, K. S. (2007). Principles and practices: An empirical examination of qualitative research in the Journal of Counseling Psychology. *Journal of Counseling Psychology*, *54*, 201–210.
- Kazdin, A. E. (2016). Closing the Research-Practice Gap: How, Why, and Whether. *Clinical Psychology-Science and Practice*, *23*, 201–206. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12155>.
- Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J. (2015a). Progress feedback and the OQ-system: the past and the future. *Psychotherapy*, *52*, 381-390.

- Lebow, J. (2006). *Research for the therapist: from science to practice*. New York: Brunner-Routledge.
- Levy, R. A., Ablon, J. S., & Kächele, H. (2012). Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence. *Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence*, 31, 1–646. <https://doi.org/10.1007/978-1-60761-792-1>.
- Lilienfeld, S. O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Cautin, R. L., & Litzman, R. D. (2013). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: Root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review*, 33, 883–900. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.008>.
- Lopes, C. (2003). *Guia prático: Normas da American Psychological Association: Citações & Referências Bibliográficas*. Lisboa: Centro de Documentação do ISPA.
- Mellor-Clark, J., & Barkham, M. (2000). Quality Evaluation: Methods, measures and meaning. In C. Feltham & I. Horton (Eds.), *Handbook of counselling and psychotherapy*. London: Sage.
- Melnik, T. (2014). *A importância da prática da psicologia baseada em evidências : aspectos conceituais , níveis de evidência , mitos e resistências The Importance of Evidence-Based Practices in Psychology : Conceptual Aspects , Evidence Levels , Myths and Resistance*. 33, 79–92.
- Morrow-Bradley, C., & Elliott, R. (1986). Utilization of Psychotherapy Research by Practicing Psychotherapists. *American Psychologist*. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.188>.
- Nelson, .D., Steele, G. & Mize, A. (2006) Practitioner attitudes to- wards evidence-based practice: themes and challenges. *Administration and Policy in Mental Health*, 33, 398-409.
- Nunez, N., Poole, D. A., & Memon, A. (2003). Psychology's two cultures revisited: Implications for the integration of science with practice. *Scientific Review of Mental Health Practice*, 2, 8–19.

- Ogilvie, A. J., Abreu, I., & Safran, J. D. (2009). What findings do psychotherapy researchers use in their own practice? A survey of the Society for Psychotherapy Research. *The New School Psychology Bulletin*, 3.
- Orlinsky, E., & Ronnestad, H. (2005). How psychoterapist develop: A study of therapeutic work and professional growth. Washington DC: American Psychological Association.
- Pope, C. (2003) Resting evidence: The study of evidence-based medicine as a contemporary social movement. *Health*, 7, 267-282.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1983). Contemporary psychotherapists: A national survey of characteristics, practices, orientations, and attitudes. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 161–173. doi:10.1037/h0088487
- Raine, R., Sanderson, C., Hutchings, A., Carter, S., Larkin, K., & Black, N. (2004). An experimental study of determinants of group judgments in clinical guideline development. *Lancet*, 364, 429–437.
- Reese, H. E., Rosenfield, E., & Wilhelm, S. (2013). Reflections on the Theory-Practice Gap in Cognitive Behavior Therapy. *Behavior Therapy*, 44, 609–613. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.06.001>
- Reese, R. J., Gismero González, E., Clements-Hickman, A. L., Clemons, J. M., Farook, M. W., & Conoley, C. W. (2017). The psychotherapy researcher–practice relationship: Through a clinical supervision lens. *Counselling Psychology Quarterly*, 30, 290–307. <https://doi.org/10.1080/09515070.2017.1285270>.
- Rogers, C. (1961) *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Moraes Editores.
- Rosenberg, W. C. & Donald, A. (1995). Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. *BMJ*, 310, 1122-1126.
- Safran, J. D., Abreu, I., Ogilvie, J., & DeMaria, A. (2011). Does Psychotherapy Research Influence the Clinical Practice of Researcher-Clinicians? *Clinical Psychology-Science and Practice*, 18, 357–371. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2011.01267.x>.

- Schachter, J., & Luborsky, L. (1998). Who's afraid of psychoanalytic research? Analysts attitudes towards reading clinical versus empirical research papers. *International Journal of Psychoanalysis*, 79, 965–969.
- Seligman, M. E. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50, 965–974.
- Spring, B. (2007). Evidence-based practice in clinical psychology: What it is, why it matters; what you need to know. *Journal of Clinical Psychology*, 63(7), 611–631. doi:10.1002/jclp.20373
- Stewart, R. E., & Chambless, D. L. (2007). Does psychotherapy research inform treatment decisions in private practice? *Journal of Clinical Psychology*, 63(3), 267–281. <https://doi.org/10.1002/jclp.20347>.
- Stewart, R. E., Stirman, S. W., & Chambless, D. L. (2012). A Qualitative Investigation of Practicing Psychologists' Attitudes Toward Research-Informed Practice: Implications for Dissemination Strategies. *Professional Psychology-Research and Practice*, 43, 100–109. <https://doi.org/10.1037/a0025694>.
- Stewart, R. E., & Chambless, D. L. (2010). Interesting practitioners in training in empirically supported treatments: Research reviews versus case studies. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 73–95. doi: 10.1002/jclp.20630.
- Strupp, H. H. (2001). Implications of the empirically supported treatment movement for psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 11, 605–619.
- Talley, P. F., Strupp, H. H., & Beutler, S. F. (1994). *Psychotherapy research and practice. Bridging the gap*. New York: Basic Books.
- Teachman, B. A., Drabick, D. A. G., Hershenberg, R., Vivian, D., Wolfe, B. E., & Goldfried, M. R. (2012). Bridging the Gap Between Clinical Research and Clinical Practice: Introduction to the Special Section. *Psychotherapy*, 49, 97–100. <https://doi.org/10.1037/a0027346>.
- Thomann, M. J. (2003). Entrevista con John C. Norcross. *Revista Argentina de clínica psicológica*, 2, 171-176.

- Tryon, W. (2008). Whatever happened to symptom substitution? *Clinical Psychology, 28*, 963–968. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2008.02.003>.
- Vasco, A. B., Garcia-Marques, L., & Dryden, W. (1992). Eclectic Trends Among Portuguese Psychoterapists. *Journal of psychotherapy Integration, 4*, 321-331.
- Vasco, A.B. (1994). Psicoterapeutas portuguesas: Características demográficas, atividades profissionais, perspectivas teóricas e satisfação com o treino e com a carreira. *Psicologia, IX*, 405-428.
- Von Ranson, M., & Robinson, E. (2006). Who is providing what type of psychotherapy to eating disorder clients? A survey. *International Journal of Eating Disorders, 31*, 27–34.
- Wynne, M. E., Susman, M., Ries, S., Birringer, J., & Katz, L. (1994). A method for assessing therapists' recall of in session events. *Journal of Counseling Psychology, 41*, 53–57. doi:10. 1037/0022-0167.41.1.53

## ANEXO 1. ESTATÍSTICA DESCRITIVA:

### - Tabelas de frequência:

#### -> País de residência:

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	1	106	68,4	100,0	100,0
Omisso	Sistema	49	31,6		
Total		155	100,0		

#### -> Género:

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Feminino	121	78,1	78,1	78,1
	Masculino	34	21,9	21,9	100,0
	Total	155	100,0	100,0	

#### -> "Quais as suas qualificações académicas?":

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Doutoramento	13	8,4	8,4	8,4
	Licenciatura	43	27,7	27,7	36,1
	Mestrado	99	63,9	63,9	100,0
	Total	155	100,0	100,0	

**-> Formação de base:**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Outra	3	1,9	1,9	1,9
	Psicologia	147	94,8	94,8	96,8
	Psiquiatria	5	3,2	3,2	100,0
	Total	155	100,0	100,0	

**-> Idade:**

N	Válido	155
	Omisso	0
	Média	40,92
	Mediana	39,00
	Erro Desvio	12,282
	Intervalo	55
	Mínimo	24
	Máximo	79

**-> “Em relação à sua prática profissional, indique a porcentagem de tempo dedicada à prática clínica”:**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	0-10%	4	2,6	2,6	2,6
	11-20%	20	12,9	12,9	15,5
	21-30%	6	3,9	3,9	19,4
	31-40%	8	5,2	5,2	24,5
	41-50%	12	7,7	7,7	32,3

51-60%	10	6,5	6,5	38,7
61-70%	15	9,7	9,7	48,4
71-80%	21	13,5	13,5	61,9
80% ou mais	59	38,1	38,1	100,0
Total	155	100,0	100,0	

-> “Em relação à sua prática profissional, indique a porcentagem de tempo dedicada à condução de investigação”:

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	0-10%	94	60,6	60,6	60,6
	11-20%	31	20,0	20,0	80,6
	21-30%	9	5,8	5,8	86,5
	31-40%	6	3,9	3,9	90,3
	41-50%	4	2,6	2,6	92,9
	51-60%	4	2,6	2,6	95,5
	61-70%	3	1,9	1,9	97,4
	71-80%	1	,6	,6	98,1
	80% ou mais	3	1,9	1,9	100,0
	Total	155	100,0	100,0	

-> “Em relação à sua prática profissional, indique a porcentagem de tempo dedicada ao ensino”:

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	0-10%	101	65,2	65,2	65,2
	11-20%	23	14,8	14,8	80,0

21-30%	13	8,4	8,4	88,4
31-40%	6	3,9	3,9	92,3
41-50%	3	1,9	1,9	94,2
51-60%	2	1,3	1,3	95,5
61-70%	2	1,3	1,3	96,8
71-80%	3	1,9	1,9	98,7
80% ou mais	2	1,3	1,3	100,0
Total	155	100,0	100,0	

-> “Em relação à sua prática profissional, indique a percentagem de tempo dedicada à condução de supervisão”:

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	0-10%	110	71,0	71,0	71,0
	11-20%	24	15,5	15,5	86,5
	21-30%	11	7,1	7,1	93,5
	31-40%	6	3,9	3,9	97,4
	41-50%	1	,6	,6	98,1
	51-60%	1	,6	,6	98,7
	71-80%	2	1,3	1,3	100,0
	Total	155	100,0	100,0	

-> “Por favor, indique os anos dedicados à prática clínica”:

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	0-5	47	30,3	30,3	30,3
	6-10	26	16,8	16,8	47,1
	11-15	28	18,1	18,1	65,2
	16-20	23	14,8	14,8	80,0
	21-26	13	8,4	8,4	88,4
	26-30	10	6,5	6,5	94,8
	31+	8	5,2	5,2	100,0
	Total	155	100,0	100,0	

-> “Por favor, indique os anos dedicados à condução de investigação”:

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	0	128	82,6	82,6	82,6
	1-10	13	8,4	8,4	91,0
	11-20	9	5,8	5,8	96,8
	21-30	3	1,9	1,9	98,7
	31+	2	1,3	1,3	100,0
	Total	155	100,0	100,0	

-> “Por favor, indique as horas semanais dedicadas à prática psicoterapêutica”:

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	0-10	43	27,7	27,7	27,7

11-20	30	19,4	19,4	47,1
21-30	36	23,2	23,2	70,3
31-40	35	22,6	22,6	92,9
41+	11	7,1	7,1	100,0
Total	155	100,0	100,0	

-> “Por favor, indique até que ponto os vários tipos de literatura em psicoterapia tiveram impacto na sua prática clínica: Investigação Qualitativa (e.g., Grounded Theory/consensual qualitative analysis)”:

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	1 - Nenhum	15	9,7	9,7	9,7
	2	13	8,4	8,4	18,1
	3	16	10,3	10,3	28,4
	4	38	24,5	24,5	52,9
	5	32	20,6	20,6	73,5
	6	21	13,5	13,5	87,1
	7 - Muito significativo	20	12,9	12,9	100,0
	Total	155	100,0	100,0	

-> “Por favor, indique até que ponto os vários tipos de investigação em psicoterapia tiveram impacto na sua prática clínica: Investigação de resultados (outcomes) terapêuticos comparando intervenções terapêuticas com grupos de controlo ou com outras abordagens”:

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	1 - Nenhum	17	11,0	11,0	11,0
	2	12	7,7	7,7	18,7

	3	19	12,3	12,3	31,0
	4	31	20,0	20,0	51,0
	5	34	21,9	21,9	72,9
	6	24	15,5	15,5	88,4
	7 - Muito significativo	18	11,6	11,6	100,0
	Total	155	100,0	100,0	

-> “Por favor, indique até que ponto os vários tipos de literatura em psicoterapia tiveram impacto na sua prática clínica: Literatura sobre os mecanismos dos processos mudança”:

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	1 - Nenhum	11	7,1	7,1	7,1
	2	7	4,5	4,5	11,6
	3	18	11,6	11,6	23,2
	4	31	20,0	20,0	43,2
	5	41	26,5	26,5	69,7
	6	28	18,1	18,1	87,7
	7 - Muito significativo	19	12,3	12,3	100,0
	Total	155	100,0	100,0	

-> “Por favor, indique até que ponto os vários tipos de literatura em psicoterapia tiveram impacto na sua prática clínica: Literatura sobre os momentos importantes dos processos de mudança”:

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	1 - Nenhum	7	4,5	4,5	4,5
	2	9	5,8	5,8	10,3
	3	16	10,3	10,3	20,6

	4	34	21,9	21,9	42,6
	5	37	23,9	23,9	66,5
	6	30	19,4	19,4	85,8
	7 - Muito significativo	22	14,2	14,2	100,0
	Total	155	100,0	100,0	

-> “Por favor, indique até que ponto os vários tipos de literatura em psicoterapia tiveram impacto na sua prática clínica: Literatura focada na aliança terapêutica e na relação real”:

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	1 - Nenhum	5	3,2	3,2	3,2
	2	7	4,5	4,5	7,7
	3	13	8,4	8,4	16,1
	4	32	20,6	20,6	36,8
	5	26	16,8	16,8	53,5
	6	35	22,6	22,6	76,1
	7 - Muito significativo	37	23,9	23,9	100,0
	Total	155	100,0	100,0	

-> “Por favor, indique até que ponto os vários tipos de literatura em psicoterapia tiveram impacto na sua prática clínica: Literatura sobre os moderadores e mediadores dos processos de mudança”:

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	1 - Nenhum	15	9,7	9,7	9,7
	2	6	3,9	3,9	13,5
	3	26	16,8	16,8	30,3

	4	31	20,0	20,0	50,3
	5	29	18,7	18,7	69,0
	6	27	17,4	17,4	86,5
	7 - Muito significativo	21	13,5	13,5	100,0
	Total	155	100,0	100,0	

-> “Por favor, indique até que ponto os vários tipos de literatura em psicoterapia tiveram impacto na sua prática clínica: Investigação de estudos de caso”:

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	1 - Nenhum	6	3,9	3,9	3,9
	2	5	3,2	3,2	7,1
	3	9	5,8	5,8	12,9
	4	26	16,8	16,8	29,7
	5	29	18,7	18,7	48,4
	6	46	29,7	29,7	78,1
	7 - Muito significativo	34	21,9	21,9	100,0
	Total	155	100,0	100,0	

-> “Por favor, indique até que ponto os vários tipos de literatura em psicoterapia tiveram impacto na sua prática clínica: Literatura sobre sistemas de feedback/monitorização do processo terapêutico”:

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	1 - Nenhum	18	11,6	11,6	11,6
	2	12	7,7	7,7	19,4
	3	14	9,0	9,0	28,4

	4	36	23,2	23,2	51,6
	5	32	20,6	20,6	72,3
	6	26	16,8	16,8	89,0
	7 - Muito significativo	17	11,0	11,0	100,0
	Total	155	100,0	100,0	

-> “Por favor, indique até que ponto os vários tipos de literatura em psicoterapia tiveram impacto na sua prática clínica: Literatura sobre os Factores do terapeuta”:

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	1 - Nenhum	8	5,2	5,2	5,2
	2	12	7,7	7,7	12,9
	3	12	7,7	7,7	20,6
	4	29	18,7	18,7	39,4
	5	27	17,4	17,4	56,8
	6	39	25,2	25,2	81,9
	7 - Muito significativo	28	18,1	18,1	100,0
	Total	155	100,0	100,0	

-> “Por favor, indique até que ponto os vários tipos de literatura em psicoterapia tiveram impacto na sua prática clínica: Literatura sobre os Factores comuns em psicoterapia”:

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	1 - Nenhum	11	7,1	7,1	7,1
	2	12	7,7	7,7	14,8
	3	14	9,0	9,0	23,9
	4	23	14,8	14,8	38,7

5	35	22,6	22,6	61,3
6	32	20,6	20,6	81,9
7 - Muito significativo	28	18,1	18,1	100,0
Total	155	100,0	100,0	

-> "Por favor, indique até que ponto os vários tipos de literatura em psicoterapia tiveram impacto na sua prática clínica: Investigação Quantitativa":

N	Válido	155
	Omisso	0
	Média	3,63
	Mediana	4,00
	Erro Desvio	1,729
	Intervalo	6
	Mínimo	1
	Máximo	7

-> "Por favor, indique até que ponto a sua prática clínica foi influenciada pela investigação e literatura científica de tratamentos empiricamente suportados em psicoterapia":

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	3	1,9	1,9	1,9
	Raramente	13	8,4	8,4	10,3
	Ocasionalmente	25	16,1	16,1	26,5
	Por vezes	44	28,4	28,4	54,8
	Frequentemente	46	29,7	29,7	84,5

Muito frequentemente	21	13,5	13,5	98,1
Sempre	3	1,9	1,9	100,0
Total	155	100,0	100,0	

-> “Por favor indique até que ponto a sua prática clínica foi influenciada pelo uso de manuais técnicos de tratamentos em psicoterapia”:

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Nunca	6	3,9	3,9	3,9
	Raramente	14	9,0	9,0	12,9
	Ocasionalmente	21	13,5	13,5	26,5
	Por vezes	36	23,2	23,2	49,7
	Frequentemente	46	29,7	29,7	79,4
	Muito frequentemente	25	16,1	16,1	95,5
	Sempre	7	4,5	4,5	100,0
	Total	155	100,0	100,0	

-> “Utiliza algum sistema de feedback para monitorizar o seu processo terapêutico”:

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim	46	29,7	29,7	29,7
	Não	109	70,3	70,3	100,0
	Total	155	100,0	100,0	

-> “Por favor, indique a porcentagem de artigos científicos que foram relevantes para a sua prática clínica”:

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	1-20%	26	16,8	16,8	16,8
	20-40%	29	18,7	18,7	35,5
	40-60%	45	29,0	29,0	64,5
	60-80%	40	25,8	25,8	90,3
	80% ou mais	15	9,7	9,7	100,0
	Total	155	100,0	100,0	

-> “Por favor, indique a porcentagem de artigos científicos que mudaram a forma como conduz a sua prática clínica”:

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	0%	2	1,3	1,3	1,3
	1-20%	40	25,8	25,8	27,1
	20-40%	41	26,5	26,5	53,5
	40-60%	49	31,6	31,6	85,2
	60-80%	16	10,3	10,3	95,5
	80% ou mais	7	4,5	4,5	100,0
	Total	155	100,0	100,0	

-> “Por favor, indique a porcentagem de casos clínicos difíceis que foram facilitados pela literatura de investigação em psicoterapia”:

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	0%	6	3,9	3,9	3,9

1-20%	34	21,9	21,9	25,8
20-40%	39	25,2	25,2	51,0
40-60%	36	23,2	23,2	74,2
60-80%	29	18,7	18,7	92,9
80% ou mais	11	7,1	7,1	100,0
Total	155	100,0	100,0	

-> “Por favor, indique a porcentagem de casos clínicos difíceis facilitados pela supervisão/consulta com colegas”:

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	0%	4	2,6	2,6	2,6
	1-20%	18	11,6	11,6	14,2
	20-40%	28	18,1	18,1	32,3
	40-60%	43	27,7	27,7	60,0
	60-80%	62	40,0	40,0	100,0
	Total	155	100,0	100,0	

**ANEXO 2. ESTATÍSTICA COMPARATIVA – FONTES DE INFORMAÇÃO E**  
**ÁREAS DE INVESTIGAÇÃO:**

**- ANOVA de medições repetidas e Friedman:**

**-> Estatística Descritiva:**

	Média	Erro Desvio	N
P_1Quanti_R	3,63	1,729	155
P_2Qualita_R	4,30	1,774	155
P_3Outcome_R	4,27	1,803	155
P_4Mecanism_R	4,57	1,647	155
P_5Moments_R	4,70	1,601	155
P_6Aliança_R	5,06	1,630	155
P_7Modera_media_R	4,41	1,775	155
P_8Estudo_cas_R	5,20	1,568	155
P_9Sistem_feed_R	4,28	1,804	155
P_10Fact_terap_R	4,83	1,728	155
P_11Fact_comun_R	4,72	1,793	155

**-> Teste de esfericidade de Mauchly<sup>a</sup>:**

Efeito dentre-sujeitos	W de Mauchly	Aprox. Qui- quadrado	gl	Sig.	Epsilon <sup>b</sup> Greenhouse- Geisser
fator1	,088	365,236	54	,000	,677

**-> Teste de esfericidade de Mauchly<sup>a</sup>:**

Efeito dentre-sujeitos	Huynh-Feldt	Epsilon
		Limite inferior
fator1	,711	,100

Testa a hipótese nula para a qual a matriz de covariâncias de erro das variáveis transformadas ortonormalizadas é proporcional em relação a uma matriz identidade.<sup>a</sup>

a. Design: Intercepto

Design Dentre-Sujeitos: fator1

b. Pode ser usado para ajustar os graus de liberdade dos testes de significância dentro da média. Os testes corrigidos são exibidos na tabela Testes de efeitos dentre-sujeitos.

**-> Testes de efeitos dentre-sujeitos:**

Origem		Tipo III Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F
fator1	Esfericidade considerada	295,443	10	29,544	23,805
	Greenhouse-Geisser	295,443	6,770	43,639	23,805
	Huynh-Feldt	295,443	7,114	41,530	23,805
	Limite inferior	295,443	1,000	295,443	23,805
Erro(fator1)	Esfericidade considerada	1911,284	1540	1,241	
	Greenhouse-Geisser	1911,284	1042,608	1,833	
	Huynh-Feldt	1911,284	1095,540	1,745	
	Limite inferior	1911,284	154,000	12,411	

-> Testes de efeitos dentre-sujeitos:

	Origem	Sig.	Eta parcial quadrado	Noncent. Parâmetro	Poder observado <sup>a</sup>
fator1	Esfericidade considerada	,000	,134	238,050	1,000
	Greenhouse-Geisser	,000	,134	161,164	1,000
	Huynh-Feldt	,000	,134	169,347	1,000
	Limite inferior	,000	,134	23,805	,998
Erro(fator1)	Esfericidade considerada				
	Greenhouse-Geisser				
	Huynh-Feldt				
	Limite inferior				

a. Calculado usando alfa = ,05

-> Comparações por Método Pairwise:

(I) fator1	(J) fator1	Diferença média (I-J)	Erro	Erro	Sig. <sup>b</sup>	95% Intervalo de Confiança para Diferença <sup>b</sup>	
						Limite inferior	Limite superior
1	2	-,677	,131	,000	-1,121	-,234	
	3	-,645	,128	,000	-1,078	-,212	
	4	-,948	,139	,000	-1,420	-,477	
	5	-1,071	,140	,000	-1,546	-,596	
	6	-1,439	,157	,000	-1,971	-,907	
	7	-,781	,142	,000	-1,260	-,302	
	8	-1,574	,156	,000	-2,102	-1,046	
	9	-,652	,137	,000	-1,114	-,190	

	10	-1,206	,157	,000	-1,736	-,677
	11	-1,097	,148	,000	-1,599	-,595
2	3	,032	,113	1,000	-,350	,415
	4	-,271	,141	1,000	-,749	,207
	5	-,394	,133	,198	-,844	,057
	6	-,761	,136	,000	-1,223	-,300
	7	-,103	,143	1,000	-,587	,381
	8	-,897	,136	,000	-1,357	-,436
	9	,026	,145	1,000	-,466	,517
	10	-,529	,156	,048	-1,057	-,001
	11	-,419	,153	,369	-,936	,097
3	4	-,303	,120	,696	-,710	,103
	5	-,426	,119	,025	-,828	-,023
	6	-,794	,129	,000	-1,231	-,356
	7	-,135	,131	1,000	-,579	,308
	8	-,929	,146	,000	-1,422	-,436
	9	-,006	,134	1,000	-,460	,447
	10	-,561	,137	,004	-1,025	-,098
	11	-,452	,130	,037	-,892	-,011
4	5	-,123	,067	1,000	-,349	,104
	6	-,490	,103	,000	-,840	-,141
	7	,168	,080	1,000	-,102	,437
	8	-,626	,130	,000	-1,065	-,187
	9	,297	,117	,668	-,099	,692
	10	-,258	,131	1,000	-,701	,185
	11	-,148	,123	1,000	-,565	,268
5	6	-,368	,097	,012	-,697	-,039

	7	,290	,089	,077	-,011	,592
	8	-,503	,118	,002	-,901	-,105
	9	,419	,111	,012	,044	,795
	10	-,135	,117	1,000	-,531	,260
	11	-,026	,117	1,000	-,421	,369
6	7	,658	,101	,000	,315	1,001
	8	-,135	,117	1,000	-,530	,259
	9	,787	,122	,000	,373	1,201
	10	,232	,100	1,000	-,107	,571
	11	,342	,112	,141	-,035	,719
7	8	-,794	,128	,000	-1,228	-,359
	9	,129	,108	1,000	-,237	,495
	10	-,426	,127	,054	-,855	,003
	11	-,316	,120	,521	-,723	,091
8	9	,923	,125	,000	,500	1,346
	10	,368	,124	,195	-,052	,788
	11	,477	,142	,052	-,002	,956
9	10	-,555	,110	,000	-,928	-,182
	11	-,445	,102	,001	-,790	-,100
10	11	,110	,103	1,000	-,239	,458

Baseado em médias marginais estimadas

b. Ajustamento para diversas comparações: Bonferroni.

**-> Fatores dentre-sujeitos:**

fator1	Variável dependente
1	P_1Arts_Cient_R
2	P_2LPub_Teor_R
3	P_3Hist_Cli_Cas_R
4	P_4Info_Cli_Cas_Pub_R
5	P_6Exp_Pts_Clien_R
6	P_5Exp_Cont_Clien_R
7	P_7Superv_cons_u_R
8	P_8Con_ColA_teo_R
9	P_9Work_Form_R
10	P_10Uni_Ensino_R

**-> Estatística Descritiva:**

	Média	Erro Desvio	N
P_1Arts_Cient_R	5,10	1,582	155
P_2LPub_Teor_R	5,54	1,411	155
P_3Hist_Cli_Cas_R	5,65	1,395	155
P_4Info_Cli_Cas_Pub_R	4,86	1,648	155
P_6Exp_Pts_Clien_R	5,16	1,905	155

P_5Exp_Cont_Clien_R	6,08	1,151	155
P_7Superv_cons_u_R	5,75	1,307	155
P_8Con_CoIA_teo_R	4,58	1,450	155
P_9Work_Form_R	5,15	1,472	155
P_10Uni_Ensino_R	4,95	1,560	155

-> Testes multivariados<sup>a</sup>:

	Efeito	Valor	F	gl de hipótese	Erro gl	Sig.
fator1	Rastreio de Pillai	,689	35,861 <sup>b</sup>	9,000	146,000	,000
	Lambda de Wilks	,311	35,861 <sup>b</sup>	9,000	146,000	,000
	Rastreio de Hotelling	2,211	35,861 <sup>b</sup>	9,000	146,000	,000
	Maior raiz de Roy	2,211	35,861 <sup>b</sup>	9,000	146,000	,000

-> Testes multivariados<sup>a</sup>:

	Efeito	Eta parcial quadrado	Noncent. Parâmetro	Poder observado <sup>c</sup>
fator1	Rastreio de Pillai	,689	322,751	1,000
	Lambda de Wilks	,689	322,751	1,000
	Rastreio de Hotelling	,689	322,751	1,000
	Maior raiz de Roy	,689	322,751	1,000

a. Design: Intercepto

Design Dentre-Sujeitos: fator1

b. Estatística exata

c. Calculado usando alfa = ,05

**->Teste de esfericidade de Mauchly<sup>a</sup>:**

Efeito dentre-sujeitos	W de Mauchly	Aprox. Qui-quadrado	gl	Sig.	Epsilon <sup>b</sup> Greenhouse-Geisser
fator1	,090	363,672	44	,000	,611

**-> Teste de esfericidade de Mauchly<sup>a</sup>:**

Efeito dentre-sujeitos	Huynh-Feldt	Epsilon Limite inferior
fator1	,636	,111

Testa a hipótese nula para a qual a matriz de covariâncias de erro das variáveis transformadas ortonormalizadas é proporcional em relação a uma matriz identidade.<sup>a</sup>

a. Design: Intercepto

Design Dentre-Sujeitos: fator1

b. Pode ser usado para ajustar os graus de liberdade dos testes de significância dentro da média. Os testes corrigidos são exibidos na tabela Testes de efeitos dentre-sujeitos.

**-> Testes de efeitos dentre-sujeitos:**

	Origem	Tipo III Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F
fator1	Esfericidade considerada	293,975	9	32,664	30,917
	Greenhouse-Geisser	293,975	5,495	53,495	30,917
	Huynh-Feldt	293,975	5,722	51,374	30,917
	Limite inferior	293,975	1,000	293,975	30,917
Erro(fator1)	Esfericidade considerada	1464,325	1386	1,057	
	Greenhouse-Geisser	1464,325	846,293	1,730	
	Huynh-Feldt	1464,325	881,235	1,662	
	Limite inferior	1464,325	154,000	9,509	

**-> Testes de efeitos dentre-sujeitos:**

	Origem	Sig.	Eta parcial quadrado	Noncent. Parâmetro	Poder observado <sup>a</sup>
fator1	Esfericidade considerada	,000	,167	278,250	1,000
	Greenhouse-Geisser	,000	,167	169,900	1,000
	Huynh-Feldt	,000	,167	176,915	1,000
	Limite inferior	,000	,167	30,917	1,000
Erro(fator1)	Esfericidade considerada				
	Greenhouse-Geisser				
	Huynh-Feldt				
	Limite inferior				

a. Calculado usando alfa = ,05

**-> Testes de contrastes dentre-sujeitos:**

Origem	fator1	Tipo III Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.
fator1	Linear	15,451	1	15,451	14,101	,000
	Quadrático	33,833	1	33,833	16,459	,000
	Cúbico	,056	1	,056	,053	,818
	Ordem 4	2,149	1	2,149	1,993	,160
	Ordem 5	69,946	1	69,946	66,985	,000
	Ordem 6	30,486	1	30,486	53,284	,000
	Ordem 7	141,897	1	141,897	208,827	,000
	Ordem 8	,000	1	,000	,000	,987
	Ordem 9	,157	1	,157	,111	,739
Erro(fator1)	Linear	168,740	154	1,096		
	Quadrático	316,561	154	2,056		
	Cúbico	160,337	154	1,041		

Ordem 4	166,057	154	1,078		
Ordem 5	160,808	154	1,044		
Ordem 6	88,111	154	,572		
Ordem 7	104,642	154	,679		
Ordem 8	81,603	154	,530		
Ordem 9	217,466	154	1,412		

**-> Testes de contrastes dentre-sujeitos:**

Origem	fator1	Eta parcial quadrado	Noncent. Parâmetro	Poder observado <sup>a</sup>
fator1	Linear	,084	14,101	,962
	Quadrático	,097	16,459	,981
	Cúbico	,000	,053	,056
	Ordem 4	,013	1,993	,289
	Ordem 5	,303	66,985	1,000
	Ordem 6	,257	53,284	1,000
	Ordem 7	,576	208,827	1,000
	Ordem 8	,000	,000	,050
	Ordem 9	,001	,111	,063
Erro(fator1)	Linear			
	Quadrático			
	Cúbico			
	Ordem 4			
	Ordem 5			
	Ordem 6			
	Ordem 7			
	Ordem 8			
	Ordem 9			

a. Calculado usando alfa = ,05

**-> Testes de efeitos entre sujeitos:**

Variável transformada: Média

Origem	Tipo III Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.	Eta parcial quadrado
Intercepto	43243,206	1	43243,206	3323,920	,000	,956
Erro	2003,494	154	13,010			

**-> Testes de efeitos entre sujeitos:**

Variável transformada: Média

Origem	Noncent. Parâmetro	Poder observado <sup>a</sup>
Intercepto	3323,920	1,000
Erro		

a. Calculado usando alfa = ,05

**-> Estimativas:**

fator1	Média	Erro Erro	Intervalo de Confiança 95%	
			Limite inferior	Limite superior
1	5,097	,127	4,846	5,348
2	5,535	,113	5,312	5,759
3	5,645	,112	5,424	5,866
4	4,865	,132	4,603	5,126
5	5,161	,153	4,859	5,464
6	6,084	,092	5,901	6,266
7	5,748	,105	5,541	5,956
8	4,581	,116	4,351	4,811
9	5,148	,118	4,915	5,382

10	4,955	,125	4,707	5,202
----	-------	------	-------	-------

**-> Comparações por Método Pairwise:**

					Limite inferior	Limite superior
1	2	-,439	,082	,000	-,711	-,166
	3	-,548	,102	,000	-,886	-,211
	4	,232	,113	1,000	-,144	,608
	5	-,065	,168	1,000	-,624	,495
	6	-,987	,114	,000	-1,366	-,608
	7	-,652	,128	,000	-1,078	-,225
	8	,516	,103	,000	,174	,858
	9	-,052	,106	1,000	-,405	,302
	10	,142	,117	1,000	-,248	,532
	2	3	-,110	,081	1,000	-,378
4		,671	,113	,000	,296	1,046
5		,374	,158	,853	-,150	,899
6		-,548	,092	,000	-,854	-,242
7		-,213	,113	1,000	-,588	,162
8		,955	,093	,000	,646	1,264
9		,387	,099	,006	,057	,717
10		,581	,107	,000	,226	,935
3	4	,781	,091	,000	,479	1,082
	5	,484	,142	,036	,013	,955
	6	-,439	,081	,000	-,708	-,170
	7	-,103	,100	1,000	-,437	,230
	8	1,065	,103	,000	,722	1,407
	9	,497	,104	,000	,152	,841

	10	,690	,107	,000	,336	1,045
4	5	-,297	,146	1,000	-,783	,189
	6	-1,219	,104	,000	-1,567	-,872
	7	-,884	,125	,000	-1,299	-,469
	8	,284	,122	,943	-,121	,688
	9	-,284	,109	,466	-,647	,080
	10	-,090	,125	1,000	-,505	,324
	5	6	-,923	,135	,000	-1,371
7		-,587	,115	,000	-,968	-,206
8		,581	,158	,015	,055	1,107
9		,013	,152	1,000	-,492	,517
10		,206	,174	1,000	-,371	,783
6	7	,335	,077	,001	,080	,591
	8	1,503	,108	,000	1,144	1,862
	9	,935	,104	,000	,590	1,281
	10	1,129	,108	,000	,771	1,487
7	8	1,168	,120	,000	,769	1,566
	9	,600	,110	,000	,234	,966
	10	,794	,127	,000	,372	1,215
8	9	-,568	,080	,000	-,833	-,303
	10	-,374	,119	,090	-,770	,021
9	10	,194	,120	1,000	-,207	,594

Baseado em médias marginais estimadas

b. Ajustamento para diversas comparações: Bonferroni.

-> Testes multivariados:

	Valor	F	gl de hipótese	Erro gl	Sig.	Eta parcial quadrado
Rastreio de Pillai	,689	35,861 <sup>a</sup>	9,000	146,000	,000	,689
Lambda de Wilks	,311	35,861 <sup>a</sup>	9,000	146,000	,000	,689
Rastreio de Hotelling	2,211	35,861 <sup>a</sup>	9,000	146,000	,000	,689
Maior raiz de Roy	2,211	35,861 <sup>a</sup>	9,000	146,000	,000	,689

-> Testes multivariados:

	Noncent. Parâmetro	Poder observado <sup>b</sup>
Rastreio de Pillai	322,751	1,000
Lambda de Wilks	322,751	1,000
Rastreio de Hotelling	322,751	1,000
Maior raiz de Roy	322,751	1,000

Cada F testa o efeito multivariado de fator1. Esses testes são baseados nas comparações por método pairwise linearmente independentes entre as médias marginais estimadas.

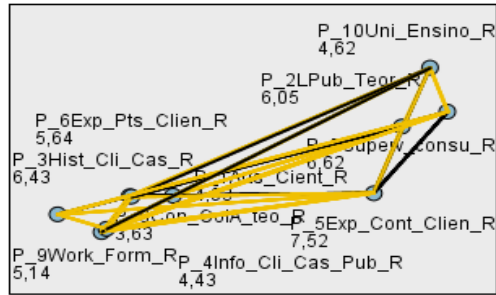
a. Estatística exata

b. Calculado usando alfa = ,05

-> Testes não paramétricos:

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	As distribuições de P_1Arts_Cient_R, P_2LPub_Teor_R, P_3Hist_Cli_Cas_R, P_4Info_Cli_Cas_Pub_R, P_6Exp_Pts_Clien_R, P_5Exp_Cont_Clien_R, P_7Superv_cons_R, P_8Con_ColA_teo_R, P_9Work_Form_R and P_10Uni_Ensino_R são as mesmas.	Análise de Variância de Dois fatores de Friedman por Postos de Amostras Relacionadas	,000	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é



Cada nó mostra o posto médio de amostra.

Amostra1-Amostra2	Estatística de Teste	Std. Erro	Erro Estatística de Teste	Sig.	Sig. Ajust.
P_4Info_Cli_Cas_Pub_R-P_5Exp_Cont_Clien_R	-3,094	,344	-8,995	,000	,000
P_1Arts_Cient_R-P_5Exp_Cont_Clien_R	-2,590	,344	-7,532	,000	,000
P_4Info_Cli_Cas_Pub_R-P_7Superv_consua_R	-2,197	,344	-6,387	,000	,000
P_6Exp_Pts_Clien_R-P_5Exp_Cont_Clien_R	-1,884	,344	-5,478	,000	,000
P_1Arts_Cient_R-P_7Superv_consua_R	-1,694	,344	-4,924	,000	,000
P_8Con_CoIA_teo_R-P_9Work_Form_R	-1,503	,344	-4,371	,000	,001
P_1Arts_Cient_R-P_3Hist_Cli_Cas_R	-1,497	,344	-4,352	,000	,001
P_2LPub_Teor_R-P_5Exp_Cont_Clien_R	-1,468	,344	-4,268	,000	,001
P_4Info_Cli_Cas_Pub_R-P_6Exp_Pts_Clien_R	-1,210	,344	-3,517	,000	,020
P_1Arts_Cient_R-P_2LPub_Teor_R	-1,123	,344	-3,264	,001	,049
P_3Hist_Cli_Cas_R-P_5Exp_Cont_Clien_R	-1,094	,344	-3,180	,001	,066
P_8Con_CoIA_teo_R-P_10Uni_Ensino_R	-,990	,344	-2,880	,004	,179
P_6Exp_Pts_Clien_R-P_7Superv_consua_R	-,987	,344	-2,870	,004	,185
P_4Info_Cli_Cas_Pub_R-P_9Work_Form_R	-,710	,344	-2,064	,039	1,000
P_1Arts_Cient_R-P_6Exp_Pts_Clien_R	-,706	,344	-2,054	,040	1,000
P_2LPub_Teor_R-P_7Superv_consua_R	-,571	,344	-1,660	,097	1,000
P_2LPub_Teor_R-P_3Hist_Cli_Cas_R	-,374	,344	-1,088	,277	1,000
P_1Arts_Cient_R-P_9Work_Form_R	-,206	,344	-,600	,548	1,000
P_3Hist_Cli_Cas_R-P_7Superv_consua_R	-,197	,344	-,572	,567	1,000
P_4Info_Cli_Cas_Pub_R-P_10Uni_Ensino_R	-,197	,344	-,572	,567	1,000
P_10Uni_Ensino_R-P_1Arts_Cient_R	,306	,344	,891	,373	1,000
P_6Exp_Pts_Clien_R-P_2LPub_Teor_R	,416	,344	1,210	,226	1,000

P_9Work_Form_R- P_6Exp_Pts_Clien_R	,500	,344	1,454	,146	1,000
P_4Info_Cli_Cas_Pub_R- P_1Arts_Cient_R	,503	,344	1,463	,143	1,000
P_10Uni_Ensino_R- P_9Work_Form_R	,513	,344	1,491	,136	1,000
P_6Exp_Pts_Clien_R- P_3Hist_Cli_Cas_R	,790	,344	2,298	,022	,970
P_8Con_CoIA_teo_R- P_4Info_Cli_Cas_Pub_R	,794	,344	2,307	,021	,947
P_7Superv_cons_u_R- P_5Exp_Cont_Clien_R	,897	,344	2,608	,009	,410
P_9Work_Form_R- P_2LPub_Teor_R	,916	,344	2,664	,008	,348
P_10Uni_Ensino_R- P_6Exp_Pts_Clien_R	1,013	,344	2,945	,003	,145
P_9Work_Form_R- P_3Hist_Cli_Cas_R	1,290	,344	3,752	,000	,008
P_8Con_CoIA_teo_R- P_1Arts_Cient_R	1,297	,344	3,771	,000	,007
P_10Uni_Ensino_R- P_2LPub_Teor_R	1,429	,344	4,155	,000	,001
P_9Work_Form_R- P_7Superv_cons_u_R	1,487	,344	4,324	,000	,001
P_4Info_Cli_Cas_Pub_R- P_2LPub_Teor_R	1,626	,344	4,727	,000	,000
P_10Uni_Ensino_R- P_3Hist_Cli_Cas_R	1,803	,344	5,243	,000	,000
P_4Info_Cli_Cas_Pub_R- P_3Hist_Cli_Cas_R	2,000	,344	5,815	,000	,000
P_10Uni_Ensino_R- P_7Superv_cons_u_R	2,000	,344	5,815	,000	,000
P_8Con_CoIA_teo_R- P_6Exp_Pts_Clien_R	2,003	,344	5,825	,000	,000
P_9Work_Form_R- P_5Exp_Cont_Clien_R	2,384	,344	6,932	,000	,000
P_8Con_CoIA_teo_R- P_2LPub_Teor_R	2,419	,344	7,035	,000	,000
P_8Con_CoIA_teo_R- P_3Hist_Cli_Cas_R	2,794	,344	8,123	,000	,000
P_10Uni_Ensino_R- P_5Exp_Cont_Clien_R	2,897	,344	8,423	,000	,000
P_8Con_CoIA_teo_R- P_7Superv_cons_u_R	2,990	,344	8,695	,000	,000
P_8Con_CoIA_teo_R- P_5Exp_Cont_Clien_R	3,887	,344	11,302	,000	,000

Cada linha testa a hipótese nula que as distribuições da Amostra 1 e da Amostra 2 são as mesmas. São exibidas significâncias assintóticas (teste de 2 lados). O nível de significância é ,05. Valores de significância foram ajustados pela correção de Bonferroni para múltiplos testes.

### ANEXO 3. ESTATÍSTICA COMPARATIVA – ORIENTAÇÕES TEÓRICAS:

**- Anova on-way e Kruskal-Wallis:**

**-> Tests of Normality:**

Grupos	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk			
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
P_1Arts_Cient_R	Psicanalítica Psicodinâmica	,225	62	,000	,881	62	,000
	Cognitivo Comportamental	,160	56	,001	,911	56	,001
	Ambos	,167	12	,200*	,947	12	,598
P_2LPub_Teor_R	Psicanalítica Psicodinâmica	,261	62	,000	,821	62	,000
	Cognitivo Comportamental	,197	56	,000	,876	56	,000
	Ambos	,225	12	,096	,898	12	,152
P_3Hist_Cli_Cas_R	Psicanalítica Psicodinâmica	,307	62	,000	,776	62	,000
	Cognitivo Comportamental	,200	56	,000	,869	56	,000
	Ambos	,316	12	,002	,827	12	,019
P_4Info_Cli_Cas_Pub _R	Psicanalítica Psicodinâmica	,196	62	,000	,878	62	,000
	Cognitivo Comportamental	,183	56	,000	,934	56	,004
	Ambos	,233	12	,070	,877	12	,080
P_6Exp_Pts_Clien_R	Psicanalítica Psicodinâmica	,300	62	,000	,764	62	,000
	Cognitivo Comportamental	,178	56	,000	,872	56	,000

	Ambos	,188	12	,200*	,904	12	,177
P_5Exp_Cont_Clien_R	Psicanalitica Psicodinâmica	,309	62	,000	,669	62	,000
	Cognitivo Comportamental	,250	56	,000	,810	56	,000
	Ambos	,209	12	,153	,824	12	,018
P_7Superv_cons_u_R	Psicanalitica Psicodinâmica	,310	62	,000	,741	62	,000
	Cognitivo Comportamental	,173	56	,000	,887	56	,000
	Ambos	,245	12	,044	,895	12	,137
P_8Con_CoLA_teo_R	Psicanalitica Psicodinâmica	,161	62	,000	,925	62	,001
	Cognitivo Comportamental	,168	56	,000	,925	56	,002
	Ambos	,197	12	,200*	,960	12	,780
P_9Work_Form_R	Psicanalitica Psicodinâmica	,136	62	,006	,930	62	,002
	Cognitivo Comportamental	,165	56	,001	,897	56	,000
	Ambos	,161	12	,200*	,936	12	,449
P_10Uni_Ensino_R	Psicanalitica Psicodinâmica	,172	62	,000	,904	62	,000
	Cognitivo Comportamental	,165	56	,001	,909	56	,000
	Ambos	,213	12	,138	,940	12	,503
P_1Quanti_R	Psicanalitica Psicodinâmica	,186	62	,000	,901	62	,000
	Cognitivo Comportamental	,183	56	,000	,936	56	,005
	Ambos	,238	12	,059	,829	12	,020

P_2Qualita_R	Psicanalítica Psicodinâmica	,115	62	,039	,918	62	,001
	Cognitivo Comportamental	,170	56	,000	,921	56	,001
	Ambos	,161	12	,200*	,936	12	,449
P_3Outcome_R	Psicanalítica Psicodinâmica	,109	62	,063	,928	62	,001
	Cognitivo Comportamental	,220	56	,000	,896	56	,000
	Ambos	,249	12	,038	,918	12	,267
P_4Mecanism_R	Psicanalítica Psicodinâmica	,179	62	,000	,931	62	,002
	Cognitivo Comportamental	,177	56	,000	,912	56	,001
	Ambos	,228	12	,086	,905	12	,186
P_5Moments_R	Psicanalítica Psicodinâmica	,169	62	,000	,940	62	,004
	Cognitivo Comportamental	,191	56	,000	,892	56	,000
	Ambos	,254	12	,031	,899	12	,152
P_6Aliança_R	Psicanalítica Psicodinâmica	,189	62	,000	,912	62	,000
	Cognitivo Comportamental	,179	56	,000	,897	56	,000
	Ambos	,224	12	,099	,867	12	,060
P_7Modera_media_R	Psicanalítica Psicodinâmica	,134	62	,007	,924	62	,001
	Cognitivo Comportamental	,189	56	,000	,911	56	,001
	Ambos	,246	12	,043	,901	12	,162
P_8Estudo_cas_R	Psicanalítica Psicodinâmica	,246	62	,000	,852	62	,000

	Cognitivo Comportamental	,180	56	,000	,884	56	,000
	Ambos	,142	12	,200*	,918	12	,269
P_9Sistem_feed_R	Psicanalítica Psicodinâmica	,139	62	,004	,916	62	,000
	Cognitivo Comportamental	,229	56	,000	,883	56	,000
	Ambos	,150	12	,200*	,922	12	,305
P_10Fact_terap_R	Psicanalítica Psicodinâmica	,217	62	,000	,891	62	,000
	Cognitivo Comportamental	,208	56	,000	,894	56	,000
	Ambos	,215	12	,130	,898	12	,148
P_11Fact_comun_R	Psicanalítica Psicodinâmica	,173	62	,000	,919	62	,001
	Cognitivo Comportamental	,218	56	,000	,874	56	,000
	Ambos	,241	12	,052	,891	12	,121
P_1Rel_pc_art_R	Psicanalítica Psicodinâmica	,194	62	,000	,884	62	,000
	Cognitivo Comportamental	,164	56	,001	,915	56	,001
	Ambos	,205	12	,174	,891	12	,123
P_2Mud_pc_art_R	Psicanalítica Psicodinâmica	,221	62	,000	,886	62	,000
	Cognitivo Comportamental	,181	56	,000	,912	56	,001
	Ambos	,207	12	,163	,870	12	,066
P_3Cas_cli_dif_R	Psicanalítica Psicodinâmica	,179	62	,000	,924	62	,001
	Cognitivo Comportamental	,189	56	,000	,916	56	,001

	Ambos	,190	12	,200*	,929	12	,370
P_1Invest_lit_cien_R	Psicanalitica Psicodinâmica	,173	62	,000	,927	62	,001
	Cognitivo Comportamental	,159	56	,001	,942	56	,010
	Ambos	,357	12	,000	,710	12	,001
P_2Mantec_trat_R	Psicanalitica Psicodinâmica	,199	62	,000	,914	62	,000
	Cognitivo Comportamental	,194	56	,000	,930	56	,003
	Ambos	,181	12	,200*	,942	12	,522
P_1Cas_dif_superv_R	Psicanalitica Psicodinâmica	,266	62	,000	,783	62	,000
	Cognitivo Comportamental	,193	56	,000	,876	56	,000
	Ambos	,215	12	,132	,903	12	,172
P_2Sist_feedb	Psicanalitica Psicodinâmica	,455	62	,000	,558	62	,000
	Cognitivo Comportamental	,475	56	,000	,523	56	,000
	Ambos	,374	12	,000	,640	12	,000

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

-> **Oneway:**

-> **Test of Homogeneity of Variances:**

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
P_1Arts_Cient_R	Based on Mean	2,049	2	127	,133
	Based on Median	1,057	2	127	,351

	Based on Median and with adjusted df	1,057	2	104,513	,351
	Based on trimmed mean	1,970	2	127	,144
P_2LPub_Teor_R	Based on Mean	,458	2	127	,634
	Based on Median	,186	2	127	,830
	Based on Median and with adjusted df	,186	2	123,496	,830
	Based on trimmed mean	,305	2	127	,738
P_3Hist_Cli_Cas_R	Based on Mean	,416	2	127	,661
	Based on Median	,447	2	127	,640
	Based on Median and with adjusted df	,447	2	125,568	,640
	Based on trimmed mean	,299	2	127	,742
P_4Info_Cli_Cas_Pub_R	Based on Mean	1,009	2	127	,368
	Based on Median	1,002	2	127	,370
	Based on Median and with adjusted df	1,002	2	125,301	,370
	Based on trimmed mean	,941	2	127	,393
P_6Exp_Pts_Clien_R	Based on Mean	10,940	2	127	,000
	Based on Median	8,489	2	127	,000
	Based on Median and with adjusted df	8,489	2	122,529	,000
	Based on trimmed mean	11,516	2	127	,000
P_5Exp_Cont_Clien_R	Based on Mean	,460	2	127	,632
	Based on Median	,511	2	127	,601
	Based on Median and with adjusted df	,511	2	114,393	,601
	Based on trimmed mean	,427	2	127	,653
P_7Superv_consus_R	Based on Mean	1,949	2	127	,147
	Based on Median	2,360	2	127	,099

	Based on Median and with adjusted df	2,360	2	119,115	,099
	Based on trimmed mean	2,038	2	127	,134
P_8Con_ColA_teo_R	Based on Mean	,703	2	127	,497
	Based on Median	,428	2	127	,653
	Based on Median and with adjusted df	,428	2	122,730	,653
	Based on trimmed mean	,704	2	127	,496
P_9Work_Form_R	Based on Mean	,351	2	127	,704
	Based on Median	,306	2	127	,737
	Based on Median and with adjusted df	,306	2	126,040	,737
	Based on trimmed mean	,389	2	127	,679
P_10Uni_Ensino_R	Based on Mean	,074	2	127	,929
	Based on Median	,095	2	127	,909
	Based on Median and with adjusted df	,095	2	126,154	,909
	Based on trimmed mean	,035	2	127	,966
P_1Quanti_R	Based on Mean	1,171	2	127	,313
	Based on Median	1,277	2	127	,282
	Based on Median and with adjusted df	1,277	2	123,412	,282
	Based on trimmed mean	1,279	2	127	,282
P_2Qualita_R	Based on Mean	2,913	2	127	,058
	Based on Median	2,401	2	127	,095
	Based on Median and with adjusted df	2,401	2	123,246	,095
	Based on trimmed mean	2,942	2	127	,056
P_3Outcome_R	Based on Mean	1,680	2	127	,191
	Based on Median	2,040	2	127	,134

	Based on Median and with adjusted df	2,040	2	125,772	,134
	Based on trimmed mean	1,818	2	127	,167
P_4Mecanism_R	Based on Mean	,019	2	127	,981
	Based on Median	,027	2	127	,973
	Based on Median and with adjusted df	,027	2	125,392	,973
	Based on trimmed mean	,016	2	127	,984
P_5Moments_R	Based on Mean	,435	2	127	,648
	Based on Median	,475	2	127	,623
	Based on Median and with adjusted df	,475	2	122,869	,623
	Based on trimmed mean	,435	2	127	,648
P_6Aliança_R	Based on Mean	,021	2	127	,979
	Based on Median	,020	2	127	,980
	Based on Median and with adjusted df	,020	2	122,397	,980
	Based on trimmed mean	,009	2	127	,991
P_7Modera_media_R	Based on Mean	2,317	2	127	,103
	Based on Median	2,291	2	127	,105
	Based on Median and with adjusted df	2,291	2	124,363	,105
	Based on trimmed mean	2,442	2	127	,091
P_8Estudo_cas_R	Based on Mean	,715	2	127	,491
	Based on Median	1,037	2	127	,358
	Based on Median and with adjusted df	1,037	2	126,729	,358
	Based on trimmed mean	,761	2	127	,470
P_9Sistem_feed_R	Based on Mean	5,046	2	127	,008
	Based on Median	4,310	2	127	,015

	Based on Median and with adjusted df	4,310	2	125,969	,015
	Based on trimmed mean	5,058	2	127	,008
P_10Fact_terap_R	Based on Mean	1,224	2	127	,298
	Based on Median	1,049	2	127	,353
	Based on Median and with adjusted df	1,049	2	124,368	,353
	Based on trimmed mean	1,058	2	127	,350
P_11Fact_comun_R	Based on Mean	2,586	2	127	,079
	Based on Median	2,112	2	127	,125
	Based on Median and with adjusted df	2,112	2	126,651	,125
	Based on trimmed mean	2,823	2	127	,063
P_1Rel_pc_art_R	Based on Mean	,196	2	127	,822
	Based on Median	,357	2	127	,701
	Based on Median and with adjusted df	,357	2	126,091	,701
	Based on trimmed mean	,204	2	127	,816
P_2Mud_pc_art_R	Based on Mean	1,273	2	127	,284
	Based on Median	,510	2	127	,602
	Based on Median and with adjusted df	,510	2	123,861	,602
	Based on trimmed mean	1,193	2	127	,307
P_3Cas_cli_dif_R	Based on Mean	,219	2	127	,804
	Based on Median	,086	2	127	,918
	Based on Median and with adjusted df	,086	2	114,372	,918
	Based on trimmed mean	,211	2	127	,810
P_1Invest_lit_cien_R	Based on Mean	1,347	2	127	,264
	Based on Median	1,899	2	127	,154

	Based on Median and with adjusted df	1,899	2	125,092	,154
	Based on trimmed mean	1,365	2	127	,259
P_2Mantec_trat_R	Based on Mean	4,266	2	127	,016
	Based on Median	4,297	2	127	,016
	Based on Median and with adjusted df	4,297	2	116,704	,016
	Based on trimmed mean	4,339	2	127	,015
P_1Cas_dif_superv_R	Based on Mean	2,661	2	127	,074
	Based on Median	1,513	2	127	,224
	Based on Median and with adjusted df	1,513	2	121,113	,224
	Based on trimmed mean	2,332	2	127	,101
P_2Sist_feedb	Based on Mean	2,061	2	127	,132
	Based on Median	,854	2	127	,428
	Based on Median and with adjusted df	,854	2	125,359	,428
	Based on trimmed mean	2,061	2	127	,132

**-> ANOVA:**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
P_1Arts_Cient_R	Between Groups	,359	2	,180	,072	,931
	Within Groups	318,533	127	2,508		
	Total	318,892	129			
P_2LPub_Teor_R	Between Groups	3,046	2	1,523	,763	,468
	Within Groups	253,384	127	1,995		
	Total	256,431	129			

P_3Hist_Cli_Cas_R	Between Groups	2,553	2	1,277	,628	,535
	Within Groups	258,216	127	2,033		
	Total	260,769	129			
P_4Info_Cli_Cas_Pub_R	Between Groups	3,335	2	1,668	,635	,532
	Within Groups	333,441	127	2,626		
	Total	336,777	129			
P_6Exp_Pts_Clien_R	Between Groups	56,145	2	28,073	8,569	,000
	Within Groups	416,078	127	3,276		
	Total	472,223	129			
P_5Exp_Cont_Clien_R	Between Groups	,621	2	,310	,231	,794
	Within Groups	170,610	127	1,343		
	Total	171,231	129			
P_7Superv_consu_R	Between Groups	9,324	2	4,662	2,670	,073
	Within Groups	221,784	127	1,746		
	Total	231,108	129			
P_8Con_CoIA_teo_R	Between Groups	,349	2	,175	,082	,922
	Within Groups	271,774	127	2,140		
	Total	272,123	129			
P_9Work_Form_R	Between Groups	4,373	2	2,187	1,032	,359
	Within Groups	269,134	127	2,119		
	Total	273,508	129			
P_10Uni_Ensino_R	Between Groups	3,947	2	1,973	,799	,452
	Within Groups	313,776	127	2,471		
	Total	317,723	129			
P_1Quanti_R	Between Groups	48,743	2	24,372	9,033	,000
	Within Groups	342,649	127	2,698		
	Total	391,392	129			

P_2Qualita_R	Between Groups	5,170	2	2,585	,798	,453
	Within Groups	411,607	127	3,241		
	Total	416,777	129			
P_3Outcome_R	Between Groups	18,116	2	9,058	2,883	,060
	Within Groups	398,992	127	3,142		
	Total	417,108	129			
P_4Mecanism_R	Between Groups	8,592	2	4,296	1,619	,202
	Within Groups	336,977	127	2,653		
	Total	345,569	129			
P_5Moments_R	Between Groups	3,665	2	1,833	,720	,489
	Within Groups	323,227	127	2,545		
	Total	326,892	129			
P_6Aliança_R	Between Groups	1,265	2	,632	,245	,783
	Within Groups	327,228	127	2,577		
	Total	328,492	129			
P_7Modera_media_R	Between Groups	10,900	2	5,450	1,703	,186
	Within Groups	406,300	127	3,199		
	Total	417,200	129			
P_8Estudo_cas_R	Between Groups	13,343	2	6,672	3,050	,051
	Within Groups	277,765	127	2,187		
	Total	291,108	129			
P_9Sistem_feed_R	Between Groups	19,256	2	9,628	2,951	,056
	Within Groups	414,351	127	3,263		
	Total	433,608	129			
P_10Fact_terap_R	Between Groups	2,438	2	1,219	,405	,668
	Within Groups	382,093	127	3,009		
	Total	384,531	129			

P_11Fact_comun_R	Between Groups	4,765	2	2,383	,761	,469
	Within Groups	397,704	127	3,132		
	Total	402,469	129			
P_1Rel_pc_art_R	Between Groups	1,157	2	,578	,369	,692
	Within Groups	199,220	127	1,569		
	Total	200,377	129			
P_2Mud_pc_art_R	Between Groups	,738	2	,369	,281	,755
	Within Groups	166,462	127	1,311		
	Total	167,200	129			
P_3Cas_cli_dif_R	Between Groups	1,202	2	,601	,354	,702
	Within Groups	215,567	127	1,697		
	Total	216,769	129			
P_1Invest_lit_cien_R	Between Groups	4,375	2	2,188	1,360	,260
	Within Groups	204,248	127	1,608		
	Total	208,623	129			
P_2Mantec_trat_R	Between Groups	21,119	2	10,560	5,762	,004
	Within Groups	232,758	127	1,833		
	Total	253,877	129			
P_1Cas_dif_superv_R	Between Groups	9,181	2	4,591	3,823	,024
	Within Groups	152,519	127	1,201		
	Total	161,700	129			
P_2Sist_feedb	Between Groups	,339	2	,170	,854	,428
	Within Groups	25,238	127	,199		
	Total	25,577	129			

-> Post Hoc Tests:

-> Multiple Comparisons:

Tukey HSD

Dependent Variable	(I) Grupos	(J) Grupos	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
P_1Arts_Cient_R	Psicanalítica Psicodinâmica	Cognitivo Comportamental	,092	,292	,947	-,60	,78
		Ambos	,145	,499	,955	-1,04	1,33
	Cognitivo Comportamental	Psicanalítica Psicodinâmica	-,092	,292	,947	-,78	,60
		Ambos	,054	,504	,994	-1,14	1,25
	Ambos	Psicanalítica Psicodinâmica	-,145	,499	,955	-1,33	1,04
		Cognitivo Comportamental	-,054	,504	,994	-1,25	1,14
P_2LPub_Teor_R	Psicanalítica Psicodinâmica	Cognitivo Comportamental	,129	,260	,874	-,49	,75
		Ambos	,546	,445	,441	-,51	1,60
	Cognitivo Comportamental	Psicanalítica Psicodinâmica	-,129	,260	,874	-,75	,49
		Ambos	,417	,449	,624	-,65	1,48
	Ambos	Psicanalítica Psicodinâmica	-,546	,445	,441	-1,60	,51
		Cognitivo Comportamental	-,417	,449	,624	-1,48	,65
P_3Hist_Cli_Cas_R	Psicanalítica Psicodinâmica	Cognitivo Comportamental	,294	,263	,505	-,33	,92
		Ambos	,175	,450	,920	-,89	1,24
	Cognitivo Comportamental	Psicanalítica Psicodinâmica	-,294	,263	,505	-,92	,33

		Ambos	-,119	,454	,963	-1,19	,96
	Ambos	Psicanalítica Psicodinâmica	-,175	,450	,920	-1,24	,89
		Cognitivo Comportamental	,119	,454	,963	-,96	1,19
P_4Info_Cli_Cas_ Pub_R	Psicanalítica Psicodinâmica	Cognitivo Comportamental	,271	,299	,636	-,44	,98
		Ambos	-,199	,511	,920	-1,41	1,01
	Cognitivo Comportamental	Psicanalítica Psicodinâmica	-,271	,299	,636	-,98	,44
		Ambos	-,470	,515	,634	-1,69	,75
	Ambos	Psicanalítica Psicodinâmica	,199	,511	,920	-1,01	1,41
		Cognitivo Comportamental	,470	,515	,634	-,75	1,69
P_6Exp_Pts_Clie n_R	Psicanalítica Psicodinâmica	Cognitivo Comportamental	1,380*	,334	,000	,59	2,17
		Ambos	,540	,571	,612	-,81	1,89
	Cognitivo Comportamental	Psicanalítica Psicodinâmica	-1,380*	,334	,000	-2,17	-,59
		Ambos	-,839	,576	,315	-2,20	,53
	Ambos	Psicanalítica Psicodinâmica	-,540	,571	,612	-1,89	,81
		Cognitivo Comportamental	,839	,576	,315	-,53	2,20
P_5Exp_Cont_Cli en_R	Psicanalítica Psicodinâmica	Cognitivo Comportamental	,145	,214	,776	-,36	,65
		Ambos	,062	,366	,984	-,81	,93
	Cognitivo Comportamental	Psicanalítica Psicodinâmica	-,145	,214	,776	-,65	,36
		Ambos	-,083	,369	,972	-,96	,79

	Ambos	Psicanalítica Psicodinâmica	-,062	,366	,984	-,93	,81
		Cognitivo Comportamental	,083	,369	,972	-,79	,96
P_7Superv_cons _R	Psicanalítica Psicodinâmica	Cognitivo Comportamental	,560	,244	,059	-,02	1,14
		Ambos	,352	,417	,676	-,64	1,34
	Cognitivo Comportamental	Psicanalítica Psicodinâmica	-,560	,244	,059	-1,14	,02
		Ambos	-,208	,420	,874	-1,21	,79
	Ambos	Psicanalítica Psicodinâmica	-,352	,417	,676	-1,34	,64
		Cognitivo Comportamental	,208	,420	,874	-,79	1,21
P_8Con_CoLA_t e_o_R	Psicanalítica Psicodinâmica	Cognitivo Comportamental	-,107	,270	,917	-,75	,53
		Ambos	-,083	,461	,982	-1,18	1,01
	Cognitivo Comportamental	Psicanalítica Psicodinâmica	,107	,270	,917	-,53	,75
		Ambos	,024	,465	,999	-1,08	1,13
	Ambos	Psicanalítica Psicodinâmica	,083	,461	,982	-1,01	1,18
		Cognitivo Comportamental	-,024	,465	,999	-1,13	1,08
P_9Work_Form_ R	Psicanalítica Psicodinâmica	Cognitivo Comportamental	-,379	,268	,338	-1,02	,26
		Ambos	-,296	,459	,796	-1,38	,79
	Cognitivo Comportamental	Psicanalítica Psicodinâmica	,379	,268	,338	-,26	1,02
		Ambos	,083	,463	,982	-1,01	1,18
	Ambos	Psicanalítica Psicodinâmica	,296	,459	,796	-,79	1,38

		Cognitivo Comportamental	-,083	,463	,982	-1,18	1,01
P_10Uni_Ensino_ R	Psicanalítica Psicodinâmica	Cognitivo Comportamental	-,204	,290	,762	-,89	,48
		Ambos	,403	,496	,695	-,77	1,58
	Cognitivo Comportamental	Psicanalítica Psicodinâmica	,204	,290	,762	-,48	,89
		Ambos	,607	,500	,447	-,58	1,79
	Ambos	Psicanalítica Psicodinâmica	-,403	,496	,695	-1,58	,77
		Cognitivo Comportamental	-,607	,500	,447	-1,79	,58
P_1Quanti_R	Psicanalítica Psicodinâmica	Cognitivo Comportamental	-,982*	,303	,004	-1,70	-,26
		Ambos	-1,833*	,518	,002	-3,06	-,60
	Cognitivo Comportamental	Psicanalítica Psicodinâmica	,982*	,303	,004	,26	1,70
		Ambos	-,851	,523	,237	-2,09	,39
	Ambos	Psicanalítica Psicodinâmica	1,833*	,518	,002	,60	3,06
		Cognitivo Comportamental	,851	,523	,237	-,39	2,09
P_2Qualita_R	Psicanalítica Psicodinâmica	Cognitivo Comportamental	-,249	,332	,733	-1,04	,54
		Ambos	-,672	,568	,465	-2,02	,67
	Cognitivo Comportamental	Psicanalítica Psicodinâmica	,249	,332	,733	-,54	1,04
		Ambos	-,423	,573	,741	-1,78	,94
	Ambos	Psicanalítica Psicodinâmica	,672	,568	,465	-,67	2,02
		Cognitivo Comportamental	,423	,573	,741	-,94	1,78

P_3Outcome_R	Psicanalítica Psicodinâmica	Cognitivo Comportamental	-,736	,327	,066	-1,51	,04
		Ambos	-,796	,559	,332	-2,12	,53
	Cognitivo Comportamental	Psicanalítica Psicodinâmica	,736	,327	,066	-,04	1,51
		Ambos	-,060	,564	,994	-1,40	1,28
	Ambos	Psicanalítica Psicodinâmica	,796	,559	,332	-,53	2,12
		Cognitivo Comportamental	,060	,564	,994	-1,28	1,40
P_4Mecanismo_R	Psicanalítica Psicodinâmica	Cognitivo Comportamental	-,463	,300	,275	-1,18	,25
		Ambos	-,677	,514	,387	-1,90	,54
	Cognitivo Comportamental	Psicanalítica Psicodinâmica	,463	,300	,275	-,25	1,18
		Ambos	-,214	,518	,910	-1,44	1,01
	Ambos	Psicanalítica Psicodinâmica	,677	,514	,387	-,54	1,90
		Cognitivo Comportamental	,214	,518	,910	-1,01	1,44
P_5Moments_R	Psicanalítica Psicodinâmica	Cognitivo Comportamental	-,343	,294	,476	-1,04	,35
		Ambos	-,301	,503	,821	-1,49	,89
	Cognitivo Comportamental	Psicanalítica Psicodinâmica	,343	,294	,476	-,35	1,04
		Ambos	,042	,507	,996	-1,16	1,25
	Ambos	Psicanalítica Psicodinâmica	,301	,503	,821	-,89	1,49
		Cognitivo Comportamental	-,042	,507	,996	-1,25	1,16
P_6Aliança_R	Psicanalítica Psicodinâmica	Cognitivo Comportamental	,009	,296	,999	-,69	,71

		Ambos	-,336	,506	,785	-1,54	,86
	Cognitivo Comportamental	Psicanalitica	-,009	,296	,999	-,71	,69
		Psicodinâmica					
		Ambos	-,345	,511	,778	-1,56	,87
	Ambos	Psicanalitica	,336	,506	,785	-,86	1,54
		Psicodinâmica					
		Cognitivo Comportamental	,345	,511	,778	-,87	1,56
P_7Modera_medi a_R	Psicanalitica Psicodinâmica	Cognitivo Comportamental	-,582	,330	,186	-1,36	,20
		Ambos	-,570	,564	,572	-1,91	,77
	Cognitivo Comportamental	Psicanalitica Psicodinâmica	,582	,330	,186	-,20	1,36
		Ambos	,012	,569	1,000	-1,34	1,36
	Ambos	Psicanalitica Psicodinâmica	,570	,564	,572	-,77	1,91
		Cognitivo Comportamental	-,012	,569	1,000	-1,36	1,34
P_8Estudo_cas_ R	Psicanalitica Psicodinâmica	Cognitivo Comportamental	,632	,273	,057	-,01	1,28
		Ambos	,680	,466	,315	-,43	1,79
	Cognitivo Comportamental	Psicanalitica Psicodinâmica	-,632	,273	,057	-1,28	,01
		Ambos	,048	,470	,994	-1,07	1,16
	Ambos	Psicanalitica Psicodinâmica	-,680	,466	,315	-1,79	,43
		Cognitivo Comportamental	-,048	,470	,994	-1,16	1,07
P_9Sistem_feed_ R	Psicanalitica Psicodinâmica	Cognitivo Comportamental	-,733	,333	,075	-1,52	,06
		Ambos	-,911	,570	,250	-2,26	,44

	Cognitivo Comportamental	Psicanalítica Psicodinâmica	,733	,333	,075	-,06	1,52
		Ambos	-,179	,575	,948	-1,54	1,18
	Ambos	Psicanalítica Psicodinâmica	,911	,570	,250	-,44	2,26
		Cognitivo Comportamental	,179	,575	,948	-1,18	1,54
P_10Fact_terap_ R	Psicanalítica Psicodinâmica	Cognitivo Comportamental	,246	,320	,723	-,51	1,00
		Ambos	-,129	,547	,970	-1,43	1,17
	Cognitivo Comportamental	Psicanalítica Psicodinâmica	-,246	,320	,723	-1,00	,51
		Ambos	-,375	,552	,776	-1,68	,93
	Ambos	Psicanalítica Psicodinâmica	,129	,547	,970	-1,17	1,43
		Cognitivo Comportamental	,375	,552	,776	-,93	1,68
P_11Fact_comun _R	Psicanalítica Psicodinâmica	Cognitivo Comportamental	-,395	,326	,450	-1,17	,38
		Ambos	-,317	,558	,837	-1,64	1,01
	Cognitivo Comportamental	Psicanalítica Psicodinâmica	,395	,326	,450	-,38	1,17
		Ambos	,077	,563	,990	-1,26	1,41
	Ambos	Psicanalítica Psicodinâmica	,317	,558	,837	-1,01	1,64
		Cognitivo Comportamental	-,077	,563	,990	-1,41	1,26
P_1Rel_pc_art_R	Psicanalítica Psicodinâmica	Cognitivo Comportamental	,089	,231	,921	-,46	,64
		Ambos	,333	,395	,676	-,60	1,27
	Cognitivo Comportamental	Psicanalítica Psicodinâmica	-,089	,231	,921	-,64	,46

		Ambos	,244	,398	,814	-,70	1,19
	Ambos	Psicanalítica Psicodinâmica	-,333	,395	,676	-1,27	,60
		Cognitivo Comportamental	-,244	,398	,814	-1,19	,70
P_2Mud_pc_art_ R	Psicanalítica Psicodinâmica	Cognitivo Comportamental	,025	,211	,992	-,48	,53
		Ambos	,269	,361	,737	-,59	1,13
	Cognitivo Comportamental	Psicanalítica Psicodinâmica	-,025	,211	,992	-,53	,48
		Ambos	,244	,364	,781	-,62	1,11
	Ambos	Psicanalítica Psicodinâmica	-,269	,361	,737	-1,13	,59
		Cognitivo Comportamental	-,244	,364	,781	-1,11	,62
P_3Cas_cli_dif_R	Psicanalítica Psicodinâmica	Cognitivo Comportamental	-,009	,240	,999	-,58	,56
		Ambos	-,336	,411	,693	-1,31	,64
	Cognitivo Comportamental	Psicanalítica Psicodinâmica	,009	,240	,999	-,56	,58
		Ambos	-,327	,414	,710	-1,31	,66
	Ambos	Psicanalítica Psicodinâmica	,336	,411	,693	-,64	1,31
		Cognitivo Comportamental	,327	,414	,710	-,66	1,31
P_1Invest_lit_cien _R	Psicanalítica Psicodinâmica	Cognitivo Comportamental	-,382	,234	,235	-,94	,17
		Ambos	-,269	,400	,780	-1,22	,68
	Cognitivo Comportamental	Psicanalítica Psicodinâmica	,382	,234	,235	-,17	,94
		Ambos	,113	,403	,958	-,84	1,07

	Ambos	Psicanalítica Psicodinâmica	,269	,400	,780	-,68	1,22
		Cognitivo Comportamental	-,113	,403	,958	-1,07	,84
P_2Mantec_trat_ R	Psicanalítica Psicodinâmica	Cognitivo Comportamental	-,841*	,250	,003	-1,43	-,25
		Ambos	-,567	,427	,382	-1,58	,45
	Cognitivo Comportamental	Psicanalítica Psicodinâmica	,841*	,250	,003	,25	1,43
		Ambos	,274	,431	,801	-,75	1,30
	Ambos	Psicanalítica Psicodinâmica	,567	,427	,382	-,45	1,58
		Cognitivo Comportamental	-,274	,431	,801	-1,30	,75
P_1Cas_dif_supe rv_R	Psicanalítica Psicodinâmica	Cognitivo Comportamental	,517*	,202	,031	,04	1,00
		Ambos	,594	,346	,202	-,23	1,41
	Cognitivo Comportamental	Psicanalítica Psicodinâmica	-,517*	,202	,031	-1,00	-,04
		Ambos	,077	,349	,973	-,75	,90
	Ambos	Psicanalítica Psicodinâmica	-,594	,346	,202	-1,41	,23
		Cognitivo Comportamental	-,077	,349	,973	-,90	,75
P_2Sist_feedb	Psicanalítica Psicodinâmica	Cognitivo Comportamental	-,042	,082	,866	-,24	,15
		Ambos	,142	,141	,570	-,19	,48
	Cognitivo Comportamental	Psicanalítica Psicodinâmica	,042	,082	,866	-,15	,24
		Ambos	,185	,142	,397	-,15	,52
	Ambos	Psicanalítica Psicodinâmica	-,142	,141	,570	-,48	,19

	Cognitivo	-,185	,142	,397	-,52	,15
	Comportamental					

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

**-> Nonparametric Tests:**

**Hypothesis Test Summary**

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of P_6Exp_Pts_Clien_R is the same across categories of Grupos.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,001	Reject the null hypothesis.
2	The distribution of P_9Sistem_feed_R is the same across categories of Grupos.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,091	Retain the null hypothesis.
3	The distribution of P_2Mantec_trat_R is the same across categories of Grupos.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,014	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

## ANEXO 4. INSTRUMENTO / QUESTIONÁRIO:

### Instruções

Este questionário divide-se em quatro secções: a primeira secção, constitui-se por perguntas demográficas e de informação geral; a segunda secção, tratar-se-à de questões sobre sua formação académica; a terceira, diz respeito à sua formação em psicoterapia; e a quarta secção, abordará questões sobre a sua prática clínica e de investigação no campo da psicoterapia.

Não existem respostas certas ou erradas – todas as respostas são válidas.  
Pedimos-lhe que responda com o máximo de sinceridade a todas as questões.

Para qualquer questão pode entrar em contacto através do seguinte email: [23426@alunos.ispa.pt](mailto:23426@alunos.ispa.pt)

### Informação Geral

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das questões de informação geral e, em seguida, escolha a que melhor se aplica a si próprio(a).

**2. País de residência \***

---

**3. Género \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Feminino  
 Masculino  
 Outro

**4. Idade \***

---

### Formação Académica

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das questões sobre a sua formação académica e, em seguida, escolha a que melhor se aplica a si próprio(a).

**5. Quais as suas qualificações académicas? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Licenciatura  
 Mestrado  
 Doutoramento

**6. Formação de base \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Psicologia  
 Psiquiatria  
 Assistência Social  
 Outra

**7. Se respondeu "outra", refira qual.**

---

## Formação em Psicoterapia

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das questões sobre a sua formação em psicoterapia e, em seguida, escolha a que melhor se aplica a si próprio(a).

**8. Faz ou já fez psicoterapia pessoal? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não  
 Encontro-me a fazer no presente

**9. Pertence a alguma sociedade ou associação profissional de psicoterapia? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

**10. Se sim, indique qual ou quais.**

---

**11. Por favor, indique o seu modelo teórico de referência (pode indicar mais do que um se necessário). \***

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- Psicanalítica/Psicodinâmica  
 Cognitivo-Comportamental  
 Fenomenológico/Existencial  
 Familiar/Sistémica  
 Dialético-Comportamental  
 Interpessoal  
 Processo-Experencial  
 Bioenergética  
 Outro

**12. Se respondeu "outro", refira qual.**

---

## Prática Clínica e Investigação

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das questões sobre a sua prática clínica e de investigação e, em seguida, escolha a que melhor se aplica a si próprio(a).

**13. Em relação à sua prática profissional, indique a percentagem de tempo dedicada ao seguinte: \***

Marcar apenas uma oval por linha.

	0-10%	11-20%	21-30%	31-40%	41-50%	51-60%	61-70%	71-80%	+80%
Prática Clínica/Psicoterapêutica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condução de Investigação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fornecer Supervisão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**14. Por favor, indique os anos dedicados à prática clínica. \***

Marcar apenas uma oval por linha.

	0-5	6-10	11-15	16-20	21-26	26-30	31+
Anos de prática clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**15. Por favor, indique os anos dedicados à condução de investigação. \***

Marcar apenas uma oval por linha.

	0	1-10	11-20	21-30	31+
Anos a conduzir investigação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**16. Por favor, indique as horas semanais dedicadas à prática psicoterapêutica. \***

Marcar apenas uma oval por linha.

	0-10	11-20	21-30	31-40	41+
Horas semanais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**17. De acordo com a escala, indique a utilidade que as seguintes fontes de informação tiveram para a sua prática clínica. \***

Marcar apenas uma oval por linha.

	1. Nada útil	2	3	4	5	6	7. Muito útil
Artigos científicos publicados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Livros/publicações teóricas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
História clínica de casos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Investigação informada de casos clínicos publicados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Experiência contínua com os clientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Experiência por ter sido um cliente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Supervisão/consulta com outros profissionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Congressos/colóquios/apresentações teóricas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Workshops/formações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensino Superior/Universidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**18. Por favor, indique até que ponto os vários tipos de investigação em psicoterapia tiveram impacto na sua prática clínica \***

*Marcar apenas uma oval por linha.*

	1. Nenhum	2	3	4	5	6	7. Muito significativo
Investigação Quantitativa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Investigação Qualitativa (e.g., Grounded Theory/consensual qualitative analysis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Investigação de resultados (outcomes) terapêuticos comparando intervenções terapêuticas com grupos de controlo ou com outras abordagens terapêuticas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Investigação dos mecanismos dos processos mudança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Investigação dos momentos importantes dos processos de mudança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Investigação focada na aliança terapêutica/relação real	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Investigação dos moderadores e mediadores dos processos de mudança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Investigação de estudos de caso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Investigação sobre sistemas de feedback/monitorização do processo terapêutico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Investigação dos factores do terapeuta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Investigação sobre os factores comuns em psicoterapia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**19. Por favor, indique a percentagem de artigos científicos que foram relevantes para a sua prática clínica. \***

*Marcar apenas uma oval por linha.*

	0%	1-20%	20-40%	40-60%	60-80%	+80%
Indicar percentagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**20. Por favor, indique a percentagem de artigos científicos que mudaram a forma como conduz a sua prática clínica. \***

*Marcar apenas uma oval por linha.*

	0%	1-20%	20-40%	40-60%	60-80%	+80%
Indicar percentagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**21. Por favor, indique a percentagem de casos clínicos difíceis que foram facilitados pela literatura de investigação em psicoterapia. \***

*Marcar apenas uma oval por linha.*

	0%	1-20%	20-40%	40-60%	60-80%	+80%
Indicar percentagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Por favor, indique até que ponto a sua prática clínica foi influenciada pela investigação e literatura científica de tratamentos empiricamente suportados em psicoterapia. \*

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
Indicar a regularidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. Por favor indique até que ponto a sua prática clínica foi influenciada pelo uso de manuais técnicos de tratamentos em psicoterapia. \*

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
Indicar a regularidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. Por favor, indique a percentagem de casos clínicos difíceis facilitados pela supervisão / consulta com colegas. \*

Marcar apenas uma oval por linha.

	0%	1-20%	20-40%	40-60%	60-80%	+80%
Indicar percentagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Utiliza algum sistema de feedback para monitorizar o seu processo terapêutico? \*

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

26. Se sim, refira qual.

\_\_\_\_\_

27. Por favor, descreva uma investigação em psicoterapia que tenha tido um impacto significativo na sua prática clínica (esta questão pode ser deixada em branco caso não consiga fornecer uma resposta).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Obrigado pela sua participação!**

Para qualquer questão pode entrar em contacto através do seguinte email: [23426@alunos.ispa.pt](mailto:23426@alunos.ispa.pt)

## ANEXO 5. CONSENTIMENTO INFORMADO:

### **Práticas de Investigação em Psicoterapia**

No âmbito da minha tese de mestrado, no ISPA - Instituto Superior, estou a realizar uma investigação sobre as práticas de investigação dos psicólogos/psicoterapeutas portugueses, sob a orientação do Prof. Doutor António Gonzalez, direccionada a psicólogos e psicoterapeutas em Portugal.

Caso aceite participar, pede-se que responda o mais honestamente possível de acordo com o seu perfil e as suas características. Pense cuidadosamente e leve o tempo que for necessário. Não há respostas certas ou erradas.

Os dados fornecidos serão apenas utilizados no âmbito académico e serão trabalhados estatisticamente para fins de investigação, garantindo-se toda a CONFIDENCIALIDADE, SIGILO e ANONIMATO dos mesmos. O preenchimento leva cerca de 5 minutos.

AGRADEÇO A SUA PARTICIPAÇÃO NESTE ESTUDO, É FUNDAMENTAL PARA O SUCESSO DESTA INVESTIGAÇÃO.

Investigador: André Camponês  
Sob a orientação de: Professor Doutor António Gonzalez

**\*Obrigatório**

#### **1. Participação: \***

*Marcar apenas uma oval.*

Aceito participar

Não aceito participar

*Passe para "Obrigado pela sua participação!"*