



Ispá

Instituto Universitário
de Ciências Psicológicas,
Sociais e da Vida

**COMPETÊNCIAS INTERPESSOAIS E AUTOEFICÁCIA:
EFEITOS DA PRÁTICA DELIBERADA EM PSICOTERAPIA**

PAULA CRISTINA MARQUES BATISTA

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR DANIEL CUNHA MONTEIRO DE SOUSA

Professor de Seminário de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR DANIEL CUNHA MONTEIRO DE SOUSA

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2025

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professor Doutor Daniel Cunha Monteiro de Sousa, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica

Agradecimentos

Este percurso acadêmico e pessoal só foi possível porque não o percorri sozinha. É com profunda gratidão que reconheço todos os que, de diferentes formas, me acompanharam, apoiaram e acreditaram em mim.

Em primeiro lugar, manifesto o meu agradecimento ao Professor Doutor Daniel Sousa, pela orientação, disponibilidade, apoio constante e pela partilha de conhecimentos que muito contribuíram para o enriquecimento deste trabalho.

Aos meus colegas do seminário de dissertação Andreia, André e Margarida, deixo o meu reconhecimento pela disponibilidade, partilha e companheirismo demonstrados ao longo desta última etapa.

À minha amiga Andreia Garcia, expresso a minha sincera gratidão pelo apoio constante, pela generosa partilha de conhecimento e pela atenção dedicada em cada momento. Destaco igualmente a sua disponibilidade para a troca de ideias e o esclarecimento de dúvidas, sempre acompanhados de dedicação e empatia, que tornaram este percurso mais leve e enriquecedor.

Aos meus pais, pela razão de todo o meu percurso acadêmico e profissional, pelo suporte incondicional, amor e carinho ao longo de toda a vida.

À Catarina e ao João, expresso a minha profunda gratidão pelo apoio incondicional, pela compreensão e pela paciência ao longo destes dois anos. Agradeço, sobretudo, por acreditarem em mim e por me incentivarem a regressar ao ISPA após 33 anos, tornando possível concretizar o sonho de me especializar na área de Psicologia Clínica, depois de ter concluído, em 1990, a especialização na área Social e das Organizações. Obrigada por me ajudarem a retomar ao mundo académico, a reinventar-me e a reencontrar, num contexto universitário tão diferente do que conhecia, a resiliência, a vontade de investir, acreditar e não desistir. Este percurso significa não apenas a concretização de um sonho, mas também a convicção de que nunca é tarde para acreditar, recomeçar e alcançar aquilo que nos move verdadeiramente.

Resumo

Problema: A Prática Deliberada (PD) tem vindo a ganhar destaque como método de treino estruturado para o desenvolvimento de competências clínicas. Contudo, os seus efeitos na perceção de autoeficácia clínica e nas competências interpessoais facilitadoras (FIS) continuam pouco explorados, não sendo claros os benefícios para a autoperceção das competências clínicas por parte dos terapeutas em formação.

Objetivos: Avaliar o impacto do treino de PD, na perceção da autoeficácia clínica (T-SES) e nas competências interpessoais facilitadoras (FIS-SR) de terapeutas em formação, bem como explorar a relação entre as melhorias percebidas nestas variáveis.

Método: Estudo pré-experimental, com análise quantitativa e delineamento pré e pós-teste, envolvendo terapeutas em formação num curso de especialização avançada em psicoterapia ($N = 22$). A avaliação foi realizada através da *Therapist Self-Efficacy Scale* (T-SES) e do *Facilitative Interpersonal Skills – Self-Report* (FIS-SR). Paralelamente, efetuou-se a validação psicométrica preliminar da versão portuguesa da T-SES, incluindo a análise da consistência interna e a análise fatorial exploratória.

Resultados: Verificou-se um aumento estatisticamente significativo na perceção da autoeficácia ($p = .006$; $d = 0.65$) após treino de PD, enquanto o FIS-SR não apresentou diferenças significativas ($p = .099$). Não se observaram correlações relevantes entre as melhorias nas duas medidas ($p = .85$). A T-SES apresentou excelente consistência interna ($\alpha = .92$), embora a análise fatorial exploratória tenha indicado baixa adequação amostral ($KMO = .198$).

Palavras-chave: Prática Deliberada; Competências Interpessoais Facilitadoras; Autoeficácia; Autoavaliação; Expertise; Formação em Psicoterapia

Abstract

Problem: Deliberate Practice (DP) has gained prominence as a structured training method for the development of clinical skills. However, its effects on the perception of clinical self-efficacy and on facilitative interpersonal skills (FIS) remain underexplored, and the potential benefits it may bring to the self-perception of clinical competence among therapists in training are still unclear.

Objectives: To assess the impact of DP training, on the perception of clinical self-efficacy (T-SES) and facilitative interpersonal skills (FIS-SR) in therapists in training, as well as to explore the relationship between perceived improvements in these variables.

Method: A pre-experimental study with quantitative analysis was conducted, using a pre and post-test design with therapists in training enrolled in an advanced specialization course in psychotherapy ($N = 22$). Assessment was carried out using the Therapist Self-Efficacy Scale (T-SES) and the Facilitative Interpersonal Skills – Self-Report (FIS-SR). In parallel, a preliminary psychometric validation of the Portuguese version of the T-SES was performed, including internal consistency analysis and exploratory factor analysis.

Results: A statistically significant increase in self-efficacy perception was observed after DP training ($p = .006$; $d = 0.65$), while no significant differences were observed in the FIS-SR ($p = .099$). No relevant correlations emerged between improvements in the two measures ($p = .85$). The T-SES demonstrated excellent internal consistency ($\alpha = .92$), although the exploratory factor analysis indicated low sample adequacy ($KMO = .198$).

Keywords: Deliberate Practice; Facilitative Interpersonal Skills; Self-Efficacy; Self-Assessment; Expertise; Psychotherapy Training

Índice

Introdução.....	1
Método.....	5
Visão Geral e Design	5
Participantes	6
Instrumentos	7
Questionário sociodemográfico e Consentimento informado.....	7
“Vídeos-estímulo”.....	7
<i>Facilitative Interpersonal Skills Performance Task</i> (FIS).....	8
<i>Facilitative Interpersonal Skills - Self-Report</i> (FIS-SR).....	9
<i>Therapist Self-Efficacy Scale</i> (T-SES).....	9
Procedimentos	11
Análise de dados	12
Resultados	13
Análise psicométrica preliminar da T-SES.....	14
Teste das hipóteses	17
Discussão.....	28
Limitações e Estudos Futuros	31
Conclusão	32
Referências Bibliográficas	34
Anexos	42
Anexo I – Revisão de Literatura	42
Eficácia da Psicoterapia	42
Modelo Contextual.....	43
Efeitos do Terapeuta.....	44
Caraterísticas e ações do terapeuta eficaz.....	45
Competências interpessoais facilitadoras (FIS)	45

Autoeficácia do terapeuta.....	47
Expertise em psicoterapia.....	49
Prática Deliberada.....	50
Prática Deliberada em Psicoterapia, um método para a criação de Expertise Profissional	53
Conclusões.....	56
Referências Bibliográficas	58
Anexo II – Consentimento Informado	64
Anexo III – Questionário Sociodemográfico	65
Anexo IV – <i>Facilitative Interpersonal Skills Rating Scale</i> (FIS), Anderson & Patterson, 2013	67
Anexo V – FIS <i>Self-Report</i>	73
Anexo VI – T-SES.....	74
Anexo VII - Coeficiente de correlação intraclasse (CCI), para um acordo absoluto entre 3 avaliadores (k =3).....	75
Anexo VIII- <i>Outputs</i> Estatísticos da Validação Preliminar da T-SES.....	76
Anexo IX –Teste <i>t de Student</i> para Amostras Emparelhadas: Comparação das Médias do T-SES (Pré e Pós Formação PD).....	80
Anexo X – ANOVA para da T-SES Total (Pré e Pós) em função dos Anos de Experiência Profissional.....	83
Anexo XI – Teste <i>t de Student</i> para Amostras Emparelhadas: Comparação das Médias do FIS-SR (Pré e Pós Formação PD)	85
Anexo XII– Correlações entre Variações na T-SES e no FIS-SR.....	86

Abreviaturas

PD = Prática Deliberada

FIS = Facilitative Interpersonal Skills

FIS-SR = Facilitative Interpersonal Skills – Self-Report

T-SES = Therapist Self-Efficacy Scale

CCI = Coeficiente de Correlação Interclasses

M = Média

DP = Desvio Padrão

Lista de Tabelas

Tabela 1. Dados Sociodemográficos dos participantes ($N=22$)

Tabela 2. Estatísticas descritivas dos 21 itens da T-SES ($N = 22$)

Tabela 3. Análise fatorial exploratória (rotação Oblimin) da T-SES

Tabela 4. Teste t para Amostras Emparelhadas: T-SES Global ($N = 22$)

Tabela 5. Comparação por item da T-SES pré e pós a formação ($N = 22$)

Tabela 6. Teste T-Student para amostras emparelhadas: FIS-SR (autoavaliação pré e pós Formação)

Tabela 7. Correlação de Pearson entre variações (Δ) da T-SES e do FIS-SR

Tabela 8. Estatísticas descritivas e correlações de Pearson entre a variação no FIS-SR e nas dimensões da T-SES

Índice de Figuras

Figura 1. Gráfico de escarpa (scree plot) da T-SES, com base em autovalores iniciais

Figura 2. Variação das médias da percepção de autoeficácia (T-SES) pré e pós formação

Figura 3. Variação das médias da percepção de Autoeficácia (T-SES) pré e pós formação, considerando os anos de experiência profissional

Figura 4. Variação das médias do FIS-SR pré e pós formação

Figura 5. Variação média na T-SES (Δ TSES) e no FIS-SR (Δ FISSR), com barras de erro em representação do desvio-padrão (DP)

Figura 6. Variação individual na T-SES (Δ TSES) e no FIS-SR (Δ FISSR) por participante.

Figura 7. Correlação de Pearson entre Δ FISSR e dimensões da T-SES (Δ TSES)

Introdução

A psicoterapia atual é amplamente reconhecida como uma prática relacional complexa, que vai muito além da utilização padronizada de técnicas específicas (Bell et al., 2013; Cuijpers, 2017; Wampold & Imel, 2015; Wampold & Owen, 2021). Apesar da sua eficácia estar amplamente sustentada por evidência empírica (Barkham & Lambert, 2021; Barkowski et al., 2020; Munder et al., 2019), meta-análises recentes mostram que os efeitos, embora clinicamente relevantes, apresentam taxas de resposta relativamente modestas (24–42%), salientando os desafios persistentes no aumento da eficácia da psicoterapia (Cuijpers et al., 2024). A prática clínica continua a enfrentar desafios importantes, entre os quais se destaca a variabilidade dos resultados entre terapeutas, independentemente da abordagem teórica utilizada (Barkham et al., 2017; Heinonen & Nissen-Lie, 2020; Leonardi & Meyer, 2015).

Evidência adicional indica que o desenvolvimento profissional requer treino estruturado e *feedback* contínuo, e que a monitorização de resultados através da Prática Deliberada (PD) favorece o desenvolvimento dos terapeutas (Goldberg et al., 2016a). Acresce ainda a influencia determinante das competências interpessoais do terapeuta, das características individuais do paciente e do respetivo suporte social no sucesso da intervenção (Norcross & Lambert, 2023; Heinonen & Nissen-Lie, 2020; Ribeiro, 2019). Estes desafios evidenciam a necessidade de rever os modelos de formação e apoio ao desenvolvimento dos psicoterapeutas.

A formação de psicoterapeutas eficazes constitui, atualmente, uma preocupação central na prática clínica e na investigação científica (Goodyear, 2017; Mahon, 2023; Rousmaniere, 2017). Neste contexto, a psicoterapia ultrapassa a mera aplicação de técnicas estruturadas, sendo apresentada como uma forma de intervenção complexa, que requer do terapeuta competências interpessoais avançadas, envolvimento reflexivo no processo terapêutico, autorreflexão crítica e um compromisso contínuo com o seu desenvolvimento profissional (Norcross & Karpiak, 2017). Evidências recentes têm demonstrado que metodologias de treino estruturado e experiencial, como a PD, podem ser particularmente eficazes no desenvolvimento dessas competências (Barata et al., 2025; Diamond et al., 2025; Tomás et al., 2025;).

Entre as competências críticas destacam-se as *Facilitative Interpersonal Skills* (FIS), ou competências interpessoais facilitadoras, como a fluência verbal, a expressão emocional, a empatia, a capacidade de criar aliança terapêutica sólida e de gerir ou reparar eventuais ruturas nessa mesma aliança (Allen et al., 2023; Anderson & Patterson, 2013; Safran & Muran, 2000). A investigação tem demonstrado que terapeutas com níveis elevados de FIS apresentam melhores resultados clínicos (Allen et al., 2023; Anderson et al., 2009, 2016) e que os mais eficazes se distinguem precisamente

pela elevada proficiência nestas dimensões (Heinonen & Nissen-Lie, 2020). Os estudos de Diamond et al. (2025) e Tomás et al. (2025) destacam o impacto positivo da PD no desenvolvimento destas competências entre estudantes e profissionais de psicoterapia, mostrando melhorias significativas na empatia, fluência verbal e capacidade de reparação da aliança terapêutica. De igual modo, Barata et al. (2025) demonstram como a PD aplicada em contextos de formação contínua contribui para o reforço das FIS, ainda que possa simultaneamente ativar processos de autorreflexão exigentes, com impacto na percepção da autoeficácia dos terapeutas.

Esta relevância é igualmente evidenciada no estudo de Catalino (2024), que analisou o impacto que o treino em PD teve no desenvolvimento das FIS e na respetiva autoavaliação por psicoterapeutas em formação. Os resultados indicaram melhorias estatisticamente significativas nas FIS após o treino em PD, acompanhadas por uma tendência para a sobrevalorização da autoavaliação. Esta tendência, contudo, foi associada a um aumento da consciência crítica sobre o desempenho real, reforçando a pertinência da PD como metodologia formativa capaz de promover, simultaneamente, a aquisição de competências clínicas e relacionais e uma prática autorreflexiva mais rigorosa.

Como resposta a estes desafios formativos, a PD tem vindo a destacar-se como uma abordagem experiencial, estruturada e intencional (Ericsson, 2006; Goodyear, 2017; Rousmaniere, 2017). Mais do que um simples processo de “aprender, com consciência de aprender”, a PD assenta sobretudo numa aprendizagem processual, fundamentada em repetição sistemática, feedback específico e monitorização contínua do progresso, sendo inspirada nos princípios da aprendizagem de alta performance (Dreyfus & Dreyfus, 1986; Ericsson & Pool, 2016; Williams, 2023; Miller et al., 2025). A validade deste modelo encontra suporte em evidência empírica obtida em diferentes áreas de formação, nomeadamente no ensino superior, onde a aplicação da PD demonstrou ganhos significativos na aprendizagem e no desempenho académico (Miller et al., 2021; Miller et al., 2025). A excelência clínica, nesta perspetiva, não depende apenas da experiência acumulada, mas de um treino orientado para objetivos específicos, com apoio de supervisão especializada (Clements-Hickman & Reese, 2020; Vaz et al., 2023).

A investigação mostra que os terapeutas mais eficazes tendem a dedicar significativamente mais tempo a atividades de PD, em comparação com os que se limitam exclusivamente à prática clínica convencional (Chow et al., 2015; Di Bartolomeo et al., 2020; Westra et al., 2021). Esta evidência foi reforçada por um estudo experimental de Chow et al. (2024), que demonstrou que programas estruturados de PD permitem melhorar a qualidade das respostas dos terapeutas em cenários clínicos desafiantes. Do mesmo modo, Tomás et al. (2025) mostraram que estudantes

submetidos a treino em PD, ao contrário dos que receberam apenas formação tradicional (TAU), apresentaram melhorias significativas na qualidade das suas respostas empáticas, avaliadas por observadores independentes.

De forma convergente, estudos com psicoterapeutas já com prática clínica mostram que os mais eficazes se distinguem pelo maior investimento em treino PD e rotinas de feedback contínuo, alcançando melhores resultados clínicos, enquanto basear-se apenas na experiência acumulada por si só não se traduz em ganhos significativos de eficácia (Goldberg et al., 2016a, 2016b; Clements-Hickman & Reese, 2020; Beeson et al., 2023; Nurse et al., 2025). Revisões sistemáticas recentes reforçam esta perspetiva, sublinhando que o desenvolvimento da *expertise* clínica exige treino deliberado contínuo no processo de desenvolvimento profissional, sendo insuficiente depender apenas do tempo de prática (Mahon, 2024). O percurso da investigação conduzida por Chow e colegas evidencia uma evolução consistente. Inicialmente, Chow et al. (2015) mostraram que os terapeutas mais eficazes tendem a investir mais tempo em atividades de PD. Posteriormente, num estudo controlado, os mesmos autores (Chow et al., 2024) evidenciaram que programas estruturados de PD melhoram o desempenho em situações clínicas desafiantes. Mais recentemente, Chow et al. (2025) confirmaram que programas de treino abrangentes em PD reforçam competências técnicas e relacionais em contextos de prática clínica alargada.

Para além da consolidação de competências relacionais, a PD contribui igualmente para o desenvolvimento e fortalecimento de competências clínicas específicas, como o raciocínio diagnóstico, a formulação de casos e a gestão das dinâmicas de transferência e contratransferência. Goodyear (2017) destaca que “uma formação eficaz não é apenas transmissão de conhecimento, mas sim um processo experiencial que desafia o terapeuta a integrar teoria, técnica e consciência de si”. Este processo reforça o papel do terapeuta enquanto praticante reflexivo, capaz de avaliar a eficácia das suas intervenções, analisar criticamente o seu próprio desempenho e investir de forma contínua no autoconhecimento, no desenvolvimento e consolidação das suas competências interpessoais, as quais sustentem a obtenção de resultados clínicos mais eficazes (Goodyear & Imel, 2017; Perlman et al., 2022; Rousmaniere, 2017). Neste percurso, a autoavaliação desempenha um papel central, permitindo ao terapeuta reconhecer os seus pontos fortes e fragilidades, sobretudo nas FIS, que abrangem a empatia, a escuta ativa, a comunicação clara e a gestão da relação terapêutica, incluindo a capacidade de estabelecer uma aliança sólida, identificar ruturas e promover a sua reparação.

Neste sentido, instrumentos como o *Facilitative Interpersonal Skills – Self-Report* (FIS-SR) e a *Therapist Self-Efficacy Scale* (T-SES) (Gori et al., 2022) constituem ferramentas relevantes para a

monitorização sistemática das competências interpessoais e da percepção de autoeficácia. O FIS-SR permite avaliar, a percepção do terapeuta sobre a sua capacidade de resposta em situações clínicas interpessoais desafiantes, enquanto a T-SES fornece uma medida global da autoeficácia profissional, abrangendo dimensões como a competência clínica, comunicacional, diagnóstica, relacional e emocional (Gori et al., 2022). A aplicação destes instrumentos em contextos formativos promove ciclos contínuos de reflexão, autorregulação e aperfeiçoamento profissional, contribuindo de forma significativa para a progressão rumo à excelência clínica (Hill & Knox, 2013).

A relevância desta monitorização foi reforçada pelo estudo de Barata et al. (2025), que investigou o impacto da PD na formação contínua de psicoterapeutas, tendo incluído uma avaliação qualitativa da autoeficácia percebida. Apesar das melhorias observadas em várias dimensões das competências interpessoais, os participantes reportaram uma diminuição da sua percepção de autoeficácia ao longo do tempo, o que poderá refletir uma maior consciência crítica das suas limitações e o início de um processo autorreflexivo mais exigente, precisamente um dos objetivos centrais da PD.

Apesar destes avanços, a literatura aponta uma tendência frequente para a sobrestimação das competências interpessoais por parte dos próprios terapeutas (Longley et al., 2023; Walfish et al., 2012), o que reforça a importância de complementar a autoavaliação com a heteroavaliação, uma vez que o cruzamento entre ambas as perspetivas de avaliação, permite uma leitura mais realista do desempenho profissional do terapeuta. Esta abordagem integrada poderá contribuir para sustentar decisões formativas mais ajustadas às necessidades individuais de desenvolvimento.

A integração da PD com a autoavaliação sistemática constitui, assim, uma estratégia promissora para o desenvolvimento progressivo das competências do terapeuta e para a construção da *expertise* clínica. Ensaios controlados, já indicam que treinos baseados na metodologia PD são significativamente mais eficazes na aquisição de competências técnicas e relacionais do que métodos didáticos convencionais (Anderson et al., 2019; Mahon, 2022; Shukla et al., 2021; Tomás et al., 2025). Esta abordagem aproxima a psicoterapia de outras áreas de alta performance, onde a excelência é resultado de treino intencional, feedback estruturado e análise crítica contínua (Ericsson & Harwell, 2019). Resultados recentes acrescentam que a PD favorece o desenvolvimento de uma postura reflexiva nos terapeutas em formação (Diamond, 2025) e que programas abrangentes confirmam a eficácia desta metodologia no reforço de competências em contextos clínicos desafiantes (Chow et al., 2025).

Neste contexto, torna-se essencial estudar o comportamento do terapeuta ao longo do processo de formação, de modo a analisar como a combinação entre PD e autoavaliação sistemática

contribuiu para o desenvolvimento das competências interpessoais facilitadoras e para o fortalecimento da percepção de autoeficácia. Compreender estas dinâmicas é fundamental para a conceção de programas de formação que não se limitem à transmissão teórica de conhecimento, mas que também promovam a construção de uma prática clínica reflexiva, responsiva e orientada para a excelência (Hill & Knox, 2013; Rousmaniere, 2017).

Dessa forma, compreender e incentivar estas práticas formativas revela-se essencial para fortalecer a eficácia da psicoterapia e preparar profissionais com competências consistentes para enfrentar os desafios relacionais e clínicos inerentes ao exercício terapêutico.

Inserido neste enquadramento, o presente estudo tem como objetivo explorar de que forma a formação especializada em psicoterapia, baseada na metodologia da PD e apoiada por processos sistemáticos de autoavaliação, contribuiu para o desenvolvimento das FIS e para o reforço da percepção de autoeficácia dos terapeutas em formação. Neste sentido, foram formuladas três hipóteses: (H1) a percepção de autoeficácia dos participantes, avaliada pelo T-SES, será significativamente superior após o treino de PD em psicoterapia; (H2) a autoavaliação das competências interpessoais facilitadoras, medida pelo FIS-SR, será superior após a formação com recurso à PD; e (H3) o aumento na autoavaliação das FIS estará correlacionado com o aumento da percepção global da autoeficácia.

Método

Visão Geral e Design

O estudo realizado, para responder aos objetivos anteriormente definidos, seguiu uma metodologia quantitativa, com um delineamento quase-experimental de observação longitudinal, com recolha de dados do mesmo grupo em dois momentos distintos (pré e pós-formação). Este procedimento permitiu a análise e observação da evolução dos participantes, a partir dos resultados obtidos através de dois instrumentos principais, *Facilitative Interpersonal Skills - Self-Report* (FIS-SR) e a *Therapist Self-Efficacy Scale* (T-SES), ambos aplicados antes e após a formação especializada em psicoterapia com recurso à metodologia da PD.

Estamos perante um estudo quase-experimental, considerando que por conveniência de amostragem e devido à impossibilidade de obter uma amostra aleatória ou um grupo de controlo para o estudo em questão, foram integrados os participantes inscritos no 1º ano do curso de formação de Especialização Avançada em Psicoterapia. A recolha de dados decorreu entre dezembro de 2024 e junho de 2025, através da plataforma *Skillsetter*. As respostas gravadas em

vídeo foram cotadas por três avaliadores independentes e, posteriormente, para se obter a confiabilidade interavaliadores, foi calculado o coeficiente de correlação intraclasse (CCI).

Participantes

A amostra foi constituída por conveniência (isto é, não probabilística), correspondendo a um grupo de 24 psicólogos a frequentar o primeiro ano de uma formação de especialização avançada em psicoterapia. A recolha de dados decorreu no âmbito da unidade curricular “Prática Deliberada em Psicoterapia I”, com uma carga horária total de 22 horas. Verificou-se o *dropout* de dois participantes entre a primeira e a segunda fase do estudo, resultando numa amostra final de 22 participantes.

A idade variou entre os 26 e os 61 anos ($M = 37,48$; $DP = 8,80$), sendo a maioria do sexo feminino (90,9%) (Tabela 1). O número de anos de prática clínica variou entre 1 e 30 anos ($M = 6,86$; $DP = 6,79$) e as horas semanais dedicadas á prática entre 3 e 40 horas ($M = 18,86$; $DP = 8,72$) (Tabela 1). Quanto ao modelo teórico de referência, 18 praticam o modelo integrativo (81.8%), dois o cognitivo-comportamental (9,1%), dois o psicodinâmico (9,1%). (Tabela 1).

Tabela 1.

Dados sociodemográficos dos participantes (N = 22)

Características	Mínimo - Máximo	Média (DP)
Idade	26-61	37.48 (8.80)
Anos de Prática Clínica	1-30	6.68 (6.79)
Horas Semanais de Prática Clínica	3-40	18.86 (8.72)

	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Gênero		
Feminino	20	90.9
Masculino	2	9.1
Modelo Teórico		
Cognitivo-Comportamental	2	9.1
Integrativo	18	81.8
Psicodinâmico	2	9.1

Instrumentos

Questionário sociodemográfico e Consentimento informado

A recolha dos dados sociodemográficos foi realizada com base num questionário sociodemográfico (Anexo III), disponibilizado online na plataforma *Google Forms*, de forma anónima. Paralelamente foi solicitada a assinatura do consentimento informado (Anexo II) o qual foi devidamente preenchido e devolvido por e-mail.

“Vídeos-estímulo”

Os participantes tiveram acesso a um conjunto de nove “vídeos-estímulo” na plataforma *online Skillsetter*, ferramenta desenvolvida para contextos de formação em cursos de psicoterapia que recorrem à metodologia da PD. Cada vídeo, representava uma situação terapêutica real particularmente desafiante, encenada por atores, e era interrompido num momento crítico (Allen et al., 2023; Anderson et al., 2019; Anderson & Patterson, 2013). A partir desse ponto, os participantes deveriam responder ao paciente, como se fossem os seus terapeutas reais. As respostas foram gravadas por câmara *web*, ficando disponíveis na plataforma para posterior codificação por três dos avaliadores externos independentes.

Descrição dos vídeos: O vídeo 1 (48 segundos) retrata uma paciente que quer traçar um plano e definir objetivos para ver mudanças rápidas com resultados concretos. O vídeo 2 (110 segundos) representa um paciente confuso com o processo terapêutico, exigente consigo e com os outros requerendo ao terapeuta um maior profissionalismo e resultados mais rápidos. O vídeo 3 (49 segundos) mostra uma paciente desmotivada e frustrada com o processo terapêutico em virtude de sentir que tudo permanece igual, nada mudou. O vídeo 4 (58 segundos) apresenta uma paciente que diz estar frustrada por sentir que o terapeuta não lhe está a oferecer ajuda. O vídeo 5 (57 segundos) apresenta um paciente que após ter seguido um conselho do seu terapeuta, relata que a orientação foi ineficaz, reclamando uma explicação para o facto. O vídeo 6 (53 segundos) representa uma paciente que não se sente á vontade com o terapeuta por ter a perceção que ele só está ali para a avaliar. O vídeo 7 (32 segundos) mostra um paciente que tem dificuldade em perceber como funciona o processo terapêutico, questionando o terapeuta sobre que ideia tem dele. O vídeo 8 (155 segundos) demonstra uma paciente com uma experiência anterior de terapia frustrante, demonstrando que está com dúvidas se o atual terapeuta a vai conseguir apoiar e compreender. O vídeo 9 (224 segundos) retrata um paciente que se culpa por não conseguir ser compreendido pelos outros, partilhando com o terapeuta a sensação de não se expressar de forma suficiente/eficaz. Ele considera que isso pode dever-se a uma preparação insuficiente para as sessões e, conseqüentemente, acredita não estar a evoluir tanto quanto esperava.

Facilitative Interpersonal Skills Performance Task (FIS)

A FIS *Performance Task* é um instrumento que mede a eficácia do psicoterapeuta em situações interpessoais terapêuticas particularmente desafiantes (Allen et al., 2023; Anderson et al., 2009; Anderson & Patterson, 2013). Está estruturada em torno de um conjunto de competências consideradas centrais para a mudança terapêutica, destacando-se a empatia, a autenticidade e a aceitação incondicional (Rogers, 1957). Para esta avaliação são considerados 8 itens (1) Fluência Verbal; (2) Esperança e Expetativas Positivas; (3) Persuasão; (4) Expressão Emocional; (5) Afeto, Aceitação e Compreensão; (6) Empatia; (7) Capacidade de Criar Aliança; (8) Rutura e Reparo da Aliança (Anderson et al., 2019; Anderson & Patterson, 2013).

O processo de avaliação da *performance* é constituído por duas fases, a *performance-based task* e a cotação das respetivas respostas (Anderson et al., 2019). A primeira fase corresponde à visualização dos vídeos e gravação das respostas às tarefas solicitadas, e a segunda fase à cotação, pelos avaliadores, das respetivas respostas gravadas, com base num manual específico (Anexo IV) (Allen et al., 2023; Anderson et al., 2019; Anderson & Patterson, 2013). Para a cotação é utilizada uma escala tipo likert de 5 pontos (1 = não característico; 5 = extremamente característico).

Representando “1” e “2” *déficits* nessa competência, “3” considerado o nível neutro e “4” e “5” indicam mestria (Anderson et al., 2009, 2020; Anderson & Patterson, 2013).

A FIS *Performance Task*, psicometricamente, apresenta uma forte fiabilidade (.80-.95 fiabilidade inter avaliadores) e validade em vários contextos, como a forma em que os vídeos foram criados fazendo com que tenha, inerentemente, validades ecológica e facial bastante altas (Allen et al., 2023; Anderson & Patterson, 2013). Os 8 itens mostram-se como representando um único construto, internamente consistentes (Anderson & Patterson, 2013). A consistência interna entre os itens é moderada a alta, apresentando valores que variam entre $\alpha = 0.43$ e $\alpha = 0.89$ (Anderson & Patterson, 2013).

Facilitative Interpersonal Skills - Self-Report (FIS-SR)

Para análise da autoavaliação dos participantes relativamente às suas FIS foi-lhes solicitado o preenchimento de um questionário, a FIS -SR (Anexo V), composto por oito itens representativos das 8 dimensões FIS, de modo a facilitar a comparação entre a auto e heteroavaliação (Anderson et al., 2019). Após a visualização de cada um dos 9 “vídeos-estímulo”, os participantes preencheram o questionário, em dois momentos (antes e após o treino em PD). Neste caso, a ordem dos itens difere da ordem anteriormente apresentada para a FIS, ficando: (1) Empatia; (2) Afeto, Aceitação e Compreensão; (3) Persuasão; (4) Capacidade de Criar Aliança; (5) Esperança e Expetativas Positivas; (6) Rutura e Reparo da Aliança; (7) Fluência Verbal; (8) Expressão Emocional. A cotação encontra-se invertida em relação à cotação do FIS, isto é, (1) “Concordo Muito” a (5) “Discordo Muito”. Este instrumento apresenta uma consistência interna alta com $\alpha = 0.91$ (Anderson et al., 2019).

Therapist Self-Efficacy Scale (T-SES)

A T-SES (Gori et al., 2022), é um instrumento de *Self-Report* (autorrelato) ágil e versátil, desenvolvido para medir a autoeficácia profissional do terapeuta, relativamente à sua prática terapêutica de uma forma transteórica, possibilitando a obtenção de insights importantes de modo a identificar áreas onde seja necessária formação adicional.

O processo de construção e desenvolvimento da T-SES foi implementado adotando uma perspetiva integrativa, tal como conceptualizada na abordagem transteórica (Prochaska & DiClemente, 2005; Prochaska & Norcross, 2018), que visa preservar a riqueza das diferentes abordagens, ao mesmo tempo que oferece implicações úteis para a prática clínica de uma forma concetualmente ordenada, baseada na investigação científica, e numa visão sistemática, tão abrangente e flexível quanto possível. Deste processo, resultou uma escala de autorrelato

constituída por 21 itens que avaliam a auto-percepção do terapeuta em seis dimensões que emergiram como centrais na literatura científica relativa à eficácia terapêutica: eficácia comunicativa, competência clínica, competência intrapsíquica, competência relacional, regulação dos afetos e a capacidade de diagnóstico (Gori et al., 2022).

A T-SES (Anexo VI) é composta por 21 itens, cotados através de uma escala tipo *likert* de 5 pontos (1 = discordo completamente; 5 = concordo completamente) e avalia a autoconfiança do terapeuta em componentes específicas da eficácia terapêutica: Eficácia comunicativa (esta dimensão inclui a capacidade do terapeuta para formular eficazmente e intervir em tempo útil, bem como para interpretar os sinais não-verbais do paciente) (Hatcher, 2015), a Competência clínica (refere-se às competências do terapeuta relacionadas com a aliança terapêutica, como a sensibilidade e raciocínio clínico, compreensão dos elementos significativos das narrativas do paciente, especificamente, a sua autoexpressão que pode ser uma fonte de informação (Arnold, 2014; Rogers & Wallen, 1946). Identificar e organizar os aspetos cruciais e as dinâmicas perpetuadas, bem como raciocinar e elaborar uma representação mental útil dos problemas, com sensibilidade ao contexto do paciente e à situação terapêutica (Hill et al., 2017). Assim como, respeitar o *setting*, considerando os limites e as regras básicas estabelecidas (Langs, 2019); Competência intrapsíquica (dimensão que descreve a capacidade do clínico para compreender a dinâmica da transferência e da contratransferência, bem como favorecer os processos de insight e mentalização do paciente. O insight (Castonguay & Hill, 2007; Gori et al., 2015) e a mentalização (Allen et al., 2008; Bateman & Fonagy, 2013; Bateman et al., 2009; Gori et al., 2021) foram considerados constructos complexos ligados a uma melhor consciência de si e dos outros, e são funcionais na promoção de mudanças e favorecem dinâmicas positivas de tratamento); Competência relacional (interação baseada na aceitação, favorecendo a aliança terapêutica e a sua manutenção, gerindo as fases de impasse e reparando eventuais roturas na relação com o paciente); Regulação dos afetos (esta dimensão descreve a competência em tolerar e gerir eficazmente as emoções durante as sessões. A desregulação emocional do paciente pode suscitar fortes reações emocionais por parte dos terapeutas, por isso, a sua capacidade de regular os afetos pode ser um elemento central no desenvolvimento e sustentação de uma relação genuinamente terapêutica baseada na co-regulação) (e.g., Murphy & Joseph, 2013), Competências de diagnóstico (que se referem à sensibilidade do terapeuta aos sinais psicopatológicos, bem como à sua eficácia na formulação de um diagnóstico, permitindo a correta classificação dos sintomas de acordo com os principais sistemas de referência internacionais (e.g., DMS-5, ICD-10). A pontuação global do T-SES é calculada somando as pontuações de todos os itens.

A T-SES foi desenvolvida e validada em Itália, num estudo que envolveu uma amostra de 322 profissionais de saúde mental. A análise dos dados revelou que a escala possui uma estrutura unifatorial clara, indicando que mede um único construto relacionado com a autoeficácia terapêutica. Além disso, apresentou boas propriedades psicométricas, incluindo consistência interna elevada (alfa de Cronbach $\alpha = 0,93$) e correlações item-total com variância entre 0,653 (item 8) e 0,867 (item 18)), demonstrando ser uma ferramenta confiável para a avaliação proposta. (Gori et al., 2022).

Como referenciado, anteriormente, esta escala foi originalmente desenvolvida, testada e validada, em profissionais de saúde mental italianos (Gori et al., 2022), não existindo á data da realização deste estudo uma versão adaptada à população portuguesa. No entanto, a opção de utilizar esta escala no presente estudo, ocorreu devido á sua pertinência teórica e prática, no sentido em que avalia a autoperceção da eficácia terapêutica antes e após o treino em PD. Neste enquadramento, a aplicação da escala neste estudo, assumiu um carácter exploratório, inserindo-se num contexto de investigação académica, não sendo o seu principal objetivo a validação formal do instrumento.

Para viabilizar a sua utilização, a T-SES foi traduzida e adaptada preliminarmente para português europeu, seguindo as recomendações internacionais para a adaptação transcultural de instrumentos (Beaton et al., 2000; Guillemin et al., 1993). O processo incluiu tradução direta, realizada por um tradutor bilingue, seguida de retroversão independente por outro tradutor fluente em ambas as línguas, com a finalidade de garantir a equivalência semântica e conceitual dos itens. Contudo, não foi possível realizar uma validação psicométrica completa devido à limitação da dimensão da amostra, pelo que os resultados devem ser interpretados com cautela, até que futuras investigações com amostras mais alargadas permitam consolidar a validação desta escala para a população portuguesa.

Procedimentos

A recolha de dados decorreu no âmbito do módulo “*Prática Deliberada em Psicoterapia I*” (22 horas), integrado no 1.º ano do curso de especialização avançada em psicoterapia (duração total de três anos). Este curso, de natureza teórico-prática, tem como principal objetivo formar terapeutas com elevado nível de expertise na intervenção psicológica, promovendo o desenvolvimento de competências clínicas e interpessoais fundamentais para um desempenho terapêutico eficaz. Baseado numa metodologia inovadora, o programa assenta na prática deliberada como eixo estruturante, estimulando a melhoria contínua através de treino experiencial, feedback sistemático e monitorização constante de processos e resultados. O plano curricular distribui-se

entre aulas teóricas, prática clínica supervisionada e módulos de treino intensivo, alicerçados em princípios meta-teóricos que privilegiam fatores comuns às diferentes abordagens da psicoterapia, favorecendo uma integração flexível e transversal de competências essenciais.

O módulo “*Prática Deliberada em Psicoterapia I*” centrou-se na introdução aos fundamentos da PD e no treino intensivo de competências interpessoais específicas, como a compreensão empática, a exploração da experiência emocional, a definição de objetivos colaborativos, a validação, a explicitação do racional terapêutico, as reflexões duplas, o *feedback* e a eliciação de discurso de mudança.

Antes do início do módulo, os participantes receberam, via e-mail, o consentimento informado, o questionário sociodemográfico e a escala T-SES, tendo-lhes sido igualmente atribuído acesso à plataforma *Skillsetter*. Nesta fase inicial, visualizaram os nove “*vídeos-estímulo*”, gravaram as suas respostas através de uma câmara web e preencheram a escala FIS-SR após cada vídeo. As respostas foram posteriormente cotadas por três avaliadores externos.

O módulo da PD, decorreu entre dezembro de 2024 e junho de 2025. Após concluírem a formação, os participantes repetiram o procedimento inicial, de voltar a responder aos mesmos nove “*vídeos-estímulo*” na plataforma *Skillsetter*, gravar as suas respostas e preencher novamente a avaliação FIS-SR e a escala T-SES.

Este delineamento permitiu comparar, de forma sistemática, o desempenho dos participantes e a perceção da sua autoeficácia profissional antes e após o treino estruturado em PD.

Análise de dados

Foi constituído um grupo de três avaliadores, todos a frequentar o 2º ano do Mestrado em Psicologia Clínica, para proceder à cotação das respostas gravadas pelos participantes. As respostas foram cotadas individualmente, com base nas regras do manual da FIS, de forma a eliminar possíveis enviesamentos e garantir a uniformidade dos critérios. No caso do primeiro vídeo, cada avaliador efetuou a cotação de forma independente e, posteriormente, realizou-se uma reunião conjunta para discussão e harmonização dos critérios aplicados. Após verificado o alinhamento entre os avaliadores, procedeu-se à cotação de mais três vídeos (vídeo 2, 3 e 4), também de forma individual. Com base na cotação completa dos quatro primeiros vídeos, foi calculado o Coeficiente de Correlação Intraclases (CCI), com o objetivo de avaliar a concordância e a confiabilidade interavaliadores. A concordância foi obtida com base na média das medidas dos três avaliadores para os quatro primeiros “*vídeos-estímulo*”.

O cálculo do CCI, efetuado no *IBM SPSS Statistics* (versão 30.0), teve por base o modelo de dois fatores fixos (two-way mixed-effects) modelo bidirecional com efeitos mistos, para o acordo absoluto de múltiplos avaliadores. O resultado obtido, $CCI(3, K) = 0,85$, com intervalo de confiança $IC\ 95\% [0,83, 0,87]$, $F(735, 1470) = 6,68$, $p < .001$ (Anexo VII), indicou boa confiabilidade (Koo & Li, 2016) entre os 3 avaliadores na cotação das FIS para os 4 vídeos considerados para este cálculo.

Após confirmada a confiabilidade interavaliadores, foi efetuada a cotação individual das respostas dos participantes aos restantes “vídeos-estímulo”. Concluído o processo de avaliação, foram reunidos todos os dados necessários para a obtenção dos resultados, calculadas as médias das pontuações atribuídas pelos três avaliadores a cada participante, para cada um dos nove vídeos, considerando as oito dimensões avaliadas.

Os dados obtidos relativamente à FIS-SR e ao T-SES foram organizados e tratados, igualmente, no *software SPSS Statistics*, dando início ao processo de análise estatística. Este processo compreendeu diversas etapas, começando pela validação preliminar da Escala de Autoeficácia do Terapeuta (*Therapist Self-Efficacy Scale* - T-SES) no âmbito da presente amostra, uma vez que não existe, até à data, uma versão formalmente validada para a população portuguesa.

A utilização do T-SES neste estudo teve um carácter eminentemente exploratório, inserindo-se no contexto da investigação académica, sem pretensão de validação definitiva do instrumento. Considerando a inexistência de uma versão validada da escala para a população portuguesa, e tendo em conta que a sua aplicação visou a recolha de dados preliminares sobre a perceção de autoeficácia dos participantes, procedeu-se à tradução e adaptação linguística do instrumento, em conformidade com as recomendações internacionais para a adaptação de medidas psicométricas (Beaton et al., 2000). A tradução foi realizada por um tradutor bilingue, seguida de retroversão independente por outro tradutor fluente em ambas as línguas, de modo a assegurar a equivalência semântica e conceptual dos itens.

Resultados

Tendo sido concluída a organização dos dados e definidos os procedimentos para a análise estatística, procede-se à apresentação dos principais resultados do estudo. A análise inicia-se com a avaliação psicométrica preliminar da T-SES, de forma a garantir a sua adequação mínima à amostra em estudo. Posteriormente, são apresentados os resultados relativos ao teste das hipóteses formuladas.

Análise psicométrica preliminar da T-SES

Face à inexistência de uma versão validada da T-SES em Portugal, iniciou-se a análise com uma avaliação psicométrica preliminar deste instrumento. Para este fim, recorreu-se à amostra de conveniência de 22 terapeutas em formação, com objetivo de avaliar a consistência interna e explorar a sua estrutura fatorial.

Antes da análise psicométrica, foi realizada a caracterização descritiva dos 21 itens da escala T-SES (médias, desvios-padrão e valores mínimo e máximo). A consistência interna, foi avaliada com o coeficiente alfa de *Cronbach* na escala global, bem como através das correlações item-total corrigidas e do alfa caso cada item fosse removido.

Com carácter exploratório, realizou-se uma Análise Fatorial com extração por Componentes Principais e rotação oblíqua (Oblimin), de forma a considerar a possível correlação entre fatores. A adequação dos dados foi examinada pelos índices de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett.

Previamente à análise psicométrica, foi realizada a caracterização das respostas aos 21 itens da versão portuguesa preliminar da T-SES, com o objetivo de identificar o padrão de respostas da amostra em estudo. Como se observa na Tabela 2, as médias variaram entre 2.64 (itens 9 e 13) e 4.05 (item 1), sugerindo uma perceção globalmente positiva de autoeficácia, embora com diferenças entre dimensões específicas. Os desvios-padrão oscilaram entre .65 e 1.22, refletindo variabilidade moderada. Para a maioria dos itens, foram utilizados todos os pontos da escala (1 a 5), confirmando a boa dispersão das respostas e a ausência de efeito de teto.

Tabela 2.

Estatísticas descritivas dos 21 itens da T-SES (N = 22)

Item	<i>M</i>	<i>DP</i>
PRE1	4.05	0.65
PRE2	2.82	0.66
PRE3	3.09	0.97
PRE4	3.41	0.80
PRE5	3.55	0.91
PRE6	3.32	0.89
PRE7	2.91	0.75
PRE8	3.45	0.96
PRE9	2.64	1.00
PRE10	3.09	0.92
PRE11	3.32	1.09
PRE12	3.18	0.85
PRE13	2.64	0.79
PRE14	3.32	0.78
PRE15	3.18	1.05
PRE16	3.09	1.02
PRE17	2.73	1.03
PRE18	3.59	0.96
PRE19	3.00	1.07
PRE20	2.95	1.00
PRE21	3.18	1.22

Nota. *M* = média; *DP* = desvio padrão

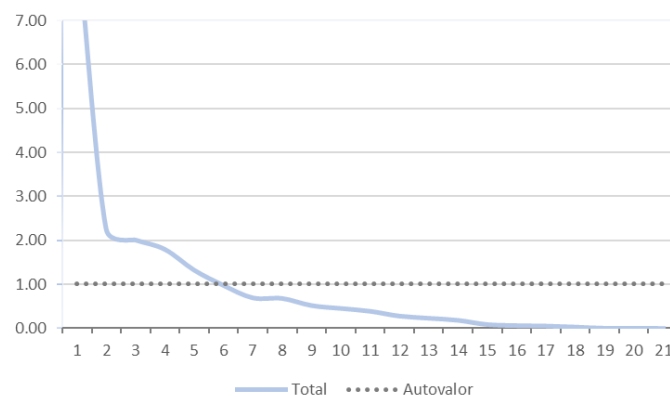
A análise da consistência interna total, revelou um Alfa de *Cronbach* global de .924, considerado excelente (George & Mallery, 2003) evidenciando que os itens da T-SES avaliam de forma consistente, o construto da autoeficácia do terapeuta. As correlações item–total corrigidas variaram entre .111 (item 11) e .755 (item 20), destacando-se o item 11 com valor < .30, sugerindo possível necessidade de revisão. A média total da escala foi de 66.50 (*DP* = 12.36; intervalo teórico 21–105), indicando uma percepção global moderadamente elevada de autoeficácia terapêutica. Observou-se, adicionalmente, a existência de correlações inter-itens muito elevadas ($\geq .80$), em particular entre os pares de itens 16–19 ($r = .83$) e 15–21 ($r = .83$), o que poderá indicar redundância de conteúdo entre estes itens.

Com finalidade exploratória, foi realizada uma análise fatorial exploratória (AFE), utilizando extração em Componentes Principais e rotação oblíqua (Oblimin). O teste de esfericidade de Bartlett foi significativo, $\chi^2(210) = 493.26, p < .001$, indicando que os itens não são independentes entre si, apresentando correlações que justificam a realização da análise fatorial. Contudo, o índice KMO foi .198, muito abaixo do recomendado ($\geq .60$), sugerindo uma baixa adequação amostral e aconselhando cautela na interpretação dos resultados.

De acordo com o critério do autovalor > 1 , foram identificados cinco fatores, mas o gráfico de esarpa (Figura 1) mostrou um primeiro componente dominante seguido de decréscimo gradual; este padrão é compatível com 1 a 3 dimensões. Apesar de, de forma exploratória, a matriz de padrão (rotação Oblimin) ter sugerido alguns agrupamentos de itens, as limitações da amostra não permitem considerar esses resultados como validados. Ainda assim, a literatura conceitual da autoeficácia (Bandura, 1997) e os dados de validação originais da T-SES (Gori et al., 2022) apontam para a existência de dimensões clínicas, relacionais e intrapsíquicas, que poderão servir de referência para estudos futuros com amostras mais alargadas. Assim, os resultados devem ser entendidos apenas como indicativos e não permitem considerar validada a estrutura fatorial da escala nesta análise (Costello & Osborne, 2005; Hair et al., 2019).

Figura 1.

Gráfico de esarpa (scree plot) da T-SES, com base em autovalores iniciais



Para efeitos exploratórios, foram observados os itens com cargas fatoriais $> .40$ na matriz de padrão (rotação Oblimin). Os resultados apontaram para três dimensões exploratórias (Tabela 3) consistentes com a literatura: um primeiro fator, designado Competência clínica e de diagnóstico, que inclui itens relacionados com a avaliação clínica, raciocínio técnico e formulação diagnóstica (e.g., itens 5, 13, 16, 18 e 19), apresentando cargas fatoriais elevadas, algumas superiores a $.80$; um segundo fator, Competência relacional e comunicativa, que reuniu itens ligados à escuta ativa, empatia e comunicação verbal e não verbal (e.g., itens 2, 3, 9, 15, 20 e 21), evidenciando o seu papel central na aliança terapêutica; e um terceiro fator, Competência emocional e intrapsíquica, composto por itens relacionados com autorreflexão, gestão de emoções e compreensão de processos internos (e.g., itens 6, 7, 8 e 12), sugerindo competências de regulação emocional e insight clínico. Destaca-se, contudo, que estes agrupamentos devem ser entendidos apenas como indicativos, atendendo ao baixo KMO e ao reduzido tamanho da amostra, e não como uma estrutura validada.

Tabela 3.

Análise fatorial exploratória (rotação Oblimin) da T-SES

Fator	Itens incluídos	N.º de Itens	% da Variância explicada
Fator 1 - Clínica e Diagnóstico	5, 13, 16, 18, 19	5	43.7%
Fator 2 - Relacional e Comunicativa	2, 3, 9, 15, 20, 21	6	10.6%
Fator 3 - Emocional e Intrapsíquica	6, 7, 8, 12	4	9.2%

Nota. Não foram reportadas as comunalidades médias, dado que os valores surgiram excessivamente elevados, próximos de 1, limitando a sua interpretação e refletindo a influência do reduzido tamanho da amostra.

Em síntese, a versão portuguesa preliminar da T-SES revelou excelente consistência interna, mas a estrutura fatorial não pôde ser devidamente confirmada devido ao reduzido tamanho da amostra ($N = 22$) e ao baixo índice KMO (.198). Assim, os resultados fatoriais devem ser entendidos apenas como exploratórios e indicativos, constituindo um primeiro passo no processo de validação deste instrumento (Anexo VIII).

Teste das hipóteses

Concluída esta análise preliminar, procedeu-se à avaliação empírica das hipóteses em estudo. A Hipótese 1 (H1) propunha que a perceção de autoeficácia dos participantes (avaliada pela T-SES) seria significativamente superior após o treino de PD em psicoterapia, refletindo um aumento global nas competências autorrelatadas.

Para testar a H1 (anexo IX), foi realizado um teste t para amostras emparelhadas, comparando as pontuações totais da T-SES obtidas nos momentos pré e pós- formação baseada na metodologia PD. Esta análise permitiu verificar se as diferenças observadas entre os dois momentos de avaliação eram estatisticamente significativas, fornecendo evidência empírica sobre o impacto da intervenção formativa na perceção da autoeficácia dos participantes.

Os resultados globais da T-SES, (tabela 4), indicaram que, após a formação, os participantes apresentaram uma perceção de autoeficácia significativamente superior ($M = 73.27$; $DP = 8.31$) em comparação com o momento inicial ($M = 66.50$; $DP = 12.36$). Esta diferença foi estatisticamente significativa, $t(21) = -3.06$, $p = .006$ (bilateral), com um tamanho do efeito médio

(d de Cohen = 0.65), segundo os critérios de Cohen (1988). O intervalo de confiança a 95% para a diferença de médias foi de [-11.38; -2.16], confirmando a direção e a robustez do efeito. A correlação entre os dois momentos de avaliação foi moderada, $r = 0.553$, $p = .008$, o que sugere consistência das respostas ao longo do tempo.

Tabela 4.

Teste t para amostras emparelhadas: T-SES Global (N = 22)

Momento de avaliação	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>EP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen
Pré	66.50	12.36	2.63			
Pós	73.27	8.31	1.77			
Diferença (Pré- Pós)	-6.77	10.40	2.22	-3.06 (21)	.006	0.65

Nota. *M* = média; *DP* = desvio padrão; *EP* = erro padrão

Segundo Cohen (1988), os valores de referência para o tamanho do efeito são $d = 0.20$, 0.50 e 0.80 correspondendo, respectivamente, efeitos pequenos, médios e grandes. Assim, o valor obtido no total da T-SES ($d = 0.65$) indica um efeito de magnitude média, sugerindo uma melhoria substancial na percepção de eficácia clínica após a formação. Estes resultados indicam que o treino de PD em psicoterapia contribuiu para o reforço global da percepção de autoeficácia dos participantes, em linha com a hipótese formulada.

Para aprofundar a análise, foram também realizados testes *t* emparelhados para cada um dos 21 itens da T-SES (Tabela 5). Os resultados revelaram que, três itens apresentaram diferenças estatisticamente significativas ($p < .05$, bilateral): item 13: $t(21) = -2.66$, $p = .015$, $d = 0.57$, item 15: $t(21) = -2.94$, $p = .008$, $d = 0.63$, item 20: $t(21) = -2.25$, $p = .036$, $d = 0.48$, refletindo ganhos consistentes em áreas específicas da autoeficácia clínica e interpessoal. Outros sete itens revelaram tendência para significância estatística ($.05 < p < .10$), nomeadamente os itens 2, 8, 9, 11, 12, 17 e 21, sugerindo melhorias relevantes em domínios específicos, embora sem significância estatística robusta após correção bilateral.

Tabela 5.

Comparação por item da T-SES pré e pós a formação (N = 22)

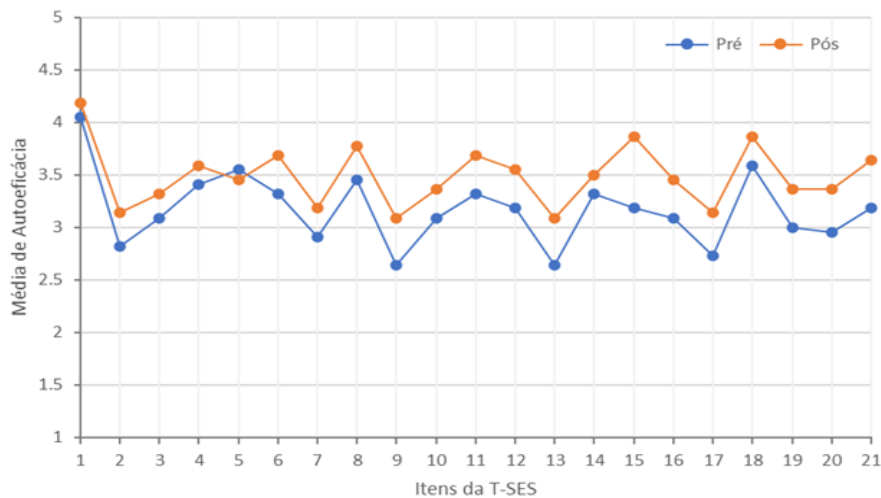
Item	Média pré	Média pós	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen
1	4.05	4.18	-1.14	0.266	-0.24
2	2.82	3.14	-1.91	0.069	-0.41
3	3.09	3.32	-1.55	0.135	-0.33
4	3.41	3.59	-1.07	0.296	-0.23
5	3.55	3.45	0.57	0.576	0.12
6	3.32	3.68	-1.56	0.134	-0.33
7	2.91	3.18	-1.45	0.162	-0.31
8	3.45	3.77	-1.78	0.09	-0.38
9	2.64	3.09	-1.94	0.066	-0.41
10	3.09	3.36	-1.19	0.248	-0.25
11	3.32	3.68	-1.89	0.073	-0.40
12	3.18	3.55	-1.89	0.073	-0.40
13	2.64	3.09	-2.66	0.015	-0.57
14	3.32	3.50	-0.75	0.463	-0.16
15	3.18	3.86	-2.94	0.008	-0.63
16	3.09	3.45	-1.25	0.225	-0.27
17	2.73	3.14	-2.00	0.059	-0.43
18	3.59	3.86	-1.37	0.186	-0.29
19	3.00	3.36	-1.32	0.201	-0.28
20	2.95	3.36	-2.25	0.036	-0.48
21	3.18	3.64	-1.94	0.066	-0.41

Nota. $N = 22$. Valores negativos de *t* e de *d* indicam aumento no pós-formação. Efeito pequeno = 0.20; médio = 0.50; grande = 0.80 (Cohen, 1988). Diferenças significativas ($p < .05$): Itens 13, 15 e 20. Tendência para significância ($.05 < p < .10$): Itens 2, 8, 9, 11, 12, 17 e 21.

A Figura 2 apresenta a variação das médias da percepção de autoeficácia (T-SES) nos momentos pré e pós formação, permitindo observar de forma ilustrativa a evolução por item. De forma geral, verifica-se uma tendência de aumento das médias no pós-formação, sendo particularmente expressivos os ganhos nos itens que apresentaram significância estatística (13, 15 e 20). Importa destacar, contudo, que o item 5, pertencente à dimensão de Competência Clínica, foi o único a registrar uma ligeira descida da média (de 3.55 para 3.45). Embora não significativa, esta variação poderá refletir um efeito de autoavaliação mais crítica por parte dos participantes após a formação, sugerindo que a PD pode também promover uma maior consciência das próprias limitações em domínios específicos da prática clínica. Estes resultados sugerem que os efeitos da formação não se distribuíram de forma uniforme, mas incidiram principalmente em áreas específicas de competência clínica e interpessoal.

Figura 2.

Varição das médias da percepção de autoeficácia (T-SES) pré e pós formação

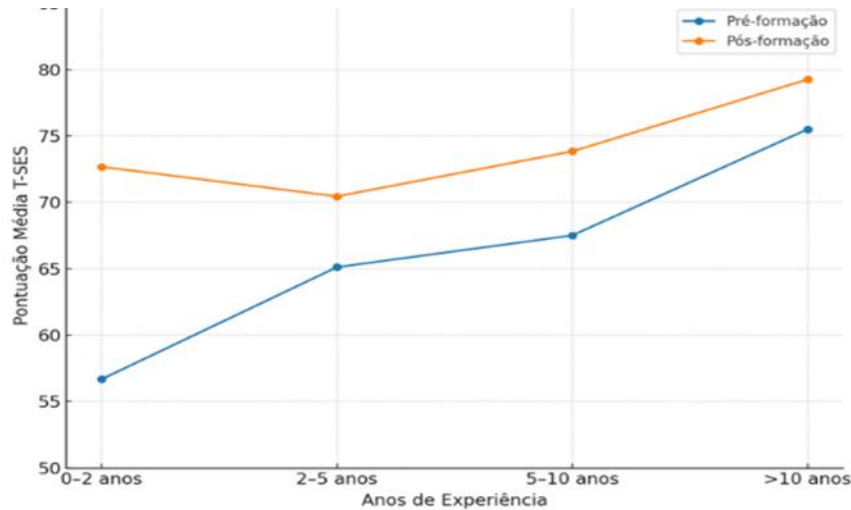


Nota. Observa-se uma tendência global de aumento das médias da percepção de autoeficácia (T-SES) no pós-formação, representadas por item (escala 1–5), com diferenças estatisticamente significativas nos itens 13, 15 e 20 ($p < .05$) e tendências para significância nos itens 2, 8, 9, 11, 12, 17 e 21 ($.05 < p < .10$).

Para analisar se os ganhos de autoeficácia variavam em função dos anos de experiência profissional (0–2 anos, 2–5 anos, 5–10 anos, >10 anos), foram realizadas análises de variância (ANOVA; no anexo X). Os pressupostos foram confirmados, ao verificar-se homogeneidade das variâncias em ambos os momentos (teste de Levene não significativo: pré, $p = .163$; pós, $p = .699$), o que significa que os grupos apresentaram variabilidade semelhante, permitindo a aplicação adequada da ANOVA. No momento pré-formação, as médias variaram entre 56,67 (0–2 anos) e 75,50 (>10 anos), enquanto no pós-formação, oscilaram entre 70,44 (2–5 anos) e 79,25 (>10 anos), sugerindo uma tendência de valores mais elevados nos grupos com maior experiência (figura 3).

Figura 3.

Varição das médias da percepção de autoeficácia (T-SES) pré e pós formação, considerando os anos de experiência profissional



Nota. Observa-se um aumento consistente em todos os grupos, ainda que as diferenças entre grupos não tenham sido estatisticamente significativas ($p > .05$).

Contudo, as diferenças entre grupos não foram estatisticamente significativas nem no momento pré-formação, $F(3,18) = 1.489$, $p = .251$, $\eta^2 = .199$, nem no pós, $F(3,18) = 1.061$, $p = .390$, $\eta^2 = .150$. Os tamanhos do efeito (pré e pós) indicam magnitudes pequenas a moderadas. As comparações múltiplas (Tukey HSD) também não identificaram diferenças significativas entre pares de grupos. Estes resultados sugerem que a percepção de autoeficácia aumentou de forma consistente em todos os níveis de experiência, não havendo evidência de que os anos de prática moderassem o impacto da formação.

Os resultados obtidos, confirmam a H1, observando-se um aumento significativo da percepção global de autoeficácia após o treino de PD, com efeitos de magnitude moderada a elevada. Para além do aumento médio no total da escala, a análise item a item evidenciou melhorias específicas relevantes em competências clínicas e interpessoais. Este aumento foi consistente em todos os grupos de experiência profissional, reforçando que o efeito da formação não dependeu do tempo prévio de prática clínica.

Confirmada esta tendência na amostra em estudo, prosseguiu-se com a análise da H2, que explora de forma mais específica o impacto do treino de PD nas FIS. De acordo com esta hipótese, a autoavaliação das FIS, medida pelo FIS-SR, seria superior após a intervenção com a PD,

evidenciando uma melhoria na percepção da capacidade de resposta em contextos terapêuticos desafiantes.

Para testar esta hipótese, realizou-se um teste *t* para amostras emparelhadas, comparando as pontuações médias obtidas no FIS-SR antes e após o treino PD (tabela 6; resultados completos no anexo XI).

Tabela 6.

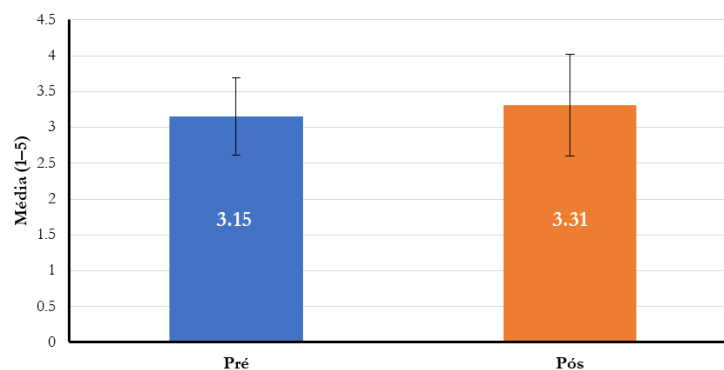
Teste t-student para amostras emparelhadas: FIS-SR (autoavaliação pré-pós Formação)

Medida	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>EP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen	Hedges' <i>g</i>
FIS-SR (pré)	3.15	0.54	0.11				
FIS-SR (pós)	3.31	0.71	0,15				
Diferença pré-pós)	-0.16	0.43	0.09	-1.73 (21)	0.099	0.43	0.45

Nota. *M* = média; *DP* = desvio padrão; *EP* = erro padrão. Valores de *d* de Cohen interpretados segundo Cohen (1988): 0.20 = pequeno, 0.50 = médio, 0.80 = grande.

Figura 4.

Varição das médias do FIS-SR pré e pós formação.



Nota. As barras de erro representam o desvio-padrão (DP).

Os resultados revelaram um aumento médio do FIS-SR de 3.15(*DP* = 0.54) no momento pré-formação para 3.31(*DP*=0.71) no momento pós-formação. Esta diferença de -0.16 não foi estatisticamente significativa no teste bilateral, $t(21) = -1.73$, $p = .099$. Contudo, o teste unilateral apresentou $p = .049$, na direção prevista pela hipótese, sugerindo um efeito positivo da formação. Apesar disso, é necessário interpretar os resultados com cautela, dado que o teste bilateral, habitualmente preferido por ser mais conservador, não foi significativo.

A correlação entre os dois momentos foi elevada ($r = .80$, $p < .001$), indicando consistência nas respostas ao longo do tempo. O tamanho do efeito de magnitude pequena a

moderada (d de Cohen = 0.43), valor este confirmado pelo Hedges' g (0.45), que ajusta a estimativa para amostras pequenas.

Estes resultados indicaram que, embora o treino de PD tenha produzido uma tendência positiva moderada na percepção das FIS, a evidência estatística não foi suficiente para confirmar a hipótese de forma robusta. Assim, a H2 não foi confirmada. A magnitude do efeito e o valor do teste unilateral sugerem que o sentido da mudança está de acordo com o esperado, no entanto, o reduzido tamanho da amostra ($N = 22$) poderá ter limitado a obtenção de significância estatística no teste bilateral que é o mais conservador e geralmente preferido. Recomendando-se, assim, a replicação deste teste com amostras maiores e mais representativas para verificar a consistência e a robustez deste efeito preliminar.

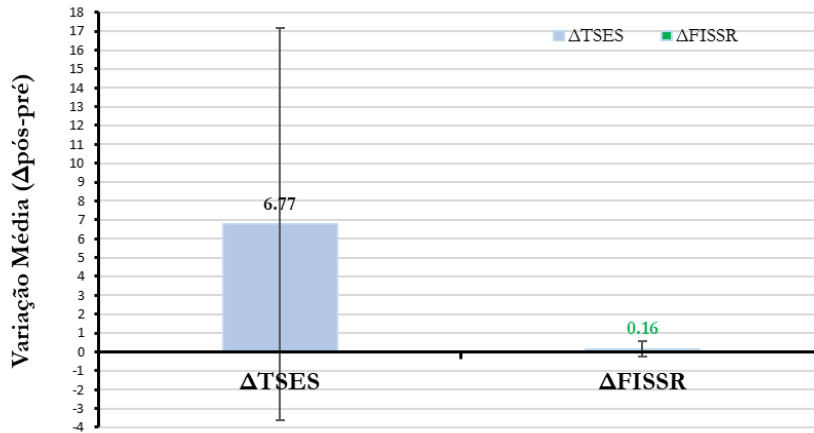
Apesar de os resultados da H2 indicarem apenas uma tendência de melhoria na autoavaliação das FIS após o treino PD, sem uma confirmação estatística robusta, tornou-se relevante compreender em que medida essa evolução moderada poderia estar relacionada com os ganhos observados na percepção global de autoeficácia. Nesse sentido, a H3 procurou investigar a associação entre as variações obtidas no FIS-SR e na T-SES, permitindo avaliar se as melhorias percebidas em cada domínio evoluíram de forma paralela ao longo do treino.

A H3 propunha que o aumento na pontuação total da autoavaliação das FIS (FIS-SR) estaria correlacionado com o aumento da pontuação global da percepção de autoeficácia (T-SES), após o treino de PD em psicoterapia. Para testar esta hipótese, foi realizada uma correlação de Pearson (resultados no anexo XII), calculando-se a variação (Δ) entre o momento pós-formação e o momento pré-formação para cada participante, tanto na T-SES ($\Delta TSES$) como no FIS-SR ($\Delta FISSR$).

A análise descritiva mostrou (Figura 5) que a variação média na percepção global de autoeficácia foi de 6.77 pontos ($DP = 10.40$), enquanto a autoavaliação das FIS registou uma variação média de 0.16 pontos ($DP = 0.43$). Estes resultados sugerem uma melhoria média em ambas as medidas, embora mais expressiva na T-SES do que no FIS-SR.

Figura 5.

Varição média na T-SES (Δ TSES) e no FIS-SR (Δ FISSR), com barras de erro em representação do desvio-padrão (DP).



Nota. Δ = diferença entre pós e pré- formação.

Para avaliar a associação entre as duas variações, foi realizada uma análise de correlação de Pearson (Tabela 7) que revelou um valor muito baixo e não estatisticamente significativa, $r(20) = .04, p = .85$. Este resultado, próximo de zero, sugere ausência de relação linear entre a variação da autoeficácia global e a variação na percepção das FIS, não confirmando a H3.

Tabela 7.

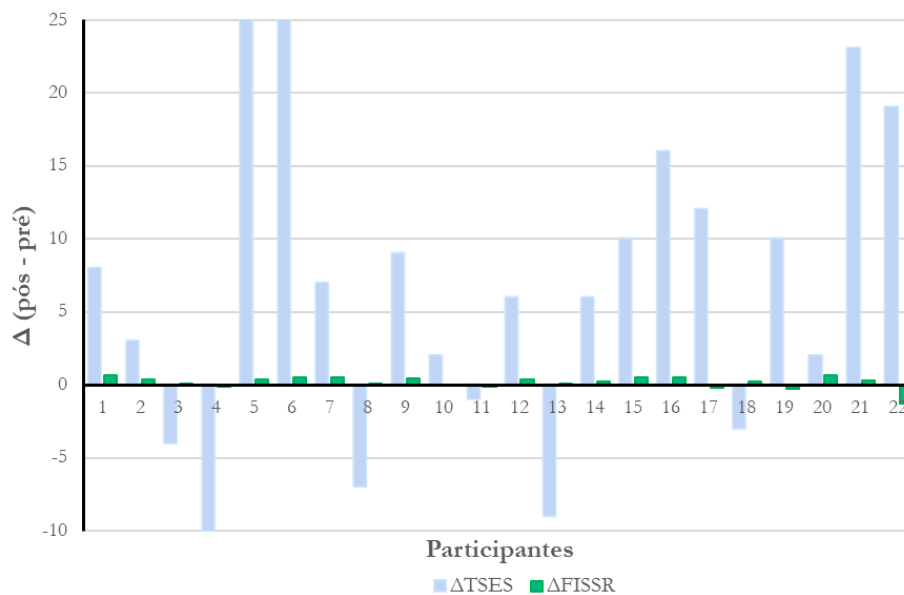
Correlação de Pearson entre variações (Δ) da T-SES e do FIS-SR

Variáveis	<i>r</i> de Pearson	<i>p</i>	<i>N</i>
Δ T-SES e Δ FIS-SR	0.04	0.85	22

Nota. Δ = variação entre pós e pré- formação. Valores de *r* interpretados segundo Cohen (1988): 0.10 = pequeno; 0.30 = médio; 0.50 = grande.

Figura 6.

Varição individual na T-SES ($\Delta TSES$) e no FIS-SR ($\Delta FISSR$) por participante.



Nota. Observa-se elevada variabilidade nos resultados e ausência de paralelismo entre as duas medidas, em linha com a correlação não significativa encontrada ($r = 0.04$, $p = .85$).

De forma complementar, a Figura 6 evidencia que, apesar de alguns participantes revelarem variações expressivas na autoeficácia ($\Delta TSES$), a evolução nas FIS autoavaliadas ($\Delta FISSR$) foi mínima ou até negativa. Esta heterogeneidade intraindividual ajuda a explicar a ausência de associação linear entre as duas medidas e sugere que as melhorias na autoeficácia global e nas FIS possam decorrer de processos de desenvolvimento distintos.

Com base nos resultados obtidos, a H3 não se confirma. Embora, em média, tenha ocorrido um aumento em ambas as medidas após a formação, estes ganhos não se verificaram de forma associada. Este padrão sugere que as melhorias na autoeficácia global e nas FIS decorrem de processos de desenvolvimento distintos. Esta ausência de associação poderá ser explicada por diversos fatores, incluindo o tamanho reduzido da amostra ($N = 22$), que limita o poder estatístico; diferenças na sensibilidade das escalas utilizadas (a T-SES avalia percepção global de eficácia, enquanto o FIS-SR avalia competências interpessoais específicas); e a possibilidade de trajetórias distintas de desenvolvimento em resposta à formação.

Com o objetivo de aprofundar a análise, foi formulada a Hipótese 3a (H3a) segundo a qual a mudança nas FIS, medida pelo FIS-SR, estaria positivamente correlacionada com a mudança em cada uma das dimensões da percepção de autoeficácia, avaliadas pela T-SES, após a formação especializada em psicoterapia baseada na metodologia PD (resultados apresentados no Anexos XII).

Para testar esta hipótese, calcularam-se correlações de Pearson entre a variação no FIS-SR (Δ FISSR) e as variações em cada dimensão da T-SES (Δ TSES: Eficácia Comunicativa, Competência Clínica, Competência Intrapsíquica, Competência Relacional e Regulação Emocional). As estatísticas descritivas indicaram que a variação média no FIS-SR foi de 0.16 ($DP = 0.43$), enquanto as dimensões da T-SES apresentaram variações médias entre 0.21 (Eficácia Comunicativa) e 0.32 (Competência Intrapsíquica e Competência Relacional), com a dimensão Regulação emocional a registrar 0.27.

Os resultados (Tabela 8) indicaram que nenhuma das correlações foi estatisticamente significativa (r entre -0.14 e 0.32; $p > .05$). Os coeficientes de Pearson próximos de zero sugerem correlações muito fracas, e todos os valores p são superiores a 0.05 (variando entre 0.15 e 0.81), confirmando ausência de associação linear entre as variáveis.

Tabela 8.

Estatísticas descritivas e correlações de Pearson entre a variação no FIS-SR e nas dimensões da T-SES

Variável	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>r</i> de Pearson com Δ FIS-SR	<i>p</i>
Δ FIS-SR	0.16	0.43	—	—
Δ T-SES Eficácia Comunicativa	0.21	0.57	0.26	0.24
Δ T-SES Competência Clínica	0.31	0.53	-0.05	0.81
Δ T-SES Competência Intrapsíquica	0.32	0.84	-0.14	0.54
Δ T-SES Competência Relacional	0.32	0.42	0.32	0.15
Δ T-SES Regulação Emocional	0.27	1.02	0.19	0.40

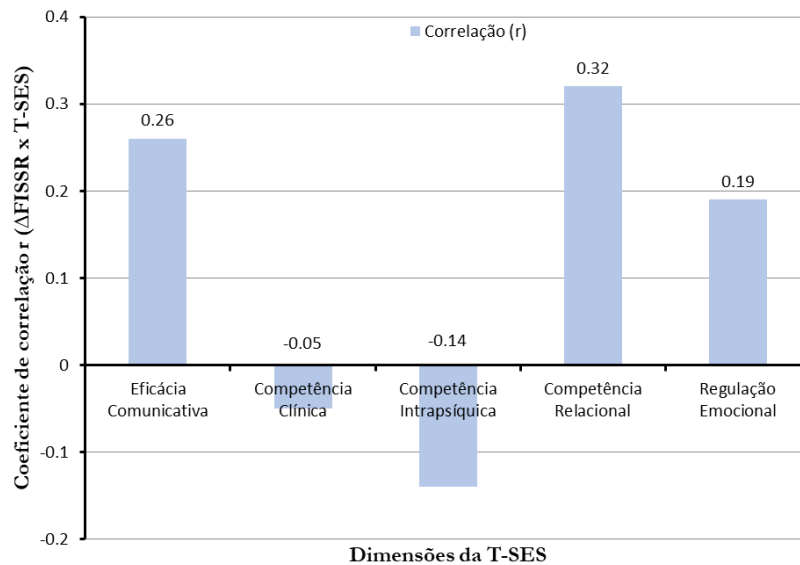
Nota. N = 22. Δ = variação entre pós e pré-formação. Nenhuma das correlações foi estatisticamente significativa ($p > .05$).

Na Tabela 8, pode-se observar que alguns valores positivos (e.g., $r = 0.26$ para Eficácia Comunicativa) indicam uma tendência de que aumentos numa variável se associem a aumentos na outra, mas de forma fraca. Por outro lado, os valores negativos (e.g., $r = -0.05$ para Competência Clínica) indicam tendência mínima no sentido inverso.

Na Figura 7, apresenta graficamente estes resultados, evidenciando a distribuição dos coeficientes de correlação (r) por dimensão da T-SES. Observa-se que todos os valores se situam próximos de zero, com uma ligeira tendência positiva na Competência Relacional ($r = 0.32$), ainda que não significativa ($p = .15$).

Figura 7.

Correlação de Pearson entre Δ FISSR e dimensões da T-SES (Δ TSES).



Nota. Os coeficientes de correlação de Pearson (r) variaram entre -0.14 e 0.32 , correspondendo a correlações muito fracas. Nenhuma das correlações foi estatisticamente significativa ($p > .05$).

Em conclusão, a análise integrada da H3 e da H3a revelou que não se verificaram correlações estatisticamente significativas, quer no valor global ($r = 0.04$, $p = .85$) quer nas dimensões específicas da T-SES (r entre -0.14 e 0.32 ; p entre 0.15 e 0.81). Estes resultados indicam que, nesta amostra, as melhorias percebidas nas competências interpessoais facilitadoras e na autoeficácia clínica evoluíram de forma relativamente independente. Tal poderá dever-se a diferenças no foco das medidas, à possibilidade de competências interpessoais e autoeficácia seguirem trajetórias distintas de desenvolvimento, ou às limitações decorrentes do reduzido tamanho da amostra.

Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo avaliar o impacto do treino em PD, na percepção da autoeficácia dos participantes e no desenvolvimento das FIS, bem como analisar a forma como estes percebem o seu desempenho nestas competências e explorar o papel da autoavaliação sistemática no fortalecimento das competências clínicas e interpessoais em psicoterapia (Ericsson & Pool, 2016; Rousmaniere, 2017; Tomás et al., 2025). De um modo geral, os resultados obtidos mostram um alinhamento parcial com a literatura, confirmando o potencial do treino em PD para reforçar a percepção de autoeficácia dos terapeutas em formação, mas evidenciando também a complexidade da relação entre esta percepção e o real desenvolvimento das FIS. Este estudo assume uma particular relevância por se tratar de uma das primeiras aplicações empíricas da PD em Portugal, correspondendo à primeira utilização da T-SES neste contexto, em articulação com o FIS-SR.

A amostra de conveniência foi constituída por 22 terapeutas que frequentavam uma formação avançada na área da psicoterapia, tendo participado num módulo intensivo de 22 horas, designado *Prática Deliberada em Psicoterapia I*, no qual tiveram oportunidade de realizar treinos estruturados das FIS, de acordo com os pressupostos do modelo de PD. O *design* do estudo permitiu a recolha sistemática de dados quantitativos, possibilitando a comparação das respostas a “vídeos-estímulo” em dois momentos (pré e pós-formação), permitindo testar as três hipóteses formuladas: H1 a percepção de autoeficácia dos participantes será superior após a formação; H2 a autoavaliação das FIS será superior após a formação e a H3 o aumento na autoavaliação das FIS estará correlacionado com o aumento na percepção da autoeficácia global. Foi ainda explorada a hipótese H3a, que previa correlações positivas entre as variações nas competências interpessoais facilitadoras e cada dimensão específica da T-SES.

No plano psicométrico, a versão portuguesa da T-SES revelou excelente consistência interna ($\alpha = .92$), em linha com o estudo original de Gori et al. (2022), confirmando a sua fiabilidade nesta amostra. Contudo a análise fatorial exploratória apresentou limitações de adequação amostral ($KMO = .198$), pelo que os resultados devem ser entendidos apenas como preliminares, carecendo de confirmação em estudos futuros com amostras mais amplas.

Com este enquadramento psicométrico da T-SES, prosseguiu-se para a análise das hipóteses de investigação. Relativamente à H1, verificou-se um aumento estatisticamente significativo da T-SES no momento pós-formação ($M = 73.27$; $DP = 8.31$) face ao momento pré-formação ($M = 66.50$; $DP = 12.36$), $t(21) = -3.06$, $p = .006$, $d = .65$). Este resultado confirma a hipótese, sugerindo que o treino em PD contribuiu para o reforço da percepção de autoeficácia

clínica, com um efeito de magnitude moderada a elevada, alinhando-se com a literatura que identifica a PD como um método eficaz para o desenvolvimento de competências profissionais especializadas (Clements-Hickman & Reese, 2020; Ericsson, 2018; Gori et al., 2022; Rousmaniere, 2017; Vaz et al., 2023). Importa sublinhar que, em contextos formativos de curta duração, efeitos deste nível assumem relevância prática significativa, pois demonstram a capacidade da PD em favorecer ganhos iniciais na perceção de competências clínicas.

Na análise exploratória em função da experiência profissional, não foram observadas diferenças significativas entre os grupos com distintos anos de prática clínica (pré: $F(3,18) = 1.49$, $p = .251$, $\eta^2 = .199$; pós: $F(3,18) = 1.06$, $p = .390$, $\eta^2 = .150$). Apesar de os tamanhos de efeito sugerirem tendências moderadas, a reduzida dimensão da amostra poderá ter limitado a deteção de diferenças reais. Em consonância com a literatura (Chow et al., 2015; Goldberg et al., 2016a, 2016b; Gori et al., 2022; Wampold & Imel, 2015; Mahon, 2024), estes resultados sugerem que ganhos consistentes estão mais associadas a um treino estruturado e intencional, como o proporcionado pela PD, do que à mera acumulação de experiência ao longo do tempo de prática psicoterapêutica. A evidência de estudos empíricos, reforça que terapeutas mais eficazes investem continuamente no aperfeiçoamento e adaptação às necessidades dos clientes, sendo a qualidade e a intencionalidade do treino mais determinantes do que o tempo de prática isolado (Norcross & Lambert, 2018; Wampold, 2015).

No que respeita à H2, não se confirmou a hipótese, ainda que se tenha observado uma tendência positiva no aumento do FIS-SR entre o pré ($M = 3.15$; $DP = 0.54$) e o pós-formação ($M = 3.31$; $DP = 0.71$), $t(21) = -1.73$, $p = .099$, $d = .43$. Este padrão, embora não significativo, é consistente com estudos que demonstram que programas estruturados de PD podem promover melhorias nas FIS (Anderson et al., 2020; Mahon, 2023; Miller et al., 2025; Tomás et al., 2025; Williams, 2023). A reduzida dimensão da amostra e a curta duração da intervenção poderão ter limitado a obtenção de efeitos robustos, embora a direção dos resultados esteja em linha com a evidência existente. Estudos como o de Vaz et al. (2023) sublinham que o treino sistemático, focado em situações clínicas específicas e acompanhado de feedback imediato, é fundamental para o desenvolvimento destas competências. Tal como referido por Rousmaniere e Vaz (2021, 2024), a PD diferencia-se da formação tradicional pela prática intencional e repetida de microcompetências, permitindo aos terapeutas desenvolver respostas mais eficazes em contextos desafiantes. Evidências adicionais (Barata et al., 2024; Catalino, 2024; Diamond et al., 2025) apontam que até formações de curta duração podem promover ganhos iniciais, que tendem a consolidar-se com a continuidade do treino prolongado. A revisão de Nurse et al. (2024) sublinha que, apesar dos resultados

promissores, a variabilidade metodológica e riscos de viés em estudos emergentes reforçam a necessidade de intervenções mais rigorosas e prolongadas para mudanças significativas nas FIS.

Embora os resultados da H2 não se tenham sido estatisticamente significativos, apontaram para uma tendência positiva no aumento das FIS após a formação em PD, sugerindo possíveis ganhos que poderão consolidar-se com treino prolongado. Dado que as FIS e a percepção de autoeficácia clínica representam dimensões distintas, mas interdependentes, da eficácia terapêutica, tornou-se pertinente explorar se as melhorias observadas em cada medida se relacionavam entre si.

Importa salientar que a T-SES avalia a percepção global de competência profissional, enquanto que o FIS-SR se centra na avaliação da capacidade de resposta interpessoal em situações terapêuticas desafiantes. Dada a complementaridade destas dimensões, seria expectável que a evolução numa medida acompanhasse a evolução da outra. Foi com base neste pressuposto, que se formulou a H3, com o objetivo de verificar se as variações obtidas nas duas escalas se correlacionavam de forma positiva e significativa.

Os resultados, contudo, não confirmaram esta hipótese: a correlação de Pearson revelou um valor muito baixo e não significativo, $r = .043$, $p = .85$ sugerindo que as variações nas duas medidas ocorreram de forma independente. Para aprofundar a análise da H3, foi formulada adicionalmente a H3a, que examinou a relação entre a variação no FIS-SR e as variações em cada dimensão específica da T-SES. Também neste caso não se observaram correlações significativas, reforçando a ausência de associação estatisticamente significativa entre estas duas medidas. Este padrão é consistente com a evidência de que competências distintas podem evoluir em ritmos diferentes e depender de processos de aprendizagem específicos (Anderson et al., 2016; Bandura, 1997; Hill & Lent, 2006). Assim, nesta amostra, a percepção de autoeficácia clínica e as competências interpessoais não aumentaram de forma paralela durante a formação.

No seu conjunto, estes resultados indicam que a PD pode reforçar a autoeficácia clínica, mas o impacto nas competências interpessoais autorrelatadas pode não ser imediato nem consistente. A ausência de correlação significativa entre as duas variáveis centrais reforça a ideia de que competências técnicas e interpessoais podem seguir trajetórias distintas de desenvolvimento, o que exige abordagens formativas integradas e avaliações combinadas (autoavaliação e heteroavaliação) para captar a totalidade do progresso profissional. Além disso, estudos como os de Gori et al. (2022) e Walfish et al. (2012) sugerem que formações intensivas podem levar a um aumento da consciência crítica do terapeuta relativamente às próprias competências, resultando numa autoavaliação mais cautelosa ou até numa redução temporária da percepção de autoeficácia,

um efeito também observado por Barata et al. (2025) em contextos de formação contínua com PD. Neste sentido, Longley et al. (2023) igualmente reforçam a tendência frequente dos terapeutas para sobrestimarem as suas competências interpessoais, o que sublinha a relevância de combinar autoavaliação e heteroavaliação. Assim, é possível que, no presente estudo, a formação tenha promovido simultaneamente um aumento das FIS (avaliadas pelo FIS-SR) e uma maior exigência na autoavaliação da eficácia clínica (T-SES), explicando a ausência de correlação positiva entre as duas medidas.

Limitações e Estudos Futuros

Dando continuidade à análise desenvolvida na discussão, importa agora refletir sobre as limitações que enquadram a interpretação dos resultados e apontar sugestões para investigações futuras. O presente estudo oferece contributos relevantes para a compreensão do impacto do treino da PD no desenvolvimento da autoeficácia clínica e das FIS em terapeutas em formação, mas deverão ser consideradas algumas restrições metodológicas e contextuais.

Uma primeira limitação prende-se com a dimensão reduzida da amostra ($N=22$), que poderá ter condicionado a robustez dos resultados e dificultado a deteção de efeitos reais da formação, sobretudo em análises mais exigentes como as correlações.

Outra limitação refere-se ao período relativamente curto em análise. Embora o formato seguido estivesse alinhado com protocolos do treino em PD, a literatura evidencia que competências interpessoais e autorreflexivas requerem treino prolongado e repetição para se consolidarem (Beeson et al., 2023; Rousmaniere, 2024; Williams, 2023). No presente estudo, a avaliação ficou limitada ao primeiro ano de um curso especializado em psicoterapia com duração total de três, o que poderá ter permitido apenas observar efeitos iniciais, ainda não suficientemente estabilizados para atingirem significância estatística. A continuação da investigação com os mesmos participantes até à conclusão do curso poderá oferecer uma visão mais completa da evolução e consolidação das competências clínicas e interpessoais, bem como da durabilidade dos ganhos ao longo do processo formativo.

Adicionalmente, a utilização exclusiva de medidas de autorresposta (T-SES e FIS-SR) representa uma limitação na medida que se trata de avaliações com natureza subjetiva. A investigação mostra que terapeutas tendem a sobrestimar as suas competências (Walfish et al., 2012), embora alguns estudos indiquem que formações intensivas como a PD possam promover uma maior consciência crítica, levando até a uma redução temporária da autoeficácia percebida (Gori et al., 2022; Barata et al., 2025). A ausência de cruzamento com heteroavaliações ou indicadores objetivos de desempenho poderá ter reduzido a robustez dos resultados.

Acresce ainda uma limitação relacionada com o processo de validação da T-SES para a população portuguesa. Embora a escala tenha revelado excelente consistência interna ($\alpha = .92$), o item 11 apresentou uma correlação item–total inferior a .30 e verificaram-se correlações inter-itens muito elevadas ($\geq .80$), sugerindo redundância entre alguns itens. Para além disso, o índice KMO (.198) revelou inadequação amostral, impossibilitando a confirmação da estrutura fatorial. Assim, a aplicação da T-SES nesta amostra deve ser interpretada com cautela, considerando que os resultados psicométricos obtidos representam apenas uma etapa exploratória de adaptação, que carece de confirmação em estudos com amostras maiores e mais representativas de acordo com as normas internacionais (Beaton et al., 2000; Guillemin et al., 1993; Costello & Osborne, 2005; Hair et al., 2019).

Por fim, importa referir que a recolha em apenas dois momentos não permitiu avaliar a manutenção dos ganhos a médio e longo prazo, quando a literatura indica que algumas competências requerem treino contínuo e prolongado (Catalino, 2024; Diamond et al., 2025; Miller et al., 2025). Em conjunto, estas limitações não diminuem a relevância dos resultados, mas reforçam a necessidade de que investigações futuras deverão ter em consideração amostras mais alargadas, programas de maior duração e sistemas de avaliação múltiplos (autoavaliação, heteroavaliação, follow-ups em diferentes momentos temporais).

Em síntese, este estudo evidencia que o treino em PD constitui uma estratégia formativa promissora para o fortalecimento da autoeficácia clínica e para a promoção de competências interpessoais facilitadoras. Os resultados mostraram, contudo, que estas dimensões não evoluem de forma paralela, o que sugere trajetórias de desenvolvimento distintas, ainda que complementares. Assim, tornam-se particularmente relevantes abordagens integradas e sistemas de avaliação múltiplos, capazes de captar a complexidade do progresso profissional. Apesar das limitações metodológicas, os resultados alinham-se com a evidência de que ganhos duradouros dependem mais da qualidade e intencionalidade do treino do que do tempo acumulado de prática clínica, reforçando a pertinência de investir em programas de treino em PD acompanhados por metodologias de avaliação diversificadas e prolongadas no tempo.

Conclusão

O presente estudo avaliou o impacto de uma formação especializada em psicoterapia, baseada na metodologia da PD, no desenvolvimento das FIS e na autoeficácia clínica, através da autoavaliação em vídeos simulados de situações terapêuticas desafiantes e da autorreflexão dos participantes sobre a sua prática clínica habitual.

Os resultados confirmaram ganhos significativos na autoeficácia clínica, de dimensão moderada, sugerindo que a PD pode fortalecer a percepção das competências dos psicoterapeutas, mesmo em fases iniciais de treino. Contudo, as melhorias observadas nas FIS não atingiu significância estatística, indicando que o desenvolvimento destas competências interpessoais poderá requerer períodos mais prolongados e estruturados de treino.

A ausência de correlação entre a evolução da autoeficácia e das FIS sugere que ambas seguem trajetórias de desenvolvimento distintas, ainda que complementares, refletindo processos de aprendizagem diferenciados. No plano psicométrico, a utilização preliminar da T-SES em contexto português revelou excelente consistência interna, mas a estrutura fatorial não pôde ser confirmada devido à reduzida dimensão da amostra ($N = 22$) e ao baixo índice KMO, devendo os resultados ser entendidos apenas como exploratórios.

De forma integrada, este estudo reforça que o treino em PD constitui uma metodologia de treino promissora para a psicoterapia, sobretudo no fortalecimento da autoeficácia clínica, ao mesmo tempo que sublinha a necessidade de investigações futuras que explorem, com amostras maiores e metodologias longitudinais, o modo como a autoeficácia e as FIS se articulam ao longo da formação.

Por fim, importa destacar a importância de integrar a autoavaliação sistemática em programas de formação, como ferramenta prática de monitorização e de promoção da consciência crítica, incentivando os terapeutas a manter uma percepção realista das suas competências e a investir na sua evolução contínua. Estes resultados, ainda que preliminares, reforçam a pertinência de prosseguir a investigação com maior profundidade e com amostras mais alargadas, de modo a consolidar práticas formativas que sustentem tanto a eficácia clínica como o compromisso com o desenvolvimento profissional e a aprendizagem ao longo da vida.

Referências Bibliográficas

- Allen, J. J., Parker, A., & Ogles, B. M. (2024). A review of the facilitative interpersonal skills performance task and rating method. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 31(2), 211–223. <https://doi.org/10.1037/cps0000187>
- Álvarez, M. P. (2022). The great psychotherapy debate: Bruce Wampold and Zac Imel (2021). *Papeles del Psicólogo*, 43(2), 133–135. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2983>
PDF: <https://www.papelesdelpsicologo.es/English/2998.pdf>
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology*, 65(7), 755–768. <https://doi.org/10.1002/jclp.20583>
- Anderson, T., & Patterson, C. (2013). Facilitative interpersonal skill task and rating method. *Athens, OH: Ohio University*.
- Anderson, T., Patterson, C. L., McClintock, A. S., Song, X., & The Psychotherapy Process Lab. (2019). Facilitative interpersonal skills (FIS): Moving from analog research to clinical training. *Psychotherapy*, 56(2), 179–189.
- Anderson, T., Perlman, M. R., McCarrick, S. M., & McClintock, A. S. (2020). Modeling therapist responses with structured practice enhances facilitative interpersonal skills. *Journal of Clinical Psychology*, 76(4), 659–675. <https://doi.org/10.1002/jclp.22911>
- Bachelor, A. (2013). Clients' and therapists' views of the therapeutic alliance: Similarities, differences and relationship to therapy outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(2), 118–135. <https://doi.org/10.1002/cpp.792> [Wiley Online Library](#)
- Bailey, R. J., & Ogles, B. M. (2023). *Common factors therapy: A principle-based treatment framework*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000354-000>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control* (Vol. 11). W. H. Freeman.
- Barata, M., Sousa, D., & Vaz, A. (2024). The effect of deliberate practice training on psychology students' empathic skills. *Journal of Expertise*, 8(1).
- Barata, M., Santos, J. M., Sousa, D., Silva, C., Alface, C., & Coelho, P. (2025). We are on the road to somewhere: How deliberate practice can enhance the path of continuing education in mental health. *Practice Innovations*. <https://doi.org/10.1037/pri0000273>

- Barros, M., & Batista-dos-Santos, A. C. (2010). Por dentro da autoeficácia: um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos. *Revista Espaço Acadêmico*, 10(112), 1–9.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186–3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Beeson, H., McDonald, M., Bate, J., Smith, R., & Arthey, S. (2023). A systematic review of deliberate practice in psychotherapy: Definitions, operationalization, and preliminary outcomes. *Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1037/pst0000569>
- Belik, O., Schultz, J. M., Fairhurst, S., Stuart, S., Vaz, A., & Rousmaniere, T. (2025). Introduction and overview of deliberate practice and interpersonal psychotherapy. American Psychological Association.
- Bell, E. C., Marcus, D. K., & Goodlad, J. K. (2013). Are the parts as good as the whole? A meta-analysis of component treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(4), 722–736. <https://doi.org/10.1037/a0033004>
- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (2017). *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-000>
- Catalino, D. L. S. (2024). A eficácia da prática deliberada na melhoria de competências interpessoais facilitadoras e a sua autoavaliação [Dissertação de mestrado, ISPA – Instituto Universitário]. Repositório ISPA. <https://repositorio.ispa.pt/entities/publication/d2d8d180-9c16-468f-b8ac-2880ba8ae9db>
- Chow, D. L., et al. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy*, 52(3), 337–345. <https://doi.org/10.1037/pst0000015>
- Chow, D., Lu, S. H., Kwek, T., Miller, S. D., Jones, A., Hubble, M. A., & Tan, G. C. (2024). Improving responses to challenging scenarios in therapy: A randomized controlled trial of a deliberate practice training program. *Training and Education in Professional Psychology*. <https://doi.org/10.1037/tep0000471>

- Chow, D., Lu, S. H., Kwek, T., Miller, S. D., Jones, A., Hubble, M. A., & Tan, G. C. (2025). *Improving responses to challenging scenarios in therapy: A randomized controlled trial of a deliberate practice training program*. **Training and Education in Professional Psychology**. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/tep0000493>
- Clements-Hickman, A. L., & Reese, R. J. (2020). Improving therapists' effectiveness: Can deliberate practice help? *Professional Psychology: Research and Practice*, 51(6), 606–612. <https://doi.org/10.1037/pro0000318>
- Clements-Hickman, A. L., & Harris, K. R. (2024). Deliberate practice for psychotherapy skills: Recommendations and implications based on the state of the science. *Professional Psychology: Research and Practice*, 55(6), 563–572. <https://doi.org/10.1037/pro0000592>
- Costello, A. B., & Osborne, J. W. (2005). *Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis*. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 10(7), 1–9. <https://doi.org/10.7275/jyj1-4868>
- Cuijpers, P. (2017). Four decades of outcome research on psychotherapies for adult depression: An overview of a series of meta-analyses. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 58(1), 7–19. <https://doi.org/10.1037/cap0000096>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D., van Straten, A., & Furukawa, T. A. (2024). Absolute and relative outcomes of psychotherapies for eight mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 23(2), 220–231. <https://doi.org/10.1002/wps.21203>
- Diamond, G., Wlodek, B., Arthey, S., & Parker, S. (2025). A systematic review of deliberate practice in psychotherapy: Definitions, operationalization, and preliminary outcomes. *Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1037/pst0000569>
- Di Bartolomeo, A. A., Shukla, S., Westra, H. A., Ghashghaei, N. S., & Olson, D. A. (2020). *Rolling with resistance: A client language analysis of deliberate practice in continuing education for psychotherapists*. *Counselling and Psychotherapy Research*, Advance online publication, 1–9. <https://doi.org/10.1002/capr.12335>
- Ericsson, K. A., et al. (1993). The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. *Psychological Review*, 100(3), 363–406. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.100.3.363>
- Ericsson, K. A. (2006). The influence of experience and deliberate practice on the development of superior expert performance. In K. A. Ericsson, N. Charness, P. J. Feltovich, & R. R.

- Hoffman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance* (pp. 685–705). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511816796.038>
- Ericsson, K. A., et al. (2009). Toward a science of exceptional achievement: Attaining superior performance through deliberate practice. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1172(1), 199–217. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04986.x>
- Ericsson, A., & Pool, R. (2016). *Peak: Secrets from the new science of expertise*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Ericsson, K. A., Hoffman, R. R., Kozbelt, A., & Williams, A. M. (Eds.). (2018). *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*. Cambridge University Press.
- Faria, L. F. F. (2023). *Intervisão, supervisão e prática deliberada em psicoterapia: revisão sistemática* (Master's thesis).
- Finsrud, I., Nissen-Lie, H. A., Vrabel, K., Høstmælingen, A., Wampold, B. E., & Ulvenes, P. G. (2022). It's the therapist and the treatment: The structure of common therapeutic relationship factors. *Psychotherapy Research*, 32(2), 139–150. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1900663>
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference* (4th ed.). Allyn & Bacon.
- Goldberg, S. B., Babins-Wagner, R., Rousmaniere, T., Berzins, S., Hoyt, W. T., Whipple, J., Miller, S. D., & Wampold, B. E. (2016a). Creating a climate for therapist improvement: A case study of an agency focused on outcomes and deliberate practice. *Psychotherapy*, 53(3), 367–375. <https://doi.org/10.1037/pst0000060>
- Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T., & Wampold, B. E. (2016b). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical practice. *Psychotherapy*, 53(3), 277–286. <https://doi.org/10.1037/pst0000034>
- Goodyear, R. K., et al. (2017). Expertise in psychotherapy: An elusive goal? *American Psychologist*, 72(4), 265–278. <https://doi.org/10.1037/a0040549>
- Gori, A., Topino, E., Brugnera, A., & Compare, A. (2022). Assessment of professional self-efficacy in psychological interventions and psychotherapy sessions: Development of the Therapist Self-Efficacy Scale (T-SES) and its application for eTherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 78(11), 2122–2144. <https://doi.org/10.1002/jclp.23391>

- Hair, J. F., Jr., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis* (8th ed.). Cengage.
- Heinonen, E., & Nissen-Lie, H. A. (2020). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: A systematic review. *Psychotherapy Research, 30*(4), 417–432. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1620366>
- Hill, C. E., & Knox, S. (2013). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research, 23*(1), 13–29. <https://doi.org/10.1080/10503300802621206>
- Hill, C. E., Spiegel, S. B., Hoffman, M. A., Kivlighan Jr, D. M., & Gelso, C. J. (2017). Therapist expertise in psychotherapy revisited. *The Counseling Psychologist, 45*(1), 7–53. <https://doi.org/10.1177/0011000016628628>
- Hill, C. E., & Norcross, J. C. (2023). Research evidence on psychotherapist skills and methods: Foreword and afterword. *Psychotherapy Research, 33*(7), 821–840. <https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2234514>
- Koehler, S. E., & Mata, L. (2021). Analisando a autoeficácia e o engajamento no trabalho de psicólogos escolares. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho, 21*(2), 1367–1374. <https://doi.org/10.15689/ap.2019.1803.17297.06>
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy, 38*(4), 357–361. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357>
- Leal, I. (2018). *Psicoterapias*. Pactor.
- Leonardi, J. L., & Meyer, S. B. (2015). Prática baseada em evidências em psicologia e a história da busca pelas provas empíricas da eficácia das psicoterapias. *Psicologia: Ciência e Profissão, 35*(4), 1139–1156. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001242013>
- Longley, M., Kästner, D., Daubmann, A., Hirschmeier, C., Strauß, B., & Gumz, A. (2023). Prospective psychotherapists' bias and accuracy in assessing their own facilitative interpersonal skills. *Psychotherapy, 60*(4), 525–535. <https://doi.org/10.1037/pst0000506>
- Mahon, D. (2023). A scoping review of deliberate practice in the acquisition of therapeutic skills and practices. *Counselling and Psychotherapy Research, 23*(4), 965–981. <https://doi.org/10.1002/capr.12495>

- Mahon, D. (2024). Don't just magically assume you're going to get better as a therapist as time goes on: An exploration of the use of deliberate practice. *Counselling and Psychotherapy Research*, 24(3), 913–924. <https://doi.org/10.1002/capr.12615>
- Miller, K., Glaze, A., & Mazur, E. (2021). *Increasing the effectiveness of active learning using deliberate practice*. *Physical Review Physics Education Research*, 17(1), 010129. <https://doi.org/10.1103/PhysRevPhysEducRes.17.010129>
- Miller, W. R., & Moyers, T. B. (2021). *Effective psychotherapists*. Guilford Publications.
- Miller, K., Miller, O., & Lawrence, G. (2025). *Teaching problem solving in undergraduate physics courses: An endorsement for deliberate practice*. arXiv preprint. <https://arxiv.org/abs/2508.08133>
- Nurse, K., O'Shea, M., Ling, M., Castle, N., & Sheen, J. (2025). The influence of deliberate practice on skill performance in therapeutic practice: A systematic review of early studies. *Psychotherapy Research*.
- Norcross, J. C., & Karpiak, C. P. (2017). *Our best selves: Defining and actualizing expertise in psychotherapy*. *The Counseling Psychologist*, 45(1), 66–75. <https://doi.org/10.1177/0011000016655603>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (Eds.). (2023). *Psychotherapy skills and methods that work*. Oxford University Press.
- Persona, D. B. F., Correia-Zanini, M. R. G., Rossato, L., de Souza, D. C., da Cunha, V. F., & Scorsolini-Comin, F. (2024). Avaliação de uma intervenção psicológica breve e on-line com estudantes de enfermagem. *Caderno Pedagógico*, 21(9), e8279. <https://doi.org/10.54033/cadpedv21n9-297>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (2005). The transtheoretical approach. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed., pp. 147–171). Oxford University Press.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2018). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (9th ed.). Oxford University Press.
- Ribeiro, E. (2019). A eficácia da psicoterapia. In C. Biscaia & D. Neto (Coords.), *A prática profissional da psicoterapia* (pp. 90–105). Ordem dos Psicólogos Edições.
- Roos, J., & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research*, 23(4), 394–418. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.655513>

- Rousmaniere, T., Goodyear, R. K., Miller, S. D., & Wampold, B. E. (Eds.). (2017). *The cycle of excellence: Using deliberate practice to improve supervision and training*. John Wiley & Sons.
- Rousmaniere, T., & Vaz, A. (2019). *Deliberate practice for therapists*. <https://dpfortherapists.com>
- Rousmaniere, T., & Vaz, A. (2021). *The essentials of deliberate practice*. American Psychological Association.
- Rousmaniere, T., & Vaz, A. (2023). Deliberate practice supervision residencies. Sentio Counseling Center. <https://www.sentiocc.org/sup-residency>
- Rousmaniere, T. (2024). *Deliberate practice for psychotherapists: A guide to improving clinical effectiveness* (2nd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/97810034006220>
- Rousmaniere, T., & Vaz, A. (Eds.). (2024). *Essentials of Deliberate Practice Series*. American Psychological Association. (Obra original publicada em 2021).
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guilford Press.
- Shick Tryon, G., Collins Blackwell, S., & Felleman Hammel, E. (2007). A meta-analytic examination of client–therapist perspectives of the working alliance. *Psychotherapy Research*, 17(6), 629–642. <https://doi.org/10.1080/10503300701320611>
- Sousa, D. (2017). Investigação científica em psicoterapia e prática psicoterapêutica: Os dados da investigação mais relevantes para os clínicos. Fim de Século.
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547–559. <https://doi.org/10.1037/a0028226>
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2014). A treatment by disorder meta-analysis of dropout from psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 193–207. <https://doi.org/10.1037/a0036964>
- Shukla, S., Di Bartolomeo, A. A., Westra, H. A., Olson, D. A., & Ghashghaei, N. S. (2021). The impact of a deliberate practice workshop on therapist demand and support behavior with community volunteers and simulators. *Psychotherapy*, 58(2), 186–195. <https://doi.org/10.1037/pst0000333>
- Tomás, M., Sousa, D., Barata, M., Amaro, I., & Coelho, P. (2025). The effect of a deliberate practice training on the delivery of empathetic interventions in clinical psychology master students. *Journal of Expertise*, 8(1). journalofexpertise.org

- Trancas, B., Melo, J. C., & Borja-Santos, N. (2008). O pássaro de Dódo e os fatores comuns em psicoterapia. *Psilogos*, 5(1–2), 75–87.
- Vaz, A., & Rousmaniere, T. (2022). Clarifying deliberate practice for mental health training. Sentio University. <http://www.sentio.org>
- Vaz, A., Sousa, D., & Afonseca, M. (2023). *Treino em psicoterapia: Como usar a prática deliberada para melhorar resultados clínicos*. Pactor.
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P., & Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, 110(2), 639–644. <https://doi.org/10.2466/02.09.18.PR0.110.2.639-644>
- Wampold, B. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270–277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Wampold, B. E., Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2017). What characterizes effective therapists? In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (pp. 37–53). American Psychological Association.
- Westra, H. A., Norouzian, N., Poulin, L., Coyne, A. E., Constantino, M. J., Hara, K., Olson, D., & Antony, M. M. (2021). *Testing a deliberate practice workshop for developing appropriate responsivity to resistance markers*. *Psychotherapy*, 58(2), 175–185. <https://doi.org/10.1037/pst0000311>
- Williams, A. M. (2023). Deliberate practice and its role in expertise development in sport and beyond. *Journal of Sports Sciences*, 41(12), 1351–1363. <https://doi.org/10.1080/02640414.2023.2240630>
- Young, J., Schruoff, M., Humphrey, C., & Pavlacic, J. M. (2024). Multiple-baseline design study of deliberate practice for learning psychotherapeutic techniques. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 9(1), 1–16. <https://doi.org/10.1080/23794925.2024.2345678>

Anexos

Anexo I – Revisão de Literatura

Eficácia da Psicoterapia

A psicoterapia é uma forma de intervenção intencional, baseada em princípios e processos psicológicos, realizada no contexto de uma relação colaborativa e de confiança, entre um terapeuta com treino especializado e um paciente, com o objetivo de diminuir o sofrimento psicológico, resolver problemas e promover melhorias significativas na qualidade de vida, adequando a sua ação metodológica de uma forma adaptada e singular para essa pessoa (Wampold, 2001; Wampold & Imel, 2015).

A Teoria que sustenta a eficácia da psicoterapia tem acompanhado o desenvolvimento das principais abordagens psicoterapêuticas, evoluindo de um foco inicial em teorias subjetivas para um campo orientado por evidências, com base na investigação científica e na compreensão dos fatores que influenciam os resultados terapêuticos. Neste sentido, as meta-análises pioneiras realizadas por Smith e Glass (1977) e Smith et al. (1980), já na década de 1970, evidenciaram cientificamente a eficácia da psicoterapia, demonstrando melhorias significativas em variáveis como medo, autoestima e ansiedade. Estudos mais recentes continuam a confirmar a eficácia da psicoterapia, evidenciando que, comparativamente a tratamentos farmacológicos ou ao placebo, é geralmente tão eficaz ou mais duradoura, apresentando menor resistência e maior estabilidade de resultados (Cuijpers et al., 2013; Huhn et al., 2014; Lambert, 2015; Cuijpers, 2023, 2024)

Tendo os estudos da eficácia absoluta da psicoterapia sido reconhecidos e suportados com evidências científicas, seria relevante a realização de uma análise direta comparativa entre as várias abordagens terapêuticas. Verificando-se no decurso do Sec. XX (Leonardi & Meyer, 2015), o aparecimento de múltiplas meta-análises que investigaram e identificaram a existência de fatores terapêuticos transversais, denominados “Fatores Comuns”, sendo os mais estudados a qualidade da aliança terapêutica, o compromisso e a criação de expectativas positivas, que influenciam diretamente os resultados, independentemente da abordagem teórica utilizada. Assim, diferentes modelos (cognitivo-comportamental, psicanalítico, sistémico, humanista-experiencial ou existencial) tendem a apresentar eficácia equivalente, desde que estes fatores comuns estejam presentes. De salientar, ainda, a importância das competências individuais do terapeuta, as características do paciente e o seu suporte social (Ribeiro, 2019).

Não obstante, a comprovada eficácia da psicoterapia, esta envolve uma interação dinâmica entre o paciente, o terapeuta, a abordagem utilizada e o contexto em que esta se realiza. A

importância de compreender e potencializar a conjugação dos vários fatores, anteriormente referidos, é essencial para se ir ao encontro da obtenção de melhores resultados clínicos, ou seja, do outcome pretendido.

Apesar da sua eficácia comprovada, a prática clínica da psicoterapia enfrenta desafios relevantes, como a elevada taxa de abandono (cerca de 20%), frequentemente associada a dificuldades na aliança terapêutica (Swift & Greenberg, 2012; Ferreira et al., 2023). Além disso, em alguns casos, verifica-se a ocorrência de efeitos adversos associados à psicoterapia (Klatte et al., 2023) que podem conduzir à deterioração do estado clínico de alguns pacientes (Lambert et al., 2005; Moritz et al., 2019).

Tais riscos são, muitas vezes, potenciados por dificuldades na relação terapêutica (Safran et al., 2005) e pela ausência de uma avaliação crítica contínua, em particular no que diz respeito à detecção precoce da deterioração clínica e à monitorização da própria relação terapêutica (Mahon, 2023). Contribui para esta fragilidade a percepção excessivamente otimista que muitos terapeutas mantêm acerca da sua eficácia terapêutica, verificando-se uma tendência para a sobrestima da mesma (Lambert, 2013). De facto, estudos indicam que 25% dos terapeutas acreditam pertencer aos 10% mais eficazes, e nenhum acredita estar abaixo da média (Walfish et al., 2012). Neste contexto, a monitorização sistemática de resultados, com recurso ao feedback contínuo dos pacientes, tem-se mostrado uma estratégia eficaz para fortalecer a aliança terapêutica, reduzir o abandono e minimizar a deterioração clínica (Lambert et al., 2018; de Jong et al., 2021; Barkham et al., 2023).

Modelo Contextual

O modelo contextual, é considerado um meta-modelo integrador, defende que a eficácia da psicoterapia resulta da interação dinâmica entre fatores comuns e contextuais, não se limitando às técnicas específicas de cada abordagem (Bell et al., 2013; Wampold & Imel, 2015; Norcross & Lambert, 2018).

Segundo Wampold (2015), a eficácia psicoterapêutica resulta da combinação de três vias principais e interdependentes: (1) o vínculo terapêutico inicial, baseado numa relação genuína, realista e sem transferência, onde o terapeuta demonstra empatia, atenção e compreensão. Fatores que potenciam a motivação do paciente e reduzem o risco de abandono precoce (Gelso, 2014; Fernandez et al., 2021; van Dijk et al., 2023); (2) a criação de expectativas positivas, sustentada numa explicação clara do processo terapêutico que aumentará a motivação e o envolvimento do paciente (Frank & Frank, 1991); e (3) a promoção de ações terapêuticas, dentro e fora das sessões, orientadas por objetivos claros e tarefas colaborativas, que reforçam o envolvimento do paciente e

operacionalizam mudanças comportamentais, cognitivas e emocionais (Barkham & Lambert, 2021; Wampold, 2015). Ou seja, as intervenções que se revelaram eficazes induzem, de forma implícita ou explícita, o paciente a realizar algo novo, promovendo melhorias na sua saúde e bem-estar (Vaz & Sousa, 2021).

Em conclusão, as três vias operam e interagem dinamicamente, existindo uma sobreposição entre os fatores de relacionamento (Finsrud et al., 2022), em que os pacientes avaliam em simultâneo o terapeuta e o tratamento, isto é, a criação de uma relação terapêutica sólida, conjuga a confiança no terapeuta, nas suas competências e na eficácia das técnicas aplicadas. A existência de uma expectativa positiva em relação ao tratamento aumenta a motivação do paciente, e a percepção de sucesso reforça a confiança no processo e no terapeuta, fortalecendo assim a aliança terapêutica (Finsrud et al., 2022).

Efeitos do Terapeuta

Pode-se afirmar que, os efeitos do terapeuta existem, e são evidentes devido à variabilidade de resultados observados entre terapeutas, ou seja, alguns terapeutas apresentam consistentemente maior eficácia nos resultados com os pacientes em comparação com outros (Baldwin & Imel, 2013; Barkham et al., 2017; Wampold & Owen, 2021; Wampold & Imel, 2015).

O construto dos efeitos do terapeuta refere-se a um conjunto de fatores intrínsecos e extrínsecos relacionados ao terapeuta, que vão influenciar os resultados da psicoterapia. Este conceito destaca que, fatores como características individuais, competências interpessoais, estratégias de autorreflexão, e competências técnicas do terapeuta tem um papel crítico na variância dos resultados do processo terapêutico, independentemente da abordagem teórica utilizada. A investigação tem demonstrado que as diferenças entre terapeutas “efeitos individuais do terapeuta” representam entre 5% e 10% da variância no resultado (Baldwin & Imel, 2013; Firth et al., 2019; Wampold & Imel, 2015), ainda mais do que tempo de prática, o nível de qualificação e o método terapêutico utilizado (Delgadillo et al., 2022; Germer et al., 2022; Heinonen & Nissen-Lie, 2020; Johns et al., 2019; Norcross & Lambert, 2018; Pereira et al., 2023; Wampold, 2015).

O modelo contextual, anteriormente abordado, prevê a existência destas diferenças entre os terapeutas, assumindo que, ao implementarem os mesmos ingredientes específicos (i.e., técnicas baseadas em determinada abordagem teórica), uns fá-lo-ão com maior habilidade interpessoal, autorregulação e responsividade às necessidades do paciente, o que resultará, conseqüentemente, na obtenção de melhores resultados clínicos (Wampold, 2015). A variância destes resultados, por si só, são preditores de diferentes eficácias entre terapeutas (Barkham et al., 2017).

Esta diferença de eficiência entre terapeutas individuais, induz às seguintes questões: Que características e ações, identificadas pela investigação, diferenciam os terapeutas de eficácia superior? Quais as principais variáveis que apresentam uma forte correlação com os resultados clínicos? Qual a importância do treino e da formação dos terapeutas, como veículo de desenvolvimento das competências facilitadoras identificadas para uma prática clínica eficaz?

Caraterísticas e ações do terapeuta eficaz

Nos últimos anos, a atenção tem-se voltado para o estudo sistemático do terapeuta como pessoa, explorando as suas características e comportamentos, dentro e fora das sessões (self professional e pessoal). Em particular, na última década onde se verificou um crescente interesse no estudo das variáveis que distinguem um terapeuta com resultados clínicos, notavelmente, mais eficazes.

Cada terapeuta possui capacidades ou traços que são únicos e que influenciam o seu nível de eficácia com os pacientes (Castonguay & Hill, 2017; Norcross & Lambert (2018). A individualidade, de cada um, podem estar associadas características ou competências que vão atuar como facilitadoras no desenvolvimento da sua abordagem terapêutica. A estas capacidades dá-se o nome de Competências Interpessoais Facilitadoras (Facilitative Interpersonal Skill, FIS) (Anderson et al., 2009; Anderson et al., 2020), estando as mesmas relacionadas com padrões de comportamento interpessoal e emocional adotados pelo terapeuta, tendo por base a teoria dos fatores comuns, com a finalidade de aliviar o sofrimento do paciente originando resultados psicoterapêuticos significativos (Allen et al., 2023; Anderson et al., 2019; Anderson & Patterson, 2013; Anderson & Perlman, 2022).

Competências interpessoais facilitadoras (FIS)

São, contudo, diversas as competências que efetivamente possuem um papel facilitador, destacando-se: a empatia, capacidade de desenvolver e manter uma aliança terapêutica, fluência verbal, criação de expectativas positivas, persuasão, expressividade emocional, flexibilidade, competência para compreender a situação em que o paciente se encontra, habilidade de resistir à desvalorização e rejeição de alguns pacientes (Mahon, 2023; Anderson et al., 2020; Prado-Abril et al., 2019; Nissen-Lie et al. 2017; Anderson et al., 2009), e ainda, a capacidade de se autoavaliar/autocriticar profissionalmente e de interpretar feedbacks, no sentido de obter outputs sobre as competências a desenvolver ou adquirir e conseqüentemente melhorar resultados. Já Carl Rogers, 1957, reconheceu que este conjunto de competências são as necessárias e suficientes para que a mudança terapêutica possa ocorrer (Rogers, 1957).

Anderson et al. (2009, 2016, 2019, 2021) conduziram uma série de estudos, em que demonstraram a eficácia do treino para aquisição das FIS, através de uma prática repetitiva, o qual revelou com evidencia que a FIS mais alta do terapeuta estava associada a melhores resultados do paciente e a uma aliança terapêutica mais forte, comparativamente com métodos de ensino mais didáticos. O facto de o terapeuta apresentar boas competências para desenvolver uma forte aliança terapêutica com os seus pacientes vai permitir que estes desenvolvam expectativas positivas e acreditem que a sua terapia irá ter um resultado efetivo (Rousmaniere et al., 2017).

Na mesma linha, vários estudos recentes indicam que alunos e profissionais podem melhorar as suas avaliações FIS com treino (Perlman et al., 2020, 2022). Resultados semelhantes foram observados em estudos, nos quais se utilizaram simulações com pacientes padronizados (Kuehne et al., 2018) e casos simulados para supervisão (Veilleux et al., 2022).

Para se analisar a FIS dos terapeutas, foi desenvolvido um instrumento - FIS Performance Task -, cujo objetivo é medir a eficácia de um psicoterapeuta em cenários interpessoais terapêuticos, particularmente desafiantes e intensos (Allen et al., 2023; Anderson et al., 2009; Anderson & Patterson, 2013).

Este método de avaliação de performance, é constituído por 2 fases: a performance-based task e a cotação das respetivas respostas. Na primeira fase (performance-based task), os participantes visualizam um conjunto de 7 vídeos (1 a 2 minutos duração) que representam partes de sessões reais de terapia, encenadas por atores, contendo problemas desafiantes habitualmente presentes numa sessão de terapia (Anderson et al., 2009; Anderson & Patterson, 2013; Perlman et al., 2020), aos quais eles vão ter que “simular “uma resposta, que será gravada. As respostas gravadas serão posteriormente codificadas por avaliadores através de um manual, correspondendo esta à segunda fase do método de avaliação (Allen et al., 2023; Anderson et al., 2019; Anderson & Patterson, 2013). Para a codificação é utilizada uma escala Likert de 5 pontos que varia de 1= “Não Característico” a 5 = “Extremamente Característico”.

A FIS integra atualmente 8 itens, em que cada um apresenta uma descrição mais detalhada determinada com base na pesquisa e na teoria relacionadas com fatores comuns da psicoterapia. Embora, cada item seja avaliado de forma independente, todos se interligam (Anderson & Patterson, 2013). Os 8 itens que contribuem para esta avaliação são: (1) Fluência Verbal – que avalia a capacidade do terapeuta comunicar de forma natural; (2) Esperança e Expectativas Positivas – que avalia a habilidade do terapeuta transmitir ao paciente otimismo em relação aos seus objetivos e expectativa na mudança; (3) Persuasão – que analisa a competência de se proporcionar de forma convincente justificações ou explicações acerca do sofrimento do paciente que vão de encontro

aos seus problemas; (4) Expressão Emocional - avalia o modo como o terapeuta responde de forma emocional; (5) Afeto, Aceitação e Compreensão - avalia a capacidade de cuidar e aceitar sem julgamento, reprovação ou culpar o paciente ; (6) Empatia - avalia a capacidade de resposta do terapeuta em expressar que ouviu e compreendeu o que foi relatado pelo paciente, tanto através do seu discurso como das suas emoções; (7) Capacidade de Criar Aliança – avalia a capacidade do terapeuta conseguir transparecer um ambiente colaborativo, onde o paciente sente que existe um trabalho que é feito em conjunto para a resolução do problema; (8) Rutura e Reparo da Aliança - avalia a forma como o terapeuta resolve e dá resposta a problemas interpessoais que possam emergir ao longo do processo terapêutico de modo a reparar uma possível rutura (Anderson et al., 2019; Anderson & Patterson, 2013).

Este método de avaliação foi analisado num estudo conduzido por Anderson, Perlman et al. (2020), reforçando a ideia de que as competências avaliadas presentes na FIS podem ser treinadas e desenvolvidas por meio do método da prática deliberada, o qual irá potenciar o desenvolvimento contínuo de competências especializadas (expertise), e deste modo alcançar altos níveis de desempenho.

Autoeficácia do terapeuta

A autoeficácia é um conceito central da psicologia cognitiva social, introduzido por Albert Bandura (1997), que a define como a crença que o indivíduo tem na sua capacidade de organizar e executar ações necessárias para atingir determinados objetivos. No contexto da psicoterapia, esta noção aplica-se de forma particular à confiança do terapeuta nas suas próprias competências para conduzir processos terapêuticos de forma eficaz, adaptando técnicas, estabelecendo uma relação empática e lidando com desafios imprevisíveis das sessões clínicas. Esta convicção pessoal é considerada central, pois, como afirma Gori et al. (2022), “terapeutas mais conscientes da sua eficácia percebida tendem a adaptar melhor as suas intervenções às necessidades reais dos pacientes”.

Perceber a própria autoeficácia traz várias vantagens para o terapeuta e, consequentemente, para os seus clientes. Por um lado, promove maior autoconsciência profissional, ajudando o terapeuta a reconhecer as suas zonas fortes e fragilidades, o que incentiva a procura de formação contínua e supervisão focada. Por outro, níveis ajustados de autoeficácia estão associados a maior qualidade na relação terapêutica, dado que terapeutas mais confiantes tendem a envolver-se de forma mais autêntica, a persistir perante dificuldades clínicas e a adaptar intervenções com flexibilidade. Além disso, conhecer e monitorizar a autoeficácia contribui para prevenir a sobrestimação irrealista, que pode criar resistências à mudança pessoal e profissional.

O processo de construção e desenvolvimento da Escala de Autoeficácia do Terapeuta “Therapist Self-Efficacy Scale” foi implementado adotando uma perspectiva integrativa, tal como conceptualizada na abordagem transteórica (Prochaska & DiClemente, 2005; Prochaska & Norcross, 2018), que visa preservar a riqueza das diferentes abordagens, ao mesmo tempo que oferece implicações úteis para a prática clínica de uma forma concetualmente ordenada, baseada na investigação científica, e numa visão sistemática, tão abrangente e flexível quanto possível. Deste processo, resultou uma escala de autorrelato constituída por 21 itens, a qual abrange a auto-perceção do terapeuta de saúde mental em seis dimensões consideradas centrais na literatura científica sobre eficácia terapêutica: eficácia comunicativa, competência clínica, competência intrapsíquica, competência relacional, regulação dos afetos e a capacidade de diagnóstico (Gori et al., 2022).

Com base neste princípio, Gori et. Al. (2022) desenvolveram a Therapist Self-Efficacy Scale (T-SES), especificamente concebida para profissionais de saúde mental. Esta escala surgiu da necessidade de operacionalizar e medir de forma fiável a perceção que os próprios terapeutas têm sobre as suas capacidades, contemplando seis dimensões fundamentais (eficácia comunicativa, competência clínica, competência intrapsíquica, competência relacional, regulação emocional e competência de diagnóstico). O instrumento foi desenvolvido e validado para oferecer aos profissionais e supervisores um recurso útil para monitorizar e refletir sobre as áreas em que se sentem mais ou menos competentes, permitindo uma avaliação abrangente da perceção de autoeficácia do terapeuta no desempenho das suas funções.

Nesse sentido, o contributo da prática deliberada (PD) para o desenvolvimento da autoeficácia mais ajustada tem vindo a ser investigado em contextos de formação contínua de psicoterapeutas. Um exemplo disso é o estudo de Barata et al. (2025), intitulado *We Are on the Road to Somewhere*, que avaliou o impacto da PD num curso acreditado de psicoterapia. No primeiro momento de avaliação, os resultados revelaram melhorias significativas em várias dimensões das Facilitative Interpersonal Skills (FIS), nomeadamente empatia, fluência verbal, persuasão e capacidade de reparação de ruturas na aliança terapêutica. Curiosamente, os próprios participantes relataram uma diminuição na sua autoeficácia percecionada ao longo do tempo, o que poderá refletir uma maior consciência crítica das suas limitações e a ativação de um processo autorreflexivo mais exigente, precisamente um dos objetivos da PD. Estes dados sugerem que a PD, quando integrada na formação contínua, pode funcionar simultaneamente como mecanismo de treino de competências e de confrontação com as próprias fragilidades profissionais, promovendo uma autoavaliação mais realista e, potencialmente, mais útil ao desenvolvimento clínico.

No âmbito da presente investigação, a aplicação desta escala revela-se pertinente, na medida em que possibilita uma reflexão crítica por parte dos profissionais sobre as suas competências, ajudando a identificar áreas de maior ou menor confiança. Esta monitorização contínua é uma mais-valia, pois níveis realistas de autoeficácia potenciam benefícios diretos para o processo terapêutico, como maior envolvimento, flexibilidade na aplicação de técnicas e melhor gestão de impasses na relação terapêutica. Além disso, a consciência sobre a própria autoeficácia pode mitigar o risco de sobrestimação irrealista por parte do terapeuta, fenómeno identificado em investigações anteriores (Walfish et al., 2012), funcionando como um incentivo na procura de supervisão, de treino em PD e atualização de competências. Assim, medir e analisar os resultados da autoeficácia contribui para fortalecer a qualidade da intervenção clínica e para promover uma prática baseada na autorreflexão e na melhoria contínua.

Em suma, os resultados obtidos com a utilização da T-SES (Therapist Self-Efficacy Scale) reforçam a relevância de incorporar instrumentos de autoavaliação na formação e prática supervisionada de psicoterapeutas, com implicações positivas para a qualidade da relação terapêutica, para a adesão dos clientes e, em última instância, para os desfechos clínicos. Esta consciência autorreflexiva sobre as próprias competências, quando monitorizada de forma sistemática, poderá também constituir uma base sólida para o desenvolvimento de níveis mais elevados de competência profissional, abrindo caminho para a compreensão do conceito de expertise clínica em psicoterapia.

Expertise em psicoterapia

Um *Expert*, é um especialista que desenvolveu competências especializadas numa determinada área, é um profissional de topo que se diferencia dos seus pares. A investigação, sobre o que distingue o expert dos seus pares, tem sido vasta e contínua, segundo Rousmaniere et al (2017) está relacionado com a aquisição de um alto nível de conhecimento ao longo da formação, da prática exaustiva, análise, avaliação e criatividade, permitindo o desenvolvimento de competências específicas cruciais para a sua eficácia nos resultados com os pacientes.

Expertise em psicoterapia refere-se a uma combinação de conhecimentos, habilidades técnicas, competências interpessoais e experiência que um terapeuta desenvolve continuamente e aplica para alcançar resultados terapêuticos eficazes, num processo dinâmico que envolve uma aprendizagem contínua, a aplicação criteriosa de técnicas, sensibilidade interpessoal e um compromisso para a melhoria constante dos resultados terapêuticos.

A definição escolhida em psicoterapia de expertise, será um determinante para o treino de psicoterapeutas de alto nível, denominados “Experts” (Hill e al., 2017), considerando as

limitações e divergências, relativas a definição de expertise, como tendo afirmado Shanteau (1992) que a prática da psicoterapia não tem uma base de conhecimentos especializados, utilizando uma definição que integra reputação, qualidade do desempenho e melhoria de resultados obtidos pelos anos de experiência profissional, assim como, outros investigadores identificaram diferenças entre os resultados de diversos terapeutas (Hattie, Sharpley, & Rogers, 1984; Stein & Lambert, 1984, 1995; Wampold & Brown, 2005), destacando que terapeutas com mais anos de prática não demonstram maior eficácia de resultados em relação a terapeutas com menos anos. Os terapeutas experientes são os que foram aperfeiçoando continuamente as suas competências e se adaptaram às necessidades dos seus pacientes (Norcross & Lambert, 2018).

A definição de expertise em psicoterapia, defendida por Hill, Spiegel, Hoffman, Kivlighan e Gelso (2017), na qual focam o conceito de expertise no desempenho do terapeuta (que inclui a competência) como critério, colocando corretamente a competência do terapeuta num continuum, que vai desde o altamente inexperiente ao altamente especializado, e que tem sido consistentemente determinado pela investigação com base nos resultados dos pacientes e no comportamento do profissional. Além disso, os autores oferecem exemplos de expertise como, níveis mais elevados de capacidade, habilidade, competência profissional e eficácia. Norcross & Karpiak (2017) na sua investigação “Our Best Selves”, tal como Hill et al. (2017) referem que a expertise tem menos a ver com o domínio do método terapêutico e mais com a relação, a responsividade e o empenho em melhorar. Goodyear et al. (2017), defendem que a definição de expertise deve envolver uma melhoria constante ao longo do tempo para alcançar um desempenho superior numa medida significativa, que normalmente é o resultado do paciente. Argumentando que, o melhor meio de um terapeuta alcançar a excelência é através da prática deliberada contínua, apoiada em princípios de aprendizagem de alta performance (Dreyfus & Dreyfus, 1986; Ericsson & Pool, 2016; Williams, 2023). De forma aplicada, Miller et al. (2025) demonstraram, no ensino da física, que a integração de estruturas explícitas de resolução de problemas, aliadas a ciclos de prática deliberada, promoveu o uso de estratégias semelhantes às dos especialistas, reforçando o potencial desta abordagem na aquisição de competências complexas, como as necessárias na psicoterapia.

Prática Deliberada

Alcançar competências específicas para melhorar o nível de desempenho, numa determinada área, constitui um dos objetivos fundamentais da formação profissional contínua. É um investimento pessoal exigente, que implica treino baseado num propósito claro de “aprender, com consciência de aprender” tendo como meta a excelência. Para tal, será necessário um treino sistemático e contínuo, centrado na monitorização rigorosa do desempenho de uma determinada

atividade/tarefa exercida regularmente e com a intenção de obter um rendimento superior. A este processo, Ericsson et al. (1993) denominaram como “prática deliberada” por estabelecer uma relação direta entre “prática individual voluntária intensa e nível de excelência adquirido”, e que pode ser aplicada em diversas áreas, incluindo na formação de psicoterapeutas. A PD foi originalmente conceptualizada como um tipo de treino estruturado, individualizado e intencional, com o objetivo de melhorar o desempenho através da repetição e aperfeiçoamento contínuo. Inicialmente aplicada em domínios como a música (Krampe & Ericsson, 1996), desporto (Côté et al., 2005), xadrez (Gobet & Charness, 2006) e medicina (Norman et al., 2006), foi rapidamente reconhecida como um mediador central do desenvolvimento de expertise.

Com base nos estudos de Ericsson (2006), a prática deliberada, tem como foco o aperfeiçoamento contínuo do desempenho profissional, através da execução de um conjunto de atividades que promovem o desenvolvimento progressivo de competências e, como consequência, a melhoria da eficácia clínica. Este processo assenta na prática reflexiva, na auto-observação crítica e na monitorização sistemática do próprio trabalho, também designada por prática de autoconsciência. Este processo implica desenvolver mecanismos que permitam identificar áreas de melhoria, a definição de objetivos de aprendizagem de competências essenciais, e o investimento em treino baseado na repetição deliberada de tarefas. A PD recorre ainda à supervisão com devolução de feedback construtivo sobre as interações terapêuticas, bem como, à avaliação contínua dos resultados obtidos e à integração do feedback dos próprios pacientes (Goodyear et al., 2017; Rousmaniere, 2017; Rousmaniere, Goodyear, & Miller, 2017; Westra, Constantino, & Antony, 2017; Beeson et al., 2023). Este conjunto de estratégias visa não apenas o desenvolvimento de competências essenciais, mas também a criação de mecanismos de autorregulação, que permitem ao terapeuta refletir sobre o seu desempenho, monitorizar a sua evolução e delinear planos de treino ajustados às exigências da prática clínica eficaz.

Segundo Vaz et al. (2013), a prática deliberada é considerada um método fundamental para o desenvolvimento de expertise profissional. A investigação sobre expertise tem revelado impactos significativos no modo como se compreende e promove o treino de profissionais de excelência, não apenas na área da psicologia, mas também noutras áreas da comunidade (Vaz et al., 2023). No contexto da psicoterapia, é essencial que profissionais, investigadores e formadores reconheçam e incentivem a aquisição de expertise, adotando a prática deliberada como base para alcançar um desempenho superior. Este processo implica dedicar mais tempo à identificação das áreas específicas em que o desempenho falha, procurar apoio de outros profissionais, refletir sobre o feedback recebido, bem como desenvolver, ensaiar, executar e avaliar planos de ação orientados

para a formação contínua do desempenho pessoal, monitorizando o seu progresso ao longo do tempo (Ericsson, 2006; Ericsson et al., 2009).

A revisão de literatura de Mahon (2023) reforça que a prática deliberada é um método útil para o desenvolvimento de um conjunto de competências específicas, sendo particularmente eficaz por retirar o profissional da sua zona de conforto e expô-lo perante situações mentalmente exigentes e desafiantes, obrigando-o a aplicar estratégias rigorosas de melhorar o desempenho, potenciando a excelência clínica. Este processo que foi denominado por “ciclo de excelência” contempla a observação do desempenho, o feedback, a definição de objetivos, repetição de tarefas e avaliação contínua do progresso, (Rousmaniere et al., 2017).

Para ser eficaz, a prática deliberada deve ser adaptada ao profissional em questão, com base numa análise individualizada das competências a desenvolver. De acordo com Rousmaniere et al. (2017), este processo assenta em quatro pilares fundamentais: feedback (imediato, contínuo e informativo, relevante para as competências específicas identificadas, atribuído por especialistas, supervisores, coachs ou até por autoavaliação com base em métricas definidas); objetivos específicos e bem definidos (estabelecimento de metas claras e bem estruturadas, baseadas na observação das tarefas para melhorar aspetos específicos do desempenho); repetições (ensaio regular das atividades com foco nos aspetos que precisam de melhoria, planeado com base nos objetivos definidos e no feedback recebido); e monitorização contínua (a qual auxilia na identificação de pacientes em risco de dropout e pode ser avaliada através da utilização de instrumentos objetivos que recolham informação baseada na perceção do paciente relativamente à dinâmica do processo terapêutico) (Ericsson & Harwell, 2019; Miller et al., 2023; Rousmaniere, 2024; Rousmaniere et al., 2017; Ericsson, 2006; Ericsson et al., 2009).

Neste enquadramento a PD tem sido objeto de investigação empírica recorrentemente e demonstrado com evidências que os profissionais reconhecidos como experts tendem a manter uma rotina estruturada de treino deliberado, evidenciando um desempenho significativamente superior, avaliado com base nos resultados obtidos com os seus pacientes em comparação com os dos seus pares (Goodyear et al., 2017). Contudo, apesar do seu potencial, a integração da PD na formação em psicoterapia permanece ainda pouco integrada nos programas de formação em psicoterapia, os quais continuam frequentemente centrados em componentes teóricas, com pouca ênfase no treino prático, na supervisão intensiva e na monitorização rigorosa do desempenho. A revisão sistemática de Diamond et al. (2025), que analisou vinte estudos quantitativos sobre PD em psicoterapia, revelou uma ampla variabilidade na operacionalização do conceito. Apenas três dos estudos cumpriam os critérios definidos para a PD, apresentando muitos, limitações metodológicas

relevantes, comprometendo a validade dos resultados. Os autores concluíram que, embora promissora, a evidência empírica disponível é ainda insuficiente para confirmar a eficácia da PD na melhoria dos resultados terapêuticos, evidenciando a necessidade de reforçar o rigor metodológico e a fidelidade conceptual em estudos futuros.

Estes dados vêm reforçar o potencial da PD no desenvolvimento de competências interpessoais fundamentais, como a empatia, e apontam para a necessidade da sua integração sistemática nos programas de formação de psicoterapeutas.

Prática Deliberada em Psicoterapia, um método para a criação de Expertise Profissional

A prática deliberada e a expertise clínica estão intimamente relacionadas no desenvolvimento de competências em profissionais da área da saúde, como a psicoterapia, medicina e enfermagem. A prática deliberada, destaca que o domínio em qualquer área é alcançado por meio de treinos experienciais intencionais, estruturados e contínuos com o objetivo de melhorar o desempenho, e que, quando aplicada em contexto clínico, implica não apenas o desenvolvimento de habilidades técnicas, mas também de capacidades interpessoais, autorreflexivas e de tomada de decisão, fundamentais à eficácia terapêutica. Nesta linha, estudos recentes têm reforçado que a eficácia da PD é particularmente evidente quando apoiada em estruturas de treino bem definidas (Williams, 2023) e em contextos de aprendizagem intencionalmente desenhados para aproximar os estudantes das estratégias usadas por especialistas (Miller et al., 2025).

Na área da psicoterapia o treino é definido e operacionalizado para formar terapeutas “excelentes” nas suas intervenções, através do qual podem desenvolver modelos individualizados de atuação, à medida que vão obtendo e utilizando o feedback significativo sobre o seu desempenho “medido” pelos resultados alcançados com os pacientes, e com o foco na determinação da estratégia a seguir para melhorar a sua eficácia ao longo das suas carreiras. Neste sentido, e como anteriormente referido, o conceito de “expertise” refere-se à capacidade de atingir, de forma sustentada, um nível superior de competência e desempenho, medido por resultados clínicos consistentemente (Goodyear et al., 2017).

A investigação tem sugerido que os métodos de treino em psicoterapia promovam a PD, por ser uma abordagem prática, estruturada e eficaz na progressão dos resultados da intervenção clínica permitindo, a mesma, alcançar o nível de expertise desejado (McLeod, 2022; Rousmaniere et al., 2017; Vaz et al., 2023; Barata et al., 2024; Diamond et al., 2025; Tomás et al., 2025). No entanto, apesar das evidências emergentes, e com sentido de validação da importância da PD como mediadora de resultados clínicos, alguns investigadores foram analisar a existência de limitações e

desafios pedagógicos atuais. A revisão sistemática de Diamond et al. (2025) analisou 20 estudos empíricos sobre PD em contexto de formação em psicoterapia e revelou uma grande heterogeneidade na definição e aplicação do conceito, apenas três estudos cumpriam os critérios mais exigentes da prática da PD (ex. definição clara de objetivos, treino estruturado, feedback contínuo e repetição intencional). Os autores concluíram que, embora a PD seja considerada uma metodologia promissora, a base empírica ainda é frágil e exige estudos mais rigorosos e conceptualmente fiéis para confirmar o seu impacto na eficácia terapêutica. Ainda assim, contributos recentes como os de Barata et al. (2024), Diamond (2025) e Tomás et al. (2025) reforçam a relevância da PD enquanto estratégia pedagógica inovadora, evidenciando benefícios consistentes no treino de competências empáticas, reflexivas e clínicas específicas.]

Contudo, o estudo experimentais mais recentes têm contribuído para reforçar esta base. O estudo de Tomás et al. (2025) que contou com a participação de 42 participantes estudantes de mestrado em Psicologia Clínica, comparou o efeito de um programa baseado em PD com um modelo de formação tradicional teórica (“training as usual” TAU) na qualidade das intervenções empáticas a vídeos simulados. Os resultados demonstraram que o grupo PD obteve melhorias estatisticamente significativas na qualidade das suas intervenções, em contraste com o grupo TAU, que evidenciou um declínio após uma melhoria inicial. Embora não se tenham registado progressos significativos ao longo do tempo, ou seja, entre momentos de treino, dentro do grupo PD, sugerindo que a curta duração do programa pode ter limitado o seu impacto a longo prazo.

Complementarmente, o estudo de Barata et al. (2024), com 36 estudantes de licenciatura em Psicologia, utilizou um design semelhante ao estudo Tomás et al. (2025). Neste caso, os resultados apresentados mostraram-se mais robustos: o grupo PD evidenciou melhorias estatisticamente significativas e sustentadas ao longo do tempo, enquanto o grupo TAU não apresentou alterações relevantes. Estes dados sugerem que a PD pode potenciar competências interpessoais mesmo em fases iniciais da formação, desde que acompanhada de feedback estruturado, treino repetido e supervisão ativa, conforme os pilares centrais do modelo anteriormente referido (Rousmaniere, 2017).

No contexto nacional, o estudo de Catalino (2024) avaliou o impacto da PD no desenvolvimento das competências interpessoais facilitadoras (FIS) e na respetiva autoavaliação por psicoterapeutas em formação, utilizando o FIS Performance Task e o FIS Self-Report (FIS-SR). Os resultados indicaram uma melhoria estatisticamente significativa nas FIS após o treino, mas também revelaram uma tendência para a sobrevalorização da autoavaliação, tanto no pré como no pós-treino, acompanhada por um aumento da consciência crítica dos participantes acerca do

seu desempenho real. Estes resultados reforçam a relevância da PD como estratégia formativa orientada simultaneamente para o desenvolvimento de competências e para a promoção da autorreflexão profissional.

Em conjunto, estes estudos corroboram investigações anteriores que demonstram a relação positiva entre tempo investido em PD e eficácia clínica. Chow et al. (2015) verificaram que terapeutas mais eficazes investem mais tempo em atividades de PD do que os seus pares. Já Goldberg et al. (2016), num estudo longitudinal com 153 terapeutas e 5.128 pacientes, observaram melhorias consistentes nos resultados clínicos ao longo de sete anos, com a introdução de supervisão estruturada baseada em feedback (OQ-45) e treino deliberado contínuo.

Apesar das limitações comuns a muitos destes estudos, como tamanhos amostrais reduzidos, curta duração das intervenções, ausência de grupo de controlo e ausência de follow-up clínico, os dados atuais destes estudos representam contributos valiosos para a compreensão da PD como uma metodologia promissora e inovadora na formação em psicoterapia, com potencial para responder às fragilidades dos modelos tradicionais centrados na exposição teórica (Rousmaniere et al., 2017). Destaca-se, igualmente, o potencial que as abordagens em grupo proporcionam e do uso de plataformas digitais como a Skillsetter®, que permitem ampliar o alcance e a viabilidade da PD em contextos educativos mais amplos (Westra et al., 2021). Assim, torna-se fundamental que a investigação futura invista em ensaios longitudinais mais robustos, com avaliação de resultados clínicos reais, de forma a consolidar a PD como eixo estruturante da formação de terapeutas eficazes.

Como referido, anteriormente, a PD foi considerada um método eficaz para promover o desenvolvimento das competências interpessoais (Anderson et al., 2019; Perlman et al., 2020; Westra et al., 2020). No entanto, só por volta de 2019 e 2020 surgiram os primeiros estudos comparativos da aplicação desta prática na área da psicoterapia, na medida em que a PD utiliza uma metodologia pedagógica ativa, com treino processual que implica experientiação como role-plays (para treino comportamental repetitivo de uma competência específica), prática reflexiva, simulação com pacientes padronizados e feedback sistemático, permitindo complementar o treino conceptual e aperfeiçoar as competências clínicas específicas identificadas como “críticas” como a autorregulação, gestão emocional e consciência relacional. Em contraste, as abordagens tradicionais (aprendizagem conceptual) dão normalmente prioridade à aquisição de conhecimentos teóricos, principalmente através de didática (por exemplo, palestras, leituras de livros e artigos, visualização de vídeos de terapia, entre outros) e respetivamente trabalho clínico supervisionado (Kazantzis & Munro, 2011; Schwartz, 2004; Scott et al., 2011).

A abordagem experiencial (por exemplo, dramatizações, modelagem, supervisão, prática reflexiva) foi teorizada e demonstrou ser mais eficazes em melhorar as características-chave dos terapeutas como, as capacidades interpessoais, eficácia subjetiva e atitudes em relação à terapia, revelando-se importante para moldar os resultados dos clientes (Heinonen & Nissen-Lie, 2020; Wampold & Owen, 2021), colocando em causa os métodos tradicionais de ensino, como a inadequada preparação para a prática da atividade terapêutica no mundo real, assim como serem insuficientes para o desenvolvimento de competências complexas do terapeuta, incluindo a capacidade autorreflexiva, autoconsciência e gestão da contratransferência (Bennett-Levy et al., 2009; Scott et al., 2021; Taylor & Neimeyer, 2017).

Estas críticas levaram ao aparecimento de métodos de ensino mais ativos, incluindo o Ensino Baseado na Simulação - EBS (Simulation-Based Education), uma forma de aprendizagem experimental que permite que os alunos pratiquem e desenvolvam as suas práticas clínicas num ambiente seguro e controlado reproduzindo situações clínicas realistas (Gaba, 2004), a qual integra modalidades de simulação, tais como pacientes padronizados ou simulados, avaliações clínicas estruturadas, ou role-plays no processo de aprendizagem, com o objetivo de melhorar a formação dos clínicos (Bearman et al., 2013; Ziv et al., 2005). As melhores práticas de EBS incluem feedback antes (por exemplo, discussão dos resultados de aprendizagem pretendidos) e após a simulação, promovendo a repetição contínua para ajudar os formandos a dominar as competências, incluindo assim, componentes consideradas como parte integrante do processo de aprendizagem (Hattie & Timperley, 2007) e respondendo às críticas dirigidas aos métodos de ensino didáticos.

Conclusões

Embora esteja a dar os primeiros passos, a PD tem vindo a afirmar-se como um método de treino ativo, focalizado, intencional, e eficaz, orientado para o desenvolvimento da excelência clínica. Esta abordagem integra elementos das metodologias de ensino tradicionais, mas distingue-se pelo seu ênfase na repetição sistemática, no feedback contínuo e na monitorização rigorosa do desempenho. A análise da literatura tem mostrado que esta prática pode ser eficaz tanto quando aplicada isoladamente como quando combinada com outras metodologias pedagógicas, como por exemplo, o ensino baseado na simulação conforme salientado por Mahon (2023).

Estudos mais recentes (Barata et al., 2024; Diamond, 2025; Tomás et al., 2025) reforçam esta perspetiva, ao contribuírem para a consolidação de uma base empírica que sustente a integração estruturada da PD nos programas de formação em psicoterapia. A Literatura atual (Chow et al., 2025; Williams, 2023; Miller et al., 2025; Norcross & Karpiak, 2017; Perlman et al., 2022) converge no sentido de destacar que a eficácia da PD depende não só da sua estrutura

metodológica, mas também da capacidade de integrar objetivos individualizados, feedback sistemático e prática reflexiva contínua. Estes contributos sugerem que a PD pode tornar a formação mais experiencial e centrada no desenvolvimento real de competências clínicas, colmatando lacunas frequentemente apontadas à formação teórica tradicional.

Estes dados dão suporte às recomendações para combinar a PD com outras estratégias práticas de aprendizagem, como a autorreflexão (Thwaites et al., 2017), e sugerem que a PD pode beneficiar os formandos em diferentes fases do seu desenvolvimento como terapeutas. No entanto, a eficácia desta abordagem depende das necessidades e aos níveis de competência individuais, tal como recomendado na literatura (Rousmaniere et al., 2017).

A revisão sistemática de Nurse et al. (2024), centrada na aplicação da PD como modelo formativo para o desenvolvimento de competências dos terapeutas, teve como objetivo rever sistematicamente a evidência empírica atualmente disponível. Embora as conclusões ainda sejam limitadas, os autores destacam o potencial da PD para promover o desenvolvimento profissional contínuo dos psicoterapeutas com o intuito de revelar a importância da compreensão futura da sua utilização. Paralelamente, identificaram um aumento da produção científica na área, incluindo guias práticos de formação, manuais de implementação e estudos empíricos. Estes recursos, como os publicados pela Universidade Sentio (2021), visam apoiar formadores e investigadores na utilização da PD, permitindo a monitorização das dificuldades dos formandos e a adaptação do treino, de modo a garantir que estes praticam ao nível adequado (Castle, 2022; Clements-Hickman & Harris, 2024).

Referências Bibliográficas

- Álvarez, M. P. (2022). The great psychotherapy debate: Bruce Wampold and Zac Imel (2021). Barcelona: Editorial Eleftheria. *Papeles del Psicólogo*, 43(2), 133–135. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2983>
- Anderson, T., Perlman, M. R., McCarrick, S. M., & McClintock, A. S. (2020). Modeling therapist responses with structured practice enhances facilitative interpersonal skills. *Journal of Clinical Psychology*, 76(4), 659–675. <https://doi.org/10.1002/jclp.22911>
- Bachelor, A. (2013). Clients' and therapists' views of the therapeutic alliance: Similarities, differences and relationship to therapy outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(2), 118–135. <https://doi.org/10.1002/cpp.792>
- Bailey, R. J., & Ogles, B. M. (2023). *Common factors therapy: A principle-based treatment framework*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000354-000>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.
- Barata, M., Santos, J. M., Sousa, D., Silva, C., Alface, C., & Coelho, P. (2025). We are on the road to somewhere: How deliberate practice can enhance the path of continuing education in mental health. *Practice Innovations*. <https://doi.org/10.1037/pri0000273>
- Barata, M., Sousa, D., & Vaz, A. (2024). The effect of deliberate practice training on psychology students' empathic skills. *Journal of Expertise*, 8(1).
- Barkham, M., Lutz, W., Lambert, M. J., & Saxon, D. (2017). Therapist effects, effective therapists, and the law of variability. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects* (pp. 13–36). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-001>
- Barros, M., & Batista-dos-Santos, A. C. (2010). Por dentro da autoeficácia: Um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos. *Revista Espaço Acadêmico*, 10(112), 1–9.
- Beeson, H., McDonald, M., Bate, J., Smith, R., & Arthey, S. (2023). A systematic review of deliberate practice in psychotherapy: Definitions, operationalization, and preliminary outcomes. *Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1037/pst0000569>

- Bell, E. C., Marcus, D. K., & Goodlad, J. K. (2013). Are the parts as good as the whole? A meta-analysis of component treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(4), 722–736. <https://doi.org/10.1037/a0033004>
- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (2017). *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-000>
- Catalino, D. L. S. (2024). A eficácia da prática deliberada na melhoria de competências interpessoais facilitadoras e a sua autoavaliação [Dissertação de mestrado, ISPA – Instituto Universitário]. Repositório ISPA. <https://repositorio.ispa.pt/entities/publication/d2d8d180-9c16-468f-b8ac-2880ba8ae9db>
- Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A., & Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy, 52*(3), 337–345. <https://doi.org/10.1037/pst0000015>
- Chow, D. L., Wampold, B. E., Miller, S. D., & Hsu, Y. (2023). The best therapists are not born, they are made: Evidence for the role of deliberate practice. *Journal of Counseling Psychology, 70*(6), 668–680. <https://doi.org/10.1037/cou0000700>
- Clements-Hickman, A. L., & Harris, K. R. (2024). Deliberate practice for psychotherapy skills: Recommendations and implications based on the state of the science. *Professional Psychology: Research and Practice*. <https://doi.org/10.1037/pro0000538>
- Cuijpers, P. (2017). Four decades of outcome research on psychotherapies for adult depression: An overview of a series of meta-analyses. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne, 58*(1), 7–19. <https://doi.org/10.1037/cap0000096>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D., van Straten, A., & Furukawa, T. A. (2024). Absolute and relative outcomes of psychotherapies for eight mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry, 23*(2), 220–231. <https://doi.org/10.1002/wps.21203>
- Diamond, G., Wlodek, B., Arthey, S., & Parker, S. (2025). A systematic review of deliberate practice in psychotherapy: Definitions, operationalization, and preliminary outcomes. *Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1037/pst0000569>

- Ericsson, K. A., Krampe, R. T., & Tesch-Römer, C. (1993). The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. *Psychological Review*, 100(3), 363–406. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.100.3.363>
- Ericsson, K. A. (2006). The influence of experience and deliberate practice on the development of superior expert performance. In K. A. Ericsson, N. Charness, P. J. Feltovich, & R. R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance* (pp. 685–705). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511816796.038>
- Ericsson, K. A., Prietula, M. J., & Cokely, E. T. (2009). Toward a science of exceptional achievement: Attaining superior performance through deliberate practice. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1172(1), 199–217. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04986.x>
- Ericsson, A., & Pool, R. (2016). *Peak: Secrets from the new science of expertise*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Ericsson, K. A., Hoffman, R. R., Kozbelt, A., & Williams, A. M. (Eds.). (2018). *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance* (2nd ed.). Cambridge University Press.
- Finsrud, I., Nissen-Lie, H. A., Vrabel, K., Høstmælingen, A., Wampold, B. E., & Ulvenes, P. G. (2022). It's the therapist and the treatment: The structure of common therapeutic relationship factors. *Psychotherapy Research*, 32(2), 139–150. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1900663>
- Goodyear, R. K., Wampold, B. E., Tracey, T. J. G., & Lichtenberg, J. W. (2017). Expertise in psychotherapy: An elusive goal? *American Psychologist*, 72(4), 265–278. <https://doi.org/10.1037/a0040549>
- Goldberg, S. B., Babins-Wagner, R., Rousmaniere, T., Berzins, S., Hoyt, W. T., Whipple, J., Miller, S. D., & Wampold, B. E. (2016). Creating a climate for therapist improvement: A case study of an agency focused on outcomes and deliberate practice. *Psychotherapy*, 53(3), 367–375. <https://doi.org/10.1037/pst0000060>
- Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T., & Wampold, B. E. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical practice. *Psychotherapy*, 53(3), 277–286. <https://doi.org/10.1037/pst0000034>

- Gori, A., Topino, E., Brugnera, A., & Compare, A. (2022). Assessment of professional self-efficacy in psychological interventions and psychotherapy sessions: Development of the Therapist Self-Efficacy Scale (T-SES) and its application for eTherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 78(11), 2122–2144. <https://doi.org/10.1002/jclp.23391>
- Hill, C. E., Spiegel, S. B., Hoffman, M. A., Kivlighan, D. M., Jr., & Gelso, C. J. (2017). Therapist expertise in psychotherapy revisited. *The Counseling Psychologist*, 45(1), 7–53. <https://doi.org/10.1177/0011000016628628>
- Koehler, S. E., & Mata, L. (2021). Analisando a autoeficácia e o engajamento no trabalho de psicólogos escolares. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 21(2), 1367–1374. <https://doi.org/10.17652/rpot/2021.2.17297>
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 38(4), 357–361. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357>
- Leal, I. (2018). *Psicoterapias*. Pactor.
- Leonardi, J. L., & Meyer, S. B. (2015). Prática baseada em evidências em psicologia e a história da busca pelas provas empíricas da eficácia das psicoterapias. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(4), 1139–1156. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001242013>
- Mahon, D. (2023). A scoping review of deliberate practice in the acquisition of therapeutic skills and practices. *Counselling and Psychotherapy Research*, 23(4), 965–981. <https://doi.org/10.1002/capr.12495>
- Mahon, D. (2024). Don't just magically assume you're going to get better as a therapist as time goes on: An exploration of the use of deliberate practice. *Counselling and Psychotherapy Research*, 24(3), 913–924. <https://doi.org/10.1002/capr.12615>
- Miller, W. R., & Moyers, T. B. (2021). *Effective psychotherapists*. Guilford Press.
- Nurse, K., O'Shea, M., Ling, M., Castle, N., & Sheen, J. (2025). The influence of deliberate practice on skill performance in therapeutic practice: A systematic review of early studies. *Psychotherapy Research*. <https://doi.org/10.1080/10503307.2025.2345678>
- Norcross, J. C., & Karpiak, C. P. (2017). Our best selves: Defining and actualizing expertise in psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, 45(1), 66–75. <https://doi.org/10.1177/0011000016628641>

- Perlman, M. R., Anderson, T., Finkelstein, J. D., Foley, V. K., Mimnaugh, S., Gooch, C. V., David, K. C., Martin, S. J., & Safran, J. D. (2022). Facilitative interpersonal relationship training enhances novices' therapeutic skills. *Counselling Psychology Quarterly*. <https://doi.org/10.1080/09515070.2022.2049703>
- Ribeiro, E. (2019). A eficácia da psicoterapia. In C. Biscaia & D. Neto (Coords.), *A prática profissional da psicoterapia* (pp. 90–105). Ordem dos Psicólogos Edições.
- Roos, J., & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research*, 23(4), 394–418. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.655513>
- Rousmaniere, T., Goodyear, R. K., Miller, S. D., & Wampold, B. E. (Eds.). (2017). *The cycle of excellence: Using deliberate practice to improve supervision and training*. John Wiley & Sons.
- Shick Tryon, G., Collins Blackwell, S., & Felleman Hammel, E. (2007). A meta-analytic examination of client–therapist perspectives of the working alliance. *Psychotherapy Research*, 17(6), 629–642. <https://doi.org/10.1080/10503300701309310>
- Sousa, D. (2017). *Investigação científica em psicoterapia e prática psicoterapêutica: Os dados da investigação mais relevantes para os clínicos*. Fim de Século.
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547–559. <https://doi.org/10.1037/a0028226>
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2014). A treatment by disorder meta-analysis of dropout from psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 193–207. <https://doi.org/10.1037/a0036964>
- Tomás, M., Sousa, D., Barata, M., Amaro, I., & Coelho, P. (2025). The effect of a deliberate practice training on the delivery of empathetic interventions in clinical psychology master students. *Journal of Expertise*, 8(1).
- Trancas, B., Melo, J. C., & Borja-Santos, N. (2008). O pássaro de Dódo e os fatores comuns em psicoterapia. *Psilogos*, 5(1–2), 75–87.
- Vaz, A., & Rousmaniere, T. (2022). Clarifying deliberate practice for mental health training. Sentio University. <http://www.sentio.org>
- Vaz, A., Sousa, D., & Afonseca, M. (2023). *Treino em psicoterapia: Como usar a prática deliberada para melhorar resultados clínicos*. Pactor.

- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P., & Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports, 110*(2), 639–644. <https://doi.org/10.2466/02.09.18.PR0.110.2.639-644>
- Wampold, B. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry, 14*(3), 270–277. <https://doi.org/10.1002/wps.20284>
- Wampold, B. E., Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2017). What characterizes effective therapists? In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (pp. 37–53). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-002>
- Young, J., Schruoff, M., Humphrey, C., & Pavlacic, J. M. (2024). Multiple-baseline design study of deliberate practice for learning psychotherapeutic techniques. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health, 9*(1), 1–16. <https://doi.org/10.1080/23794925.2024.2345678>

Anexo II – Consentimento Informado



Consentimento Informado

A Especialização Avançada em Psicoterapia (EAP) vai incentivar e promover a articulação entre a formação, a prática clínica e a investigação científica. Vimos solicitar a sua colaboração para um primeiro estudo. Esta investigação pretende estudar a possibilidade de a formação em prática deliberada em psicoterapia melhorar as competências interpessoais dos psicoterapeutas. A sua participação consistirá em: a) responder a 9 vídeos que correspondem a cenários fictícios de sessões de psicoterapia, na plataforma *Skillssetter*; b) uma segunda resposta aos mesmos vídeos depois do seminário de prática deliberada; c) a realização de uma entrevista qualitativa após o seminário de prática deliberada.

Em virtude desta colaboração clarifica-se os seguintes aspetos:

1. O estudo destina-se exclusivamente a fins de investigação e publicação científica.
2. A sua participação é totalmente anónima e voluntária, podendo desistir de participar a qualquer momento e solicitar a eliminação das gravações.
3. A cotação dos vídeos será realizada por três investigadores. Todos os investigadores estão obrigados ao mesmo dever de sigilo e ao cumprimento de um código deontológico.
4. Não são previsíveis efeitos adversos por participar neste estudo. Ao fazê-lo contribui para a investigação, no âmbito da prática deliberada.
- 5.

Para qualquer questão ou dúvida sobre o estudo poderá sempre contactar a Daniel Sousa (daniel.sousa@ispa.pt) da Direcção da EAP.

Eu, _____, compreendo as condições apresentadas e concordo com os termos.

Assinatura, _____ Data ____ / ____ / ____

Anexo III – Questionário Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

B *I* U  

Especialização Avançada em Psicoterapia

1. Qual é a sua idade? *

Texto de resposta curta

2. Com que género se identifica? *

- Feminino
- Masculino
- Prefiro não dizer
- Outra opção...

3. Nº de anos de prática clínica: *

Texto de resposta curta

4. Nº de horas semanais de prática clínica: *

Texto de resposta curta

5. Qual o modelo teórico que mais utiliza? *

- Psicodinâmico
- Humanista-Existencial
- Sistémico-Familiar
- Cognitivo-Comportamental
- Integrativo
- Outra opção...

Obrigado

Descrição (opcional)

Título da imagem



Anexo IV – *Facilitative Interpersonal Skills Rating Scale (FIS)*, Anderson & Patterson,
2013

Facilitative Interpersonal Skills Rating Scale
Timothy Anderson & Candace Patterson

Ratings for each item are made on a 5 point Likert-type scale. The rating scale ranges from Not Characteristic ("1") to Extremely Characteristic ("5"). More elaborate descriptions of each rating level are provided to help identify the correct rating level.

Response Set: Clearly, people differ in how they evaluate the skillfulness of helper interventions. The descriptions of these items are lengthy in order to provide the context for what is intended by each particular FIS domain / item. Items are written in order to assist the rater in using specific evidence from the tape to inform rating decisions. In rating a response, instances of an "average" level of a helping behavior would merit a rating of 3. Ratings of 3 are thought of as the default rating for all items and are considered "ordinary" helping or facilitative interpersonal skills. Thus, a 3 should be the starting point for ratings and the participant's response may influence you to increase or decrease your rating from a 3.

PART I

1. Verbal Fluency. This item is a rating of the extent to which the participant is verbally capable and at-ease in communicating. The response is delivered in a relaxed manner and without significant signs of anxiety (e.g., broken speech, extended and awkward pauses, and clarity in communication). However, the content of what is said is not rated, but rather how it is spoken.

- 5 The participant is at great ease and communicates ideas with no anxiety, reflecting a desire to "approach" the other. The verbal quality of the response may have a "melodic," rhythmical quality and is easy to follow; the response is fluent.
- 4 The response is fluent, and there is little that is difficult to follow.
- 3 A moderate level of verbal fluency indicates that the participant's response is conversational and mostly easy to follow.
- 2 Fluency is disrupted by the participant's anxiety and avoidance of verbal expression. The respondent may be obviously anxious and struggling to formulate a response. At times, the communication may be choppy, even halting. [Note: In some rare instances a response could represent an avoidance of the interpersonal situation through anxious rambling. It would need to be clear that the participant's ramblings are the result of anxiety over communicating with another].
- 1 The participant has great difficulty verbalizing a response (e.g., obviously anxious, sounds shaky or timid), reflecting a clear avoidance or anxiety. The participant may lack confidence and is clearly uncertain or even difficult to follow.

2. Hope & Positive Expectations. This item rates expressions of hope, optimism, and positive expectations for change. Staats (1989, 2001) defines hope as the interaction between wishes and expectations. The interpersonal skills needed for hope involve facilitating a) personal *agency* and b) building the *pathways* needed for attaining desired goals and expectations (Steed, 2002). Hope is related to persuasiveness and collaboration in the sense that hope and positive expectations are often built through offering a rationale, friendliness, and enthusiasm. As defined here, hope focuses more on building client agency for actions that will facilitate meeting the client's goals whereas persuasion is based more on a plausible explanation (which may or may not include hope).

- 5 The participant's response expresses clear hope about the client's future and/or positive expectations about therapeutic work. In addition, for a response to be coded as a "5" there needs to be an allusion to building the client's *agency* as well as *how* the client might participate or do something that will help move toward his/her desired goals (i.e., pathways).
- 4 A general sense of optimism about the client's situation is detected. Specifically, the participant's response is directed toward building the client's *agency* OR facilitating the building of pathways to meet the client's goals.
- 3 The response is ordinary OR the optimism of the response is not discernable. There may be some *hopefulness* expressed, but with little confidence or reason for being hopeful.
- 2 The participant responds with some hopelessness, including subtle expressions of feeling unable to help the client.
- 1 The participant's response is hopeless or is even pessimistic. For example, the participant may address only issues or concerns beyond the control of the other or subtly suggests that the other cannot change or improve his/her problems.

3. Persuasiveness. Persuasiveness is the capacity to induce the other to accept a view that may be different from his or her own view. It involves that ability to convey a clear, organized understanding about the meaning of the other's source of distress. Persuasiveness implies an ability to communicate what Jerome Frank called a "believable myth." This capacity implies that the persuasive therapist must be convincing in communicating this belief-system.

Rating Notes: For rating purposes, the response does not necessarily need to convey an entire world view, but a point of view that is implied to be at least slightly different from the client in the video clip. High ratings require that the participant provide a clear belief in a *point of view* or rationale. It is necessary that the rationale be relevant to the other's problems and at least somewhat novel to the other's experience.

For this item, the rater should disregard personal beliefs about the validity of the participant's rationale, but instead rate the extent to which the participant might persuade another (i.e., ability to "sell" their rationale).

- 5 The participant is highly persuasive. Persuasive persons may speak with great confidence, certainty, and authority. Advice may or may not be given, but the participant must offer some rationale or re-framing of the other's experience.
- 4 The participant speaks persuasively. The rationale may be more implicit and it is even possible that the rationale, though present, may be unclear, superficial, or marginally relevant to the other's problems.
- 3 The participant's response conveys little sense of persuasiveness.
- 2 The participant is unpersuasive. Unpersuasive responses may be characterized by either
 - a) a rationale that lacks *credibility* and there is little reason to believe that it could be convincing. It is important here to try to be aware of your personal biases in judging credibility. As a rule, you can accept most explanations offered as being credible unless there is a clear logical flaw in the *process of explaining* their particular belief.
 - b) a response that is expressed with a lack of confidence, lethargy, or uncertainty by the respondent will be low in persuasiveness. *Even responses that don't contain a rationale may be coded as low in persuasiveness*
- 1 The participant's response is unorganized, incoherent, and difficult to follow. The participant may also not know what to say.

PART II

4. Emotional Expression. This item rates the energy and emotion in the participant's response. This item rates the extent to which the participant's response is delivered with effective expressions of emotion.

- 5 There is affect and prosody in the participant's voice. The response is delivered in a highly emotional and engaging manner. The primary criterion is that the vocal expression conveys emotion. There may be a more focused delivery of emotional intonations to emphasize meanings that influence other processes (e.g. persuasion). The participant may even be somewhat provocative or challenging in delivering an emotion-based response toward the client in the video clip. However, a "5" should not be rated if the affect is primarily demeaning or hostile toward the other (in which case a "3" would be the maximum rating possible).
- 4 The participant is emotionally expressive at a moderate level. There is more emotion than found in ordinary speech, but it is not as focused in its delivery as the maximum rating of 5.
- 3 The participant has prosody, but it is the amount of emotion that one might find in ordinary conversation.
- 2 The participant may display some sense of interest or curiosity, but the response is not emotionally engaging. Prosody is somewhat less than typical to casual conversation.
- 1 The participant speaks with little or no affect and may be dull or boring (e.g., speaking in a near monotone voice and without intensity).

5. Warmth, Acceptance, & Understanding. This item is a rating of the ability of the participant to care for and accept the other. Therapist behaviors/attitudes that might indicate an absence of acceptance and understanding include: a judgmental attitude, condescension, rudeness, disapproval, guilt-induction, exasperation, or annoyance. Often it will be necessary to avoid rating what the participant is doing (e.g., giving advice), but rate how it is being done. Note that accepting does not necessarily mean approval, but rather a caring attitude and determination to help the other.

- 5 The participant expresses clear and obvious warmth, concern and acceptance. The participant may, for example, make a compassionate attempt to relate to the other's experience.
- 4 The participant's response is genuinely nonjudgmental and gently explores the other's thoughts, feelings, alternatives for dealing with future situations, etc. The participant appears concerned for and respectful of the client.
- 3 There is an "ordinary" level of courtesy and warmth in the response OR the participant's opinion of the other may not be clearly discernable from the response.
- 2 The participant conveys a subtle lack of respect, acceptance, or concern of the other (e.g., sarcasm, exasperation, annoyance).
- 1 The participant has an obvious lack of respect, acceptance, or warmth for the other (e.g., clearly pejorative comments, judgmental attitude, condescension, disapproval, guilt induction, blaming the other).

6. Empathy. The capacity to respond with an expressed understanding of the subjective experience of the client. The response must also convey an *accurate* understanding of the thoughts and emotions expressed in the video clip. Therefore, it is especially important that the rater have an accurate understanding of the client's experiences in the video clips.

- 5 Participant alludes to the client's experience so that it is clear that he/she has not only listened, but obtained an exceptional comprehension of what the other is experiencing. In order to receive a "5" the participant must infer something about the other's experience that is not explicitly stated by the other but is clearly identifiable in the client's nonverbal expression.
- 4 Participant comments accurately on the other's experience but not to the extent required to receive a "5" rating. The distinction between the 4 and 5 ratings are matters of intensity.
- 3 Participant is generally accurate about the other's experience but only perceives the more obvious aspects of the other's experience or concerns.
- 2 Participant does not communicate an awareness or understanding of the other's experience, and/or there are minor distortions of the other's experience. Some aspects of the participant's response may be irrelevant to the other's concerns (when clearly not an attempt to change the other's focus).
- 1 Participant clearly distorts the other's experience. That is, the participant misidentifies a significant component of the other's complaints, beliefs, emotions, etc. Give a rating of 1 if the response indicates a clear disregard of the other's experience.

7. Alliance Bond Capacity. This item rates the participant's capacity to provide a collaborative environment, one in which there is recognition of the need to work with the client jointly on problems.

- 5 Specific actions on the part of the participant help create a collaborative atmosphere. There should be a sense that the participant is attempting to work with the other to create a "we-ness" that is implied in the participant's behavior (e.g., participant checks with the other by asking questions about the "fit" of interpretations, conclusions, goals, etc.).
- 4 Some effort to collaborate is made but not as strong as a "5" (e.g., subtle invitations to engage in working with the client).
- 3 The participant neither undermines nor attempts to enhance a collaborative effort.
- 2 The participant may slightly undermine the building of a collaborative atmosphere, although it may be unintentional or superficial.
- 1 The participant actively undermines a mutual collaboration. The participant may respond in a way that is over-involved or reactive (e.g., moralistic lecturing, "preaching" to the other, assuming all responsibility). The rupture may also involve withdrawal or under-involvement in the participant's response (e.g., putting all the responsibility for change on the other).

8. Alliance Rupture-Repair Responsiveness.

Background: Each client in video clips is expressing an interpersonal issue that involves the patient-therapist relationship. Each video clip places the participant in the middle of alliance rupture episodes. Further, these rupture episodes take place at different locations within the interpersonal circle, which requires interpersonal flexibility for the therapist. The interpersonal problem with the client-therapist relationship threatens the development of the alliance.

This item rates the extent to which the therapist appears responsive to the interpersonal issue. In some cases, the problem is clearly stated as when Suzie angrily berates the therapist for being ineffective. In other cases, the problem is more implicit such as when Lauren idealizes the therapist to the extent of leaving herself overly vulnerable to disappointment.

- 5 Participant makes attempts repair the interpersonal issue by engaging the client in a direct discussion of the immediate moment-to-moment interaction. This may include how *specific relational messages* are being expressed by the client in the video clip. Optimal responses will include attempts to not only allude to the interpersonal tension, but make some attempt to repair that interpersonal issue.
- 4 Participant recognizes the other's interpersonal issue, and may discuss this further in more general terms (or discuss some secondary element of the other's issue or the relationship).
- 3 There may be more casual recognition of the interpersonal situation, but the response does not draw for further discussion of the issue or the relationship.
- 2 Participant addresses an issue to discuss that it is tangentially related to the interpersonal issue presented, but directs the discussion away from the present relationship situation.
- 1 Participant reacts to the interpersonal tension in a way that is nonproductive or in a way that likely exacerbates the rupture (e.g., responding negatively to a hostile client; responding to a controlling client with counter-control). Low scores also may be given when the participant fails to respond to the interpersonal issue involved in a way that indicates that the participant is avoiding the interpersonal issue or the relationship altogether.

Anexo V – FIS *Self-Report*



Questionário FIS – *Self Report*

INSTRUÇÕES. Deu respostas verbais a breves situações retiradas de sessões reais, apresentadas em vídeo. Pensando em como foi para si realizar essa tarefa, indique por favor quanto cada afirmação reflecte a sua experiência com as respostas que deu aos clientes nestes vídeos. Assinale o número que melhor se adequa à sua resposta, de 1 (concordo muito) a 5 (discordo muito).

Não esqueça de preencher o seu nome e o número do vídeo. Obrigado!

Nome

Vídeo nº

Nas minhas respostas aos vídeos eu acredito que...	Concordo Muito					Discordo Muito
1. as minhas respostas foram empáticas e inferiram as emoções e experiências do cliente.....	1	2	3	4	5	
2. proporcionaram acolhimento e compreensão.....	1	2	3	4	5	
3. sugeriram ao cliente novas formas de pensar os seus problemas.....	1	2	3	4	5	
4. falei de forma a tornar claro ao cliente que eu queria colaborar com ele.....	1	2	3	4	5	
5. transmiti esperança, mesmo quando o cliente foi negativo ou hostil comigo.....	1	2	3	4	5	
6. senti que podia abordar o conflito interpessoal mencionado pelo cliente, e que consegui fazê-lo sem intensificar o conflito.....	1	2	3	4	5	
7. senti-me confortável quando falei e consegui usar um tom conversacional.....	1	2	3	4	5	
8. fui capaz de falar de transmitindo envolvimento emocional.....	1	2	3	4	5	

Anexo VI – T-SES

Escala de Auto-Eficácia do Terapeuta (Therapist Self-Efficacy Scale (T-SES))

No decurso de um tratamento psicológico ou de sessões de psicoterapia, sou capaz de:

Discordo completamente	Discordo moderadamente	Nem concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo completamente
1	2	3	4	5
1. Ser acolhedor			1 2 3 4 5	
2. Formular intervenções de forma eficaz			1 2 3 4 5	
3. Estimular processos de <i>insight</i>			1 2 3 4 5	
4. Promover a aliança terapêutica			1 2 3 4 5	
5. Facilitar a expressão pessoal			1 2 3 4 5	
6. Gerir as minhas emoções de forma adequada			1 2 3 4 5	
7. Escolher o momento adequado para intervir			1 2 3 4 5	
8. Detetar sinais não-verbais			1 2 3 4 5	
9. Ultrapassar os bloqueios na relação			1 2 3 4 5	
10. Compreender o significado profundo da narrativa			1 2 3 4 5	
11. Respeitar o contrato terapêutico			1 2 3 4 5	
12. Compreender os sinais psicopatológicos			1 2 3 4 5	
13. Reparar as ruturas na relação			1 2 3 4 5	
14. Tolerar as minhas emoções negativas			1 2 3 4 5	
15. Utilizar o pensamento clínico			1 2 3 4 5	
16. Compreender a transferência			1 2 3 4 5	
17. Ser capaz de formular o diagnóstico			1 2 3 4 5	
18. Utilizar a sensibilidade clínica			1 2 3 4 5	
19. Compreender a contratransferência			1 2 3 4 5	
20. Promover a mentalização			1 2 3 4 5	
21. Compreender os ciclos viciosos			1 2 3 4 5	

Anexo VII - Coeficiente de correlação intraclasse (CCI), para um acordo absoluto entre 3 avaliadores (k =3)

Resumo de processamento de casos

		N	%
Casos	Válido	736	100.0
	Excluídos ^a	0	.0
	Total	736	100.0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
.850	.850	3

Estatísticas de item de resumo

	Média	Mínimo	Máximo	Intervalo	Máximo / Mínimo	Variância	N de itens
Médias de item	3.025	3.019	3.034	.015	1.005	.000	3

Coeficiente de correlação intraclasse

	Correlação intraclasse ^b	Intervalo de Confiança 95%		Teste F com Valor True0			Sig
		Limite inferior	Limite superior	Valor	df1	df2	
Medidas únicas	.655 ^a	.621	.687	6.684	735	1470	<.001
Medidas médias	.851 ^c	.831	.868	6.684	735	1470	<.001

Modelo de efeitos mistos bidirecional em que os efeitos das pessoas são aleatórios e os das medidas são fixos.

- O estimador é o mesmo, esteja o efeito de interação presente ou não.
- Os coeficientes de correlação intraclasse tipo A que usam uma definição de concordância absoluta.
- Essa estimativa é calculada considerando que o efeito de interação esteja ausente, porque ele não pode ser estimado de outra forma.

Anexo VIII- Outputs Estatísticos da Validação Preliminar da T-SES

Resumo de processamento de casos

		N	%
Casos	Válido	22	100.0
	Excluídos ^a	0	.0
	Total	22	100.0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
.924	.926	21

Estatísticas de item

	Média	Desvio Padrão	N
PRE1	4.05	.653	22
PRE2	2.82	.664	22
PRE3	3.09	.971	22
PRE4	3.41	.796	22
PRE5	3.55	.912	22
PRE6	3.32	.894	22
PRE7	2.91	.750	22
PRE8	3.45	.963	22
PRE9	2.64	1.002	22
PRE10	3.09	.921	22
PRE11	3.32	1.086	22
PRE12	3.18	.853	22
PRE13	2.64	.790	22
PRE14	3.32	.780	22
PRE15	3.18	1.053	22
PRE16	3.09	1.019	22
PRE17	2.73	1.032	22
PRE18	3.59	.959	22
PRE19	3.00	1.069	22
PRE20	2.95	.999	22
PRE21	3.18	1.220	22

		Estatísticas																					
		PRE1	PRE2	PRE3	PRE4	PRE5	PRE6	PRE7	PRE8	PRE9	PRE10	PRE11	PRE12	PRE13	PRE14	PRE15	PRE16	PRE17	PRE18	PRE19	PRE20	PRE21	
N	Válido	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	
	Omisso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Média		4.05	2.82	3.09	3.41	3.55	3.32	2.91	3.45	2.64	3.09	3.32	3.18	2.64	3.32	3.18	3.09	2.73	3.59	3.00	2.95	3.18	
Erro Desvio		.653	.664	.971	.796	.912	.894	.750	.963	1.002	.921	1.086	.853	.790	.780	1.053	1.019	1.032	.959	1.069	.999	1.220	
Variância		.426	.442	.944	.634	.831	.799	.563	.926	1.004	.848	1.180	.727	.623	.608	1.108	1.039	1.065	.920	1.143	.998	1.489	
Assimetria		-1.171	.212	-.195	-.296	-.977	-.713	.154	-.740	.524	-.595	-.219	.130	.142	.011	-.666	-.493	.321	-1.175	-.257	.098	-.207	
Erro de assimetria padrão		.491	.491	.491	.491	.491	.491	.491	.491	.491	.491	.491	.491	.491	.491	.491	.491	.491	.491	.491	.491	.491	
Curtose		4.198	-.554	-.330	-.380	1.817	.987	-1.106	.792	.135	-.633	-.450	-.625	-.352	-.244	-.067	.075	-.280	1.509	-.569	-.611	-.880	
Erro de Curtose padrão		.953	.953	.953	.953	.953	.953	.953	.953	.953	.953	.953	.953	.953	.953	.953	.953	.953	.953	.953	.953	.953	
Mínimo		2	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	
Máximo		5	4	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	
Percentis	10	3.30	2.00	2.00	2.00	2.30	2.00	2.00	2.00	1.30	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.30	1.30	2.00	1.30	2.00	1.30	
	20	4.00	2.00	2.00	3.00	3.00	3.00	2.00	3.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	3.00	2.00	2.00	3.00	2.00	2.00	2.00	
	30	4.00	2.00	2.90	3.00	3.00	3.00	2.00	3.00	2.00	2.90	3.00	3.00	2.00	3.00	3.00	3.00	2.00	3.00	2.00	3.00	2.00	
	40	4.00	3.00	3.00	3.00	3.20	3.00	3.00	3.00	2.00	3.00	3.00	3.00	2.00	3.00	3.00	3.00	2.00	4.00	3.00	3.00	3.00	
	50	4.00	3.00	3.00	3.50	4.00	3.00	3.00	4.00	2.50	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	4.00	3.00	3.00	3.00	
	60	4.00	3.00	3.00	4.00	4.00	4.00	3.00	4.00	3.00	3.80	4.00	3.00	3.00	3.80	4.00	3.00	3.00	4.00	3.00	3.00	4.00	
	70	4.00	3.00	4.00	4.00	4.00	4.00	3.00	4.00	3.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	
	80	4.40	3.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	3.40	4.00	4.00	4.00	4.00	3.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	
	90	5.00	4.00	4.00	4.00	4.70	4.00	4.00	4.70	4.00	4.00	5.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.70	4.00	4.00	5.00

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
PRE1	62.45	143.974	.526	.	.922
PRE2	63.68	140.513	.742	.	.919
PRE3	63.41	138.825	.562	.	.921
PRE4	63.09	144.848	.374	.	.924
PRE5	62.95	136.807	.704	.	.918
PRE6	63.18	139.870	.566	.	.921
PRE7	63.59	145.587	.359	.	.924
PRE8	63.05	140.045	.512	.	.922
PRE9	63.86	134.219	.750	.	.917
PRE10	63.41	137.777	.648	.	.919
PRE11	63.18	148.537	.111	.	.931
PRE12	63.32	141.942	.491	.	.922
PRE13	63.86	138.695	.717	.	.918
PRE14	63.18	140.061	.649	.	.920
PRE15	63.32	135.465	.656	.	.919
PRE16	63.41	136.348	.641	.	.919
PRE17	63.77	136.184	.639	.	.919
PRE18	62.91	136.563	.676	.	.919
PRE19	63.50	135.024	.663	.	.919
PRE20	63.55	134.165	.755	.	.917
PRE21	63.32	133.084	.642	.	.920

Matriz de correlações entre itens

	PRE1	PRE2	PRE3	PRE4	PRE5	PRE6	PRE7	PRE8	PRE9	PRE10	PRE11	PRE12	PRE13	PRE14	PRE15	PRE16	PRE17	PRE18	PRE19	PRE20	PRE21
PRE1	1.000	.239	.519	-.237	.676	.464	-.186	.193	.318	.389	-.223	.070	.403	.625	.472	.423	.443	.487	.341	.441	.348
PRE2	.239	1.000	.322	.417	.486	.343	.252	.582	.611	.495	.546	.397	.503	.484	.526	.518	.480	.475	.536	.417	.571
PRE3	.519	.322	1.000	-.257	.533	.294	.208	.259	.671	.522	-.164	.152	.231	.211	.588	.184	.216	.400	.321	.741	.628
PRE4	-.237	.417	-.257	1.000	.203	.076	-.014	.367	.255	-.118	.503	.306	.248	.470	.361	.128	.548	.230	-.056	.084	.312
PRE5	.676	.486	.533	.203	1.000	.303	.146	.355	.488	.562	-.087	.173	.619	.548	.338	.610	.469	.649	.733	.656	.463
PRE6	.464	.343	.294	.076	.303	1.000	.400	.433	.508	.484	-.060	.420	.374	.668	.290	.437	.357	.381	.449	.550	.206
PRE7	-.186	.252	.208	-.014	.146	.400	1.000	.324	.524	.426	.154	.399	.263	-.030	.082	.260	.089	.144	.356	.503	.175
PRE8	.193	.582	.259	.367	.355	.433	.324	1.000	.476	.273	.174	.475	.291	.496	.150	.538	.323	.159	.417	.369	.088
PRE9	.318	.611	.671	-.255	.488	.508	.524	.476	1.000	.553	.155	.360	.607	.277	.607	.500	.360	.383	.533	.696	.524
PRE10	.389	.495	.522	-.118	.562	.484	.426	.273	.553	1.000	.017	.402	.375	.289	.424	.447	.378	.475	.580	.729	.451
PRE11	-.223	.546	-.164	.503	-.087	-.060	.154	.174	.155	.017	1.000	.243	.141	.043	.155	.059	.124	-.006	-.041	-.249	.134
PRE12	.070	.397	.152	.306	.173	.420	.399	.475	.360	.402	.243	1.000	.315	.410	.280	.144	.384	.328	.261	.513	.287
PRE13	.403	.503	.231	.248	.619	.374	.263	.291	.607	.375	.141	.315	1.000	.506	.484	.753	.574	.737	.677	.461	.418
PRE14	.625	.484	.211	.470	.548	.668	-.030	.496	.277	.289	.043	.410	.506	1.000	.390	.501	.705	.501	.457	.447	.337
PRE15	.472	.526	.588	.361	.338	.290	.082	.150	.607	.424	.155	.280	.484	.390	1.000	.339	.618	.502	.254	.506	.826
PRE16	.423	.518	.184	.128	.610	.437	.260	.538	.500	.447	.059	.144	.753	.501	.339	1.000	.432	.527	.830	.378	.216
PRE17	.443	.480	.216	.548	.469	.357	.089	.323	.360	.378	.124	.384	.574	.705	.618	.432	1.000	.507	.259	.403	.533
PRE18	.487	.475	.400	-.230	.649	.381	.144	.159	.383	.475	-.006	.328	.737	.501	.502	.527	.507	1.000	.557	.576	.555
PRE19	.341	.536	.321	-.056	.733	.449	.356	.417	.533	.580	-.041	.261	.677	.457	.254	.830	.259	.557	1.000	.624	.365
PRE20	.441	.417	.741	.084	.656	.550	.503	.369	.696	.729	-.249	.513	.461	.447	.506	.378	.403	.576	.624	1.000	.632
PRE21	.348	.571	.628	.312	.463	.206	.175	.088	.524	.451	.134	.287	.418	.337	.826	.216	.533	.555	.365	.632	1.000

Teste de KMO e Bartlett

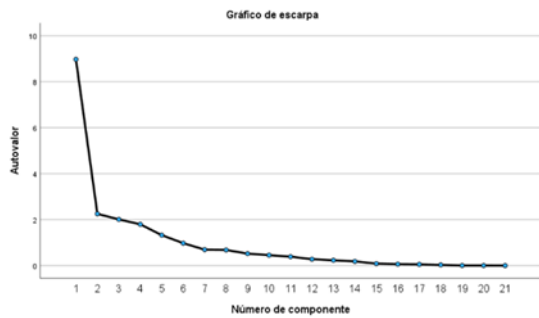
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		.198
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	493.264
	gl	210
	Sig.	<.001

Variância total explicada

Componente	Total	Autovalores iniciais		Somadas de rotação de carregamentos ao quadrado ^a
		% de variância	% cumulativa	
1	8.974	42.733	42.733	6.965
2	2.253	10.730	53.463	6.644
3	2.009	9.565	63.029	5.181
4	1.796	8.553	71.581	4.165
5	1.324	6.302	77.884	2.289
6	.976	4.650	82.534	
7	.694	3.303	85.837	
8	.680	3.239	89.075	
9	.519	2.472	91.547	
10	.454	2.163	93.710	
11	.389	1.851	95.560	
12	.280	1.331	96.892	
13	.231	1.100	97.992	
14	.183	.873	98.865	
15	.086	.412	99.277	
16	.063	.301	99.578	
17	.053	.250	99.828	
18	.030	.142	99.970	
19	.003	.016	99.986	
20	.003	.014	100.000	
21	1.324E-5	6.307E-5	100.000	

Método de Extração: análise de Componente Principal.

a. Quando os componentes são correlacionados, as somadas de carregamentos ao quadrado não podem ser adicionadas para se obter uma variância total.



Matriz de componente^a

a. 5 componentes extraídos.

Matriz de estruturas

	Componente				
	1	2	3	4	5
PRE1	.507		-.622	.503	.314
PRE2	.614	.563		.514	.515
PRE3	.309			.856	.309
PRE4		.659	-.515	.302	.365
PRE5	.808			.554	.362
PRE6	.463			.330	.793
PRE7			.661		.526
PRE8	.435				.778
PRE9	.574			.716	.558
PRE10	.586			.631	.491
PRE11		.897			
PRE12				.338	.752
PRE13	.855			.435	.369
PRE14	.559		-.620	.324	.690
PRE15	.391		-.301	.842	
PRE16	.913				.435
PRE17	.478	.311	-.540	.509	.491
PRE18	.725			.583	.308
PRE19	.911			.366	.439
PRE20	.564			.798	.624
PRE21	.396			.890	

Método de Extração: análise de Componente Principal.
Método de Rotação: oblímin com Normalização de Kaiser.

Matriz de padrão^a

	Componente				
	1	2	3	4	5
PRE1		-.364	-.587		
PRE2	.436	.531			
PRE3				.882	
PRE4		.583	-.473		.300
PRE5	.685				
PRE6					.768
PRE7			.693		.422
PRE8					.736
PRE9				.547	
PRE10	.328			.458	
PRE11		.907			
PRE12					.747
PRE13	.830				
PRE14			-.601		.596
PRE15				.809	
PRE16	.962				
PRE17			-.477		
PRE18	.593			.335	
PRE19	.908				
PRE20		-.318		.638	.381
PRE21				.893	

Método de Extração: análise de Componente Principal.
Método de Rotação: oblímin com Normalização de Kaiser.
a. Rotação convergida em 20 iterações.

Matriz de correlações de componente

Componente	1	2	3	4	5
1	1.000	.004	-.096	.422	.432
2	.004	1.000	-.064	.046	.124
3	-.096	-.064	1.000	-.108	-.002
4	.422	.046	-.108	1.000	.343
5	.432	.124	-.002	.343	1.000

Método de Extração: análise de Componente Principal.
Método de Rotação: oblímin com Normalização de Kaiser.

		Correlações																				
		PRE1	PRE2	PRE3	PRE4	PRE5	PRE7	PRE8	PRE9	PRE10	PRE11	PRE12	PRE13	PRE14	PRE15	PRE16	PRE17	PRE18	PRE19	PRE20	PRE21	
PRE1	Correlação de Pearson	1	.239	.519	.237	.676	.464	-.186	.193	.318	.389	-.223	.070	.493	.625	.472	.423	.443	.417	.341	.441	.348
	Sig. (2 extremidades)		.283	.013	.288	<.001	.930	.408	.390	.150	.014	.318	.757	.063	.002	.626	.050	.039	.021	.120	.040	.113
N		22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
PRE2	Correlação de Pearson	.239	1	.322	.417	.486	.343	.252	.582	.611	.495	.546	.397	.503	.484	.526	.519	.480	.476	.536	.417	.571
	Sig. (2 extremidades)	.283		.144	.053	.022	.119	.258	.004	.003	.019	.009	.087	.017	.022	.012	.014	.024	.025	.010	.053	.005
N		22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
PRE3	Correlação de Pearson	.519	.322	1	.251	.537	.384	.208	.358	.671	.522	-.144	.152	.231	.211	.589	.184	.216	.400	.321	.371	.639
	Sig. (2 extremidades)	.013	.144		.247	.011	.184	.353	.244	<.001	.013	.466	.501	.300	.345	.004	.413	.335	.065	.145	<.001	.002
N		22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
PRE4	Correlação de Pearson	.237	.417	.257	1	.203	.078	-.014	.387	.255	-.118	.583	.306	.248	.470	.361	.128	.548	.230	-.056	.084	.312
	Sig. (2 extremidades)	.288	.053	.247		.366	.737	.949	.093	.252	.601	.017	.166	.266	.027	.098	.570	.008	.304	.805	.709	.158
N		22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
PRE5	Correlação de Pearson	.676	.486	.537	.203	1	.303	.146	.355	.489	.562	-.087	.173	.619	.546	.338	.610	.469	.649	.733	.556	.463
	Sig. (2 extremidades)	<.001	.022	.011	.366		.171	.518	.105	.021	.006	.699	.442	.002	.008	.124	.003	.028	.001	<.001	<.001	.030
N		22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
PRE6	Correlação de Pearson	.464	.343	.294	.078	.303	1	.400	.433	.508	.484	-.060	.420	.374	.668	.290	.437	.357	.381	.449	.550	.206
	Sig. (2 extremidades)	.030	.119	.164	.737	.171		.065	.044	.016	.023	.790	.051	.086	<.001	.191	.042	.103	.090	.036	.008	.357
N		22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
PRE7	Correlação de Pearson	-.186	.252	.208	-.014	.146	.400	1	.324	.524	.426	.154	.399	.263	-.030	.082	.260	.089	.144	.356	.503	.175
	Sig. (2 extremidades)	.408	.258	.353	.949	.518	.065		.142	.012	.048	.494	.066	.237	.896	.716	.242	.692	.521	.104	.017	.436
N		22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
PRE8	Correlação de Pearson	.183	.582	.259	.367	.355	.433	.324	1	.416	.273	.174	.415	.291	.496	.150	.538	.323	.159	.417	.369	.088
	Sig. (2 extremidades)	.390	.004	.244	.093	.105	.044	.142		.025	.218	.439	.026	.190	.019	.507	.010	.143	.478	.054	.091	.685
N		22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
PRE9	Correlação de Pearson	.318	.611	.671	.255	.488	.508	.524	.476	1	.553	.155	.380	.607	.277	.607	.500	.360	.383	.533	.696	.524
	Sig. (2 extremidades)	.150	.003	<.001	.252	.021	.016	.012	.025		.008	.491	.100	.003	.212	.003	.018	.100	.079	.011	<.001	.012
N		22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
PRE10	Correlação de Pearson	.389	.495	.522	-.118	.562	.484	.426	.373	.553	1	.017	.402	.375	.289	.424	.447	.378	.476	.580	.729	.451
	Sig. (2 extremidades)	.074	.019	.013	.601	.006	.023	.048	.218	.008		.939	.063	.085	.192	.049	.037	.083	.025	.005	<.001	.035
N		22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
PRE11	Correlação de Pearson	-.223	.546	-.164	.563	-.087	-.060	.154	.174	.155	.017	1	.243	.141	.043	.155	.059	.124	-.006	-.041	-.249	.134
	Sig. (2 extremidades)	.319	.009	.466	.017	.699	.790	.494	.439	.491	.939		.276	.530	.848	.490	.795	.584	.978	.856	.293	.552
N		22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
PRE12	Correlação de Pearson	.070	.397	.162	.306	.173	.420	.399	.475	.360	.402	.243	1	.315	.410	.380	.144	.384	.328	.261	.517	.287
	Sig. (2 extremidades)	.757	.067	.501	.168	.442	.051	.068	.026	.100	.063	.276		.153	.058	.207	.521	.078	.136	.240	.015	.195
N		22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
PRE13	Correlação de Pearson	.493	.503	.231	.248	.819	.374	.263	.291	.607	.375	.141	.315	1	.506	.484	.753	.574	.737	.677	.481	.418
	Sig. (2 extremidades)	.063	.017	.300	.266	.002	.086	.237	.190	.003	.085	.538	.159		.016	.022	<.001	.005	<.001	<.001	.031	.053
N		22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
PRE14	Correlação de Pearson	.625	.484	.311	.470	.548	.668	-.030	.496	.277	.389	.043	.410	.506	1	.390	.501	.705	.501	.457	.447	.337
	Sig. (2 extremidades)	.002	.022	.345	.027	.008	<.001	.896	.019	.212	.192	.848	.058	.016		.073	.018	<.001	.018	.033	.037	.126
N		22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
PRE15	Correlação de Pearson	.417	.526	.580	.361	.338	.290	.082	.150	.697	.424	.155	.280	.484	.390	1	.339	.616	.502	.254	.506	.836
	Sig. (2 extremidades)	.026	.012	.004	.098	.124	.191	.716	.507	.003	.049	.490	.207	.022	.073		.123	.002	.017	.254	.016	<.001
N		22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
PRE16	Correlação de Pearson	.423	.518	.184	.128	.610	.437	.260	.538	.500	.447	.059	.144	.753	.501	.339	1	.432	.527	.836	.378	.216
	Sig. (2 extremidades)	.050	.014	.413	.570	.003	.042	.242	.010	.018	.037	.795	.521	<.001	.018	.123		.045	.012	<.001	.082	.335
N		22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
PRE17	Correlação de Pearson	.443	.480	.216	.548	.469	.357	.089	.323	.360	.378	.124	.384	.574	.705	.616	.432	1	.507	.259	.493	.533
	Sig. (2 extremidades)	.039	.024	.335	.008	.028	.103	.692	.143	.100	.083	.584	.078	.005	<.001	.002	.045		.016	.244	.063	.011
N		22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
PRE18	Correlação de Pearson	.487	.475	.400	.230	.649	.381	.144	.159	.383	.475	-.006	.328	.737	.501	.502	.527	.507	1	.557	.576	.555
	Sig. (2 extremidades)	.021	.025	.085	.324	.001	.080	.521	.478	.079	.025	.978	.136	<.001	.018	.017	.018	.017		.007	.005	.007
N		22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
PRE19	Correlação de Pearson	.341	.536	.321	-.056	.733	.449	.356	.417	.533	.580	-.041	.261	.677	.457	.254	.830	.259	.557	1	.624	.365
	Sig. (2 extremidades)	.120	.010	.145	.805	<.001	.036	.104	.054	.011	.005	.856	.240	<.001	.033	.254	<.001	.244	.007		.002	.095
N		22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
PRE20	Correlação de Pearson	.441	.417	.741	.084	.856	.550	.583	.368	.696	.729	-.249	.513	.461	.447	.506	.378	.403	.516	.524	1	.632
	Sig. (2 extremidades)	.040	.053	<.001	.709	<.001	.008	.017	.091	<.001	<.001	.263	.015	.031	.037	.016	.082	.063	.005	.002		.002
N		22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
PRE21	Correlação de Pearson	.348	.571	.629	.312	.463	.206	.175	.088	.524	.451	.134	.287	.418	.337	.826	.216	.533	.555	.365	.832	1
	Sig. (2 extremidades)	.113	.005	.002	.158	.030	.357	.436	.695	.012	.035	.552	.195	.053	.128	<.001	.335	.011	.007	.095	.002	
N		22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22

* A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades)
 ** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)

Comunalidade

Inicial	Comunalidade
PRE1	1.000
PRE2	1.000
PRE3	1.000
PRE4	1.000
PRE5	1.000
PRE6	1.000
PRE7	1.000
PRE8	1.000
PRE9	1.000
PRE10	1.000
PRE11	1.000
PRE12	1.000
PRE13	1.000
PRE14	1.000
PRE15	1.000
PRE16	

Anexo IX – Teste *t de Student* para Amostras Emparelhadas: Comparação das Médias do T-SES (Pré e Pós Formação PD)

Resultados Globais:

Estatísticas de amostras emparelhadas

		Média	N	Desvio Padrão	Erro de média padrão
Par 1	PRETOTALGeral	66.50	22	12.355	2.634
	POSTOTALGeral	73.27	22	8.311	1.772

Correlações de amostras emparelhadas

		N	Correlação	Significância	
				Unilateral p	Bilateral p
Par 1	PRETOTALGeral & POSTOTALGeral	22	.553	.004	.008

Teste de amostras emparelhadas

		Diferenças emparelhadas					Significância			
		Média	Desvio Padrão	Erro de média padrão	95% Intervalo de Confiança da Diferença		t	df	Unilateral p	Bilateral p
					Inferior	Superior				
Par 1	PRETOTALGeral - POSTOTALGeral	-6.773	10.397	2.217	-11.382	-2.163	-3.056	21	.003	.006

Tamanhos de efeitos de amostras em pares

		Padronizador ^a	Estimativa de ponto	Intervalo de Confiança 95%	
				Inferior	Superior
Par 1	PRETOTALGeral - POSTOTALGeral	d de Cohen	10.397	-.651	-.184
		Correção de Hedges	10.787	-.628	-.177

a. O denominador usado na estimativa dos tamanhos dos efeitos.

O d de Cohen usa o desvio padrão de amostra da diferença média.

A correção de Hedges usa o desvio padrão de amostra da diferença média, além de um fator de correção.

Resultados por item:

Estadísticas de amostras emparelhadas

		Média	N	Desvio Padrão	Erro de média padrão
Par 1	PRE1	4.05	22	.653	.139
	POS1	4.18	22	.501	.107
Par 2	PRE2	2.82	22	.664	.142
	POS2	3.14	22	.834	.178
Par 3	PRE3	3.09	22	.971	.207
	POS3	3.32	22	.780	.166
Par 4	PRE4	3.41	22	.796	.170
	POS4	3.59	22	.796	.170
Par 5	PRE5	3.55	22	.912	.194
	POS5	3.45	22	.858	.183
Par 6	PRE6	3.32	22	.894	.191
	POS6	3.68	22	.716	.153
Par 7	PRE7	2.91	22	.750	.160
	POS7	3.18	22	.733	.156
Par 8	PRE8	3.45	22	.963	.205
	POS8	3.77	22	.685	.146
Par 9	PRE9	2.64	22	1.002	.214
	POS9	3.09	22	.868	.185
Par 10	PRE10	3.09	22	.921	.196
	POS10	3.36	22	.848	.181
Par 11	PRE11	3.32	22	1.086	.232
	POS11	3.68	22	1.041	.222
Par 12	PRE12	3.18	22	.853	.182
	POS12	3.55	22	.671	.143
Par 13	PRE13	2.64	22	.790	.168
	POS13	3.09	22	.868	.185
Par 14	PRE14	3.32	22	.780	.166
	POS14	3.50	22	.740	.158
Par 15	PRE15	3.18	22	1.053	.224
	POS15	3.86	22	.640	.136
Par 16	PRE16	3.09	22	1.019	.217
	POS16	3.45	22	.800	.171
Par 17	PRE17	2.73	22	1.032	.220
	POS17	3.14	22	.710	.151
Par 18	PRE18	3.59	22	.959	.204
	POS18	3.86	22	.468	.100
Par 19	PRE19	3.00	22	1.069	.228
	POS19	3.36	22	.790	.168
Par 20	PRE20	2.95	22	.999	.213
	POS20	3.36	22	.790	.168
Par 21	PRE21	3.18	22	1.220	.260
	POS21	3.64	22	.848	.181

Teste de amostras emparelhadas

		Diferenças emparelhadas					Significância			
		Média	Desvio Padrão	Erro de média padrão	95% Intervalo de Confiança da Diferença		t	df	Unilateral p	Bilateral p
					Inferior	Superior				
Par 1	PRE1 - POS1	-.136	.560	.119	-.385	.112	-1.142	21	.133	.266
Par 2	PRE2 - POS2	-.318	.780	.166	-.664	.028	-1.914	21	.035	.069
Par 3	PRE3 - POS3	-.227	.685	.146	-.531	.077	-1.555	21	.067	.135
Par 4	PRE4 - POS4	-.182	.795	.169	-.534	.171	-1.073	21	.148	.296
Par 5	PRE5 - POS5	.091	.750	.160	-.242	.424	.568	21	.288	.576
Par 6	PRE6 - POS6	-.364	1.093	.233	-.848	.121	-1.560	21	.067	.134
Par 7	PRE7 - POS7	-.273	.883	.188	-.664	.119	-1.449	21	.081	.162
Par 8	PRE8 - POS8	-.318	.839	.179	-.690	.054	-1.779	21	.045	.090
Par 9	PRE9 - POS9	-.455	1.101	.235	-.943	.034	-1.936	21	.033	.066
Par 10	PRE10 - POS10	-.273	1.077	.230	-.750	.205	-1.188	21	.124	.248
Par 11	PRE11 - POS11	-.364	.902	.192	-.764	.036	-1.891	21	.036	.073
Par 12	PRE12 - POS12	-.364	.902	.192	-.764	.036	-1.891	21	.036	.073
Par 13	PRE13 - POS13	-.455	.800	.171	-.809	-.100	-2.664	21	.007	.015
Par 14	PRE14 - POS14	-.182	1.140	.243	-.687	.323	-.748	21	.231	.463
Par 15	PRE15 - POS15	-.682	1.086	.232	-1.163	-.200	-2.944	21	.004	.008
Par 16	PRE16 - POS16	-.364	1.364	.291	-.969	.241	-1.250	21	.113	.225
Par 17	PRE17 - POS17	-.409	.959	.204	-.834	.016	-2.001	21	.029	.059
Par 18	PRE18 - POS18	-.273	.935	.199	-.687	.142	-1.368	21	.093	.186
Par 19	PRE19 - POS19	-.364	1.293	.276	-.937	.210	-1.319	21	.101	.201
Par 20	PRE20 - POS20	-.409	.854	.182	-.788	-.030	-2.247	21	.018	.036
Par 21	PRE21 - POS21	-.455	1.101	.235	-.943	.034	-1.936	21	.033	.066

Correlações de amostras emparelhadas

	N	Correlação	Significância		
			Unilateral p	Bilateral p	
Par 1	PRE1 & POS1	22	.556	.004	.007
Par 2	PRE2 & POS2	22	.477	.012	.025
Par 3	PRE3 & POS3	22	.714	<.001	<.001
Par 4	PRE4 & POS4	22	.502	.009	.017
Par 5	PRE5 & POS5	22	.642	<.001	.001
Par 6	PRE6 & POS6	22	.091	.343	.686
Par 7	PRE7 & POS7	22	.291	.094	.188
Par 8	PRE8 & POS8	22	.525	.006	.012
Par 9	PRE9 & POS9	22	.314	.078	.155
Par 10	PRE10 & POS10	22	.261	.121	.242
Par 11	PRE11 & POS11	22	.641	<.001	.001
Par 12	PRE12 & POS12	22	.318	.075	.150
Par 13	PRE13 & POS13	22	.537	.005	.010
Par 14	PRE14 & POS14	22	-.124	.292	.583
Par 15	PRE15 & POS15	22	.251	.130	.260
Par 16	PRE16 & POS16	22	-.111	.311	.622
Par 17	PRE17 & POS17	22	.443	.019	.039
Par 18	PRE18 & POS18	22	.294	.092	.183
Par 19	PRE19 & POS19	22	.056	.402	.803
Par 20	PRE20 & POS20	22	.565	.003	.006
Par 21	PRE21 & POS21	22	.481	.012	.023

Tamanhos de efeitos de amostras em pares

	Padronizador ^a	Estimativa de ponto	Intervalo de Confiança 95%			
			Inferior	Superior		
Par 1	PRE1 - POS1	d de Cohen	.560	-.243	-.665	.184
		Correção de Hedges	.581	-.235	-.641	.177
Par 2	PRE2 - POS2	d de Cohen	.780	-.408	-.839	.032
		Correção de Hedges	.809	-.393	-.809	.031
Par 3	PRE3 - POS3	d de Cohen	.685	-.332	-.757	.102
		Correção de Hedges	.711	-.320	-.730	.098
Par 4	PRE4 - POS4	d de Cohen	.795	-.229	-.650	.197
		Correção de Hedges	.825	-.220	-.626	.190
Par 5	PRE5 - POS5	d de Cohen	.750	.121	-.300	.539
		Correção de Hedges	.778	.117	-.289	.520
Par 6	PRE6 - POS6	d de Cohen	1.093	-.333	-.759	.101
		Correção de Hedges	1.134	-.321	-.731	.097
Par 7	PRE7 - POS7	d de Cohen	.883	-.309	-.734	.123
		Correção de Hedges	.916	-.298	-.707	.118
Par 8	PRE8 - POS8	d de Cohen	.839	-.379	-.808	.058
		Correção de Hedges	.870	-.366	-.779	.056
Par 9	PRE9 - POS9	d de Cohen	1.101	-.413	-.844	.028
		Correção de Hedges	1.142	-.398	-.814	.027
Par 10	PRE10 - POS10	d de Cohen	1.077	-.253	-.675	.174
		Correção de Hedges	1.118	-.244	-.651	.168
Par 11	PRE11 - POS11	d de Cohen	.902	-.403	-.834	.036
		Correção de Hedges	.936	-.388	-.804	.035
Par 12	PRE12 - POS12	d de Cohen	.902	-.403	-.834	.036
		Correção de Hedges	.936	-.388	-.804	.035
Par 13	PRE13 - POS13	d de Cohen	.800	-.568	-1.013	-.111
		Correção de Hedges	.831	-.547	-.977	-.107
Par 14	PRE14 - POS14	d de Cohen	1.140	-.160	-.578	.263
		Correção de Hedges	1.182	-.154	-.557	.253
Par 15	PRE15 - POS15	d de Cohen	1.086	-.628	-1.080	-.163
		Correção de Hedges	1.127	-.605	-1.041	-.157
Par 16	PRE16 - POS16	d de Cohen	1.364	-.267	-.689	.162
		Correção de Hedges	1.416	-.257	-.664	.156
Par 17	PRE17 - POS17	d de Cohen	.959	-.427	-.859	.015
		Correção de Hedges	.995	-.411	-.828	.015
Par 18	PRE18 - POS18	d de Cohen	.935	-.292	-.715	.139
		Correção de Hedges	.970	-.281	-.689	.134
Par 19	PRE19 - POS19	d de Cohen	1.293	-.281	-.704	.148
		Correção de Hedges	1.341	-.271	-.679	.143
Par 20	PRE20 - POS20	d de Cohen	.854	-.479	-.916	-.032
		Correção de Hedges	.886	-.462	-.883	-.031
Par 21	PRE21 - POS21	d de Cohen	1.101	-.413	-.844	.028
		Correção de Hedges	1.142	-.398	-.814	.027

a. O denominador usado na estimativa dos tamanhos dos efeitos.

O d de Cohen usa o desvio padrão de amostra da diferença média.

A correção de Hedges usa o desvio padrão de amostra da diferença média, além de um fator de correção.

Anexo X – ANOVA para da T-SES Total (Pré e Pós) em função dos Anos de Experiência Profissional

Descritivas

		N	Média	Desvio padrão	Erro Padrão	95% de Intervalo de Confiança para Média		Mínimo	Máximo
						Limite inferior	Limite superior		
T-SES Pré	0-2 anon	3	56.67	7.638	4.410	37.69	75.64	50	65
	2-5 anos	9	65.11	11.667	3.889	56.14	74.08	38	82
	5-10 anos	6	67.50	7.148	2.918	60.00	75.00	61	81
	> 10 anos	4	75.50	19.209	9.605	44.93	106.07	52	94
	Total	22	66.50	12.355	2.634	61.02	71.98	38	94
T-SES Pós	0-2 anon	3	72.67	6.110	3.528	57.49	87.84	66	78
	2-5 anos	9	70.44	7.091	2.364	64.99	75.89	57	78
	5-10 anos	6	73.83	7.305	2.982	66.17	81.50	68	88
	> 10 anos	4	79.25	12.764	6.382	58.94	99.56	65	96
	Total	22	73.27	8.311	1.772	69.59	76.96	57	96

Testes de homogeneidade de variâncias

		Estadística de Levene	df1	df2	Sig.
T-SES Pré	Com base em média	1.917	3	18	.163
	Com base em mediana	1.844	3	18	.175
	Com base em mediana e com gl ajustado	1.844	3	14.936	.183
	Com base em média aparada	1.912	3	18	.164
T-SES Pós	Com base em média	.482	3	18	.699
	Com base em mediana	.441	3	18	.727
	Com base em mediana e com gl ajustado	.441	3	13.280	.728
	Com base em média aparada	.469	3	18	.707

ANOVA

		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	F	Sig.
T-SES Pré	Entre Grupos	637.444	3	212.481	1.489	.251
	Nos grupos	2568.056	18	142.670		
	Total	3205.500	21			
T-SES Pós	Entre Grupos	217.891	3	72.630	1.061	.390
	Nos grupos	1232.472	18	68.471		
	Total	1450.364	21			

Tamanhos do efeito do ANOVA^{a,b}

		Estimativa de ponto	Intervalo de Confiança 95%	
			Inferior	Superior
T-SES Pre	Eta quadrado	.199	.000	.399
	Epsilon quadrado	.065	-.167	.299
	Efeito fixo do Omega quadrado	.063	-.158	.289
	Efeito aleatório do Omega quadrado	.022	-.048	.119
T-SES Pos	Eta quadrado	.150	.000	.345
	Epsilon quadrado	.009	-.167	.236
	Efeito fixo do Omega quadrado	.008	-.158	.228
	Efeito aleatório do Omega quadrado	.003	-.048	.090

a. Eta quadrado e Epsilon quadrado são estimados com base no modelo de efeito fixo.

b. As estimativas negativas, mas menos tendenciosas, são mantidas, não arredondadas para zero.

Comparações múltiplas

Tukey HSD

Variável dependente	(I) Anos Experiencia Profissional	(J) Anos Experiencia Profissional	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
						Limite inferior	Limite superior
T-SES Pre	0-2 anon	2-5 anos	-8.444	7.963	.717	-30.95	14.06
		5-10 anos	-10.833	8.446	.585	-34.70	13.04
		> 10 anos	-18.833	9.123	.202	-44.62	6.95
	2-5 anos	0-2 anon	8.444	7.963	.717	-14.06	30.95
		5-10 anos	-2.389	6.295	.981	-20.18	15.40
		> 10 anos	-10.389	7.178	.488	-30.68	9.90
	5-10 anos	0-2 anon	10.833	8.446	.585	-13.04	34.70
		2-5 anos	2.389	6.295	.981	-15.40	20.18
		> 10 anos	-8.000	7.710	.730	-29.79	13.79
	> 10 anos	0-2 anon	18.833	9.123	.202	-6.95	44.62
		2-5 anos	10.389	7.178	.488	-9.90	30.68
		5-10 anos	8.000	7.710	.730	-13.79	29.79
T-SES Pos	0-2 anon	2-5 anos	2.222	5.516	.977	-13.37	17.81
		5-10 anos	-1.167	5.851	.997	-17.70	15.37
		> 10 anos	-6.583	6.320	.728	-24.45	11.28
	2-5 anos	0-2 anon	-2.222	5.516	.977	-17.81	13.37
		5-10 anos	-3.389	4.361	.864	-15.71	8.94
		> 10 anos	-8.806	4.972	.319	-22.86	5.25
	5-10 anos	0-2 anon	1.167	5.851	.997	-15.37	17.70
		2-5 anos	3.389	4.361	.864	-8.94	15.71
		> 10 anos	-5.417	5.341	.743	-20.51	9.68
	> 10 anos	0-2 anon	6.583	6.320	.728	-11.28	24.45
		2-5 anos	8.806	4.972	.319	-5.25	22.86
		5-10 anos	5.417	5.341	.743	-9.68	20.51

Anexo XI – Teste *t* de Student para Amostras Emparelhadas: Comparação das Médias do FIS-SR (Pré e Pós Formação PD)

Estatísticas de amostras emparelhadas

		Média	N	Desvio Padrão	Erro de média padrão
Par 1	TOTAL_FISSR_PRE	3.1521	22	.53529	.11412
	TOTAL_FISSR_POS	3.3112	22	.71185	.15177

Teste de amostras emparelhadas

		Diferenças emparelhadas				t	df	Significância		
		Média	Desvio Padrão	Erro de média padrão	95% Intervalo de Confiança da Diferença			Unilateral p	Bilateral p	
					Inferior					Superior
Par 1	TOTAL_FISSR_PRE - TOTAL_FISSR_POS	-.15909	.43169	.09204	-.35049	.03231	-1.729	21	.049	.099

Correlações de amostras emparelhadas

		N	Correlação	Significância	
				Unilateral p	Bilateral p
Par 1	TOTAL_FISSR_PRE & TOTAL_FISSR_POS	22	.796	<.001	<.001

Tamanhos de efeitos de amostras em pares

		Padronizador ^a	Estimativa de ponto	Intervalo de Confiança 95%	
				Inferior	Superior
Par 1	TOTAL_FISSR_PRE - TOTAL_FISSR_POS	d de Cohen	.43169	-.369	.068
		Correção de Hedges	.44791	-.355	.065

a. O denominador usado na estimativa dos tamanhos dos efeitos.

O d de Cohen usa o desvio padrão de amostra da diferença média.

A correção de Hedges usa o desvio padrão de amostra da diferença média, além de um fator de correção.

Anexo XII– Correlações entre Variações na T-SES e no FIS-SR

Estatísticas Descritivas			
	Média	Desvio Padrão	N
Delta_TSES	6.77	10.397	22
Delta_FISSR	0.1591	0.43169	22

Correlações			
		Delta_TSES	Delta_FISSR
Delta_TSES	Correlação de Pearson	1	0.043
	Sig. (2 extremidades)		0.851
	N	22	22
Delta_FISSR	Correlação de Pearson	0.043	1
	Sig. (2 extremidades)	0.851	
	N	22	22

Estatísticas Descritivas

	Média	Desvio Padrão	N
Delta_FISSR	.1591	.43169	22
Delta_TSES_Ecomun	.2045	.56503	22
Delta_TSES_CompClinica	.3117	.53021	22
Delta_TSES_CompINTRA	.3182	.83873	22
Delta_TSES_CompRelac	.3182	.42160	22
Delta_TSES_Remocio	.273	1.0204	22

Correlações

		Delta_FISSR	Delta_TSES_Ecomun	Delta_TSES_CompClinica	Delta_TSES_CompINTRA	Delta_TSES_CompRelac	Delta_TSES_Remocio
Delta_FISSR	Correlação de Pearson	1	.260	-.054	-.137	.315	.190
	Sig. (2 extremidades)		.242	.810	.542	.153	.398
	N	22	22	22	22	22	22
Delta_TSES_Ecomun	Correlação de Pearson	.260	1	.424*	.626**	.603**	.332
	Sig. (2 extremidades)	.242		.049	.002	.003	.131
	N	22	22	22	22	22	22
Delta_TSES_CompClinica	Correlação de Pearson	-.054	.424*	1	.654**	.460*	.426*
	Sig. (2 extremidades)	.810	.049		<.001	.031	.048
	N	22	22	22	22	22	22
Delta_TSES_CompINTRA	Correlação de Pearson	-.137	.626**	.654**	1	.409	.506*
	Sig. (2 extremidades)	.542	.002	<.001		.059	.016
	N	22	22	22	22	22	22
Delta_TSES_CompRelac	Correlação de Pearson	.315	.603**	.460*	.409	1	.464*
	Sig. (2 extremidades)	.153	.003	.031	.059		.030
	N	22	22	22	22	22	22
Delta_TSES_Remocio	Correlação de Pearson	.190	.332	.426*	.506*	.464*	1
	Sig. (2 extremidades)	.398	.131	.048	.016	.030	
	N	22	22	22	22	22	22

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

**.. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).