



**ISPA**

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA**

**Mestrado em Psicologia Clínica**

**PROCESSO DE MUDANÇA EM PSICOTERAPIA E O USO DE SISTEMAS  
DE *FEEDBACK*: PERSPECTIVA DO PACIENTE E DO TERAPEUTA**

ALEXANDRE MAGALHÃES VAZ

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR DANIEL CUNHA MONTEIRO DE SOUSA

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR DANIEL CUNHA MONTEIRO DE SOUSA

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

**MESTRE EM PSICOLOGIA**

Especialidade em Psicologia Clínica

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**

- Ao Daniel Sousa, pela amizade e experiências emocionais correctivas.
- À família e amigos que impossibilitam que me torne num eremita.
- Ao gato Zappa e à Tereza, porque sim.

## RESUMO

**Objectivo:** O uso de sistemas de *feedback* em psicoterapia pode levar a melhores resultados clínicos e a um diminuir significativo do número de clientes em deterioração (Lambert & Shimokawa, 2011). No entanto, ainda pouco se sabe quanto aos factores que moderam os efeitos destes sistemas, e o que poderá ser feito para os potenciar (Wampold, 2015). A literatura disponível sugere que a atitude do terapeuta e do cliente para com os sistemas de *feedback* poderá influenciar significativamente os efeitos destes sistemas (Lutz et al., 2015). Assim sendo, o nosso estudo pretende investigar, de um modo mais aprofundado, a perspectiva de cliente e terapeuta sobre o acompanhamento psicológico, focando-nos nas atitudes destes participantes associadas ao uso de sistemas de *feedback* ao longo do acompanhamento, e o modo como estas influenciaram o processo terapêutico.

**Método:** Foram seleccionadas duas díades terapêuticas, cada uma constituída por um cliente e um psicoterapeuta, que realizaram catorze sessões de psicoterapia com periodicidade semanal. Os principais instrumentos para recolha de dados foram o protocolo da *Entrevista de Mudança Psicoterapêutica do Cliente* (Sales et al., 2007) e a *Entrevista de Mudança Psicoterapêutica do Terapeuta*. Os dados foram analisados segundo a metodologia qualitativa e fenomenológica de Giorgi (2009).

**Resultados:** Emergiram várias dimensões únicas e comuns, entre terapeutas e clientes, sobre a experiência do uso de sistemas de *feedback* em psicoterapia. Todos os participantes valorizaram a monitorização de resultados terapêuticos ao longo do processo, e o modo como esta permitia a clarificação de objectivos e tarefas terapêuticas. Os sistemas ajudaram também no iniciar, explorar e aprofundar de diálogos “difíceis”, sendo assim facilitadores na comunicação que permitiram, aos terapeutas, um melhor entendimento da vivência dos seus clientes e adaptação às suas necessidades.

**Conclusões:** Os sistemas de *feedback* podem servir de apoio a terapeutas e clientes, ao longo do processo terapêutico. É proposto que o conceito clínico de *metacomunicação* (Safran & Kraus, 2014) possa ser útil no explicar dos efeitos destes sistemas.

**Palavras-chave:** investigação em psicoterapia; processo de mudança; sistemas de *feedback*; perspectiva do cliente; perspectiva do terapeuta; método fenomenológico.

## ABSTRACT

**Aim:** Routine outcome monitoring, or feedback systems, may lead to improved therapy outcomes (Lambert & Shimokawa, 2011). Nevertheless, little is known about the variables that mediate these feedback effects (Wampold, 2015). Previous research shows that therapist's and client's attitudes towards feedback systems may influence significantly their effects (Lutz et al., 2015). Therefore, our study aims at investigating more deeply the therapist's and client's perspective on their psychotherapy process and, specifically, their use of feedback systems in it, and how this influenced the therapy.

**Method:** Two therapeutic dyads were selected, each constituted by a client and a therapist, having concluded a fourteen session psychotherapy process. Data was collected using the portuguese version of the *Client Change Interview* protocol (Sales et al., 2007) and the *Therapist Change Interview*, and analyzed with the qualitative and phenomenological method of Giorgi (2009).

**Results:** Several main dimension emerged as common and unique, amongst therapists and clients, on their experience of the use of feedback systems in psychotherapy. All the participants valued the routine outcome measuring process, and the ways in which it allowed a clarifying of therapy tasks and objectives. The feedback systems also helped start, explore and deepen difficult therapy dialogues. This allowed therapists to get a better understanding of their clients lived experience, and thus better adapting to their particular needs.

**Conclusions:** Feedback systems may be of help to both therapists and clients, during the psychotherapy process. Metacomunication (Safran & Kraus, 2014) is proposed to be a useful clinical concept for the understanding of *feedback* effects.

**Key-words:** psychotherapy research; change process; feedback systems; client perception; therapist perception; phenomenological method.

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>1</b>
1. Investigação em psicoterapia.....	1
1.1. Será a psicoterapia eficaz?.....	1
1.2. Qual a abordagem psicoterapêutica mais eficaz?.....	2
1.3. A eficácia da psicoterapia: as boas notícias.....	4
1.4. A eficácia da psicoterapia: as más notícias.....	5
2. Investigação dos efeitos do psicoterapeuta.....	7
2.1. O terapeuta: a variável negligenciada.....	7
2.2. Estudos de desempenho superior.....	10
2.3. Transpondo para a psicoterapia: os “supershrinks”.....	11
3. Investigação dos sistemas de <i>feedback</i> .....	13
3.1. A monitorização de resultados clínicos: os sistemas de <i>feedback</i> .....	13
3.2. O impacto dos sistemas de <i>feedback</i> : uma análise crítica.....	15
4. Objectivos do estudo.....	15
<b>MÉTODO.....</b>	<b>17</b>
1. Participantes.....	19
2. Instrumentos.....	21
2.1. <i>CORE-OM</i> .....	21
2.2. <i>PCOMS: Outcome Rating Scale (ORS) e Session Rating Scale (SRS)</i> .....	21
2.3. <i>Entrevista de Mudança Psicoterapêutica do Cliente</i> .....	22
2.4. <i>Entrevista de Mudança Psicoterapêutica do Terapeuta</i> .....	22
3. Procedimento.....	23

<b>RESULTADOS.....</b>	<b>24</b>
1. Análise dos resultados.....	24
2. Resultados quantitativos – CORE-OM e sistema de <i>feedback</i> PCOMS.....	24
3. Estrutura final dos clientes.....	27
4. Estrutura final dos terapeutas.....	33
5. Estrutura final – Quatro participantes.....	43
<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>46</b>
1. Limitação do estudo e sugestões para investigações futuras.....	53
2. Sugestões para investigações futuras.....	53
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>55</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>56</b>
<b>ANEXOS</b>	
I. <i>Entrevista de Mudança Psicoterapêutica do Cliente</i> .....	74
II. <i>Entrevista de Mudança Psicoterapêutica do Terapeuta</i> .....	79
III. Transcrições de entrevistas.....	82
III.1. Transcrição de entrevista – Caso PC1.....	83
III.2. Transcrição de entrevista – Caso PT1.....	91
III.3. Transcrição de entrevista – Caso PC2.....	101
III.4. Transcrição de entrevista – Caso PT2.....	112
IV. Análise das transcrições utilizando o método fenomenológico.....	124
V. Carta de consentimento informado.....	177

## LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Figura 1. Resultados CORE-OM de cliente 1 (PC1).....	24
Figura 2. Resultados CORE-OM de cliente 2 (PC2).....	24
Figura 3. Resultados PCOMS de cliente 1 (PC1).....	25
Figura 4. Resultados PCOMS de cliente 2 (PC1).....	25
Figura 5: Estrutura final dos quatro participantes relativos ao uso de sistemas de <i>feedback</i> .....	45
Tabela 1: Constituintes-chave dos clientes.....	27
Tabela 2: Variações empíricas dos clientes.....	32
Tabela 3: Constituintes-chave dos terapeutas.....	35
Tabela 4: Variações empíricas dos terapeutas.....	41

## INTRODUÇÃO

A história da psicoterapia é feita de numerosos avanços e recuos, inovações e controvérsias. Desde os seus primórdios, psicoterapeutas das mais variadas orientações colocaram a questão: *qual o melhor modo de ajudar esta pessoa em sofrimento?* Com o intuito de responder a esta pergunta complexa, vários modelos teóricos foram criados e desenvolvidos (Norcross, VandenBos & Freedheim, 2011). Paralelamente, a investigação em psicoterapia conta como mais um esforço no sentido de responder à pergunta já mencionada, criando um corpo de conhecimento que nos permita intervir de um modo mais informado e responsivo às necessidades do cliente (Norcross, 2011).

Investigar o processo e os resultados em psicoterapia constitui uma área científica com uma história já alargada. Os primeiros esforços de investigação datam dos anos 20, continuando ininterruptamente até aos dias de hoje (Lambert, 2013; Wampold & Imel, 2015). Com efeito, é razoável dizer que esta é uma área extremamente prolífera, muito apesar dos seus resultados terem tido um impacto muitas vezes menor do que o desejável na prática psicoterapêutica (Stewart & Chambless, 2007).

Este enquadramento teórico focar-se-á na área de investigação mais relevante para o nosso tema: o estudo da eficácia psicoterapêutica e os seus factores mediadores.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1. Investigação em psicoterapia

#### 1.1. Será a psicoterapia eficaz?

“Exceptional claims demand exceptional evidence.”  
– Christopher Hitchens, in *God is Not Great*

Esta questão tornou-se absolutamente central para a investigação em psicoterapia nos anos 50 e 60. Tem na sua origem um debate intenso iniciado por Hans Eysenck (1952, 1964; ver também Strupp, 1963), quando este afirmou não existirem provas científicas a favor da eficácia geral da psicoterapia. Este episódio controverso resultou, acima de tudo, num aumento exponencial da quantidade e qualidade de investigação disponível. Um momento decisivo nesta fase da história da investigação psicoterapêutica foi a publicação da meta-análise de Smith e Glass, que concluiu existirem evidências fortes a favor da

eficácia geral da psicoterapia, independentemente da abordagem utilizada (Smith & Glass, 1977; Andrews & Harvey, 1981). Esta meta-análise foi replicada, e outras tantas criadas de origem, chegando à conclusão definitiva: *a psicoterapia é eficaz*. Um estudo particularmente extenso por Lipsey e Wilson (1993) sintetizou os resultados de 302 meta-análises (não estudos!), mais uma vez concluindo a favor da eficácia geral das intervenções psicológicas. Estes resultados persistem até aos dias de hoje, confirmando que a psicoterapia tem resultados consistentemente superiores no aliviar do sofrimento psicológico quando comparada à condição de placebo ou ao não tratamento (Lambert, 2013). Assim, e no seguimento deste debate, surge a “segunda grande questão” que viria a dominar a investigação psicoterapêutica a partir dos anos 80.

## 1.2. Qual a abordagem psicoterapêutica mais eficaz?

“It doesn't matter how beautiful your theory is, it doesn't matter how smart you are. If it doesn't agree with experiment, it's wrong.”

– Ricard P. Feynman

Eysenck (1964) não defendia a ineficácia total da psicoterapia, mas que certas abordagens produziram resultados mais satisfatórios que outras. Especificamente, Eysenck argumentou fortemente contra a psicanálise e a favor da abordagem comportamental. Esta posição veio tipificar o debate que se seguiu: *se a psicoterapia é eficaz, então qual será a abordagem mais eficaz?*

Mais uma vez, as opiniões dividiram-se e, apesar das investigações que iremos apresentar, ainda hoje existem defensores acérrimos das várias “escolas” terapêuticas, tal como o debate sobre qual destas será a mais eficaz – no geral e para perturbações específicas. Acompanhando este debate científico existe também, até hoje, uma grande heterogeneidade quanto à *prática* da psicoterapia. Uma meta-análise recente (Knapp, Kieling & Beck, 2015) recolheu a preferência por diferentes abordagens terapêuticas com base em 5037 terapeutas entrevistados: a terapia cognitiva-comportamental foi a preferida por 28,24% dos participantes; 25,33% identificavam-se como ecléticos ou integrativos; 14,82% como psicanalíticos ou psicodinâmicos; 10,91% como comportamentais; e 9,5% como pertencentes à escola humanista (ex: experiencial, existencial, centrada-na-pessoa).

Assim surge um novo surto de estudos, desta vez com o intuito de comparar a eficácia destas diferentes abordagens psicoterapêuticas. Os resultados destes estudos e meta-análises surpreenderam muitos – ao ponto de, ainda hoje, causarem controvérsia (Budd & Hughes, 2009). Resumindo, *os estudos e meta-análises disponíveis não encontraram*

*diferenças significativas quanto à eficácia das diferentes abordagens empiricamente estudadas, no geral e para perturbações específicas* (Seligman, 1995; Wampold et al., 1997; Imel et al., 2008a; Miller, Wampold, & Varhely, 2008; Stiles et al., 2008a).

Estes resultados vieram pôr em causa a própria natureza do processo psicoterapêutico. Se as várias abordagens – psicanalítica, cognitiva-comportamental, etc. – apresentam resultados semelhantes, então *quais os factores da psicoterapia que moderam estes resultados?* A resposta não poderia estar apenas, por exemplo, nas técnicas específicas utilizadas pelo terapeuta – já que estas variam drasticamente entre abordagens e, segundo Lambert (2013), estima-se que contribuam em apenas 15% para a melhoria dos pacientes em psicoterapia. Kazdin (2009), por sua vez, argumentou que décadas de investigação ainda não nos proporcionaram um conjunto de explicações empiricamente suportadas sobre o *como* e o *porquê* da mudança em psicoterapia – isto é, quais os mecanismos específicos que produzem mudança. Esta afirmação mantém-se válida mesmo após esforços por parte de paradigmas da investigação com o objectivo de analisar o processo terapêutico (Elliott, 2010; Timulak, 2010).

Assim sendo, o que poderá explicar os resultados idênticos entre diferentes abordagens psicoterapêuticas? Uma das hipóteses mais estudadas é a dos *factores comuns* em psicoterapia (Laska, Gurman & Wampold, 2014; Rosenzweig, 1936). Segundo esta, diferentes abordagens terapêuticas beneficiariam dos mesmos factores curativos entre si, mesmo que estes não fossem originalmente enfatizados na teoria de mudança da abordagem. Por outras palavras, *existiria um conjunto de fenómenos transversais a qualquer processo terapêutico que, por sua vez, teriam um impacto maior nos resultados do que as diferenças específicas propostas por cada abordagem* (Laska, Gurman & Wampold, 2014; Frank & Frank, 1991).

O exemplo mais citado e estudado de um factor comum entre as várias abordagens terapêuticas é a existência de uma *aliança terapêutica* (Bordin, 1979). Embora diferentes orientações terapêuticas definam a aliança terapêutica de diferentes modos, a investigação demonstrou consistentemente que a qualidade da aliança terapêutica é o melhor preditor de resultados em psicoterapia, independentemente da abordagem utilizada (Horvath & Symonds, 1991; Horvath et al., 2011). Por exemplo, uma meta-análise especialmente influente por Horvath e Symonds (1991) concluiu que os resultados em psicoterapia eram mais influenciados pela qualidade da aliança terapêutica que pelo tipo de tratamento administrado. Curiosamente, os clientes sempre nos “apontaram” para este dado empírico: quando questionados sobre qual o elemento mais importante da sua

psicoterapia, os clientes repetidamente referem a relação terapêutica (Timulak, 2010). Esta resposta foi replicada até nas ocasiões em que esses clientes eram, profissionalmente, psicoterapeutas (Bike, Norcross, & Schatz, 2009)!

John Norcross (2011) fez um trabalho especialmente extenso no estudo do que poderíamos chamar de “estilos relacionais empiricamente suportados”. Tomando como ponto de partida a primazia da relação terapêutica como factor explicativo dos resultados em psicoterapia, Norcross colaborou com diversos clínicos e investigadores de modo a melhor entender quais os factores relacionais que teriam maior impacto nestes resultados. As meta-análises que daí advieram destacam como especialmente significativos a *empatia adequada* por parte do terapeuta (Elliott et al., 2011), a *aceitação incondicional* (Farber & Dolin, 2011), o *consenso entre terapeuta e cliente nos objectivos terapêuticos* (Tryor & Winograd, 2011) e a capacidade de *reparar rupturas na aliança terapêutica* (Safran, Muran & Eubanks-Carter, 2011; Safran & Kraus, 2014).

Concluindo, a investigação disponível tende a apoiar muitas das premissas defendidas pela perspectiva dos factores comuns (Laska, Gurman & Wampold, 2014). Sabemos hoje que estes factores explicam cerca de 30% dos resultados em psicoterapia – a percentagem mais elevada de mudança atribuível à terapia ou terapeuta (Lambert, 2013). A um nível de abstracção maior, podemos também referir que 86% da mudança é atribuível a variáveis do cliente, enquanto que apenas 14% desta se parece dever à própria intervenção psicológica (Duncan, 2015; Wampold & Imel, 2015).

### **1.3. A Eficácia da Psicoterapia: As Boas Notícias**

Já referimos anteriormente o feliz consenso científico: a psicoterapia é eficaz. Mas quão eficaz? Nas palavras de Lambert (2013): “a pessoa em tratamento psicológico tem, em média, melhorias mais significativas que 80% da amostra não tratada”. Quer isto dizer que as intervenções psicológicas são eficazes, e são-o para uma percentagem muito considerável da população.

A psicoterapia é, em muitos casos, igualmente eficaz quando comparada a intervenções medicamentosas, sendo os ganhos terapêuticos da primeira geralmente mais duradouros (de Maat et al., 2006; Imel et al., 2008b; Cuijpers et al., 2013). No caso de intervenções psicológicas para a depressão, a percentagem recidiva é de 27% na condição de psicoterapia como método de intervenção – quase metade dos 57% na condição de farmacoterapia (de Maat et al., 2006). No entanto, a eficácia relativa das intervenções psicológicas parece também estar de algum modo dependente da frequência das sessões

disponibilizadas: um estudo recente em contexto naturalista encontrou melhorias significativamente superiores para intervenções com sessões semanais, por comparação com um acompanhamento quinzenal (Erekson, Lambert & Eggett, 2015). Por fim, sabemos também que as intervenções psicológicas têm consistentemente melhores resultados que os tratamentos por placebo (Lipsey & Wilson, 1993; Grissom, 1996).

Vários estudos e meta-análises focaram-se na investigação da eficácia psicoterapêutica para perturbações específicas. Assim, temos hoje evidência a sugerir a eficácia das intervenções psicológicas para a depressão (Cuijpers et al., 2008; Cuijpers et al., 2011; Biesheuvel-Leliefeld et al., 2015), perturbações de ansiedade (Hofmann & Smits, 2008; Stewart & Chambless, 2009; Cuijpers et al., 2014), stress pós-traumático (Van Etten & Taylor, 1998; Bradley et al., 2005) e perturbações de personalidade (Leichsenring & Leibing, 2003; Budge, 2015), para dar apenas alguns exemplos.

Por outro lado, e como já foi dito anteriormente, as principais abordagens terapêuticas empiricamente estudadas já deram provas da sua eficácia com base em numerosos estudos. Embora a terapia cognitivo-comportamentais seja aquela que, historicamente, colocou mais cedo a ênfase no comprovar científico da sua eficácia (Hofmann et al., 2012; McMains et al., 2015), temos hoje também estudos e meta-análises a sugerir a eficácia geral das restantes principais abordagens psicoterapêuticas, nomeadamente: psicodinâmica (Driessen et al., 2015a; Leichsenring & Rabung, 2008; Shedler, 2010), humanista-experiencial (Angus et al., 2015), sistémica-familiar (Heatherington et al., 2015) e existencial (Vos, Craig & Cooper, 2015). Estes dados, embora positivos no sentido de comprovarem a eficácia geral da psicoterapia, reforçam também a importância do investimento em investigações que procurem explicar os resultados psicoterapêuticos para lá da abordagem terapêutica utilizada.

#### **1.4. A Eficácia da Psicoterapia: As Más Notícias**

“I have perhaps been slow in coming to realize that the facts are always friendly.”  
– Carl Rogers, in *On Becoming a Person*

Infelizmente, até os serviços mais eticamente responsáveis e informados pela investigação mais recente continuam a sofrer de vários problemas (Lilienfeld, 2007). Parece importante fazer aqui um levantamento das áreas por melhorar, já que estas justificam a necessidade de linhas de investigação recentes que iremos mencionar mais à frente, como é o caso dos “sistemas de *feedback*”:

- *Taxa de “dropout” ainda muito elevada:* a primeira meta-análise sobre o abandono prematuro dos clientes, ainda amplamente citada, concluiu que o “dropout” acontecia em cerca de 47% dos casos clínicos (Wierzbicki & Pekarik, 1993). No entanto, uma meta-análise mais recente, com base em 669 estudos (N = 83834) encontrou um “dropout” médio de 19,7% (Swift & Greenberg, 2012) – isto é, cerca de 1 em cada 5 clientes abandonou prematuramente o tratamento. A disparidade de resultados entre meta-análises terá que ver, em parte, com as diferentes definições de “dropout” existentes (Hatchett & Park, 2003). No entanto, qualquer um destes valores apresenta claramente o problema persistente do abandono prematuro dos clientes em psicoterapia. Este fenómeno parece ser mediado significativamente pela qualidade da aliança terapêutica (Sharf, Primavera & Diener, 2010). Uma meta-análise recente sugere também que o “dropout” ocorre significativamente mais vezes nas primeiras sessões da intervenção (Fernandez et al., 2015).
- O problema do “dropout” é especialmente relevante já que *parecem ser necessárias cerca de 14 sessões para 50% dos clientes em terapia atingirem ganhos significativos, e 23 sessões para ajudar 70% dos clientes* (Harnett, O'Donovan & Lambert, 2010). Por outro lado, existe controvérsia quanto ao administrar de um número estandardizado de sessões, já que os clientes variam substancialmente no número de sessões que necessitam para ter ganhos significativos (Owen et al., 2015).
- *A percentagem elevada de efeitos adversos em psicoterapia:* uma parte considerável dos clientes terminam uma intervenção psicológica em pior estado do que quando a começaram (Wampold & Imel, 2015). Mesmo em estudos com terapeutas altamente formados e supervisionados, entre 5% a 10% dos clientes pioram em terapia e 35%-40% não experienciam qualquer melhoria (Lambert et al., 2005; Shimokawa, Lambert & Smart, 2010). Este valor agrava-se para os 10%-20% de resultados adversos no caso de intervenções psicológicas em crianças (Warren et al., 2010).
- *A maioria dos psicoterapeutas consistentemente sobrestima a sua eficácia em psicoterapia:* a investigação sugere que 25% dos terapeutas acreditam estar no percentil 90 de eficácia, comparando com os seus colegas, sendo que *nenhum* terapeuta se avaliou como abaixo da média (Walfish et al., 2012)!
- *A generalidade dos terapeutas é ineficaz na avaliação do estado da relação terapêutica* (Hartmann, 2015) *e no reconhecer de clientes em deterioração clínica* (Hatfield et al., 2010). Uma meta-análise encontrou que as avaliações da aliança

terapêutica, da perspectiva dos clientes e dos terapeutas, se correlacionavam por apenas .36 (Tryon, Blackwell & Hammel, 2007). Terapeutas e clientes tendem também a variar na importância atribuída a diferentes aspectos do processo terapêutico (Bachelor, 2013; Timulak, 2010).

- Estudos sugerem a existência de um viés de publicação – “publication bias” – de resultados inflacionados de eficácia terapêutica (Driessen et al, 2015b).

Estas problemáticas reforçam a importância de encontrar novos meios de monitorizar e aumentar a eficácia dos serviços de saúde mental. Não deixa de ser impressionante constatar que *não existem quaisquer provas de um aumento da eficácia geral psicoterapêutica nas últimas décadas* (Wampold & Imel, 2015). É, em parte, devido a esta constatação, que se tornou clara a necessidade de melhorar os nossos serviços através do estudo de novas variáveis.

## **2. Investigação dos efeitos do psicoterapeuta**

### **2.1. O terapeuta: a variável negligenciada**

“O paciente com o qual me preocupo mais sou eu próprio.”  
– Carta de Sigmund Freud a Wilhelm Fliess, 1897

Tornou-se claro que existem outras variáveis fundamentais, para lá da abordagem ou técnicas utilizadas, a ter em conta quando tentamos explicar os resultados em psicoterapia. Uma dessas variáveis é próprio terapeuta – isto é, ao modo como a *pessoa do terapeuta* (Duncan, 2015) influencia o processo e os resultados terapêuticos.

A análise dos efeitos do terapeuta é relativamente recente, apesar de alguns esforços pioneiros anteriores (Luborsky et al., 1986; Blatt et al., 1996), tendo por isso sido considerada “a variável negligenciada” pela investigação psicoterapêutica (Beutler, 1997). O estudo de Luborsky e colaboradores (1986) foi uma das primeiras tentativas de modo a averiguar a existência de efeitos significativos do terapeuta nos resultados, concluindo existir uma grande variabilidade de sucesso terapêutico dependendo do terapeuta em causa. Um outro estudo (Blatt et al., 1996) analisou uma base de dados extensa e bem controlada onde, apesar dos terapeutas avaliados seguirem um procedimento manualizado, estes continuaram a ter resultados terapêuticos relativamente dispare. Finalmente, a primeira meta-análise especificamente criada para avaliar este

tema (Crits-Christoph et al., 1991) sugere que aproximadamente 9% da variabilidade dos resultados psicoterapêuticos é atribuível a efeitos do terapeuta.

Uma das mais recentes meta-análises no tema (Baldwin & Imel, 2013), baseada em 46 estudos, 1281 terapeutas e 14519 clientes, atribuiu 5% de variabilidade dos resultados a efeitos do terapeuta. Esta discrepância para com os resultados de Crits-Christoph e colaboradores pode dever-se, em parte, a diferenças atribuíveis ao contexto naturalista de certos estudos (Wampold & Imel, 2015). Baldwin, Wampold e Imel (2007) sugerem também que a variabilidade do terapeuta influencia significativamente a qualidade da aliança terapêutica, influenciando os resultados (Horvath et al., 2011). Finalmente, o único estudo a relacionar os efeitos do terapeuta com a duração da intervenção sugere que 8,89% da variabilidade da duração se deve a estes efeitos (Lutz et al., 2015).

Como tal, *os dados mais recentes apontam para um impacto dos efeitos do terapeuta entre os 5% e os 9% quanto à variabilidade de resultados em psicoterapia*. Este resultado é especialmente relevante pelo contraste com o 1% de variabilidade atribuível às técnicas específicas utilizadas em terapia (Baldwin & Imel, 2013; Wampold & Imel, 2015).

A importância fulcral da pessoa do terapeuta começa assim a surgir como uma variável essencial para o entendimento do *porquê* dos resultados em psicoterapia (Duncan, 2015). Estes efeitos parecem ser significativos até em intervenções medicamentosas, já que diferentes psiquiatras obtêm resultados diferentes (McKay, Imel & Wampold, 2006).

Estabelecida a importância do terapeuta, resta saber *quais* as variáveis pessoais e profissionais deste que se traduzem em melhores e piores resultados em terapia. Aqui, a investigação parece mais facilmente fornecer-nos dados – muitas vezes surpreendentes – sobre características dos terapeutas que *não* influenciam os resultados:

- Diferenças de resultados entre terapeutas *não estão relacionadas com idade, sexo, orientação terapêutica ou anos de experiência* (Brown et al., 2005; Wampold & Brown, 2005; Anderson et al., 2009).
- *Anos de experiência não se parecem correlacionar com maior eficácia psicoterapêutica*: um estudo especialmente extenso, já referido, por Brown, Lambert, Jones e Minami (2005), analisando os resultados obtidos por 281 terapeutas com os seus respectivos 10812 clientes, concluiu que os anos de experiência clínica dos terapeutas *não eram* uma variável preditora dos resultados em terapia. Outra meta-análise concluiu que os anos de experiência clínica não se correlacionam significativamente, *per si*, com um aumentar da precisão de tomada de decisões

clínicas (Spengler & Pilipis, 2015). Para além disto, não existem provas de diferenças significativas de resultado entre psicoterapeutas profissionais e terapeutas em treino/supervisão (Nyman, Nafziger & Smith, 2010; Budge et al., 2013). Um artigo especialmente curioso (e corajoso) pelo psicoterapeuta Paul Clement (2008) apresentou os seus 40 anos de monitorização de resultados dos seus clientes – concluindo que a sua eficácia como terapeuta tinha diminuído com o tempo! Infelizmente, temos hoje razões para crer que Clement *não é* um caso isolado.

- A investigação *não sugere* um aumento da eficácia clínica do terapeuta após supervisão ou formação em psicoterapia, para lá do tempo de formação em si (Fauth et al. 2007; Watkins Jr, 2011). Finalmente, o uso e adesão a intervenções manualizadas *não* influencia significativamente a terapia de modo a dissipar os efeitos do terapeuta (Webb, DeRubeis & Barber, 2010; Owen & Hilsenroth, 2014).

Como tal, o que podemos hipotetizar como características do terapeuta provavelmente potenciadoras de resultados em terapia? Regra geral, terapeutas mais flexíveis (Owen & Hilsenroth, 2014), responsivos (Norcross, 2011; Kramer & Stiles, 2015) e com melhores capacidades relacionais (Anderson et al., 2009; Heinonen et al., 2014) tendem a assegurar melhores resultados terapêuticos. Um domínio dos factores comuns em psicoterapia (Laska, Gurman & Wampold, 2014) e a capacidade de formar e manter melhores alianças com os seus clientes (Baldwin, Wampold & Imel, 2007) são também características relevantes. Recentemente, tem também sido dada nova atenção à capacidade e qualidade da “presença” do terapeuta (Geller & Greenberg, 2012; Schneider, 2015).

No entanto, ainda não são claras *quais* as características específicas do terapeuta eficaz e *como é* que estas influenciam o contexto terapêutico. Uma linha de investigação recente que visa responder a esta incógnita é o estudo dos terapeutas com desempenho consistentemente superior: estudar *quem são, o que fazem e porque e como* fazem o que fazem (Miller et al., 2013; Tracey et al., 2014; Chow et al., 2015).

## 2.2. Estudos de Desempenho Superior

“Génio? Neste momento  
Cem mil cérebros se concebem em sonho génios como eu,  
E a história não marcará, quem sabe?, nem um.”  
– Álvaro de Campos, in *Tabacaria*

Certos terapeutas têm resultados consistentemente superiores à média (Okiishi et al., 2003; Baldwin & Imel, 2013). Dado que a abordagem terapêutica utilizada, os anos de experiência clínica ou as variáveis demográficas do terapeuta não se reflectem num aumento da eficácia (Wampold & Imel, 2015), como explicar este fenómeno?

A resposta poderá estar, em parte, no estudo dos indivíduos com desempenho superior (Ericsson et al., 2006; Chow et al., 2015). Estes estudos, embora escassos e recentes na área da psicoterapia, têm já uma história alargada noutras actividades. Por exemplo, Ericsson e colaboradores (1994, 2006) há décadas que estudam profissionais de alto desempenho em áreas tão variadas como o desporto, o xadrez ou a música. Estes estudos procuram entender *quem são* os profissionais considerados “experts”, e *como* atingiram o alto desempenho que os caracteriza. Através destes estudos, vários factores comuns entre “experts” de diferentes áreas foram propostos – como o facto de estes terem uma capacidade de tomada de decisão avançada tanto ao nível de decisões deliberadas como intuitivas (Moxley et al., 2012). Outra característica muito estudada, comum aos profissionais de desempenho superior, é a existência de “prática deliberada” (Ericsson, 2009) – isto é, os profissionais de desempenho superior passam mais tempo a reflectir sobre o *feedback* recebido, a identificar onde é que o seu desempenho falha, a procurar o apoio de outros profissionais, e a desenvolver, ensaiar, executar e avaliar planos com o intuito de melhorar o desempenho pessoal. A prática deliberada é teorizada como um dos principais factores característicos dos profissionais de desempenho superior (Ericsson et al., 2006; Ericsson, Nandagopal & Roring, 2009; Ericsson & Charness, 1994).

No entanto, estes estudos continuam controversos. Embora Ericsson e colaboradores (2006) coloquem a tónica do desempenho superior num conjunto de práticas deliberadas ao alcance da maioria dos profissionais, outros estudos contrariam directamente esta premissa, apontando para a influência decisiva da genética e de características psicológicas como o Q.I. (Ackerman, 2014; Hambrick et al., 2014; Plomin et al., 2014; Ruthsatz, Ruthsatz & Stephens, 2014). Uma meta-análise recente (Macnamara, Hambrick & Oswald, 2014) sugere que a “prática deliberada” explica entre 1% a 26% da

variabilidade do desempenho em profissionais de várias áreas, sendo por isso um factor importante, mas não tão significativo como por vezes argumentado (Ericsson, 2009).

### **2.3. Transpondo para a psicoterapia: os “Supershrinks”**

Os estudos de desempenho superior têm influenciado, nos últimos anos, alguma investigação na área da psicoterapia (Miller et al., 2013; Chow, 2014; Chow et al., 2015; Hansen, Lambert & Vlass, 2015a). A premissa adoptada por estes investigadores é que, de modo a entender os processos que levam a melhores resultados em psicoterapia, é necessário estudar os terapeutas que demonstram resultados consistentemente superiores – por vezes apelidados de “supershrinks” (Okiishi et al., 2003).

O primeiro grande desafio em encontrar estes “supershrinks”, de modo a estudá-los, é o seguinte: no geral, os psicoterapeutas acham-se mais eficazes do que, de facto, são. No estudo por Walfish et al. (2012), 25% dos terapeutas envolvidos consideraram-se no percentil 90 de eficácia clínica, comparando-se aos seus pares, nunca se auto-avaliando como abaixo da média em termos de eficácia clínica. Estes dados sugerem que o auto-relato do terapeuta *não* é um modo eficaz de monitorização de resultados em psicoterapia. Como tal, é necessário encontrar formas cientificamente rigorosas de identificar os terapeutas de desempenho superior. O uso de sistemas de monitorização de resultados – também chamados de sistemas de *feedback* – são uma solução possível para este problema (Lambert, 2010). Voltaremos ao uso destes sistemas mais à frente.

Sabemos, portanto, que certos terapeutas têm resultados consistentemente superiores aos dos seus pares (Baldwin & Imel, 2013), mas que outras características definem um “supershrink”? O estudo de Okiishi e colaboradores (2003) analisou os dados de 1841 clientes, acompanhados por 91 terapeutas, concluindo que os terapeutas cujos clientes mostravam melhorias mais rápidas tinham, em média, uma taxa de mudança 10 vezes superior à média. Estes “supershrinks” tendem também a ter alianças terapêuticas de qualidade consistentemente superiores (Hansen, Lambert & Vlass, 2015a), corroborando a literatura que aponta a relação terapêutica como um dos principais mediadores de resultados em terapia (Horvath et al., 2011). Consistente com a abordagem de factores comuns (Laska, Gurman & Wampold, 2014), os “supershrinks” não só desenvolvem melhores relações terapêuticas, como proporcionam uma explicação – aceite pelo cliente – para a queixa apresentada, e um conjunto de actividades com o intuito de ultrapassar o problema (um “mito” e um “ritual”; Frank & Frank, 1991). Todos estes elementos trabalham a favor de um aumento na sensação de auto-eficácia do cliente (Laska &

Federman, 2015). Outra característica que parece definir um “supershrink” é a sua constante procura por melhorar o seu desempenho e a constante monitorização de resultados pessoais (Hansen, Lambert & Vlass, 2015b) – remetendo para o uso de prática deliberada (Ericsson et al., 2006). Existe alguma evidência a sugerir que a quantidade de tempo que o terapeuta passa a melhorar as suas capacidades terapêuticas é um preditor significativo de resultados clínicos (Chow et al., 2015), e que os terapeutas mais eficazes se permitem a duvidar mais do seu discernimento clínico (“professional self-doubt”; Nissen-Lie et al., 2015). De facto, uma característica importante dos terapeutas mais eficazes pode ser a sua constante luta contra um viés confirmatório (Tracey et al., 2014). Por estarem mais atentos a sinais de deterioração dos seus clientes, estes terapeutas sofrem menos de “dropout” que a maioria (Hansen, Lambert & Vlass, 2015a).

Apesar de certas limitações incontornáveis (ex: genéticas; Ackerman, 2014), como poderíamos, com base nas evidências apresentadas, facilitar a formação de “supershrinks”? Por outras palavras: para lá das *características* de um “supershrink”, falta-nos entender o *processo* que os leva a existir. Ainda é extremamente pouca a literatura científica que examina o desenvolver de desempenhos superiores em psicoterapia (Miller et al., 2013; Tracey et al., 2014; Chow et al., 2015; Hansen, Lambert & Vlass, 2015a). Sabemos que simplesmente trabalhar mais horas não é suficiente para explicar melhores desempenhos (Miller et al., 2015; Tracey et al., 2014; Hambrick et al., 2014). Concordando com Tracey e colaboradores (2014), e tendo em conta a importância de contrariar o viés confirmatório em psicoterapia (Nissen-Lie et al., 2015), seria importante que a prática deliberada se focasse em colocar e testar hipóteses, cujos resultados seriam monitorizados através de sistemas de *feedback* (Lambert, 2010).

De momento, o estudo dos chamados “supershrinks” é ainda muito recente e inconclusivo. Como tal, o artigo pioneiro por Hansen, Lambert e Vlass (2015a) é importante por servir de modelo para futuras investigações: encontrar, através de sistemas de monitorização de resultados, terapeutas excepcionalmente eficazes e criar estudos de caso aprofundados, dando-nos pistas sobre as variáveis que caracterizam estes terapeutas.

No entanto, os sistemas de monitorização de resultados têm vindo a demonstrar a sua utilidade para lá da avaliação objectiva do desempenho de psicoterapeutas (Lambert, 2010). Os últimos anos têm criado um corpo de investigação que sugere que qualquer terapeuta beneficiaria do uso dos sistemas, caso estes sejam utilizados adequadamente.

### 3. Investigação dos sistemas de *feedback*

#### 3.1. A Monitorização de Resultados Clínicos: os Sistemas de *Feedback*

Em 1996 surge a *patient-focused research*, um paradigma de investigação desenvolvido por Howard e colaboradores (1996). Estes investigadores sugeriram que a aplicação sessão-a-sessão de medidas de monitorização de progresso clínico poderia informar os terapeutas sobre como melhor ajudar os seus clientes e, conseqüentemente, obter melhores resultados em terapia (Lutz, De Jong & Rubel, 2015). Desde então, várias medidas de monitorização de resultados – ou “sistemas de *feedback*” – foram desenvolvidas e estudadas, como é o caso do OQ-45 (Lambert, 2015), o CORE-OM (Evans et al., 2002) ou o PCOMS (Duncan & Reese, 2015), entre outros. Dos sistemas disponíveis, apenas o OQ-45 e o PCOMS têm actualmente uma forte base empírica a suportar a sua eficácia (Wampold, 2015; Lambert & Shimokawa, 2011).

Até hoje, doze “randomized clinical trials” (“*RCT's*”) avaliaram o impacto dos sistemas de *feedback* em psicoterapia (Lambert et al., 2001; Lambert et al., 2002; Whipple et al., 2003; Hawkins et al., 2004; Harmon et al., 2007; Slade et al., 2008; Crits-Christoph et al., 2012; Simon et al., 2012; Simon et al., 2013; De Jong et al., 2012; Amble et al., 2014; Probst et al., 2015). Os estudos sugerem que estes sistemas podem, no melhor dos casos: duplicar o número de clientes a atingir melhorias significativas; baixar para metade a taxa de “dropout” em terapia; reduzir para um terço o risco de deterioração clínica; e reduzir em dois terços a duração da intervenção (Lambert, 2015; Miller et al., 2015).

Os sistemas de *feedback* têm vindo a acumular provas da sua eficácia especialmente para clientes em risco de deterioração clínica (por exemplo: Harmon et al., 2007; Crits-Christoph et al., 2012; de Jong, 2014). A meta/mega-análise por Shimokawa, Lambert, and Smart (2010) analisou os resultados de estudos a comparar intervenções “com *feedback*” e “sem *feedback*” (“*treatment-as-usual*”). Com uma amostra total de 6151 clientes, esta meta/mega-análise sugere que os clientes em risco de deterioração estariam em média 70% melhor na condição de intervenção “com *feedback*”. No final da intervenção, 9% dos clientes em condição “com *feedback*” tinham deteriorado, tendo 38% atingido melhorias clínicas significativas. Estes valores contrastam com a condição “sem *feedback*”, onde 20% dos clientes deterioraram e 22% atingiram melhorias significativas.

Um exemplo mais recente é o estudo de Probst e colegas (2013), onde o grupo experimental (“com sistema de *feedback*”) e de controlo tiveram a mesma percentagem de pacientes a deteriorar (17,1%), sendo que o grupo experimental registou menos 65%

de agravamento dessa deterioração, comparando com o grupo de controle. O valor preventivo dos sistemas de *feedback* é, portanto, evidente. Talvez por isso o comentário de Duncan (2015): “identificar os clientes que *não* estão a beneficiar da intervenção é o elemento mais importante para melhorar resultados clínicos”. Alguns estudos, no entanto, sugerem que os sistemas de *feedback* são igualmente eficazes para clientes tanto em deterioração como “*on track*” (Bickman et al., 2011; Simon et al., 2013). Embora estes sistemas pareçam ser especialmente úteis para terapias breves, também poderão ter um impacto positivo em terapias de longa duração (de Jong, 2014).

A utilização de sistemas de *feedback* é importante, em parte, porque, como já dissemos, os terapeutas têm uma avaliação enviesada do seu desempenho e do estado da relação terapêutica (Walfish et al., 2012; Bachelor, 2013). Para além disso, e ainda mais relevante para o tema dos sistemas de *feedback*, a maioria dos psicoterapeutas tem grande dificuldade em avaliar a existência de deterioração nos seus clientes (Hatfield et al., 2010) – problema esse que os sistemas de monitorização parecem reduzir significativamente (Lambert & Shimokawa, 2011).

Ligando esta linha de investigação com a dos “supershrinks” (Okiishi et al., 2003), os sistemas de *feedback* apresentam-se como uma possível forma de avaliar objectivamente a eficácia dos terapeutas. Apesar dos estudos já existentes das características pessoais e profissionais dos psicoterapeutas (Solomonov et al., 2015; Levitt & Williams, 2010; Orlinsky & Ronnestad, 2005), ainda existe uma lacuna na investigação quanto à ligação entre estas características e os resultados obtidos em terapia (Chow et al., 2015). Em muitos dos estudos a avaliar supostos terapeutas “experts” (Jennings & Skovholt, 1999; Jennings et al. 2008), o critério de escolha é muitas vezes baseado no prestígio do terapeuta, e não numa certeza empírica de resultados consistentemente melhores do que os dos seus colegas (Orlinsky, 1999). Embora certos terapeutas influentes sejam considerados “experts”, esta assunção é muitas vezes infundamentada – isto é, sem uma comprovação através de uma monitorização rigorosa de resultados. Sem esta, torna-se impossível avaliar a qualidade do desempenho do profissional, e assim entender quem são os “terapeutas de topo” (Baldwin & Imel, 2013). Os sistemas de *feedback* são, portanto, fundamentais de modo a identificar os chamados “supershrinks” – para, posteriormente, estes serem estudados (Hansen, Lambert & Vlass, 2015a).

Apesar dos resultados de investigação promissores, os sistemas de *feedback* têm tido uma aceitação lenta, e uma implementação ainda pouco abrangente nos serviços de saúde mental (Boswell et al., 2015; De Jong & De Goede, 2015; Ionita et al., 2016). Questões

de ordem económico, prática e ao nível das crenças do terapeuta servem de impedimentos para esta tecnologia ainda “demasiado” recente (Wampold, 2015).

### **3.2. O impacto dos sistemas de *feedback*: uma análise crítica**

“Because we want to like our facts, we are always tempted to simplify them.”  
- Adam Phillips, in *Becoming Freud*

Ainda existe controvérsia quanto ao impacto dos sistemas de *feedback* em psicoterapia (Miller et al., 2015; Wampold 2015). Se, por um lado, estes parecem aumentar os resultados em terapia (Lambert & Shimokawa, 2011), estudos mais recentes têm vindo a apresentar resultados cada vez mais modestos (Murphy et al., 2012; Simon et al., 2013). Amble e colaboradores (2015), por exemplo, sugerem um efeito geral da condição de *feedback* inferior ao anteriormente atingido ( $d = 0.32$ ). Outro estudo não encontrou diferenças nos resultados entre intervenções com e sem *feedback* (Rise et al., 2015).

A que se deve esta disparidade de resultados? Começamos lentamente a perceber empiricamente que os sistemas de *feedback*, por si, não garantem resultados (Tracey et al., 2014; Miller et al., 2015; Wampold, 2015). Congruente com a já discutida importância fulcral dos efeitos do terapeuta nos resultados (Baldwin & Imel, 2013), investigações recentes começam a demonstrar que o impacto dos sistemas de *feedback* é influenciado significativamente por efeitos do terapeuta (De Jong, 2012; Simon et al., 2012). Por outras palavras, mostra-se extremamente pertinente o estudo das variáveis do terapeuta que influenciam o uso de sistemas de *feedback*. Esta questão foi, até hoje, alvo de um número extremamente limitado de estudos (De Jong, 2012; Chow et al., 2015). Um estudo recente, por exemplo, concluiu que diferenças de atitude do terapeuta e do cliente para com o uso de sistemas de *feedback* explicavam 5,4% (atitude do terapeuta) e 5,7% (atitude do cliente) da variabilidade de resultados (Lutz et al., 2015).

## **4. Objectivos do estudo**

Citando Wampold (2015): “*After all the years that we have studied ROM [routine outcome monitoring], we do not know how therapists use ROM to improve the quality of service—and maybe even more incredible, we have not investigated this important question*”. Torna-se, assim, fundamental o estudo aprofundado da relação entre terapeutas e sistemas de *feedback*. Por outro lado, parece-nos igualmente relevante complementar a

análise de variáveis do terapeuta com variáveis do cliente, já que estas dimensões poderão interagir entre si de modos clinicamente relevantes.

Assim sendo, o estudo que nos propomos fazer aborda precisamente esta questão: o impacto do terapeuta e do cliente no uso dos sistemas de *feedback*. Como tal, as nossas principais questões de investigação serão:

- Qual a atitude do terapeuta para com os sistemas de *feedback*?
- Qual a atitude do cliente para com os sistemas de *feedback*?
- De que modo é que os sistemas de *feedback* influenciaram o processo e os resultados da psicoterapia?

Resumindo, questionamo-nos sobre quais as variáveis que impactam o uso de sistemas de *feedback*, e o modo como estas interagem com o processo e resultado da psicoterapia. A capacidade do terapeuta se deixar surpreender e influenciar pelo que os clientes têm a dizer poderá ser um marcador valioso (Nissen-Lie, 2015), tal como a capacidade de entender e adaptar-se às preferências dos clientes (Cooper & Norcross, 2015; Owen & Hilsenroth, 2014; Norcross, 2011) – adaptação essa facilitada, possivelmente, através do uso adequado dos sistemas de *feedback*.

## MÉTODO

De modo a estudar aprofundadamente a experiência do cliente e terapeuta ao longo da psicoterapia, a metodologia escolhida para a elaboração deste estudo é de natureza qualitativa. Tendo em conta as questões e objectivos já apresentados, era necessária uma metodologia que permitisse a exploração descritiva dos fenómenos em causa, acedendo e interpretando os dados do modo mais detalhado possível. Esta necessidade está em consonância com o carácter exploratório e descritivo das metodologias qualitativas em investigação psicoterapêutica (McLeod, 2011; Sousa, 2014).

A análise qualitativa já deu vários importantes frutos no mundo da psicoterapia (Levitt, Pomerville & Surace, 2016). No entanto, a investigação psicológica tem sido, historicamente, uma ciência com predominância em metodologias quantitativas (Gelo, Braakmann & Benetka, 2008). O debate, a meu ver, não deve promover a predominância de uma metodologia sobre a outra, mas sim o uso informado de cada uma destas e, quando possível, a sua integração. De facto, no caso da investigação em psicoterapia, o apelo à integração responsável de metodologias qualitativas em estudos quantitativos não é novo (Hill, Chui & Baumann, 2013). Um dos principais benefícios desta integração é a possibilidade de explorar, descritivamente, o *processo* (qualitativo) que eventualmente leva a um *resultado* (mensurável) em psicoterapia – podendo assim investigar com maior detalhe os possíveis mediadores de um resultado (Kazdin, 2009).

Assim sendo, o estudo que nos propusemos fazer, embora firmemente assente numa metodologia qualitativa, faz uso de dados quantitativos, recolhidos com base nos sistemas de *feedback* previamente apresentados. Podemos considerar estes sistemas o indicador de *resultados* (“outcomes”; Miller et al., 2013) de um *processo* psicoterapêutico que iremos analisar qualitativamente, do ponto de vista do cliente e do terapeuta.

Mais especificamente, dentro da metodologia qualitativa deste estudo, foi utilizado o método fenomenológico de investigação (Giorgi & Sousa, 2010). Tendo como base a filosofia fenomenológica de Edmund Husserl, este método permite a descrição e exploração dos fenómenos apresentados, dando primazia à subjectividade e experiência vivida do ponto de vista da própria pessoa (Kumar, 2012). De modo a transpor o trabalho filosófico para o contexto científico, Giorgi adaptou o método de Husserl à psicologia fenomenológica (Giorgi, 2012), resultando numa metodologia “rigorosa, metódica, com controlo de enviesamentos sobre o seu objeto de estudo e válida para fundar novos

conhecimentos, no contexto das ciências sociais e humanas” (Giorgi & Sousa, 2010, p. 130-131).

O método fenomenológico de investigação foi escolhido em detrimento da *grounded theory* (Glaser & Strauss, 1967), que procura explicar realidades sociais e psicológicas com base na identificação de processos subjacentes aos fenómenos sob investigação. Esta escolha teve como base os objectivos gerais do estudo, que não pretende a explicação de fenómenos, mas sim a *descrição* aprofundada da experiência vivida dos participantes, de modo a explorar e analisar com maior profundidade os processos subjacentes ao acompanhamento psicológico e ao uso de sistemas de *feedback* em psicoterapia.

A análise de dados, inserida no método fenomenológico de investigação, consiste em três princípios metodológicos fundamentais (Giorgi, 2009; Giorgi & Sousa, 2010; Oliveira, Sousa & Pires, 2012). O primeiro princípio é o de *epoché*, que consiste na suspensão de todos os conhecimentos prévios e pré-conceitos, com o objectivo da análise se focar totalmente no fenómeno que surge presentemente na consciência do participante. O segundo princípio é o de *redução fenomenológica-psicológica*, onde os objectos e as situações que surgem à consciência dos participantes passam pela redução, em vez dos actos de consciência ligados a esses objectos e situações. O terceiro princípio é o de *análise eidética* – ou seja, a procura da essência do fenómeno, da sua estrutura de significado psicológico, que serve de síntese do sentido da experiência vivida pelos participantes.

A metodologia fenomenológica de Giorgi é constituída por quatro passos, aplicados após a recolha dos dados de investigação e feita a transcrição directa destes dados (Giorgi & Sousa, 2010), neste caso provenientes de entrevistas feitas aos participantes. Os quatro passos do método são: (1) *Estabelecer o sentido do todo*; (2) *Determinação das partes: divisão em unidades de significado*; (3) *Transformação das unidades de significado em unidades de significado psicológico*; (4) *Determinação da estrutura geral de significados psicológicos*. Segue-se a descrição de cada um destes passos:

- *Estabelecer o sentido do todo* – consiste na leitura da transcrição completa da entrevista. Esta leitura terá de ser feita com base numa atitude de redução fenomenológica-psicológica, de modo ao leitor não colocar hipóteses interpretativas que poderão interferir com a compreensão das descrições do participante. De modo a atingir este objectivo, poderão ser necessárias várias leituras da entrevista em causa.

- *Determinação das partes: divisão em unidade de significado* – consiste também na leitura completa da transcrição da entrevista, mas com um objetivo diferente: dividi-lo em partes ou “unidades de significado”. Assim, ao reler a entrevista, o investigador deverá assinalar com uma marca todas as vezes que forem identificadas mudanças relevantes de sentido no discurso dos participantes.
- *Transformação das unidades de significado em unidades de significado psicológico* – tendo o investigador como base a atitude de redução fenomenológica-psicológica e a análise eidética, este passo consiste na transformação da linguagem quotidiana do participante numa linguagem de significado psicológico. Este passo não se trata de uma reformulação das descrições do participante, mas sim de um clarificar dessas descrições ao retirar aspectos não essenciais do discurso – já que nem todos os excertos contém, naturalmente, significados psicológicos relevantes – e utilizando uma linguagem psicológica, articulada em relação ao tema de estudo.
- *Determinação da estrutura geral de significados psicológicos* – com base nas unidades de significado estabelecidas, o investigador descrever a estrutura psicológica geral da experiência vivida pelo participante, criando assim uma síntese das unidades de significado psicológico que são generalizáveis aos vários casos estudados, e não apenas ao sujeito único. A esta descrição dos sentidos mais invariantes da experiência do participante chamamos de constituintes-chave ou constituintes essenciais. Pretende-se, finalmente, descrever possíveis relações e interdependências entre os constituintes-chaves identificados.

Resumindo, a metodologia fenomenológica de Giorgi pretende estabelecer uma “relação dos significados psicológicos essenciais da experiência dos participantes da investigação” (Giorgi & Sousa, 2010, p. 76), convidando o investigador a trabalhar e descrever os dados em estudo segundo uma atitude de redução fenomenológica – podendo e devendo, no entanto, explorar relações e descrições relevantes ao tema de estudo.

## **1. Participantes**

Os participantes do estudo foram selecionados de uma amostra de clientes e terapeutas provenientes de uma clínica universitária em Lisboa. De modo a explorar a experiência vivida do ponto de vista do cliente e do terapeuta, foram entrevistadas duas díades psicoterapêuticas – isto é, dois clientes e os seus respectivos psicoterapeutas.

Os dois clientes completaram um acompanhamento psicológico de 14 sessões, com periodicidade semanal, que decorreram entre 2015 e 2016. Estas 14 sessões foram fornecidas aos clientes com base num protocolo estabelecido entre a clínica universitária e uma seguradora. Como tal, estes clientes apresentavam certas especificidades quanto ao pedido e situação de vida que os tornavam aptos ao reencaminhamento por parte da seguradora para o serviço de apoio psicológico. PC1 era familiar de um sinistrado, estando por isso apta ao reencaminhar para psicoterapia pela seguradora. PC2 era o próprio sinistrado, reencaminhado após um acidente de trabalho o ter debilitado gravemente. Este cliente sofre de uma dor crónica que deteriorou gravemente a sua qualidade de vida. É importante salientar este facto, já que parece relevante tornar explícito que este cliente entra em psicoterapia não só com sofrimento psicológico e emocional, mas também físico, dificultando o evoluir clínico.

Aos clientes entrevistados foram atribuídos os códigos PC1 e PC2, e aos seus respectivos psicoterapeutas os códigos PT1 e PT2. As díades terapêuticas estudadas, portanto, correspondem a PC1-PT1 e PC2-PT2. Os dados sociodemográficos mais relevantes dos clientes neste estudo estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1

*Dados Sociodemográficos dos Participantes (Clientes)*

Código	Idade	Sexo	Nacionalidade	Estado civil	Agregado familiar	Escolaridade	Estatuto profissional	Acompanhamento psicológico nos últimos 5 anos	Acompanhamento psicológico actual	Medicação
PC1	18	F	Portuguesa	Solteira	3	Ensino secundário	Estudante	Não	Não	Não
PC2	46	M	Portuguesa	Divorciado	1	Ensino superior	Tempo inteiro	Não	Não	Sim

Os dois terapeutas deste estudo, PT1 e PT2, subscrevem à orientação psicoterapêutica fenomenológico-existencial (Sousa, 2015). PT1 é um terapeuta do sexo masculino, com 54 anos de idade e 3 anos de experiência clínica. PT2 é uma terapeuta do sexo feminino, com 33 anos de idade e 10 anos de experiência clínica.

Para este estudo, será primeiramente apresentada uma análise aprofundada dos dados referentes aos clientes e terapeutas, separadamente. Seguidamente, iremos remeter esta análise para a integração dos dados fornecidos pelos quatro participantes, com destaque para as atitudes dos clientes e terapeutas relativas aos sistemas de *feedback* utilizados.

## **2. Instrumentos**

Para a recolha de dados dos clientes, foi aplicado o CORE-OM, o sistema de *feedback* PCOMS, e a *Client Change Interview* (Elliott et al., 2001), na sua versão adaptada para a população portuguesa (Sales et al., 2007) e actualizada para o estudo da experiência vivida dos participantes quanto aos sistemas de *feedback* em psicoterapia (Anexo I). Para a recolha de dados do terapeuta, foi criada e aplicada a *Entrevista de Mudança Psicoterapêutica do Terapeuta* (Anexo II).

### **2.1. CORE-OM**

O *Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure* (CORE-OM; Evans et al., 2002), adaptado para a população portuguesa (Sales et al., 2012), é um instrumento de auto-relato com 34 itens, destinado a avaliar como o sujeito se sentiu durante a última semana. A avaliação é feita através de uma escala Likert de 5 pontos. O instrumento é composto por quatro subescalas: Bem-estar subjetivo (W), Problemas/ sintomas (P), Funcionamento social e pessoal (F) e comportamentos de Risco (R). Esta medida é aplicada no início e no fim da psicoterapia, com o objetivo de avaliar o resultado da intervenção.

### **2.2. PCOMS: Outcome Rating Scale (ORS) e Session Rating Scale (SRS)**

O *Partners for Change Outcome Management System* (PCOMS; Duncan & Reese, 2015) é um sistema de *feedback* empiricamente validado que consiste na aplicação de duas medidas: a *Outcome Rating Scale* (ORS) e *Session Rating Scale* (SRS). Criados em 2003 por Scott D. Miller e Barry Duncan (Duncan et al., 2003; Miller et al., 2003), estes instrumentos têm como objectivo monitorizar o progresso dos clientes em psicoterapia. Com 4 itens cada, as escalas possibilitam uma implementação rápida em todas as sessões terapêuticas, sendo estas preenchidas pelo cliente. A ORS surgiu como uma alternativa breve para o *Outcome Questionnaire-45* (OQ-45; Lambert et al., 2004). Esta avalia o progresso do cliente e, quando agregada, pode também ser utilizada para determinar a eficácia geral do psicoterapeuta. A segunda medida, a SRS, avalia a qualidade da relação terapêutica, um dos preditores mais fortes de sucesso em psicoterapia (Horvath et al., 2011). O ORS é preenchido pelo cliente no princípio de cada sessão, e o SRS preenchido no final de cada sessão. Ambas as escalas demonstraram validade através da correlação de resultados com outras medidas mais extensas, como o OQ-45 e o *Helping Alliance*

*Questionnaire II* (HAQ-II; Luborsky et al., 1996), e demonstraram a sua eficácia clínica num conjunto já alargado de estudos empíricos (Duncan & Reese, 2015; Lambert & Shimokawa, 2011). O sistema PCOMS vem com um *software* integrado que processa os dados recolhidos e apresenta graficamente os resultados do SRS e ORS.

### **2.3. Entrevista de Mudança Psicoterapêutica do Cliente**

O principal instrumento para recolha de dados provenientes dos clientes foi a *Client Change Interview* (Elliott et al., 2001), na sua versão adaptada para a população portuguesa (Sales et al., 2007). Trata-se de uma entrevista semi-estruturada, gravada em áudio para posterior transcrição. A duração típica da entrevista costuma ser entre os 20 minutos e a 1 hora. Tem como conteúdo um conjunto de questões onde o cliente explora o que sentiu em terapia, que mudanças advieram desse processo, ao que é que o cliente atribui essas mudanças, e descrições de aspectos que considerou úteis e menos úteis no processo. Esta entrevista é mais comumente aplicada após o fim da terapia. Como parte da entrevista, é também pedido ao participante que enumere e quantifique, numa escala de Likert de 5 pontos, as principais mudanças que advieram da sua psicoterapia. Para cada mudança assinalada, são feitas 3 questões: (1) “*Estava à espera dessa mudança, ou foi uma surpresa para si?*” (de 1=Mudança totalmente esperada a 5=Mudança completamente surpreendente); (2) “*Esta mudança podia ter acontecido sem terapia?*” (de 1=De certeza que não acontecia a 5=De certeza que sim, aconteceria); (3) “*Até que ponto esta mudança é importante ou significativa para si?*” (de 1=Nada importante a 5=Extremamente importante).

De modo a explorar com maior detalhe a experiência dos clientes quanto aos sistemas de *feedback* na sua psicoterapia, foram adicionadas ao protocolo original questões abertas relativas a este tema. O protocolo desta entrevista encontra-se disponível no Anexo I.

### **2.4. Entrevista de Mudança Psicoterapêutica do Terapeuta**

Para os propósitos deste estudo, foi desenvolvida uma entrevista semi-estruturada, a ser aplicada ao psicoterapeuta, e gravada em áudio para posterior transcrição. O conteúdo da entrevista explora as ideias gerais do psicoterapeuta sobre o que produz mudança em psicoterapia e como se descreveria como profissional, especificando depois para questões sobre o acompanhamento psicológico em causa e sobre atitudes para com os sistemas de *feedback* utilizados. O protocolo desta entrevista encontra-se disponível no Anexo II.

### 3. Procedimento

De uma amostra de clientes, provenientes de uma parceria entre uma seguradora e uma clínica universitária, escolhemos aleatoriamente dois casos que haviam terminado o seu acompanhamento psicológico de 14 sessões. Estes acompanhamentos foram realizados por dois psicoterapeutas distintos, ambos membros da SPPE – Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Existencial. Assim sendo, as intervenções psicoterapêuticas administrada seguiram o referencial teórico fenomenológico-existencial (Sousa, 2015).

No início e no final de cada um destes acompanhamentos, foi aplicada a avaliação psicológica CORE-OM aos clientes. Em todas as 14 sessões, os clientes preencheram também o sistema de *feedback* PCOMS – composto pela medida ORS, preenchida no início de cada sessão, e a medida SRS, preenchida no final de cada sessão. Como parte deste procedimento, era também suposto os clientes e os terapeutas abordarem e discutirem em conjunto estas medidas (ORS e SRS) e os seus resultados, ao longo de todo o processo psicoterapêutico.

Findos estes acompanhamentos, quatro entrevistas foram agendadas e gravadas em áudio pelo investigador do presente estudo. Duas dessas entrevistas foram feitas aos clientes selecionados aleatoriamente, utilizando o protocolo “Entrevista de Mudança Psicoterapêutica do Cliente” (Anexo I). Estes clientes preencheram também uma carta de consentimento informado (Anexo V). Outras duas entrevistas foram feitas aos respectivos terapeutas destes clientes, utilizando o protocolo “Entrevista de Mudança Psicoterapêutica do Terapeuta” (Anexo II). Com o objetivo de manter os critérios de confidencialidade e de privacidade, foram atribuídos códigos a cada um dos participantes e retiradas da transcrição todas as referências possivelmente identificativas.

Após a transcrição destas gravações (Anexo III), procedeu-se à leitura cuidadosa das entrevistas, de modo a “estabelecer o sentido do todo” – o 1º passo do método fenomenológico de investigação (Giorgi & Sousa, 2010). Foi então realizada uma segunda leitura da entrevista, dividindo cada protocolo em “unidades de significado”. Estas foram posteriormente transformadas em “unidades de significado psicológico” (Anexo IV).

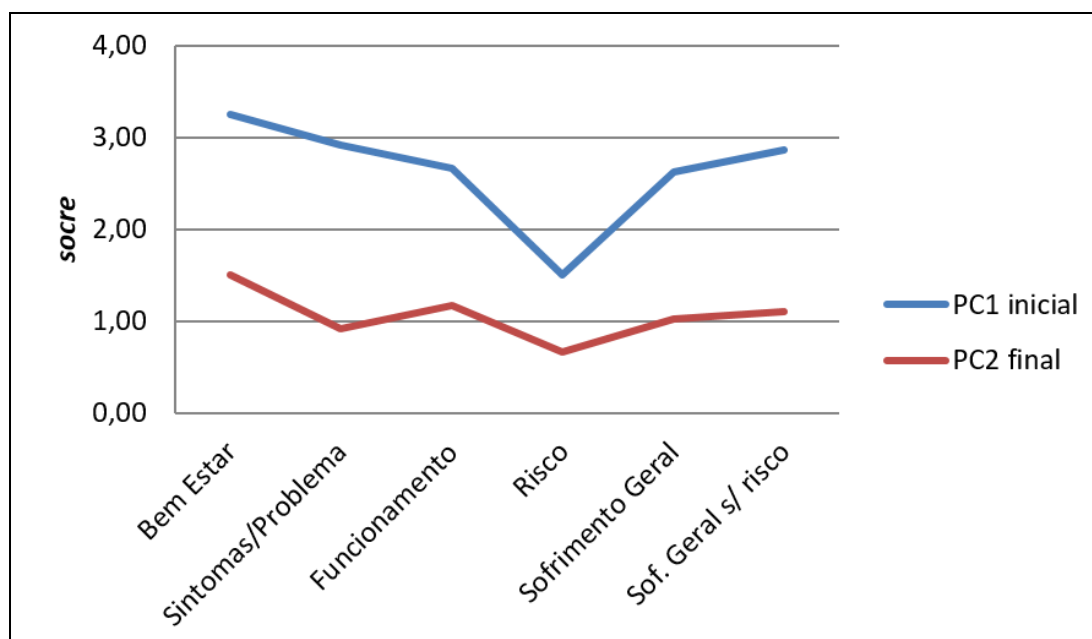
## RESULTADOS

### 1. Análise dos resultados

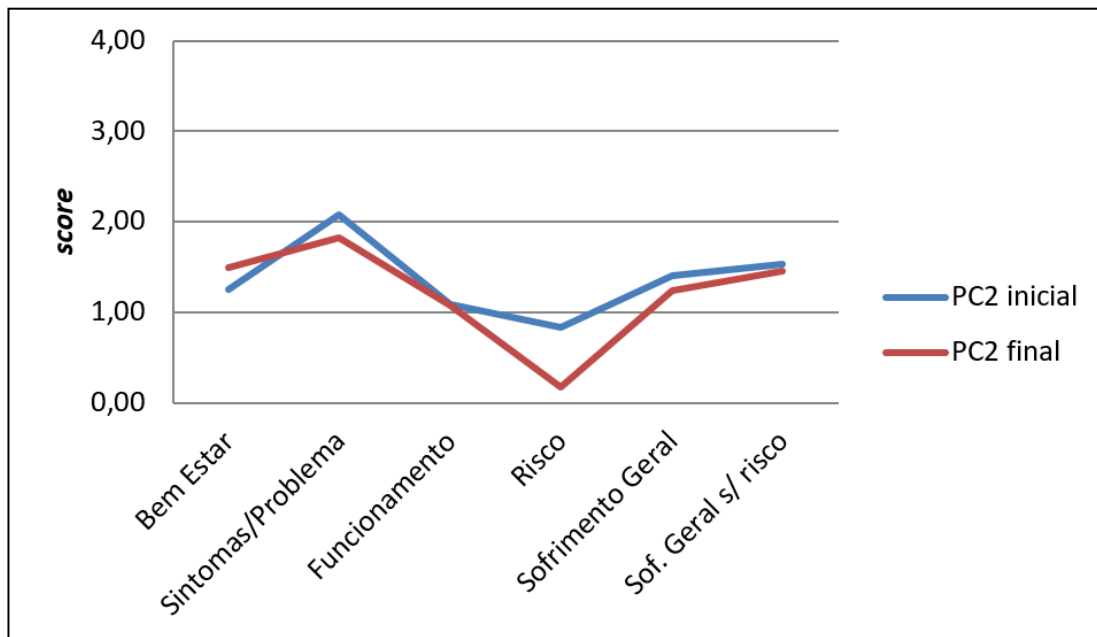
Os dados quantitativos deste estudo, recolhidos através do CORE-OM e do sistema de *feedback* PCOMS, mostram-se discriminados nas Figura 1, 2, 3 e 4. De seguida, estão apresentados os resultados qualitativos relativos aos dois subgrupos de participantes analisados: clientes e terapeutas. Nas Tabelas 1 e 3, estão apresentados os constituintes-chave relativos à experiência vivida por cada um destes subgrupos, considerando-se estas estruturas essenciais e invariantes em relação aos participantes de cada grupo. As variações empíricas, com os respectivos constituintes-chave, estão apresentadas nas Tabelas 2 e 4. Finalmente, procedemos à integração dos dados analisados, representados na Tabela 5 e Figura 5.

### 2. Resultados quantitativos – CORE-OM e sistema de *feedback* PCOMS

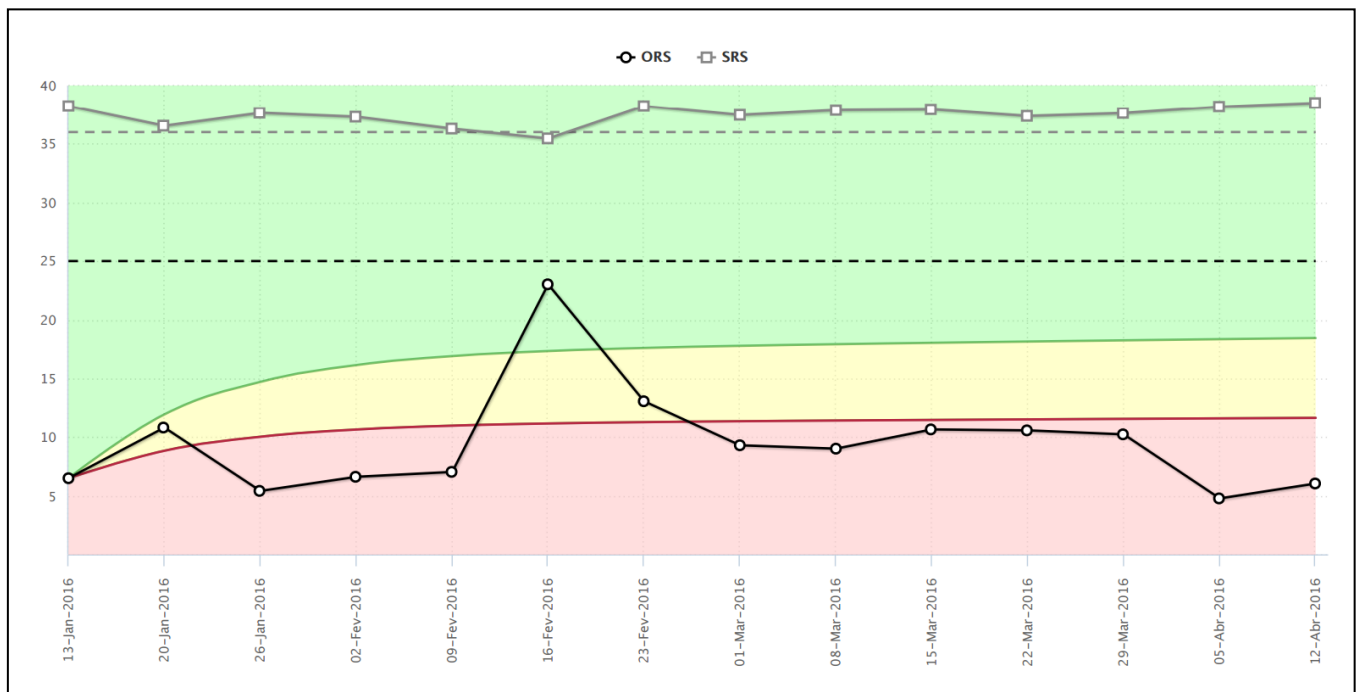
**Figura 1: Resultados CORE-OM de Cliente 1 (PC1)**



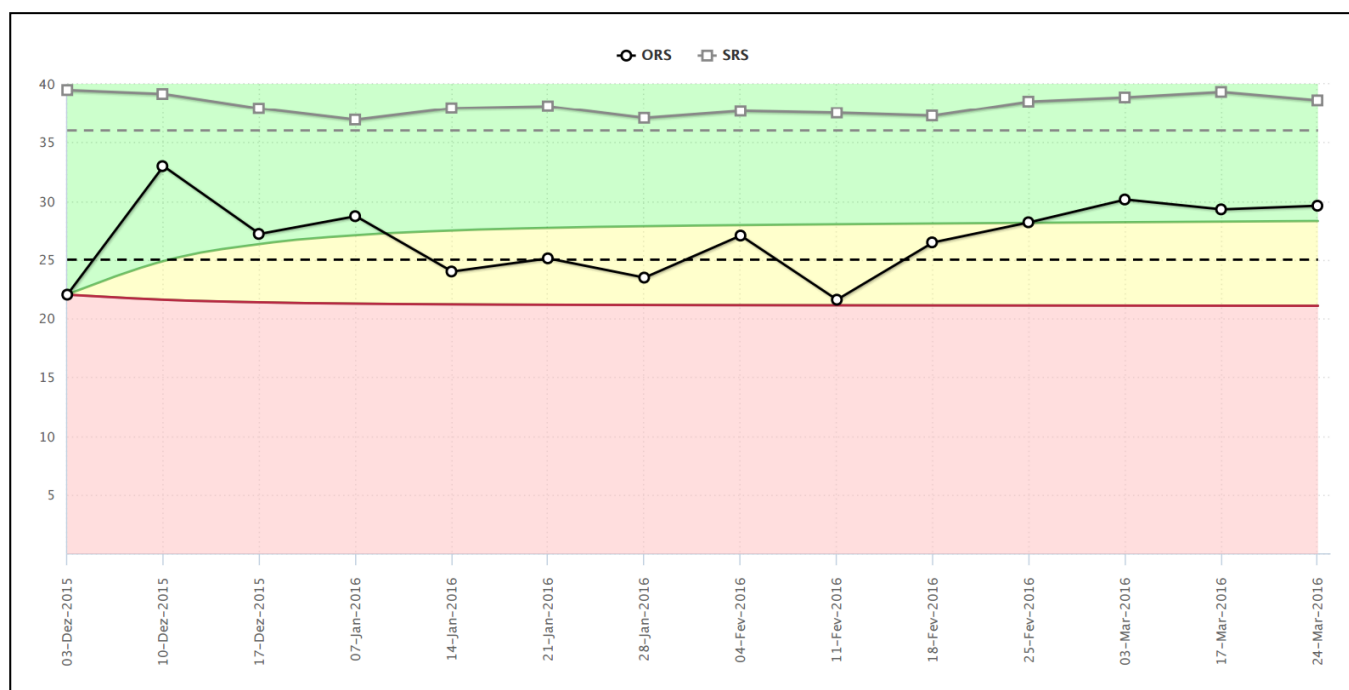
**Figura 2: Resultados CORE-OM de Cliente 2 (PC2)**



**Figura 3: Resultados PCOMS de Cliente 1 (PC1)**



**Figura 4: Resultados PCOMS de Cliente 2 (PC2)**



### ***Resultados quantitativos de PC1***

A cliente PC1 relata, através da avaliação psicológica CORE-OM, um melhorar clínico muito significativo. Especificamente, e em comparação com o seu estado inicial, PC1 apresenta níveis de funcionamento e bem-estar psicológico muito superiores após o fim da psicoterapia. Os seus índices de sofrimento geral, risco e sintomatologia baixaram também muito significativamente. Curiosamente, estes resultados contrastaram com os do sistema de *feedback* PCOMS. Segundo este, embora a satisfação para com a relação terapêutica tenha sido consistentemente muito alta ao longo da psicoterapia – como é possível ver através da medida SRS –, o indicador de resultados clínicos ORS marcou um resultado final negativo, sugerindo a existência de um conjunto de problemáticas pessoais e/ou sintomatológicas ainda prevalentes.

### ***Resultados quantitativos de PC2***

No caso do cliente PC2, a evolução clínica reportada foi, no geral, positiva. O CORE-OM indica que os níveis de risco, sintomatologia e sofrimento geral diminuíram moderadamente, desde o início da psicoterapia. Apesar disto, a sensação subjectiva de bem-estar psicológico piorou ligeiramente na altura do final do acompanhamento. Quanto aos dados do sistema de *feedback* PCOMS, e tal como no caso de PC1, o cliente PC2

reporta consistentemente uma satisfação muito elevada para com a relação terapêutica. Congruente com resultados do CORE-OM, o indicador de resultados ORS assinala também o melhorar clínico deste cliente, principalmente ao longo das últimas sessões do seu acompanhamento.

### **3. Estrutura final dos clientes**

#### **3.1. Constituintes-Chave**

**Tabela 1: Constituintes-Chave dos Clientes**

- Relação com o terapeuta
- Satisfação com processo terapêutico
- Aceitação de si
- Importância dos recursos internos
- Mudança na relação com os outros
- Maior organização psicológica
- Psicoterapia sem efeitos negativos
- Obstáculos externos ao avanço psicoterapêutico
- Importância de definir objectivos e tarefas terapêuticas
- Insatisfação com a duração/periodicidade da psicoterapia
- Impacto dos sistemas de *feedback*
- *Feedback* como “guia”
- Importância da monitorização de resultados

### 3.2. Síntese dos Constituintes-Chave

#### Estrutura Final – Clientes

Os clientes relatam **satisfação com o processo terapêutico** e o impacto positivo da **relação com o terapeuta**. Consideraram também relevante a **importância de definir objectivos e tarefas terapêuticas**. Foram referidos ganhos terapêuticos como **mudanças nas relações com os outros**, uma maior **aceitação de si** e uma **maior organização psicológica**. Estes ganhos foram atribuídos, em parte, à psicoterapia ou ao psicoterapeuta, mas também aos **recursos internos do cliente** – sugerindo uma interacção fundamental, no processo terapêutico, entre variáveis do terapeuta e do cliente.

Apesar de não terem sido reportados **efeitos negativos da psicoterapia**, existiram **obstáculos externos ao avanço psicoterapêutico**. Para além disso, ambos os clientes se mostraram **insatisfeitos com a duração ou periodicidade da psicoterapia**, referindo que poderiam ter beneficiado de um processo mais longo e com sessões mais frequentes.

Os clientes mencionaram a presença e o **impacto dos sistemas de feedback** ao longo do processo. Ambos consideraram os **sistemas como um “guia”** – ajudando mais rapidamente a falar de questões importantes, com menor constrangimento, e a **definir objectivos e tarefas terapêuticas**. Destacaram também a **importância da monitorização de resultados** através destes sistemas, dando perspectiva sobre a evolução clínica ao longo do tempo, e ajudando a identificar focos terapêuticos relevantes.

Ao comparar a experiência vivida dos dois clientes, PC1 e PC2, foi possível encontrar um conjunto de unidades de significado psicológico semelhantes e inter-relacionáveis.

Os clientes deste estudo reportaram **satisfação com o processo terapêutico e com o psicoterapeuta**. Esta informação é corroborada pelos dados da medida SRS, que consistentemente mostram uma avaliação muito positiva dos terapeutas. Nos seus discursos, os clientes valorizaram as várias dimensões presentes em qualquer processo psicoterapêutico: características do terapeuta e do cliente, e a qualidade da relação, tanto nas suas dimensões de validação como de desafio.

Os principais ganhos terapêuticos relatados dizem respeito a **mudanças de atitudes para com os outros e o próprio**. Assim, PC1 refere a sua **maior capacidade de gestão de conflitos interpessoais** (PC1 “Foi útil para mudar as minhas acções para com outras pessoas. (...) Pronto, ser mais calma. E pensar antes de falar. Foi aí que eu senti mais diferença”), e PC2 refere uma **maior organização psicológica** e **maior aceitação** da sua condição física debilitada e a perda de qualidade de vida que daí advém (PC2 “estou um

bocadinho mais organizado nas coisas, já tenho outra forma de ver as coisas”; “Já estou a aceitar um bocadinho melhor as coisas que hoje em dia não consigo fazer”).

Os clientes referiram também a **importância dos seus recursos internos** – como a coragem, a auto-disciplina e a resiliência –, como veículos de estabilidade emocional e facilitadores de mudanças significativas (PC1 “Descrevem-me como uma pessoa lutadora. (...) Porque conhecem-me desde pequena, e sabem que eu já passei por muitas coisas difíceis e que as consegui ultrapassar”; PC2 “Hoje sou o sou por causa de muito, muito sacrifício pessoal. (...) É uma situação muito complicada, mas eu também tenho aguentado, tenho a disciplina para não ir abaixo”). Estes dados sugerem uma possível relação entre os recursos internos do cliente e os resultados terapêuticos.

Sobressai, principalmente nas afirmações de PC2, a **importância de definir objectivos e tarefas terapêuticas** em psicoterapia (PC2 “Nas sessões, era-me importante ver se tinha ou não uma melhoria. E, se não, perceber porquê, identificar isso, e ver onde era preciso trabalhar”). Esta ênfase em estratégias e soluções é especialmente compreensível tendo em conta o contexto de terapia breve e a sintomatologia grave do cliente. Esta dimensão específica parece ter sido auxiliada pelos sistemas de *feedback* (PC2 “Consoante os gráficos de uma semana para a outra, e ouvindo também o que a PT2 dizia, chegávamos ali a uma conclusão: “se calhar, na próxima semana, vamos tentar fazer alguma coisa mais neste aspecto”. E isso ajudava”). Talvez por isso **ambos os clientes descrevam os sistemas de feedback como um “guia”** (PC1 “As medidas serviam mais de guia, e ajudavam para ver como ia evoluindo com o tempo”; PC2 “(...) Embora não seja só olhar para o gráfico, o gráfico serve de guia”).

Esta qualidade de “guia”, do *feedback*, parece também estar associada à **importância da monitorização de resultados**, sendo que os clientes valorizaram esta monitorização (PC1 “nós preenchíamos todas as sessões um gráfico, e falávamos sobre isso. Se houvesse alguma mudança falávamos sobre isso”; PC2 “(...) é sempre positivo fazer o antes e o depois”; “é importante para nós, pacientes, avaliarmo-nos. Fazermos uma auto-avaliação”). Esta monitorização permitia, ao cliente e ao terapeuta, ganhar alguma perspectiva sobre a evolução terapêutica ao longo do tempo – que, por sua vez, contribuía para o reflectir de focos clínicos relevantes. Assim, podemos ver como a **monitorização de resultados** e a **importância de definir objectivos e tarefas terapêuticas** parecem ser elementos interdependentes no processo terapêutico, ambos sujeitos ao impacto do sistema de *feedback*.

No caso de PC1, este sistema serviu de **facilitador na comunicação**, ajudando a cliente a mais rapidamente dialogar sobre questões importantes (PC1 “Começámos a sessão a falar daquilo e depois foi um à vontade, não tive receio de falar. (...) Porque se começava logo ali a falar, sem constrangimento...”). Este elemento desinibitório do *feedback* é interessante, tendo possivelmente sido potenciada, em parte, pela qualidade da relação terapêutica (PC1 “porque ele ouvia-me sempre, dava-me sempre bons conselhos, era simpático”). Para além de aparentemente satisfeita com a relação, esta cliente refere várias vezes a **importância do papel activo do terapeuta** – tendo esta influência directa sido bem recebida e com resultados positivos (PC1 “à medida que eu ia tendo um problema, falava com o doutor. E ele ia-me dando conselhos, e eu punha esses conselhos em prática”; “deu-me conselhos, tentou ajudar-me de várias formas, falando comigo, dizendo o que é que podia ou não fazer de melhor, para mudar alguma coisa... E isso tudo contribuiu para (...) um maior bem-estar”).

No caso de PC2, muitas das unidades de significado psicológico no seu discurso remetem para a sua zanga e **insatisfação com o apoio externo fornecido**, nomeadamente com a companhia de seguros que o encaminhou para a psicoterapia. Muitas das suas respostas eram interrompidas ou reencaminhadas para este tema (“**E**: E se pudesse mudar alguma coisa acerca de si mesmo, o que é que mudaria? / **PC2**: É assim, vamos a ver... O meu episódio de estar de baixa foi muito mal conduzido pela companhia de seguros”). Esta zanga, juntamente como a dor crónica persistente e uma situação de vida social e laboral precária, tornam o PC2 um caso complexo e de difícil intervenção – e, provavelmente, com pouca indicação para uma terapia breve, como foi o caso do seu acompanhamento. Por isso, apesar da avaliação positiva que o cliente faz da terapia, sente que ficaram muitas áreas por trabalhar (PC “Há muita coisa por melhorar. E em termos psicológicas, as pessoas não imaginam o impacto que isto tem”).

A gravidade ou complexidade dos casos poderá estar na base de uma outra unidade de significado psicológico relevante: a **insatisfação de ambos os clientes quanto à duração ou periodicidade da psicoterapia**. Os clientes reportaram que, se lhes tivesse sido possível, teriam preferido continuar o processo psicoterapêutico (PC1 “Acho que, se pudesse, teria continuado mais. Mas, pronto, não era uma decisão minha. Mas gostava de ter continuado”; PC2 “Foi pouco tempo. Muito pouco tempo para conseguir sequer traçar mais qualquer coisa”; “Eu acho que todas as sessões foram bastante positivas. Pena terem sido poucas”). Este aspecto é relevante para o estudo, já que ajuda a melhor entender os resultados do sistema de *feedback* utilizado, e a discrepância entre as medidas ORS e

SRS. De facto, o ORS indica consistentemente valores preocupantes para ambos os clientes, sinalizando um mal-estar psicológico muito significativo. Estes resultados contrastam com os do SRS, que, como já vimos, reportam grande satisfação dos clientes para com os terapeutas. Uma possível leitura desta discrepância poderá ser que, apesar das intervenções adequadas dos profissionais, não existiu tempo suficiente para fortalecer os ganhos terapêuticos.

Para além da questão da *duração* da psicoterapia, PC2 refere também **insatisfação para com a periodicidade da terapia**, sentindo que esta teria sido mais eficaz se o tempo entre sessões tivesse sido menor (PC2 “Se calhar, em vez de ser uma vez por semana, ser duas vezes por semanas”; “ao encurtar o tempo entre sessões, seria positivo, porque podia ser “lembra-se que há dois dias fez isto e isto, agora nestes próximos três dias vamos fazendo mais qualquer coisa neste sentido”). PC2 faz assim uma ponte entre este tema e a **importância de definir objectivos e tarefas terapêuticas** – sugerindo, de novo, uma interdependência entre estas unidades de significado psicológico.

Em suma, os clientes mostraram-se satisfeitos com a psicoterapia (PC1 “Gostei, senti-me bem. Ajudou bastante”; PC2 “Só o facto de uma pessoa me estar a ouvir, de alguém ouvir o meu problema, já foi muito positivo”), sentindo, no entanto, que teriam beneficiado de um acompanhamento mais longo e frequente.

**Tabela 2: Variações Empíricas dos Clientes**

VARIACÕES EMPÍRICAS		
Constituintes - Chave	Cliente 1 (PC1)	Cliente 2 (PC2)
<b>Relação com o terapeuta</b>	<p>“(…) o doutor deu-me conselhos, tentou ajudar-me de várias formas, falando comigo, dizendo o que é que podia ou não fazer de melhor, para mudar alguma coisa... E isso tudo contribuiu para (...) um maior bem-estar.”</p> <p>“Eu tinha ali um apoio que me dava ali os conselhos, que me ajudava a ver as coisas de outra forma. Era uma relação importante. Penso que foi muito isso que me ajudou a mudar.”</p> <p>“(…) ele ouvia-me sempre, dava-me sempre bons conselhos, era simpático.”</p> <p>“<b>E:</b> Há alguma característica específica dele, pessoal ou profissional, que acha que contribuiu especialmente para o desfecho positivo da terapia? <b>PC1:</b> Foi o conseguir falar comigo sobre tudo, sem problemas. Acho que foi isso. Conseguir abrir-se para mim, falar, deixar que eu falasse também. (...) Pronto, era assim uma troca de ideias.”</p>	<p>“(…) Só o facto de uma pessoa me estar a ouvir, de alguém ouvir o meu problema, já foi muito positivo.”</p> <p>“Foi principalmente alguém compreender aquilo que eu estou a dizer. Ao dar vários exemplos da coisa, a pessoa ouvir e compreender. (...) às vezes, quando temos alguém que nos ouça, é muito mais importante do que falarem.”</p>
<b>Satisfação com processo terapêutico</b>	<p>“Gostei, senti-me bem. Ajudou bastante.”</p> <p>“<b>E:</b> E o que é que gostaria que tivesse mudado e que não mudou, desde o início da terapia? Algum exemplo? <b>PC1:</b> Eu acho que não. Eu e o doutor trabalhámos um pouco de tudo, e ajudou-me com os problemas que eu tinha mais presentes, e acho que ficou tudo bem. <b>E:</b> Portanto, não há nada que lhe ocorra que gostaria que tivesse mudado e que não mudou? <b>PC1:</b> Não, neste momento não estou a ver.”</p> <p>“<b>PC1:</b> (...) acho que tudo valeu a pena, todas as sessões, mesmo as mais difíceis. Gostei muito. <b>E:</b> E já agora, o que acha que faltou no seu acompanhamento? <b>PC1:</b> O que faltou? Eu acho que não faltou nada.”</p> <p>“Foi um processo bom, ajudou-me bastante. A relação, os conselhos do doutor... E uma conclusão é que aconselharia a outras pessoas!”</p>	<p>“Eu fiz com a PT2 14 ou 15 sessões, uma vez por semana. E foi positivo, ajudou.”</p> <p>“(…) a PT2 compreendeu-me até um certo ponto, ouviu-me, percebeu, ajudou-me bastante (...)”</p> <p>“<b>E:</b> Lembra-se de alguma vez ter reportado, também através dessa medida, algo específico na intervenção da PT2 que não gostou tanto? <b>PC2:</b> Não, penso que não aconteceu. Eu acho que todas as sessões foram bastante positivas.”</p>
<b>Aceitação de si</b>	<p>“<b>E:</b> E se pudesse mudar alguma coisa acerca de si, o que é que mudaria? <b>PC1:</b> Ah, não sei, acho que nada! A sério, tenho de me aceitar como sou, e a terapia ajudou nisso. Acho que não mudava nada.”</p>	<p>“Hoje aprendi a respeitar a minha condição física, tal como ela é, e dantes não conseguia. Já estou a aceitar um bocadinho melhor as coisas que hoje em dia não consigo fazer.”</p> <p>“Eu não posso desvalorizar uma coisa que está permanente, que está aqui! Eu tenho de fazer tudo consoante a minha dor me deixa. E estou melhor a aceitar isso.”</p>

<p><b>Importância dos recursos internos</b></p>	<p>“<b>E:</b> E outras pessoas que a conhecem bem, como acha que a descreveriam?  <b>PC1:</b> Descrevem-me como uma pessoa lutadora. Todos dizem o mesmo. (...) Porque conhecem-me desde pequena, e sabem que eu já passei por muitas coisas difíceis e que as consegui ultrapassar.”</p> <p>“<b>E:</b> Que pontos fortes pessoais ajudaram a fazer uso da terapia para lidar com os seus problemas?  <b>PC1:</b> Acho que foi a coragem. Acho que foi principalmente isso. E a força de vontade, para mudar.  <b>E:</b> E na sua vida actual, por exemplo questões de emprego, família, etc, que factores ajudaram a fazer uso da terapia para lidar com os seus problemas?  <b>PC1:</b> Hm, não muito, não muito... Fui só mesmo eu, sozinha.  <b>E:</b> Sente que a mudança em terapia deveu-se mais aos seus recursos internos.  <b>PC1:</b> Sim, foi.”</p>	<p>“E eu, aliás, não bloqueei totalmente. Porque se tivesse!... Pronto, consigo ter algum auto-domínio para não me deixar afundar.”</p> <p>“A minha vida nunca foi fácil. Hoje sou o sou por causa de muito, muito sacrifício pessoal. Muitas pessoas, por menos, já teriam desistido. (...) É uma situação muito complicada, mas eu também tenho aguentado, tenho a disciplina para não ir abaixo.”</p> <p>“Já me fiz ouvir, mas ainda me vou fazer ouvir mais. Muitas pessoas, nem um décimo teriam aguentado disto.”</p>
<p><b>Mudança na relação com os outros</b></p>	<p>“Quando havia discussões familiares, a parte do pensar antes de agir também ajudou bastante.</p> <p>“Foi útil para mudar as minhas acções para com outras pessoas. Lembro-me, por exemplo, havia discussões – alterar a minha postura perante essas discussões. Não ser muito exaltiva ou muito... Pronto, ser mais calma. E pensar antes de falar. Foi aí que eu senti mais diferença.”</p>	
<p><b>Maior organização psicológica</b></p>		<p>“Senti-me mais organizado, com a terapia. Sentia-me mais desorganizado, antes de ir lá. Baralhado, sem ter muita noção de o que fazer. Neste momento, estou um bocadinho mais organizado nas coisas, já tenho outra forma de ver as coisas.”</p>
<p><b>Psicoterapia sem efeitos negativos</b></p>	<p>“<b>E:</b> Há alguma coisa que tenha mudado para pior, desde o início da terapia?  <b>PC1:</b> Não.  <b>E:</b> Sente, de certa forma, que “foi sempre a subir”?  <b>PC1:</b> Sim, foi.”</p>	
<p><b>Obstáculos externos ao avanço psicoterapêutico</b></p>	<p>“<b>PC1:</b> Foi eu ter medo de várias reacções por parte dos outros, com a minha mudança.  <b>E:</b> Sente que isso poderia impedir um maior avanço na sua terapia?  <b>PC1:</b> Sim. (...) Pronto, havia ali muitas complicações com a família.”</p>	<p>“<b>PC2:</b> E, depois, provavelmente, devia ter sido dado mais feedback à companhia de seguros, ou a quem quer que seja.  <b>E:</b> Gostava que tivesse existido maior ligação entre o serviço de psicologia e a seguradora.  <b>PC2:</b> Claro. Claro que só me ajudam se houver disponibilidade do outro lado. Podem escrever um relatório a dizer “esta pessoa precisa de isto e isto”, e depois do outro lado agarram no relatório e mandam para o lixo. Pensam “não, esta pessoa precisa é de ir trabalhar”. Então, e todo o trabalho que foi feito? Por pouco que fosse, começou um trabalho! Se a gente parar nesta pequenina fase em que houve uma evolução, se calhar vamos regredir.”</p>

<p><b>Importância de definir objectivos e tarefas terapêuticas</b></p>	<p>“Acho que as medidas serviam de guia, ajudavam a começar a falar de coisas importantes. E a definir coisas, pensar no que nos podíamos focar. Isso era importante.”</p>	<p>“Ter um período mais curto entre sessões e talvez assim dê-se para ir introduzindo ao longo da semana algumas dinâmicas para a pessoa mudar, ou para dar um guia à pessoa. “Ok, tentou isto e aquilo, e como é que foi para si? Ok, então olhe, quando acontecer isto vamos experimentar aquilo”.”</p> <p>“(…) ao encurtar o tempo entre sessões, seria positivo, porque podia ser “lembra-se que há dois dias fez isto e isto, agora nestes próximos três dias vamos fazendo mais qualquer coisa neste sentido”.”</p> <p>“Nas sessões, era-me importante ver se tinha ou não uma melhoria. E, se não, perceber porquê, identificar isso, e ver onde era preciso trabalhar.”</p>
<p><b>Insatisfação com a duração/periodicidade da psicoterapia</b></p>	<p>“<b>PC1:</b> Acho que, se pudesse, teria continuado mais. Mas, pronto, não era uma decisão minha. Mas gostava de ter continuado.</p> <p><b>E:</b> Sentiu que teria beneficiado de mais tempo em terapia.</p> <p><b>PC1:</b> Sim, sim.”</p>	<p>“<b>E:</b> Há alguma coisa na sua terapia que gostava que tivesse sido diferente?</p> <p><b>PC2:</b> Diferente... Se calhar, em vez de ser uma vez por semana, ser duas vezes por semanas. A questão da periodicidade.”</p> <p>“Foi pouco tempo. Muito pouco tempo para conseguir sequer traçar mais qualquer coisa.”</p> <p>“(…) a PT2 compreendeu-me até um certo ponto, ouviu-me, percebeu, ajudou-me bastante, mas sinto que este espaço entre sessões não ajudou.”</p> <p>“<b>E:</b> E fazendo um balanço final dessas sessões, o que diria?</p> <p><b>PC2:</b> Foi positivo. Só que foi muito pouco tempo, e o espaço entre sessões muito grande”</p> <p>“Eu acho que todas as sessões foram bastante positivas. Pena terem sido poucas.”</p>
<p><b>Impacto dos sistemas de feedback</b></p>	<p>“<b>E:</b> Sentiu alguma possível vantagem ou desvantagem quanto ao uso das medidas?</p> <p><b>PC1:</b> Desvantagem não. Vantagem, sim, talvez. Porque foi uma forma diferente de começar a sessão. Começamos a sessão a falar daquilo e depois foi um à vontade, não tive receio de falar.</p> <p><b>E:</b> Não sei se percebi bem: está-me a dizer que preencher as medidas no início da sessão pode ter ajudado a criar algum à vontade?</p> <p><b>PC1:</b> Sim! Porque se começava logo ali a falar, sem constrangimento...</p> <p><b>E:</b> Portanto, o acto de se focarem logo no problema ajudou?</p> <p><b>PC1:</b> Sim, eu acho que sim. Acho que as medidas serviam de guia, ajudavam a começar a falar de coisas importantes. E a definir coisas, pensar no que nos podíamos focar. Isso era importante.</p> <p><b>E:</b> Acha que teria sido mais difícil de falar de certas coisas se não fosse pelas medidas?</p> <p><b>PC1:</b> Acho que sim. Pelo menos da minha parte, teria menos iniciativa para o fazer.”</p>	<p>“O saber dar um bom feedback. “Ok, a semana passada estava assim, hoje está desta forma...”. Isto através daqueles relatórios, do gráfico. Olhávamos para isso e víamos “ok, esta semana está um bocadinho mais abaixo aqui, vamos trabalhar aqui um bocado o porquê”. Portanto, dar importância ao “porquê” de estar assim.”</p> <p>“Consoante os gráficos de uma semana para a outra, e ouvindo também o que a PT2 dizia, chegávamos ali a uma conclusão: “se calhar, na próxima semana, vamos tentar fazer alguma coisa mais neste aspecto”. E isso ajudava.”</p>

	“Ajudavam-me no sentido em que rapidamente começava a falar de coisas importantes.”	
<b>Feedback como “guia”</b>	“As medidas serviam mais de guia, e ajudavam para ver como ia evoluindo com o tempo.”	“(…) é sempre positivo fazer o antes e o depois. Embora não seja só olhar para o gráfico, o gráfico serve de guia.”
<b>Importância da monitorização de resultados</b>	“Sim, nós preenchíamos todas as sessões um gráfico, e falávamos sobre isso. Se houvesse alguma mudança falávamos sobre isso.”	“(…) é importante para nós, pacientes, avaliarmos. Fazemos uma auto-avaliação. Vemos “eu estive assim, agora está diferente neste aspecto”.  “Nas sessões, era-me importante ver se tinha ou não uma melhoria. E, se não, perceber porquê, identificar isso, e ver onde era preciso trabalhar. É isso que a PT2 fazia, até com as medidas.”

#### 4. Estrutura final dos terapeutas

##### 4.1. Constituintes-Chave

**Tabela 3: Constituintes-Chave dos Terapeutas**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualidade da presença do terapeuta como mediador de resultados em psicoterapia</li> <li>• A qualidade da relação como principal factor de sucesso terapêutico</li> <li>• A importância da auto-monitorização do terapeuta</li> <li>• Importância do modelo psicoterapêutico</li> <li>• A supervisão eficaz devido ao foco no terapeuta</li> <li>• Dificuldade de se adaptar ao ritmo do cliente</li> <li>• Importância da descontração e confiança do terapeuta</li> <li>• Importância de definir objectivos e tarefas terapêuticas</li> <li>• Dificuldades associadas ao uso de sistemas de <i>feedback</i></li> <li>• Medo de impacto negativo dos sistemas de <i>feedback</i></li> <li>• <i>Feedback</i> ajuda a monitorizar a evolução do cliente em terapia</li> <li>• <i>Feedback</i> ajuda entender a vivência do cliente em terapia</li> <li>• <i>Feedback</i> permite colocar questões e iniciar reflexões com o cliente</li> <li>• SRS sentido como mais útil</li> <li>• SRS ajuda o terapeuta a adaptar-se às necessidades do cliente</li> <li>• Possíveis discrepâncias e enviesamentos dos sistemas de <i>feedback</i></li> <li>• <i>Feedback</i> potencialmente mais útil no contexto de psicoterapias breves</li> </ul>
---

## 4.2. Síntese dos Constituintes-Chave

### Estrutura Final – Terapeutas

Os terapeutas destacam a **qualidade da relação como principal factor de sucesso terapêutico**, dando especial importância à **qualidade da presença do psicoterapeuta** – também enfatizada através do **modelo psicoterapêutico**, o fenomenológico-existencial.

A **auto-monitorização do terapeuta** é vista como essencial para a boa prática profissional, sendo este um trabalho exigente e nunca completamente terminado. O processo de supervisão constitui um apoio a esta auto-monitorização, tendo ambos os terapeutas considerado a **supervisão como eficaz devido ao foco no próprio terapeuta**.

Os terapeutas referiram a sua dificuldade, em início de carreira, de se **adaptarem ao ritmo do cliente** – querendo, por vezes, resultados “demasiado rápidos”. A experiência clínica levou-os também a considerar a **importância da descontração e confiança do terapeuta** e a **importância de definir objectivos e tarefas terapêuticas**.

Quanto ao uso dos sistemas de *feedback* em psicoterapia, ambos os terapeutas se mostraram, a início, apreensivos. Referiram o **medo destes sistemas poderem “contaminar ou retirar algo da relação”**, ou **cortar a espontaneidade do cliente**. Estes medos diminuíram significativamente com o tempo e uso dos sistemas.

Os sistemas de *feedback* foram descritos como úteis por **ajudarem a monitorizar a evolução do cliente**, a **entender melhor a sua vivência**, e como um modo de **colocar questões e iniciar reflexões com o cliente**. Das duas medidas aplicadas, ambos os terapeutas sentiram o **SRS como mais útil para o processo terapêutico**, pelo seu foco na dimensão relacional da psicoterapia.

Os terapeutas consideraram os sistemas de *feedback* potencialmente **mais úteis no contexto de psicoterapias breves**, onde é necessária uma monitorização e intervenção mais rápida, e como ajuda para quando o terapeuta se “sente mais perdido” – sugerindo que estes sistemas podem servir de apoio no definir de objectivos e tarefas terapêuticas, ajudando o terapeuta a **adaptar-se às necessidades do cliente**.

Tal como com os participantes clientes, os terapeutas deste estudo reportaram um conjunto de unidades de significado psicológico comuns e inter-relacionáveis.

Quando questionados sobre uma definição pessoal do processo terapêutico – os seus elementos essenciais e os principais mediadores de sucesso – os terapeutas foram extremamente congruentes nas suas respostas. Ambos valorizaram, acima de tudo, a **qualidade da relação como principal factor de sucesso terapêutico** (PT1 “é a relação que se consegue criar com as pessoas com quem estamos a trabalhar. É o ingrediente mais valioso”; PT2 “Para mim, o que é fundamental é a relação que é criada”). Devido a isto,

as **qualidades relacionais do terapeuta** tiveram primazia sobre as técnicas, por exemplo através da importância dada à **qualidade da presença do terapeuta**, em sessão (PT1 “para mim a psicoterapia é qualquer coisa como “estar com as pessoas”. E fazer algum trabalho que está, se calhar, muito longe de técnicas”; PT2 “Interessa estar ali, com a pessoa. (...) É a presença que é significativa”). Esta primazia da relação está também presente através da **importância atribuída ao modelo psicoterapêutico** destes profissionais, o fenomenológico-existencial. Os terapeutas mostraram-se bastante identificados com o modelo, sugerindo que seria difícil a intervenção segundo outro paradigma (PT1 “se estivesse em qualquer outro modelo, não conseguiria ser terapeuta. (...) Há esta ênfase na relação”). Parece existir, portanto, uma interdependência entre os factores terapêuticos mais valorizados por estes profissionais e a sua escolha de abordagem psicoterapêutica.

A capacidade de **auto-monitorização do terapeuta** foi descrita como uma componente essencial do bom terapeuta (“**E**: O que é que faz um bom psicoterapeuta? / **PT1**: (...) sobretudo, acho eu, é a capacidade de nos mantermos abertos a uma auto-avaliação, uma auto-crítica constante”). Esta auto-monitorização, é sugerido, tem um impacto directo na qualidade da presença do terapeuta, e poderá ser potenciada através de **supervisão** (PT1 “(...) é, sem dúvida, mais um apoio no sentido da auto-monitorização) e da **psicoterapia pessoal** (PT2 “o meu primeiro passo foi procurar psicoterapia individual, para mim. (...) Senti que tinha primeiro de estar comigo para poder, depois, estar com os outros”). Estas actividades parecem ser significativas devido ao **foco no próprio terapeuta** – como referido por ambos os participantes, por exemplo, quanto à eficácia da supervisão (PT1 “Não se trata só da interpretação dos casos, talvez 90% é mais como é que nós, terapeutas, estamos”; PT2 “Mais do que a supervisão para o paciente, interessa-me sobretudo a supervisão para mim”). Vemos assim como estes diferentes elementos – a capacidade de auto-monitorização, a presença do terapeuta, a supervisão e a psicoterapia pessoal – se relacionam no discurso destes profissionais.

Como principais dificuldades da sua actividade clínica, ambos os terapeutas referiram a **dificuldade de se adaptarem ao ritmo do cliente**. Mencionando uma “tendência natural” por querer resultados terapêuticos rápidos, os terapeutas relatam que a sua experiência clínica os ensinou a tolerar os inevitáveis avanços e recuos do processo terapêutico (PT1 “às vezes querer ir um bocado mais depressa que o cliente. (...) E as coisas correm sempre mal! E essa capacidade de abrandar é importante”; PT2 “queria que as pessoas se sentissem melhor “já”. Queria que as pessoas mudassem. Ficava muito

impaciente”). De facto, ambos os terapeutas recordaram a ansiedade e auto-consciência que acompanharam os seus inícios de carreira, prejudicando a qualidade das intervenções – reforçando assim a **importância da descontração e confiança do terapeuta** (PT1 “estou-me a lembrar da sensação de estar um bocado perdido, não saber bem o que estava a fazer. E, comparado com hoje, o nível de descontração é completamente diferente. Acho que é diferença é fundamental”; PT2 “Porque estava muito ansiosa, (...) notei que nem sequer o estava a ouvir. Pensei “espera aí, tenho de arranjar uma maneira de isto me ser confortável”). Outros desafios foram apresentados, como **dificuldades na leitura dos casos** e outras componentes mais técnicas (PT1 “conseguir fazer a leitura dos casos, adoptar a intervenção mais adequada, a utilização de determinadas técnicas... (...) tenho noção que sou novato nestas coisas”) e **inesperados externos que comprometam a sessão** (PT2 “o grande desafio, se calhar, são os inesperados. Sobretudo externos à sessão, sobretudo qualquer coisa que leve ao rebentar desta bolha, deste espaço terapêutico”).

Os terapeutas referiram também a sua **apreensividade inicial para com o uso dos sistemas de *feedback*** em psicoterapia. Ambos exprimiram preocupação para com **possíveis efeitos negativos dos sistemas na relação terapêutica** (PT2 “Não sabia se, de alguma forma, aquilo ia contaminar as nossas sessões, se não ia retirar algo da relação”). PT1 referiu, mais especificamente, o medo dos sistemas poderem vir a **cortar a espontaneidade do cliente** (“A pessoa vem com qualquer coisa para dizer, que aconteceu durante a semana, e de repente está ali a falar sobre o indicador. (...) Acho que aquilo não devia ser passado “a quente”, (...) para não cortar a espontaneidade da pessoa”). Devido a estes medos e ao facto de nunca terem utilizado estes sistemas, os terapeutas sentiram também alguma ansiedade antes do início dos acompanhamentos (PT1 “Estava a usar o sistema de feedback pela primeira vez, e aquilo era uma coisa que me estava a assustar imenso”). Apesar desta apreensividade inicial, o uso dos sistemas foi rapidamente integrado na prática dos terapeutas, e os medos expressos anteriormente foram relativizados (PT2 “A partir do momento em que comecei a utilizar as medidas com o PC2, eu percebi que era uma preocupação minha. (...) A partir da primeira sessão com o PC2, não houve qualquer tipo de questão”).

Reflectindo sobre a utilidade dos sistemas de *feedback*, os terapeutas relataram três unidades de significado psicológico relevantes: **ajudaram a monitorizar a evolução do cliente**, a **entender melhor a sua vivência**, e a **colocar questões e iniciar reflexões com o cliente**.

A **monitorização de resultados**, especialmente feita através da medida ORS, permitia ganhar alguma perspectiva sobre a evolução terapêutica do cliente, ao longo do tempo (PT1 “Em relação ao ORS, podemos utilizá-la e também é bastante fidedigna, e dá-nos uma boa leitura de como é que a pessoa está a evoluir; PT2 “Eu sentia mais o ORS como um gráfico de como a pessoa está, e, portanto, podermos monitorizar a evolução dela”). Congruente com os relatos dos clientes, esta monitorização de resultados parece também estar relacionada com o **definir de objectivos e tarefas terapêuticas**, já que uma promove e facilita a outra, através da explicitação de focos clínicos relevantes (PT2 “partíamos do gráfico – a início mais eu, dizia coisas mais dirigidas, do estilo “ok PC2, parece que esta semana está um bocadinho melhor” ou “pior”, “o que é que aconteceu”. Podemos ver se foi mais ao nível inter, intrapessoal, ou ao nível do trabalho...”).

O **feedback ajudou entender a vivência do cliente em terapia**, ao apresentar mais directamente a *visão do cliente* sobre o processo – visão essa que, por vezes, poderá surpreender o terapeuta (PT1 “por exemplo, há uma sessão que nos corre mal e em que a pessoa nos avalia por cima daquilo que nos tem vindo a avaliar – podemos falar sobre isso, e às vezes surgem coisas interessantes”). Tal como os clientes viram os sistemas de *feedback* como “guias”, os terapeutas referiram-se a estes sistemas como um modo de “abrir a conversa”, **permitindo colocar questões e iniciar reflexões com o cliente** (PT1 “Só o facto de podermos pôr estas questões ali, em cima da mesa, e falar sobre elas, e partilhar, dá resultados excelentes”; PT2 “os sistemas de feedback ajudavam a abrir portas”).

Comparando as duas medidas utilizadas, o ORS e o SRS, parece existir um consenso entre os terapeutas – ambos **destacaram a utilidade da medida SRS**. As razões para este consenso parecem ter que ver com a utilidade da medida no explorar e aprofundar dos factores relacionais da terapia (PT1 “O facto da pessoa ter de parar e pensar um bocadinho naquelas dimensões é uma forma de abrir coisas que surgem”). O SRS permite **iniciar diálogos “difíceis” sobre a qualidade da relação terapêutica** (PT2 “Mas dados para a psicoterapia, se calhar, foi mais ao nível do SRS. Porque é mais fácil não falar sobre estas coisas, sobretudo quando tens pouco tempo”), e, eventualmente, ambos os terapeutas referem a importância acrescida que dão a esta medida, em comparação com o ORS (PT1 “O ORS não me parece, não me parece que seja uma coisa tão fundamental. O SRS sim”; PT2 “eu sentia que, à medida que o tempo ia avançando, ia dando mais tempo ao SRS”). A importância dada pelos terapeutas ao foco na relação, presente no SRS, é congruente com os seus valores anteriormente expressos, nomeadamente na sua crença de que a

**qualidade da relação é o principal factor de sucesso terapêutico.** Esta primazia da relação poderá estar relacionada com a preferência dos terapeutas pelo SRS (“**E:** gostava de perguntar se, então, sentes que as medidas tiveram algum impacto no acompanhamento. / **PT2:** Sim. Sobretudo na relação. Sobretudo com o SRS”). É também sugerido que o SRS poderá ajudar a esclarecer a vivência do cliente e objectivos terapêuticos relevantes, ajudando o terapeuta a **sentir-se menos “perdido”** (PT2 “Se não percebemos se é da pessoa, da relação, se é alguma coisa que está a acontecer e que nos está a escapar... O SRS puxa-te ali”).

Quanto à fiabilidade das medidas de *feedback*, embora os terapeutas tenham reportado satisfação (PT1 “em relação às dimensões que pretende fazer reflectir... Acho que tem um resultado bastante fiável”), um dos participantes refere um possível fenómeno de **enviesamento de resultados**, pondo a hipótese do cliente não ter sido completamente transparente na sua auto-avaliação (PT2 “Uma das coisas que eu questiono, que me põe em causa a mim, é se não haverá aqui também alguma desajustabilidade social nos resultados das medidas. Se o PC2 não quereria “terminar isto bem”, no “verde””).

Finalmente, ambos os terapeutas referem considerar os sistemas de *feedback* como potencialmente **mais úteis no contexto de psicoterapias breves** (PT1 “talvez estas medidas façam mais sentido no contexto destas intervenções mais breves”; PT2 “Talvez não utilizasse este sistema em todos os contextos, mas, por exemplo, em psicoterapia com tempo limitado”). De facto, um dos terapeutas destacou a importância, em intervenções breves, de fazer um conjunto de intervenções mais activas nas primeiras sessões (PT1 “tem de se tocar ali em dois ou três pontos, na primeira, segunda sessão, para deixar ali qualquer coisa. (...) É preciso fazer qualquer coisa logo nas primeiras sessões. Em termos de intervenção, mais desafios”). Os sistemas poderão ajudar a rapidamente definir um conjunto de focos relevantes, apoiando na decisão clínica de objectivos terapêuticos realizáveis no tempo disponível, e monitorizando o impacto destas intervenções (PT2 “Contextos em que sabemos que temos 14 sessões com uma pessoa, em que temos realmente de saber o que é mais útil para ela, o que é que podemos oferecer e como é que isto vai evoluindo, de semana para semana”).

**Tabela 4: Variações Empíricas dos Terapeutas**

VARIACÕES EMPÍRICAS		
Constituintes - Chave	Terapeuta 1 (PT1)	Terapeuta 2 (PT2)
<b>Qualidade da presença do terapeuta como mediador de resultados em psicoterapia</b>	<p>“(…) para mim a psicoterapia é qualquer coisa como “estar com as pessoas”. E fazer algum trabalho que está, se calhar, muito longe de técnicas (...). Ser psicoterapeuta é estar de um modo diferente do que os outros todos estão no dia-a-dia. E que pode ter esse efeito positivo, independentemente dos modelos ou do que quer que seja.”</p> <p>“(…) um dos comentários que me têm feito é sobre a minha disponibilidade para conseguir estar efectivamente lá com as pessoas. E eu, de facto, reconheço que é mesmo assim.”</p>	<p>“(…) não interessa qual é “a melhor pergunta” para se fazer. Interessa estar ali, com a pessoa. E, às vezes, nem perguntar nada. É a presença que é significativa.”</p> <p>“É preciso estar disponível, é preciso estar presente, e é preciso também ter alguma curiosidade. Querer mesmo perceber o que a pessoa está a dizer.”</p>
<b>A qualidade da relação como principal factor de sucesso terapêutico</b>	<p>“(…) é a relação que se consegue criar com as pessoas com quem estamos a trabalhar. É o ingrediente mais valioso, porque se ele não existir, se não conseguirmos criar uma boa relação com as pessoas, não há psicoterapia. É a relação. O resto, pode estar melhor ou pior…”</p>	<p>“(…) é na relação que eu acho que a psicoterapia – mais do que as técnicas, mais do que o que as perguntas, como perguntas – é mais no ser e no estar e na relação que se cria entre duas pessoas.”</p> <p>“(…) eu acho que é na relação que se faz – não é se eu introduzo determinadas técnicas, porque eu acho que isso não é relevante para as pessoas. As técnicas estão lá, como é óbvio, e estão sobretudo para o terapeuta – há objectivos terapêuticos, há uma indicação, há um caminho que é para ser seguido, que também é discutido. Mas, no fundo, a psicoterapia faz-se a partir da relação que se vai criando entre duas pessoas.”</p> <p>“Para mim, o que é fundamental é a relação que é criada.”</p>
<b>A importância da auto-monitorização do terapeuta</b>	<p>“E: (...) O que é que faz um bom psicoterapeuta?  <b>PT1:</b> (...) sobretudo, acho eu, é a capacidade de nos mantermos abertos a uma auto-avaliação, uma auto-crítica constante. Auto-análise. Porque é um trabalho que nunca é acabado. O que é bastante exigente, porque nos obriga a constantemente estarmos a questionar-nos sobre nós próprios.”</p>	<p>“(…) se eu estou mais preocupada comigo do que com a pessoa que está à minha frente, isto de alguma forma quer dizer que alguma coisa não está a resultar. (...) Houve uma determinada altura em que eu tive a consciência disto: a pessoa está a falar comigo e eu estava atenta à respiração que estava a ter. (...) Notei que nem sequer a estava a ouvir. Pensei “espera aí, tenho de arranjar uma maneira de isto me ser confortável”.</p>
<b>Importância do modelo psicoterapêutico</b>	<p>“Esta abordagem, a fenomenológico-existencial, é qualquer coisa que me dá um suporte que, se estivesse em qualquer outro modelo, não conseguiria ser terapeuta. (...) Aliás, eu não teria ido para a área clínica se não fosse por este modelo. Há esta ênfase na relação.”</p>	<p>“O que é que me fez, também, escolher este modelo? Mais do que um modelo explicativo, eu procurava um modelo compreensivo. Acho que as explicações não ajudam as pessoas, nós não somos seres de causa e efeito (...). É mais importante o impacto que o B tem em mim, ou o ter passado pelo B. E o facto de nos podermos focar naquilo que é significativo para a pessoa, neste momento.”</p>
<b>A supervisão eficaz devido ao foco no terapeuta</b>	<p>“Não se trata só da interpretação dos casos, talvez 90% é mais como é que nós, terapeutas, estamos. (...) Retira-se muito mais quando se põem as coisas nessa</p>	<p>“A supervisão pode ser um espaço para pensarmos “como é que eu me sentiria nesta situação”. (...) Tem que haver ali uma confiança, estás ali a</p>

	<p>perspectiva. E é, sem dúvida, mais um apoio no sentido da auto-monitorização.”</p>	<p>expor-te, a revelar as tuas fragilidades, a dizer quando sentes que as coisas não estão a correr bem... (...) Mais do que a supervisão para o paciente, interessa-me sobretudo a supervisão para mim.”</p>
<p><b>Dificuldade de se adaptar ao ritmo do cliente</b></p>	<p>“Eu acho que vivo... Acho que todos os terapeutas vivem um bocado isto... Que é às vezes querer ir um bocado mais depressa que o cliente. A pessoa está ali, conseguimos de alguma forma clarificar para onde é que vamos, e às vezes queremos ir um bocadinho mais depressa do que o que devemos. E as coisas correm sempre mal! E essa capacidade de abrandar é importante.”</p>	<p>“E: Sentias que no início, tinhas um ritmo mais acelerado, e que este poderia ser prejudicial. PT2: Sim, e que queria ajudar as pessoas “já”, queria que as pessoas se sentissem melhor “já”. Queria que as pessoas mudassem. Ficava muito impaciente”</p>
<p><b>Importância da descontração e confiança do terapeuta</b></p>	<p>“PT1: (...) à medida que se consegue fazer uma leitura do caso, está-se mais à vontade... e a grande diferença é depois, de certa forma, fazer as coisas com mais naturalidade, não estar tão preocupado a pensar “deixa cá ver que tinha de intervenção vou fazer agora”. As coisas surgem com mais naturalidade, e há uma maior capacidade de aproveitar aquele tempo. E: Podia-me dar um exemplo sobre como era o R. em sessão, em início de carreira, contrastando com agora? PT1: Estou-me a lembrar de um dos primeiros clientes que tive, e estou-me a lembrar da sensação de estar um bocado perdido, não saber bem o que estava a fazer. E, comparado com hoje, o nível de descontração é completamente diferente. Acho que é diferença é fundamental. E: E o que é que acha que contribuiu mais para essa descontração que foi ganhando? PT1: É um pouco o sentir mais confiança.”</p>	<p>“No meu percurso de formação enquanto psicoterapeuta eu tive sessões observadas, e houve uma determinada altura em que eu tive a consciência disto: a pessoa está a falar comigo e eu estava atenta à respiração que estava a ter. Porque estava muito ansiosa, e então estava a sentir o meu respirar de uma forma muito pesada, e a pensar “de certeza que a outra pessoa está a notar”... E depois pensei “mas o que é isto?”... Esta experiência foi significativa. Notei que nem sequer o estava a ouvir. Pensei “espera aí, tenho de arranjar uma maneira de isto me ser confortável”.”</p>
<p><b>Importância de definir objectivos e tarefas terapêuticas</b></p>		<p>“O PC2 traz uma revolta muito explícita. O facto de poder encontrar um espaço para poder trazer toda a sua zanga, para poder transformá-la e assim encontrar estratégias para melhor se adaptar à vida que ele tinha.”</p> <p>“E houve um momento em que eu disse: “PC2, nós podemos continuar as 7 sessões que nos faltam a dizer o que está mal, ou podemos arranjar uma forma de lidar com isso. Vamos começar a fazer alguma coisa, porque isto não está a ajudar. Foi importante um espaço para podermos deitar a zanga cá para fora, mas para isto produzir efeitos temos agora de fazer alguma coisa com ela”.</p> <p>“E acho que foi importante poder ouvi-lo. Mas depois era importante fazermos alguma coisa que pudesse efectivamente ajudá-lo a poder lidar com isto.”</p> <p>“Para o PC2, devolver-lhe o racional sobre o que estava a acontecer, de alguma forma, o acalmava. E como já disse, dar um racional e encontrar</p>

		estratégias, se calhar, é aquilo que eu sinto como mais difícil, para mim.”
<b>Dificuldades associadas ao uso de sistemas de <i>feedback</i></b>	“Estava a usar o sistema de feedback pela primeira vez, e aquilo era uma coisa que me estava a assustar imenso.”	“Nunca tinha usado instrumentos durante as sessões. Ia um bocadinho apreensiva.”
<b>Medo de impacto negativo dos sistemas de <i>feedback</i></b>	<p>“Eu acho que o ORS é uma faca de dois gumes. Se eu percebi bem as instruções, a primeira coisa que a pessoa faz na sessão é preencher o ORS. E tenho dúvidas que essa seja a melhor forma. Pode-se tornar, eventualmente, castrador. A pessoa vem com qualquer coisa para dizer, que aconteceu durante a semana, e de repente está ali a falar sobre o indicador. (...) Acho que aquilo não devia ser passado “a quente”, quando a pessoa acaba de chegar à sessão. Acho que é importante dar espaço às pessoas no início da sessão. (...) Diria para passar o instrumento um pouco mais à frente, depois da pessoa falar, para não cortar a espontaneidade da pessoa, porque acho que corta.”</p>	“(…) Não sabia como é que o outro ia reagir. Não sabia se, de alguma forma, aquilo ia contaminar as nossas sessões, se não ia retirar algo da relação. E então tinha muitas dúvidas.”
<b><i>Feedback</i> ajuda a monitorizar a evolução do cliente em terapia</b>	“Em relação ao ORS, podemos utilizá-la e também é bastante fidedigna, e dá-nos uma boa leitura de como é que a pessoa está a evoluir.”	<p>“(…) ele respondia, olhávamos para o gráfico, partíamos do gráfico – a início mais eu, dizia coisas mais dirigidas, do estilo “ok PC2, parece que esta semana está um bocadinho melhor” ou “pior”, “o que é que aconteceu”. Podemos ver se foi mais ao nível inter, intrapessoal, ou ao nível do trabalho...”</p> <p>“Foi quase como, de alguma forma, algo que eu já faço, mas ali é mais específico porque fica ali registado. Fica registada uma evolução positiva ou negativa, e o que é que aconteceu.”</p> <p>“Eu sentia mais o ORS como um gráfico de como a pessoa está, e, portanto, podermos monitorizar a evolução dela.”</p>
<b><i>Feedback</i> ajuda entender a vivência do cliente em terapia</b>	<p>“(…) por exemplo, há uma sessão que nos corre mal e em que a pessoa nos avalia por cima daquilo que nos tem vindo a avaliar – podemos falar sobre isso, e às vezes surgem coisas interessantes. No sentido de que, “ok, afinal eu estava convencido que as minhas melhores sessões eram aquelas em que dava alguma directividade” e, depois, a pessoa dá-nos uma indicação exactamente ao contrário. É um feedback interessante. Esse tipo de feedbacks podemos retirar a partir de uma oscilação na medida”</p> <p>“E acho que, em relação ao ORS, aquilo serviu como uma forma de manifestar a zanga que ela tinha em relação à sua situação. Metia para baixo. Manifestava a zanga em relação à família e em relação àquilo que estava a sentir.”</p>	<p>“Podermo-nos focar na relação: “parece que alguma coisa aconteceu aqui que fez com que tivéssemos baixado o nível – o que é que aconteceu? Foi na abordagem, no método que utilizei? Será que me conseguia explicar um bocadinho?”. E eu sentia que, à medida que o tempo ia avançando, ia dando mais tempo ao SRS. Eu dizia “se calhar há aqui qualquer coisa, gostava mesmo de perceber”, e me dizia “ah, se calhar quando a PT2 me disse determinada coisa, aquilo não foi muito correcto...”</p> <p>“Uma coisa que me chama logo a atenção é que é um gráfico de altos e baixos, e eu fui sentindo isto. O PC2, durante o nosso processo, teve muito tempo parado, e acho que este disparo para o “verde”, logo na primeira sessão, foi o PC2 ter aqui encontrado um espaço com alguém que o queria ouvir e perceber.”</p>

<p><b>Feedback permite colocar questões e iniciar reflexões com o cliente</b></p>	<p><b>PT1:</b> (...) Só o facto de podermos pôr estas questões ali, em cima da mesa, e falar sobre elas, e partilhar, dá resultados excelentes.</p> <p><b>E:</b> A medida ajuda a abrir conversa.</p> <p><b>PT1:</b> Ajuda a abrir. É mais do que, “então como foi a sessão?”, “foi boa?”</p>	<p>“Mas sim, os sistemas de feedback ajudavam a abrir portas. Mas são portas tão gerais que, se calhar, seria como perguntar “então, como está?”. Foi quase como, de alguma forma, algo que eu já faço, mas ali é mais específico porque fica ali registado.”</p>
<p><b>SRS sentido como mais útil</b></p>	<p><b>E:</b> Vê-se a utilizar estas medidas no futuro?</p> <p><b>PT1:</b> O ORS não me parece, não me parece que seja uma coisa tão fundamental. O SRS sim, porque tem o efeito contrário do ORS. A sensação que eu tenho é que aquilo fecha um bocado. O facto da pessoa ter de parar e pensar um bocadinho naquelas dimensões é uma forma de abrir coisas que surgem. Podemos notar que “parece que aqui, em relação às técnicas e métodos, há uma diferença em relação à semana passada, vamos falar sobre isto...”</p> <p><b>E:</b> Portanto, via-se mais interessado em continuar a utilizar o SRS?</p> <p><b>PT1:</b> O SRS acho que é uma boa forma de termos esse apoio suplementar, sim.”</p>	<p><b>E:</b> (...) gostava de perguntar se, então, sentes que as medidas tiveram algum impacto no acompanhamento.</p> <p><b>PT2:</b> Sim. Sobretudo na relação. Sobretudo com o SRS.”</p> <p>“Mas dados para a psicoterapia, se calhar, foi mais ao nível do SRS. Porque é mais fácil não falar sobre estas coisas, sobretudo quando tens pouco tempo. (...) E eu sentia que, à medida que o tempo ia avançando, ia dando mais tempo ao SRS.”</p>
<p><b>SRS ajuda o terapeuta a adaptar-se às necessidades do cliente</b></p>		<p>“O SRS, acho, é mais importante quando a coisa está a correr mal. Ou seja, é mais útil quando a coisa está a correr mal. Quando o cliente nos baixa um ponto, é um alerta, e é importante podermos agarrar isso.”</p> <p>“Podemo-nos focar na relação: “parece que alguma coisa aconteceu aqui que fez com que tivéssemos baixado o nível – o que é que aconteceu? Foi na abordagem, no método que utilizei? Será que me conseguia explicar um bocadinho?”.”</p> <p>“Outro contexto bom para estas medidas poderá ser com pacientes com o qual nos sentimos mais perdidos. Se sentes que não estás a ajudar aquela pessoa, podemos experimentar uma coisa diferente. Se não percebemos se é da pessoa, da relação, se é alguma coisa que está a acontecer e que nos está a escapar... O SRS puxa-te ali.”</p>
<p><b>Possíveis discrepâncias e enviesamentos dos sistemas de feedback</b></p>	<p><b>E:</b> Curiosamente, o valor mais alto de ORS coincide com a sessão com valor mais baixo de SRS.</p> <p><b>PT1:</b> Curiosamente! Que é muito engraçado. Lembro-me de termos comentado isso em supervisão.”</p>	<p>“Uma das coisas que eu questiono, que me põe em causa a mim, é se não haverá aqui também alguma desejabilidade social nos resultados das medidas. Se o PC2 não quereria “terminar isto bem”, no “verde”.”</p>
<p><b>Feedback potencialmente mais útil no contexto de psicoterapias breves</b></p>	<p>“E talvez estas medidas façam mais sentido no contexto destas intervenções mais breves.”</p>	<p>“Talvez não utilizasse este sistema em todos os contextos, mas, por exemplo, em psicoterapia com tempo limitado. Contextos em que sabemos que temos 14 sessões com uma pessoa, em que temos realmente de saber o que é mais útil para ela, o que é que podemos oferecer e como é que isto vai evoluindo, de semana para semana.”</p>

## 5. Estrutura final – Quatro participantes

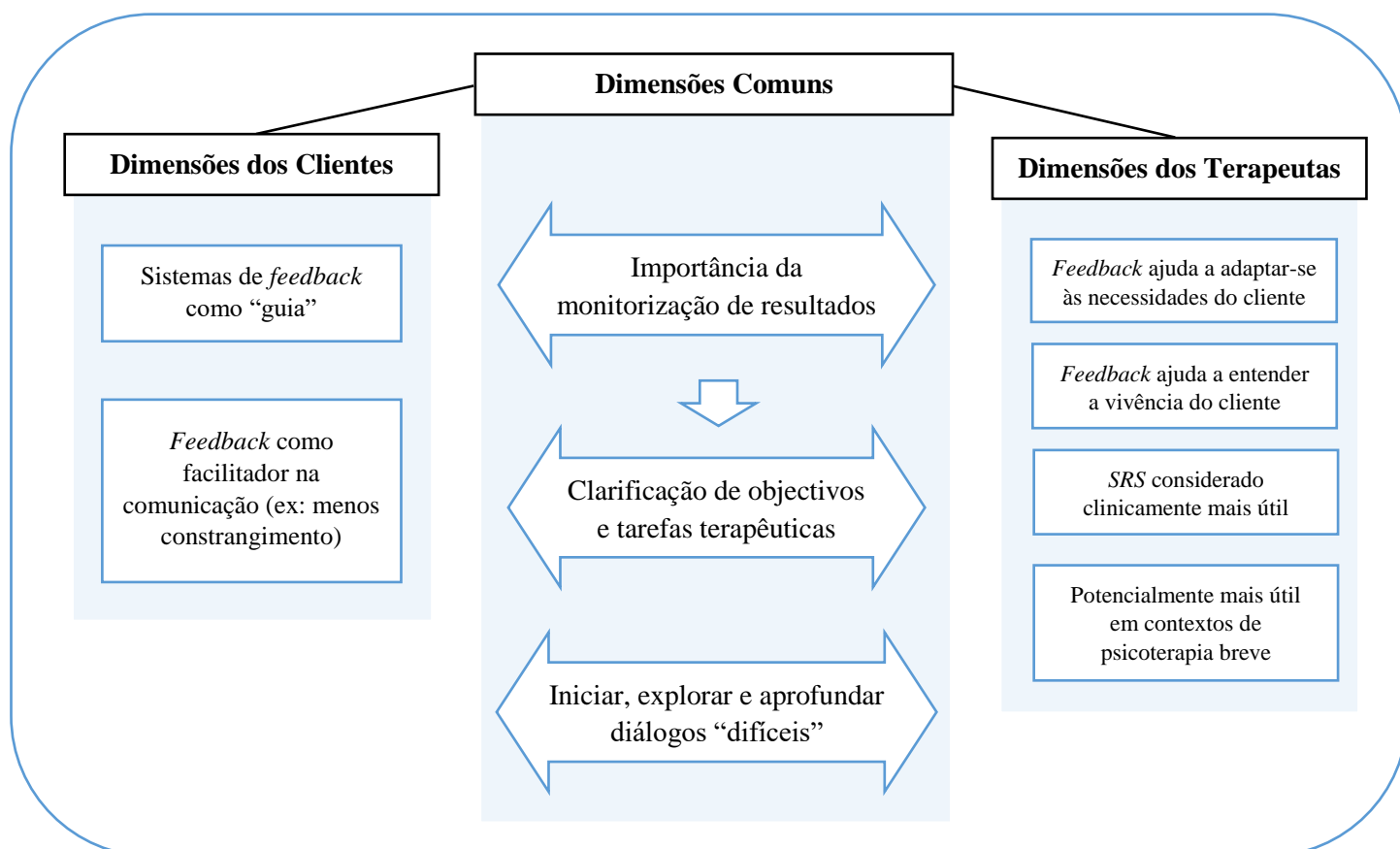
A análise qualitativa dos dados deste estudo permitiu chegar a um conjunto de unidades de significado psicológico relevantes e relacionáveis. Como síntese dos constituintes-chave, a Tabela 5 apresenta as três grandes dimensões comuns entre os quatro participantes – PC1, PC2, PT1 e PT2 –, referentes ao uso dos sistemas de *feedback*.

**Tabela 5: Síntese dos Constituintes-Chave dos Quatro Participantes**  
relativos ao uso de sistemas de *feedback*

- Importância da monitorização de resultados
- Clarificação de objectivos e tarefas terapêuticas
- Iniciar, explorar e aprofundar diálogos “difíceis”

A Figura 5 foi elaborada com base nestes resultados, pretendendo representar as principais dimensões relatadas, comuns e específicas de cada grupo.

**Figura 5: Estrutura final dos quatro participantes**  
relativos ao uso de sistemas de *feedback*



## DISCUSSÃO

A investigação dos sistemas de *feedback*, como revisto no enquadramento teórico, ainda apresenta lacunas teóricas e empíricas significativas. Embora tenha sido dada grande atenção à eficácia clínica destes sistemas (Lambert & Shimokawa, 2011), ainda existem poucos modelos teóricos que proponham explicar os mediadores destes efeitos. Por outras palavras, sabemos que estes sistemas podem produzir efeitos positivos significativos, mas ainda não temos uma teoria adequada para explicar o *porquê* destes efeitos (Miller et al., 2015; Wampold, 2015).

Nos dois acompanhamentos apresentados neste estudo, a avaliação quantitativa de resultados clínicos – feita através do CORE-OM e do sistema de *feedback* PCOMS – reportou, no geral, o **efeito positivo destas intervenções**. Em ambos os casos, o grau de risco, sintomatologia e sofrimento geral dos clientes baixou após a psicoterapia. Estes dados poderão explicar, em parte, a **satisfação para com o acompanhamento** referida pelos clientes. Apesar dos dados positivos assinalados pelo CORE-OM, os resultados de PC1 revelam uma **discrepância entre as medidas de avaliação psicológica**: enquanto que o CORE-OM assinala um melhorar clínico muito significativo, o sistema PCOMS apresenta um resultado final negativo, através da medida ORS. Esta discrepância poderá dever-se a um conjunto de factores, como a possível fiabilidade clínica inferior da medida mais curta, o ORS, ou a hipótese destas medidas (CORE-OM e ORS) se poderem focar em critérios diferentes de avaliação de resultados psicológicos.

Feita esta recolha de dados quantitativos, o presente estudo focou-se numa análise qualitativa aprofundada, procurando dar resposta às questões que definimos como principais desta investigação:

- Qual a atitude dos terapeutas para com os sistemas de *feedback*?
- Qual a atitude dos clientes para com os sistemas de *feedback*?
- De que modo é que os sistemas de *feedback* influenciaram o processo e os resultados da psicoterapia?

### ***Qual a atitude dos terapeutas para com os sistemas de feedback?***

As atitudes dos participantes para com os sistemas de *feedback* é um tema multifacetado. No caso de terapeutas, a literatura sugere que a atitude para com os sistemas de *feedback* não só prediz a utilização destes (De Jong et al., 2012), como parece

também influenciar os efeitos destes sistemas nos resultados finais da terapia (Lutz et al., 2015). No fundo, o melhorar de resultados clínicos através de *feedback* formal parece prender-se com *quem* e *como* são aplicados estes sistemas (Miller et al., 2015).

No nosso estudo, os terapeutas exprimiram, no seu discurso, tanto **medo e apreensividade para com os potenciais efeitos negativos destes sistemas**, como **satisfação para com a sua utilidade ao longo dos acompanhamentos**. O factor terapêutico mais valorizado por estes psicoterapeutas – a qualidade da relação terapêutica – está directamente relacionado com os medos e eventual satisfação para com os sistemas de *feedback*. Assim, os terapeutas mostraram-se a início **apreensivos pelo possível impacto relacional negativo dos sistemas** (PT2 “Não sabia como é que o outro ia reagir. Não sabia se, de alguma forma, aquilo ia contaminar as nossas sessões, se não ia retirar algo da relação”). Mais tarde, **valorizaram principalmente a medida que se foca explicitamente na relação terapêutica, o SRS**. Estes dados sugerem uma aparente interdependência entre os valores do terapeuta e a sua atitude para com os sistemas de *feedback*.

A implementação dos sistemas de *feedback* não costuma ser um processo completamente linear e confortável para os psicoterapeutas (Boswell et al., 2015). O nosso estudo não foi excepção (PT1 “Estava a usar o sistema de feedback pela primeira vez, e aquilo era uma coisa que me estava a assustar imenso”). Esta ansiedade na fase de pré-implementação é corroborada por outros estudos, por exemplo devido a medos do terapeuta quanto à avaliação de desempenho externa (Youn, Kraus & Castonguay, 2012). Um estudo qualitativo recente entrevistou 25 terapeutas sobre a sua relutância em utilizar sistemas de *feedback* (Ionita et al., 2016), concluindo que a apreensividade dos terapeutas se podia dividir em três grandes áreas: medos de natureza técnica (medo de não aplicar os sistemas correctamente); medo de uma reacção negativa do cliente para com os sistemas; e barreiras pessoais como a ansiedade do próprio terapeuta. O nosso estudo corrobora todos estes resultados de Ionita e colaboradores (2016), já que os terapeutas analisados na presente investigação apresentaram questões relativas às três áreas problemáticas mencionadas.

A ansiedade e apreensividade dos terapeutas do nosso estudo poderia, possivelmente, ter sido aliviada através de um maior treino nos sistemas de *feedback*. Um estudo por Willis e colaboradores (2009), por exemplo, demonstrou que o treino de terapeutas no uso adequado dos sistemas de *feedback* melhorou significativamente a atitude destes profissionais para com os sistemas. É possível que os terapeutas do nosso estudo tivessem

beneficiado de um maior treino prévio, possivelmente resultando num decrescer das inseguranças associadas a estes sistemas. Na sua entrevista, PT2 refere como, no início de carreira, sentia uma maior **necessidade de produzir resultados rapidamente, dificultando a sua adaptação ao ritmo do cliente**. Se, por um lado, os sistemas de *feedback* podem ajudar o terapeuta nesta adaptação, podem também ter o efeito perverso de contribuir para esta “pressão por resultados”. Este facto reforça a necessidade de um treino adequado dos terapeutas nos sistemas de *feedback*, antes da sua implementação.

Os terapeutas do nosso estudo mencionaram também que os sistemas de *feedback* os ajudaram a **melhor entender a vivência do cliente e a adaptar-se às necessidades do mesmo**. Este resultado é corroborado pela vasta literatura empírica a sugerir que os terapeutas têm geralmente dificuldade em fazer uma leitura precisa do caso clínico e da sua evolução, podendo estas limitações ser corrigidas, em parte, através do uso de *feedback* formal (Macdonald & Mellor-Clark, 2015; Hatfield et al., 2010). De facto, a capacidade do terapeuta duvidar das suas próprias conclusões clínicas poderá influenciar positivamente o processo terapêutico (Nissen-Lie et al., 2015), e a importância de se adaptar às necessidades e preferências do cliente é um dado com bastante suporte empírico (Cooper & Norcross, 2015; Owen & Hilsenroth, 2014; Norcross, 2011). Se os sistemas de *feedback* conseguirem, de facto, apoiar o terapeuta nesta adaptação – como os terapeutas do nosso estudo parecem sugerir –, isto poderia explicar, pelo menos em parte, os efeitos positivos dos sistemas de *feedback* nos resultados em psicoterapia.

Num estudo recente, Moltu e colaboradores (2016) reportaram que tanto os terapeutas como os clientes valorizaram nos sistemas de *feedback*, acima de tudo, como um meio de definir objectivos terapêuticos e promover a reflexão conjunta sobre estes. Os terapeutas desse estudo, especificamente, valorizaram também a monitorização de resultados e a sensação subjectiva de agência sobre o processo terapêutico que estes sistemas lhes davam. Os resultados deste estudo estão surpreendentemente perto dos do nosso. Estabelecendo a comparação, os terapeutas do nosso estudo **valorizaram a monitorização de resultados** e o modo como esta **apoiava o definir de focos terapêuticos** (PT2 “a início mais eu, dizia coisas mais dirigidas, do estilo “ok PC2, parece que esta semana está um bocadinho melhor” ou “pior”, “o que é que aconteceu”. Podemos ver se foi mais ao nível inter, intrapessoal, ou ao nível do trabalho...) e a possibilidade de se **sentirem “menos perdidos” no processo terapêutico** – remetendo para a sensação de agência que reportam Moltu e colaboradores (2016).

### *Qual a atitude dos clientes para com os sistemas de feedback?*

Esta sensação de agência através dos sistemas de *feedback* não é exclusiva aos terapeutas. Os clientes do nosso estudo sugerem também a **importância da monitorização de resultados como modo de definir objetivos terapêuticos e ajudar o cliente a responsabilizar-se pela sua própria mudança** (PT2 “é importante para nós, pacientes, avaliarmo-nos. Fazermos uma auto-avaliação. Veremos “eu estive assim, agora está diferente neste aspecto”. Para nós, também, trabalharmos o “eu”. Não é só esperar que as outras pessoas façam por nós as coisas – somos nós a fazer alguma coisa”).

A “dimensão comum” a clientes e terapeutas que o nosso estudo revelou – o *feedback* como apoio para **iniciar, explorar e aprofundar diálogos “difíceis”** – parece ter implicações teóricas relevantes. PC1, por exemplo, revela que as medidas permitiram uma **maior abertura para com certos temas** (“E: Acha que teria sido mais difícil de falar de certas coisas se não fosse pelas medidas? / PC1: Acho que sim. Pelo menos da minha parte, teria menos iniciativa para o fazer”). Este resultado parece relevante, tendo em conta estudos como o de Levitt e Williams (2010) e de Castonguay e colaboradores (2010), que referem a necessidade de uma ligação autêntica e de confiança entre o cliente e o terapeuta, de modo a promover mudanças clínicas significativas. Esta transparência acrescida do cliente, resultante do uso de sistemas de *feedback*, poderá ser mais um possível factor mediador dos efeitos destes sistemas nos resultados terapêuticos.

Uma meta-análise recente e particularmente extensa avaliou os estudos qualitativos referentes à experiência de clientes em psicoterapia (Levitt, Pomerville & Surace, 2016). Os autores apresentam um conjunto de dimensões-chave que caracterizam, segundo a perspectiva do cliente, o ambiente terapêutico ideal e promotor de mudança. Entre estas dimensões, é particularmente relevante para o nosso estudo mencionar que: os clientes tendem a valorizar o processo colaborativo em psicoterapia, entre cliente e terapeuta; e valorizam intervenções e terapeutas que reconheçam e atribuam agência aos clientes sobre o seu próprio processo de mudança. Estes resultados são congruentes com os do nosso estudo, já que o uso adequado dos sistemas de *feedback* é, essencialmente, **um processo colaborativo e atribuidor de agência ao cliente** (PC1 “nós preenchíamos todas as sessões um gráfico, e falávamos sobre isso. Se houvesse alguma mudança falávamos sobre isso”; PC2 “Nas sessões, era-me importante ver se tinha ou não uma melhoria. E, se não, perceber porquê, identificar isso, e ver onde era preciso trabalhar. É isso que a PT2 fazia, até com as medidas”). Esta dimensão colaborativa parece estar

presente também quando ambos os clientes do nosso estudo descrevem os **sistemas de feedback como um “guia”** (PC1 “As medidas serviam mais de guia, e ajudavam para ver como ia evoluindo com o tempo”; PC2 “é sempre positivo fazer o antes e o depois. Embora não seja só olhar para o gráfico, o gráfico serve de guia”). Esta ideia do *feedback* como “guia” sugere que as medidas são apenas um possível “mapa de apoio” para um trabalho que é verdadeiramente feito, em última instância, pelas duas pessoas dentro de sessão.

### ***De que modo é que os sistemas de feedback influenciaram o processo e os resultados da psicoterapia?***

A terceira questão do nosso estudo já tem sido abordada ao longo desta discussão de resultados. Os clientes parecem ter sido influenciados pelos sistemas de *feedback* através de um **impacto relacional** (ex: maior transparência dentro de sessão) e pelo **ganhar de perspectiva e sensação de agência** sobre o seu próprio processo terapêutico, nomeadamente através da constante **monitorização de resultados** e consequente **definição de objectivos e tarefas terapêuticas**.

Os terapeutas foram igualmente influenciados pela **monitorização de resultados e esclarecimento de objectivos terapêuticos**. Os relatos destes profissionais parecem sugerir que os sistemas de *feedback* poderão ser úteis no fortalecimento de uma atitude empática para com os clientes, já que permitem um **maior entendimento da sua experiência vivida** e uma **maior adaptação às suas necessidades**. Estes resultados são particularmente relevantes tendo em conta que os sistemas de *feedback* parecem apenas ter efeitos significativos caso o terapeuta utilize estes sistemas activamente (De Jong et al., 2012). O que isto quer dizer é que a mera *aplicação* das medidas não é suficiente (Miller et al., 2015): é necessário o terapeuta *deixar-se influenciar* pelas medidas, que é o mesmo que dizer, no fundo, deixar-se influenciar pelo cliente.

Uma meta-análise sugere que os sistemas de *feedback* poderão ser eficazes no melhorar de resultados terapêuticos ao facilitar uma atitude colaborativa dentro de sessão (Knaup et al., 2009) – que, por sua vez, poderá potenciar a qualidade da relação terapêutica. O nosso estudo reportou níveis muito elevados de satisfação do cliente para com a relação terapêutica e as intervenções do terapeuta (através da medida SRS), podendo sugerir que este clima colaborativo e co-construído foi sentido pelos clientes.

No entanto, é necessário contrastar estes resultados do SRS com a medida ORS, que reporta resultados preocupantes durante todo o acompanhamento destes clientes. Uma possível explicação para esta discrepância entre medidas poderá remeter para a **insatisfação dos clientes quanto à duração e periodicidade da terapia**. Esta insatisfação, segundo os clientes, liga-se com uma consciência de existir trabalho terapêutico ainda por fazer (“**PC1**: Se pudesse, teria continuado mais. Mas, pronto, não era uma decisão minha. Mas gostava de ter continuado. / **E**: Sentiu que teria beneficiado de mais tempo em terapia. / **PC1**: Sim, sim”; **PC2** “Foi positivo. Só que foi muito pouco tempo, e o espaço entre sessões muito grande”; “Eu acho que todas as sessões foram bastante positivas. Pena terem sido poucas”). Estes relatos de satisfação para com a psicoterapia e insatisfação para com a sua duração sugerem fortemente que os casos acompanhados poderiam não ter indicação para uma intervenção de natureza breve, como foi o caso. Assim sendo, os ganhos terapêuticos limitados, como apresentados na medida ORS, poderão dever-se a constrangimentos temporais que não permitiram um aprofundar do trabalho clínico.

### ***A preferência dos terapeutas pela medida SRS***

Apesar do nosso estudo não permitir fazer inferências sólidas sobre os mediadores de resultados dos sistemas de *feedback*, não queria deixar de apresentar uma breve reflexão sobre possíveis mecanismos mediadores. Assim, creio ser possível criar pontes úteis entre a aplicação dos sistemas de *feedback* com a perspectiva interpessoal em psicoterapia, especificamente através do conceito de *metacomunicação* (Safran & Kraus, 2014; Kiesler, 1983; 1988).

É interessante, embora não completamente surpreendente, que o SRS seja visto pelos terapeutas como simultaneamente mais útil para a terapia (PT2 “Dados para a psicoterapia, se calhar, foi mais ao nível do SRS. (...) E eu sentia que, à medida que o tempo ia avançando, ia dando mais tempo ao SRS”) mas também mais difícil de aplicar, em parte devido à avaliação ser dirigida à própria relação terapêutica (PT1 “o SRS é pior, porque somos nós mesmos que estamos ali a ser avaliados. E a pessoa vai-nos pôr onde, em cima ou em baixo? (...) E, portanto, as primeiras duas ou três vezes que se passa, aquilo mexia comigo”). Por isto mesmo, o SRS parece ter o potencial de rapidamente despoletar um conjunto de interações relevantes, com impacto imediato na qualidade da relação terapêutica. A capacidade o terapeuta aceitar a avaliação externa, por exemplo,

poderá servir de importante modelo de auto-aceitação para o cliente. Sobre estes processos de modelagem e abertura do terapeuta, escrevem Safran e Segal: “terapeutas que, geralmente, se conseguem auto-aceitar e mostrar as suas imperfeições humanas irão, como terapeutas, modelar o tipo de auto-aceitação que estão a tentar promover nos seus pacientes” (Safran & Segal, 1996, pp. 224).

Proponho que o SRS será sempre um instrumento delicado, pondo ao descoberto os esquemas interpessoais do terapeuta. Este deve, portanto, estar particularmente confortável com a incerteza da avaliação externa, aceitando-a e até convidando-a para uma reflexão conjunta. Caso o terapeuta seja guiado por ansiedades pessoais de avaliação externa, é provável que a discussão do SRS seja menos proveitosa, inibindo terapeuta e cliente, e possivelmente danificando a relação terapêutica. Por outro lado, o cliente tem de sentir a disponibilidade afectiva do terapeuta de modo a sentir-se à vontade para avaliar honestamente o desempenho deste. De facto, parece que este fenómeno foi possível de acontecer, pelo menos em parte, com uma das clientes do nosso estudo (PC1 “Começámos a sessão a falar daquilo e depois foi um à vontade, não tive receio de falar. (...) Porque se começava logo ali a falar, sem constrangimento... (...) Acho que as medidas serviam de guia, ajudavam a começar a falar de coisas importantes”). Por outro lado, as ansiedades do cliente podem levá-lo a sentir que, se expuser as suas críticas ao terapeuta, por exemplo através do sistema de *feedback*, este poderá reagir negativamente. De facto, muitos clientes entram em terapia com uma “bagagem” interpessoal complexa, que promove este tipo de medos interpessoais. Sobre este ponto, escrevem Safran e Segal: “Os pacientes estão muitas vezes relutantes quanto ao foco no aqui-e-agora da relação terapêutica, devido à ansiedade de que este foco poderá levar ao explorar de emoções e pensamentos que irão alienar o terapeuta” (Safran & Segal, 1996, pp. 154-155).

Assim, a *metacomunicação* – definida como o acto de dialogar e reflectir, em sessão, sobre a própria intervenção terapêutica e os ciclos interpessoais entre cliente e terapeuta (Safran & Kraus, 2014) –, poderá ser considerado um processo básico que guia o uso dos sistemas de *feedback*, e, possivelmente, os seus efeitos. A metacomunicação adequada, tal como o uso adequado dos sistemas de *feedback*, deve ser vivida em sessão não como uma avaliação crítica (e potencialmente perigosa), mas sim como um convite honesto à exploração e rectificação dos elementos menos úteis da terapia.

## 1. Limitações do estudo

Como principais limitações do nosso estudo, achamos relevante destacar:

- *A complexidade dos casos:* como já foi mencionado, existem sugestões de que os clientes deste estudo teriam mais indicação para uma intervenção terapêutica de longa duração. Este facto poderá explicar os ganhos terapêuticos limitados destes clientes.
- *Número da amostra:* apesar do número da amostra do nosso estudo ser significativo no contexto de uma análise qualitativa, qualquer generalização com base nos resultados aqui apresentados terá de ser feita com extrema cautela, já que o número de participantes não nos permite estabelecer relações empiricamente generalizáveis.
- *Tempo entre final das intervenções e recolha de dados:* as entrevistas feitas aos participantes deste estudo decorreram entre um a dois meses depois do final das intervenções terapêuticas. Como tal, este tempo de espera poderá potenciar enviesamentos mnésicos nas narrativas recolhidas.
- *Enviesamentos dos sistemas de feedback:* Uma das terapeutas do nosso estudo alerta também para a possibilidade de um enviesamento dos resultados das medidas, possivelmente devido ao seu cliente querer terminar o acompanhamento dando uma imagem final “demasiado” positiva (PT2 “Uma das coisas que eu questiono, que me põe em causa a mim, é se não haverá aqui também alguma desejabilidade social nos resultados das medidas. Se o PC2 não quereria “terminar isto bem”, no “verde”). Estes fenómenos de desejabilidade social, no que toca ao preenchimento de questionários de auto-relato, estão bem estabelecidos empiricamente (Holtgraves, 2004), sendo por isso uma limitação inevitável destes sistemas de *feedback*.
- Finalmente, não é possível com este estudo estabelecer, empiricamente, uma relação entre os resultados obtidos e o uso dos sistemas de *feedback*, já que não existem termos de comparação entre a condição “com” e “sem” *feedback*.

## 2. Sugestões para investigações futuras

Como sugestões para estudos futuros, proponho três projectos:

- Os resultados do nosso estudo sugerem uma interdependência entre os valores do terapeuta e a sua atitude para com os sistemas de *feedback*. Estes valores estavam também em congruência para com o modelo psicoterapêutico dos terapeutas, o fenomenológico-existencial. *Como tal, seria interessante estudar se os modelos*

*psicoterapêuticos de terapeutas de diferentes orientações se correlacionam, de algum modo, com as atitudes e o uso dos sistemas de feedback.*

- Partindo da sugestão do processo de metacomunicação como mediador de efeitos do sistema de *feedback*, seria interessante um estudo qualitativo que avaliasse as competências de metacomunicação do terapeuta (através de registo áudio ou vídeo) e a relação destas para com o uso e efeitos dos sistemas de *feedback*.
- Finalmente, seria também interessante efectuar um estudo de custo-eficácia quanto à implementação dos sistemas de *feedback* num contexto clínico português. Este estudo focar-se-ia no esclarecimento dos custos necessários para a implementação destes sistemas num serviço clínico, averiguando mais precisamente os benefícios (ganhos terapêuticos) associados a esta implementação.

## CONCLUSÃO

Os sistemas de *feedback* constituem uma área de investigação em psicoterapia ainda relativamente jovem e pouco explorada. Os seus mecanismos mediadores de resultados ainda são, até hoje, largamente desconhecidos. O presente estudo serviu de contributo para esta linha de investigação ainda em desenvolvimento, focando-se na experiência dos principais envolvidos, as “variáveis negligenciadas”: os clientes e os terapeutas.

Apesar da eficácia estabelecida destes sistemas de *feedback*, ainda muitos poucos estudos apresentaram uma análise qualitativa e descritiva da experiência vivida por díades terapêuticas a utilizar estes sistemas. Num contexto de investigação científica que, muitas vezes, dá primazia a estudos de natureza quantitativa, existem lacunas sérias que podem ser, em parte, preenchidas através de análises qualitativas relevantes. Estas investigações permitem estudar o fenómeno em causa no contexto em que este ocorre, focado nas características do evento em si mesmo, e explorando o impacto dos fenómenos na experiência vivida dos participantes. A utilização do método fenomenológico de Giorgi (2009) permitiu, no estudo aqui apresentado, fazer precisamente isso – apresentando assim uma imagem clara da experiência dos participantes, no contexto de intervenções apoiadas pelo uso de sistemas de *feedback*.

As implicações deste estudo, embora multifacetadas, parecem-me focar-se essencialmente no treino e supervisão de psicoterapeutas. Utilizando os resultados aqui apresentados, podemos sugerir o treino de qualidades de “ser” e “fazer”, em psicoterapia, que potenciem as unidades de significado psicológico relevantes para clientes e terapeutas, nomeadamente: a utilização adequada da monitorização de resultados, de modo a criar objectivos e tarefas terapêuticas relevantes; a abertura emocional e relacional que permite um *feedback* constructivo e honesto por parte do cliente; e a adaptação às necessidades do mesmo, em parte avaliadas através dos sistemas de *feedback*.

É inevitável terminar este estudo lembrando que não são as medidas que produzem resultados clínicos, mas sim as pessoas. Tal como os terapeutas do nosso estudo referem, a *qualidade da relação terapêutica*, nas suas dimensões de validação e desafio, será sempre o marcador fundamental da boa intervenção psicoterapêutica. Como tal, os sistemas de *feedback* devem ser vistos, a meu ver, do modo que os clientes deste estudo o definiram: um “guia”, útil apenas no *modo* como é utilizado, pelas pessoas únicas que o estão a utilizar.

## Referências Bibliográficas

- Ackerman, P. L. (2014). Nonsense, common sense, and science of expert performance: Talent and individual differences. *Intelligence*, *45*, 6-17.
- Amble, I., Gude, T., Stubdal, S., Andersen, B. J., & Wampold, B. E. (2015). The effect of implementing the Outcome Questionnaire-45.2 feedback system in Norway: A multisite randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Psychotherapy Research*, *25*(6), 669-677.
- 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.
- Andrews, G., & Harvey, R. (1981). Does psychotherapy benefit neurotic patients?: a reanalysis of the Smith, Glass, and Miller data. *Archives of General Psychiatry*, *38*(11), 1203-1208.
- Angus, L., Watson, J. C., Elliott, R., Schneider, K., & Timulak, L. (2015). Humanistic psychotherapy research 1990–2015: From methodological innovation to evidence-supported treatment outcomes and beyond. *Psychotherapy Research*, *25*(3), 330-347.
- Anker, M. G., Duncan, B. L., & Sparks, J. A. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*(4), 693.
- 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.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance–outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*, 842– 852
- Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: Findings and Methods. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. (6<sup>a</sup> ed., pág. 258–297). John Wiley & Sons.
- Beutler, L. E. (1997). The psychotherapist as a neglected variable in psychotherapy: An illustration by reference to the role of therapist experience and training. *Clinical Psychology: science and practice*, *4*(1), 44-52.
- Bike, D. H., Norcross, J. C., & Schatz, D. M. (2009). Processes and outcomes of

- psychotherapists' personal therapy: Replication and extension 20 years later. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(1), 19.
- Bickman, L., Douglas Kelley, S., Breda, C., De Andrade, A. R., & Riemer, M. (2011). Effects of routine feedback to clinicians on youth mental health outcomes: A randomized cluster design. *Psychiatric Services*, 62, 1423–1429.
- Biesheuvel-Leliefeld, K. E., Kok, G. D., Bockting, C. L., Cuijpers, P., Hollon, S. D., van Marwijk, H. W., & Smit, F. (2015). Effectiveness of psychological interventions in preventing recurrence of depressive disorder: A meta-analysis and meta-regression. *Journal of affective disorders*, 174, 400-410.
- Blatt, S. J., Sanislow III, C. A., Zuroff, D. C., & Pilkonis, P. A. (1996). Characteristics of effective therapists: further analyses of data from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1276.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 16(3), 252.
- Boswell, J. F., Kraus, D. R., Miller, S. D., & Lambert, M. J. (2015). Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: Benefits, challenges, and solutions. *Psychotherapy research*, 25(1), 6-19.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry*, 162(2), 214-227.
- Brown, G. S., Lambert, M. J., Jones, E. R., & Minami, T. (2005). Identifying highly effective psychotherapists in a managed care environment. *American Journal of Managed Care*, 11(8), 513-520.
- Budd, R., & Hughes, I. (2009). The Dodo Bird Verdict—controversial, inevitable and important: a commentary on 30 years of meta-analyses. *Clinical psychology & psychotherapy*, 16(6), 510-522.
- Budge, S. L., Owen, J. J., Kopta, S. M., Minami, T., Hanson, M. R., & Hirsch, G. (2013). Differences among trainees in client outcomes associated with the phase model of change. *Psychotherapy*, 50(2), 150.
- Budge, S. L. (2015). The effectiveness of psychotherapeutic treatments for personality disorders: A review and critique of current research practices. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 56(2), 191.
- Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Zack, S. E., Baker, S., Boutselis, M. A., Chiswick, N.

- R., ... & Ragusea, S. A. (2010). Helpful and hindering events in psychotherapy: a practice research network study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(3), 327.
- Chow, D. (2014). *The study of supershrinks: Development and deliberate practices of highly effective psychotherapists*. Dissertação de doutoramento por publicar, Curtin University.
- 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.
- Clement, P. W. (2008). Outcomes from 40 years of psychotherapy in a private practice. *American Journal of Psychotherapy*, 62(3), 215.
- Cooper, M., & Norcross, J. C. (2015). A brief, multidimensional measure of clients' therapy preferences: The Cooper-Norcross Inventory of Preferences (C-NIP). *International Journal of Clinical and Health Psychology*.
- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J., Beck, A., Carroll, K., Perry, K., ... & Zitrin, C. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research*, 1(2), 81-91.
- Crits-Christoph, P., Ring-Kurtz, S., Hamilton, J., Lambert, M. J., Gallop, R., McClure, B., . . . Rotrosen, J. A. (2012). Preliminary study of the effects of individual patient-level feedback in outpatient substance abuse treatment programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42, 301–309.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(6), 909.
- Cuijpers, P., Andersson, G., Donker, T., & van Straten, A. (2011). Psychological treatment of depression: results of a series of meta-analyses. *Nordic journal of psychiatry*, 65(6), 354-364.
- Cuijpers, P., Hollon, S. D., van Straten, A., Bockting, C., Berking, M., & Andersson, G. (2013). Does cognitive behaviour therapy have an enduring effect that is superior to keeping patients on continuation pharmacotherapy? A meta-analysis. *BMJ open*, 3(4).
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M., & Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 34(2), 130-140.

- de Maat, S., Dekker, J., Schoevers, R., & De Jonghe, F. (2006). Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis. *Psychotherapy Research, 16*(5), 566-578.
- De Jong, K., van Sluis, P., Nugter, M. A., Heiser, W. J., & Spinhoven, P. (2012). Understanding the differential impact of outcome monitoring: Therapist variables that moderate feedback effects in a randomized clinical trial. *Psychotherapy Research, 22*(4), 464-474.
- De Jong, K., Timman, R., Hakkaart-Van Roijen, L., Vermeulen, P., Kooiman, K., Passchier, J., & Busschbach, J. PC1 (2014). The effect of outcome monitoring feedback to clinicians and patients in short and long-term psychotherapy: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research, 24*(6), 629-639.
- De Jong, K. & de Goede, M. (2015). Why do some therapists not deal with outcome monitoring feedback? A feasibility study on the effect of regulatory focus and person–organization fit on attitude and outcome. *Psychotherapy Research, 25*(6), 661-668.
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance–outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 32*(7), 642-649.
- Driessen, E., Hegelmaier, L. M., Abbass, A. A., Barber, J. P., Dekker, J. J., Van, H. L., ... & Cuijpers, P. (2015a). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis update. *Clinical psychology review, 42*, 1-15.
- Driessen, E., Hollon, S. D., Bockting, C. L., Cuijpers, P., & Turner, E. H. (2015b). Does publication bias inflate the apparent efficacy of psychological treatment for major depressive disorder? A systematic review and meta-analysis of US National Institutes of Health-funded trials. *PloS one, 10*(9), e0137864.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Sparks, J. A., Claud, D. A., Reynolds, L. R., Brown, J., & Johnson, L. D. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary psychometric properties of a “working” alliance measure. *Journal of brief Therapy, 3*(1), 3-12.
- Duncan, B.L. (2015). The person of the therapist: One therapist’s journey to relationship. In Schneider, K.J., Pierson, J.F., & Bugental, J.F.T. (Eds.) *The Handbook of Humanistic Psychology: Theory, research, and practice* (pág. 457-472). Thousand Oaks, CE: Sage.
- Duncan, B. L., & Reese, R. J. (2015). The Partners for Change Outcome Management

- System (PCOMS) revisiting the client's frame of reference. *Psychotherapy*, 52(4), 391-401.
- Ekman, P. (2015). *Darwin and Facial Expression: A Century of Research in Review*. Malor Books.
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy research*, 20(2), 123-135.
- Elliott, R., Slatick, E., & Urman, M. (2001). Qualitative Change Process Research on Psychotherapy: Alternative Strategies. In J. Frommer, & D. L. Rennie, *Qualitative Psychotherapy Research: Methods and Methodology* (pp. 69-111). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43-49.
- Erekson, D. M., Lambert, M. J., & Eggett, D. L. (2015). The relationship between session frequency and psychotherapy outcome in a naturalistic setting. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(6), 1097-1107.
- Ericsson, K. A., & Charness, N. (1994). Expert performance: Its structure and acquisition. *American psychologist*, 49(8), 725.
- Ericsson, K. A., Charness, N., Feltovich, P. J., & Hoffman, R. R. (Eds.). (2006). *The Cambridge handbook of expertise and expert performance*. Cambridge University Press.
- Ericsson, K. A., Nandagopal, K., & Roring, R. W. (2009). Toward a science of exceptional achievement. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1172(1), 199-217.
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., & Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE-OM. *The British Journal of Psychiatry*, 180(1), 51-61.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Eysenck, H. J. (1964). The outcome problem in psychotherapy: A reply. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 1, 97-100.
- Farber, B. A., & Doolin, E. M. (2011). Positive regard. *Psychotherapy*, 48(1), 58.
- Fauth, J., Gates, S., Vinca, M. A., Boles, S., & Hayes, J. A. (2007). Big ideas for

- psychotherapy training. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(4), 384.
- Fernandez, E., Salem, D., Swift, J. K., & Ramtahal, N. (2015). Meta-analysis of dropout from cognitive behavioral therapy: Magnitude, timing, and moderators. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(6), 1108.
- Frank, J. D. & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comprehensive study of psychotherapy* (3<sup>a</sup> edição). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Geller, S.M. & Greenberg, L.S. (2012). *Therapeutic Presence: A mindful approach to effective psychotherapy*. Washington, DC: APA Press.
- Gelo, O., Braakmann, D., & Benetka, G. (2008). Quantitative and qualitative research: Beyond the debate. *Integrative psychological and behavioral science*, 42(3), 266-290.
- Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology: A modified Husserlian approach*. Pittsburg, PennsylvaniE: Duquesne University Press.
- Giorgi, A. (2012). The descriptive phenomenological psychological method. *Journal of Phenomenological Psychology*, 43, 3-12.
- Giorgi, A., & Sousa, D. (2010). *Método fenomenológico de investigação em psicologia*. LisboE: Fim de Século.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967/2009). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Transaction publishers.
- Grissom, R. J. (1996). The magical number. 7±. 2: Meta-meta-analysis of the probability of superior outcome in comparisons involving therapy, placebo, and control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 973.
- Hambrick, D. Z., Oswald, F. L., Altmann, E. M., Meinz, E. J., Gobet, F., & Campitelli, G. (2014). Deliberate practice: Is that all it takes to become an expert?. *Intelligence*, 45, 34-45.
- Hansen, B. P., Lambert, M. J., & Vlass, E. N. (2015a). Sudden Gains and Sudden Losses in the Clients of a "Supershrink": 10 Case Studies. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 11(3), 154-201.
- Hansen, B. P., Lambert, M. J., & Vlass, E. N. (2015b). Calling for More Case Studies of Exceptional and Efficient Psychotherapists. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 11(3), 224-229.
- Hansson, H., Rundberg, J., Österling, A., Öjehagen, A., & Berglund, M. (2013).

- Intervention with feedback using Outcome Questionnaire 45 (OQ-45) in a Swedish psychiatric outpatient population. A randomized controlled trial. *Nordic journal of psychiatry*, 67(4), 274-281.
- Harmon, S. C., Lambert, M. J., Smart, D. M., Hawkins, E., Nielsen, S. L., Slade, K., & Lutz, W. (2007). Enhancing outcome for potential treatment failures: Therapist–client feedback and clinical support tools. *Psychotherapy Research*, 17(4), 379-392.
- Harnett, P., O'Donovan, A., & Lambert, M. J. (2010). The dose response relationship in psychotherapy: Implications for social policy. *Clinical Psychologist*, 14(2), 39-44.
- Hartmann, A., Joos, A., Orlinsky, D. E., & Zeeck, A. (2015). Accuracy of therapist perceptions of patients' alliance: Exploring the divergence. *Psychotherapy Research*, 25(4), 408-419.
- Hatchett, G. T., & Park, H. L. (2003). Comparison of Four Operational Definitions of Premature Termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(3), 226.
- Hatfield, D., McCullough, L., Frantz, S. H., & Krieger, K. (2010). Do we know when our clients get worse? An investigation of therapists' ability to detect negative client change. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(1), 25-32.
- Hawkins, E. J., Lambert, M. J., Vermeersch, D. A., Slade, K. L., & Tuttle, K. C. (2004). The therapeutic effects of providing patient progress information to therapists and patients. *Psychotherapy Research*, 14(3), 308-327.
- Heatherington, L., Friedlander, M. L., Diamond, G. M., Escudero, PC1, & Pinsof, W. M. (2015). 25 Years of systemic therapies research: Progress and promise. *Psychotherapy Research*, 25(3), 348-364.
- Heinonen, E., Lindfors, O., Härkänen, T., Virtala, E., Jääskeläinen, T., & Knekt, P. (2014). Therapists' Professional and Personal Characteristics as Predictors of Working Alliance in Short-Term and Long-Term Psychotherapies. *Clinical psychology & psychotherapy*, 21(6), 475-494.
- Hill, C. E., Chui, H., & Baumann, E. (2013). Revisiting and reenvisioning the outcome problem in psychotherapy: an argument to include individualized and qualitative measurement. *Psychotherapy*, 50(1), 68.
- Hofmann, S. G., & Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety

- disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 621.
- Holtgraves, T. (2004). Social desirability and self-reports: Testing models of socially desirable responding. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(2), 161-172.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of counseling psychology*, 38(2), 139.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16.
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z., & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist*, 51(10), 1059-1064.
- Imel, Z. E., Wampold, B. E., Miller, S. D., & Fleming, R. R. (2008a). Distinctions without a difference: direct comparisons of psychotherapies for alcohol use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(4), 533.
- Imel, Z. E., Malterer, M. B., McKay, K. M., & Wampold, B. E. (2008b). A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia. *Journal of Affective Disorders*, 110(3), 197-206.
- Ionita, G., Fitzpatrick, M., Tomaro, J., Chen, V. V., & Overington, L. (2016). Challenges of using progress monitoring measures: Insights from practicing clinicians. *Journal of counseling psychology*, 63(2), 173.
- Janse, P., Boezen-Hilberdink, L., van Dijk, M. K., Verbraak, M. J. P. M. Hutschemaekers, G. J. M. (2014). Measuring Feedback From Clients: The Psychometric Properties of the Dutch Outcome Rating Scale and Session Rating Scale. *European Journal of Psychological Assessment*, 30(2), 86-92.
- Jennings, L., & Skovholt, T. M. (1999). The cognitive, emotional, and relational characteristics of master therapists. *Journal of counseling psychology*, 46(1), 3.
- Jennings, L., D'Rozario, PC1, Goh, M., Sovereign, A., Brogger, M., & Skovholt, T. (2008). Psychotherapy expertise in Singapore: A qualitative investigation. *Psychotherapy Research*, 18(5), 508-522.
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy research*, 19(4-5), 418-428.
- Kiesler, D. J. (1983). The 1982 Interpersonal Circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological review*, 90(3), 185.

- Kiesler, D. J. (1988). *Therapeutic metacommunication: Therapist impact disclosure as feedback in psychotherapy*. Consulting Psychologists Press.
- Kim, D. M., Wampold, B. E., & Bolt, D. M. (2006). Therapist effects in psychotherapy: A random-effects modeling of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program data. *Psychotherapy Research, 16*(02), 161-172.
- Knapp, P., Kieling, C., & Beck, A. T. (2015). What Do Psychotherapists Do? A Systematic Review and Meta-Regression of Surveys. *Psychotherapy and Psychosomatics, 84*(6), 377-378.
- Knaup, C., Koesters, M., Schoefer, D., Becker, T., & Puschner, B. (2009). Effect of feedback of treatment outcome in specialist mental healthcare: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry, 195*(1), 15–22.
- Kramer, U., & Stiles, W. B. (2015). The Responsiveness Problem in Psychotherapy: A Review of Proposed Solutions. *Clinical Psychology: Science and Practice, 22*(3), 277-295.
- Kraus, D. R., Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Nordberg, S. S., & Hayes, J. A. (2011). Therapist effectiveness: Implications for accountability and patient care. *Psychotherapy Research, 21*, 267–276.
- Kumar, A. (2012). Using phenomenological research methods in qualitative health research. *International Journal of Human Sciences, 9*(2), 790–804.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Smart, D. W., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L., & Hawkins, E. J. (2001). The effects of providing therapists with feedback on client progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced?. *Psychotherapy Research, 11*, 49 – 68.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Vermeersch, D. A., Smart, D. W., Hawkins, E. J., Nielsen, S. L., & Goates, M. K. (2002). Enhancing psychotherapy outcomes via providing feedback on client progress: A replication. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 9*, 91–103
- Lambert, M. J., Morton, J. J., Hatfield, D., Harmon, C., Hamilton, S., Reid, R. C., et al. (2004). *Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire-45*. Orem, UT: American Professional Credentialing Services.
- Lambert, M. J., Harmon, C., Slade, K., Whipple, J. L., & Hawkins, E. J. (2005). Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress: clinical results and practice suggestions. *Journal of clinical psychology, 61*(2), 165-174.

- Lambert, M. J. (2010). "Yes, it is time for clinicians to monitor treatment outcome." In B. L. Duncan, S. C., Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.), *Heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2<sup>a</sup> ed., pág. 239 –266). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lambert, M. J., & Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy*, 48(1), 72.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6<sup>a</sup> ed., pág. 169 –218). John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J. (2013b). Outcome in psychotherapy: the past and important advances. *Psychotherapy*, 50(1), 42-51.
- Lambert, M. J. (2015). Progress Feedback and the OQ-System: The Past and the Future. *Psychotherapy*, 52(4), 381-390.
- Laska, K. M., Gurman, A. S., & Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy*, 51(4), 467.
- Laska, K. M., & Federman, E. J. (2015). Rapid recovery with an effective therapist: A comment on Hansen, Lambert, and Vlass. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 11(3), 202-215.
- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2003). The Effectiveness of Psychodynamic Therapy and Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Personality Disorders: A Meta-Analysis. *Am J Psychiatry*, 160(7), 1223-1232.
- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Jama*, 300(13), 1551-1565.
- Levitt, H. M., & Williams, D. C. (2010). Facilitating client change: Principles based upon the experience of eminent psychotherapists. *Psychotherapy Research*, 20(3), 337-352.
- Levitt, H. M., Pomerville, A., & Surace, F. I. (2016). A Qualitative Meta-Analysis Examining Clients' Experiences of Psychotherapy: A New Agenda. *Psychological bulletin*, 142(8), 801-830.
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on psychological science*, 2(1), 53-70.
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and

- behavioral treatment: confirmation from meta-analysis. *American psychologist*, 48(12), 1181-1209.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., McLellan, A. T., Woody, G., Piper, W., Liberman, B., ... & Pilkonis, P. (1986). Do therapists vary much in their success? Findings from four outcome studies. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(4), 501.
- Luborsky, L., Barber, J., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L., Frank, A., et al. (1996). The Revised Helping Alliance questionnaire (HAQ-II): Psychometric properties. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5, 260-271.
- Lutz, W., De Jong, K., & Rubel, J. (2015). Patient-focused and feedback research in psychotherapy: Where are we and where do we want to go?. *Psychotherapy Research*, 25(6), 625-632.
- Lutz, W., Rubel, J., Schiefele, A. K., Zimmermann, D., Böhnke, J. R., & Wittmann, W. W. (2015). Feedback and therapist effects in the context of treatment outcome and treatment length. *Psychotherapy Research*, 25(6), 647-660.
- Macdonald, J., & Mellor-Clark, J. (2015). Correcting psychotherapists' blindsidedness: Formal feedback as a means of overcoming the natural limitations of therapists. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(3), 249-257.
- Macnamara, B. N., Hambrick, D. Z., & Oswald, F. L. (2014). Deliberate practice and performance in music, games, sports, education, and professions a meta-analysis. *Psychological science*, 25(8), 1608-1618.
- McLeod, J. (2011). *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. Sage.
- McMain, S., Newman, M. G., Segal, Z. PC1, & DeRubeis, R. J. (2015). Cognitive behavioral therapy: Current status and future research directions. *Psychotherapy Research*, 25(3), 321-329.
- McKay, K. M., Imel, Z. E., & Wampold, B. E. (2006). Psychiatrist effects in the psychopharmacological treatment of depression. *Journal of affective disorders*, 92(2), 287-290.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A., & Claud, D. A. (2003). The outcome rating scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of brief Therapy*, 2(2), 91-100.
- Miller, S. D., Wampold, B., & Varhely, K. (2008). Direct comparisons of treatment modalities for youth disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 18(1), 5-14.
- Miller, S. D., Duncan, B., & Hubble, M. (2008). Supershinks: What is the secret of their

- success?. *Psychotherapy in Australia*, 14(4), 14.
- Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D. L., & Seidel, J. A. (2013). The outcome of psychotherapy: yesterday, today, and tomorrow. *Psychotherapy*, 50(1), 88-97.
- Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D. L., & Seidel, J. A. (2015). Beyond Measures and Monitoring: Realizing the Potential of Feedback-Informed Treatment. *Psychotherapy*, 52(4), 449-457.
- Moltu, C., Veseth, M., Stefansen, J., Nøtnes, J. C., Skjølberg, Å., Binder, P. E., ... & Nordberg, S. S. (2016). This is what I need a clinical feedback system to do for me: A qualitative inquiry into therapists' and patients' perspectives. *Psychotherapy Research*, 1-14.
- Moxley, J. H., Ericsson, K. A., Charness, N., & Krampe, R. T. (2012). The role of intuition and deliberative thinking in experts' superior tactical decision-making. *Cognition*, 124(1), 72-78.
- Murphy, K. P., Rashleigh, C. M., & Timulak, L. (2012). The relationship between progress feedback and therapeutic outcome in student counselling: A randomised control trial. *Counselling Psychology Quarterly*, 25(1), 1-18.
- Nissen-Lie, H. A., Rønnestad, M. H., Høglend, P. A., Havik, O. E., Solbakken, O. A., Stiles, T. C., & Monsen, J. T. (2015). Love Yourself as a Person, Doubt Yourself as a Therapist?. *Clinical psychology & psychotherapy*.
- Norcross, J. C., VandenBos, G. R., & Freedheim, D. K. (2011). *History of psychotherapy: Continuity and Change, 2nd Edition*. Washington, DC, American Psychological Association.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. Oxford University Press.
- Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of clinical psychology*, 67(2), 143-154.
- Nyman, S. J., Nafziger, M. A., & Smith, T. B. (2010). Client outcomes across counselor training level within a multitiered supervision model. *Journal of Counseling and Development*, 88(2), 204.
- Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L., & Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(6), 361-373.
- Oliveira, A., Sousa, D. & Pires, A. (2012). Significant events in existential psychotherapy: The client's perspective. *Existential Analysis*, 23(2), 288-304.

- Orlinsky, D. E. (1999). The master therapist: Ideal character or clinical fiction? Comments and questions on Jennings and Skovholt's "The Cognitive, Emotional, and Relational Characteristics of Master Therapists". *Journal of counseling psychology*, 46(1), 12-15.
- Orlinsky, D. E., & Rønnestad, M. H. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. American Psychological Association.
- Owen, J., & Hilsenroth, M. J. (2014). Treatment adherence: The importance of therapist flexibility in relation to therapy outcomes. *Journal of counseling psychology*, 61(2), 280.
- Pereira, J. A., & Barkham, M. (2015). An exceptional, efficient, and resilient therapist: A case study in practice-based evidence. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 11(3), 216-223.
- Plomin, R., Shakeshaft, N. G., McMillan, A., & Trzaskowski, M. (2014). Nature, nurture, and expertise. *Intelligence*, 45, 46-59.
- Probst, T., Lambert, M. J., Loew, T. H., Dahlbender, R. W., Göllner, R., & Tritt, K. (2013). Feedback on patient progress and clinical support tools for therapists: Improved outcome for patients at risk of treatment failure in psychosomatic in-patient therapy under the conditions of routine practice. *Journal of psychosomatic research*, 75(3), 255-261.
- Probst, T., Lambert, M. J., Loew, T. H., Dahlbender, R. W., & Tritt, K. (2015). Extreme deviations from expected recovery curves and their associations with therapeutic alliance, social support, motivation, and life events in psychosomatic in-patient therapy. *Psychotherapy Research*, 25, 277-281.
- Reese, R. J., Norsworthy, L. A., & Rowlands, S. R. (2009). Does a continuous feedback system improve psychotherapy outcome?. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 46(4), 418-431.
- Reese, R. J., Toland, M. D., Slone, N. C., & Norsworthy, L. A. (2010). Effect of client feedback on couple psychotherapy outcomes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 616-630.
- Rise, M. B., Eriksen, L., Grimstad, H., & Steinsbekk, A. (2015). The long-term effect on mental health symptoms and patient activation of using patient feedback scales in mental health out-patient treatment. A randomised controlled trial. *Patient education and counseling*.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of

- psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412.
- Ruthsatz, J., Ruthsatz, K., & Stephens, K. R. (2014). Putting practice into perspective: Child prodigies as evidence of innate talent. *Intelligence*, 45, 60-65.
- Safran, J., & Segal, Z. V. (1996). *Interpersonal process in cognitive therapy*. Jason Aronson, Incorporated.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guilford Press.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80-87.
- Safran, J. D., & Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments: A relational perspective. *Psychotherapy*, 51(3), 381-387.
- Sales, C., Gonçalves, S., Silva, I., Duarte, J. Sousa, D., Fernandes, E. (2007). *Portuguese adaptation of qualitative change process instruments*. Artigo apresentado na European Chapter Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Madeira, Portugal.
- Sales, C. M. D., Moleiro, C., Evans, C., & Alves, P. C. G. (2012). Versão Portuguesa do CORE-OM: Tradução, adaptação e estudo preliminar das suas propriedades psicométricas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 39(2), 54-59.
- Seligman, M. E. (1995). The effectiveness of psychotherapy: the Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965.
- Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, 47(4), 637.
- Shimokawa, K., Lambert, M. J., & Smart, D. W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 298.
- Simon, W., Lambert, M. J., Harris, M. W., Busath, G., & Vazquez, A. (2012). Providing patient progress information and clinical support tools to therapists: Effects on patients at risk of treatment failure. *Psychotherapy Research*, 22(6), 638-647.
- Simon, W., Lambert, M. J., Busath, G., Vazquez, A., Berkeljon, A., & Hyer, K. (2013). Effects of providing patient progress feedback and clinical support tools to psychotherapists in an inpatient eating disorders treatment program: A randomized controlled study. *Psychotherapy Research*, 23, 287-300.

- Slade, K., Lambert, M. J., Harmon, S. C., Smart, D. W., & Bailey, R. (2008). Improving psychotherapy outcome: The use of immediate electronic feedback and revised clinical support tools. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *15*, 287–303.
- Smith, M. L., & Glass, G. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, *32*, 752–760.
- Solomonov, N., Kuprian, N., Zilcha-Mano, S., Gorman, B. S., & Barber, J. P. (2015). What Do Psychotherapy Experts Actually Do in Their Sessions? An Analysis of Psychotherapy Integration in Prototypical Demonstrations. *Journal of Psychotherapy Integration*. Advance online publication.
- Sousa, D. (2014). Validation in qualitative research: General aspects and specificities of the descriptive phenomenological method. *Qualitative Research in Psychology*, *11*(2), 211–227.
- Sousa, D. (2015). Existential Psychotherapy the Genetic-Phenomenological Approach: Beyond a Dichotomy Between Relating and Skills. *Journal of contemporary Psychotherapy*, *45*(1), 69-77.
- Schneider, K. (2015). Presence: The Core Contextual Factor of Effective Psychotherapy. *Existential Analysis: Journal of the Society for Existential Analysis*, *26*(2).
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *The American psychologist*, *65*(2), 98.
- Spengler, P. M., & Pilipis, L. A. (2015). A Comprehensive Meta-Reanalysis of the Robustness of the Experience-Accuracy Effect in Clinical Judgment. *Journal of counseling psychology*. *62*(3), 360-378.
- Stewart, R. E., & Chambless, D. L. (2007). Does psychotherapy research inform treatment decisions in private practice?. *Journal of clinical psychology*, *63*(3), 267-282.
- Stewart, R. E., & Chambless, D. L. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of consulting and clinical psychology*, *77*(4), 595.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Mellor-Clark, J., & Connell, J. (2008). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies in UK primary-care routine practice: Replication in a larger sample. *Psychological Medicine*, *38*, 677– 688.
- Strupp, H. H. (1963). The outcome problem in psychotherapy revisited. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *1*, 1–13.

- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(4), 547.
- Timulak, L. (2010). Significant events in psychotherapy: An update of research findings. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 83*(4), 421-447.
- Tracey, T. J., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., & Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy: An elusive goal?. *American Psychologist, 69*(3), 218.
- Tryon, G. S., Blackwell, S. C., & Hammel, E. F. (2007). A meta-analytic examination of client-therapist perspectives of the working alliance. *Psychotherapy Research, 17*(6), 629-642.
- Tryon, G. S., & Winograd, G. (2011). Goal consensus and collaboration. *Psychotherapy, 48*(1), 50-57.
- Van Etten, M. L., & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 5*(3), 126-144.
- Vos, J., Craig, M., & Cooper, M. (2015). Existential therapies: A meta-analysis of their effects on psychological outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology, 83*(1), 115.
- 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.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. N. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes". *Psychological bulletin, 122*(3), 203.
- Wampold, B. E., & Brown, G. (2005). Estimating therapist variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 914 –923.
- Wampold, B. E. (2015). Routine outcome monitoring: Coming of age—With the usual developmental challenges. *Psychotherapy, 52*(4), 458-462.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.
- Warren, J. S., Nelson, P. L., Mondragon, S. A., Baldwin, S. A., & Burlingame, G. M.

- (2010). Youth psychotherapy change trajectories and outcomes in usual care: Community mental health versus managed care settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), 144.
- Watkins Jr, C. E. (2011). Does psychotherapy supervision contribute to patient outcomes? Considering thirty years of research. *The Clinical Supervisor, 30*(2), 235-256.
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J., & Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), 200.
- Whipple, J. L., Lambert, M. J., Vermeersch, D. A., Smart, D. W., Nielsen, S. L., & Hawkins, E. J. (2003). Improving the effects of psychotherapy: The use of early identification of treatment failure and problem solving strategies in routine practice. *Journal of Counseling Psychology, 58*, 59–68.
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice, 24*, 190–195.
- Willis, A., Deane, F. P., & Coombs, T. (2009). Improving clinicians' attitudes toward providing feedback on routine outcome assessments. *International Journal of Mental Health Nursing, 18*(3), 211-215.
- Youn, S. J., Kraus, D. R., & Castonguay, L. G. (2012). The treatment outcome package: Facilitating practice and clinically relevant research. *Psychotherapy, 49*, 115–122

# **ANEXOS**

**ANEXO I**

**Entrevista de Mudança**

**Psicoterapêutica do Cliente**

## Registo da Entrevista de Mudança

Iniciais do Cliente \_\_\_\_\_ ID do Processo \_\_\_\_\_ Entrevistador \_\_\_\_\_  
 Data \_\_\_\_\_

Avaliação (círculo 1): meio, pós, acompanhamento/6m acompanhamento/18m

Número de sessões anteriores (círculo 1): 10 20 30 40 outro:

Registo de Medicação Psico-farmacológica (incl. plantas medicinais)

<u>Medicação Nome</u>	<u>Para que sintomas?</u>	<u>Posologia/Frequência</u>	<u>Duração?</u>	<u>Último ajustamento?</u>

Lista de Mudanças

<u>Mudanças</u>	<u>A mudança foi:</u> 1 - esperada 3 – nem muito nem pouco esperada 5 – surpreendido com mudança	<u>Sem terapia:</u> 1 - improvável 3 – nem muito nem pouco provável 5 - provável	<u>Importância:</u> 1-nenhuma 2-pouca 3-moderada 4-muita 5-extrema
1.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
5.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
6.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
7.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
8.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

## Questionário para Entrevista de Mudança do Cliente

O cliente é chamado para uma entrevista semi-estruturada com duração de uma hora. Os pontos principais da entrevista consistem nas alterações observadas desde o início da terapia, naquilo que, no seu entender, deram origem a essas alterações, bem como nos aspectos úteis e não úteis da terapia. O principal objectivo da entrevista é possibilitar-lhe que fale sobre a terapia e a investigação usando as suas próprias palavras. Esta informação contribuirá para melhor compreendermos o funcionamento da terapia e eventualmente introduzir ajustamentos. Será feita uma gravação para posterior transcrição. Por favor, pormenorize o mais possível.

### **1. Perguntas de carácter geral:**

**1a. Actualmente, que medicação toma?** (o investigador regista num impresso, incluindo a posologia, a duração os últimos ajustamentos, plantas medicinais).

**1b. Revisão do Impresso de Registos Produzido**

**1c. O que tem sido para si a terapia, até ao momento? Como se sente em terapia?**

**1d. Como tem passado, em geral?**

### **2. Auto-descrição:**

**2a. Como se descreveria a si mesmo/a?** (se está a desempenhar um papel, descreva quer tipo de \_\_\_\_? Se for breve/geral, pode dar um exemplo? /Para mais informação: de que outra forma se descreveria?)

**2b. De que forma a descreveriam os outros que a conhecem bem?** (E de que outra forma ainda?)

**2c. Se pudesse mudar alguma coisa acerca de si mesmo/a o que mudaria?**

### **3. Mudanças:**

**3a. Que mudanças, se as há, observou em si mesmo/a desde o início da terapia?** (Por exemplo, age, sente, ou pensa de modo diferente em relação ao que até aqui sucedia? Que ideias específicas, se as há, retirou da terapia até ao momento, incluindo ideias sobre si mesmo/a ou outras pessoas? (As outras pessoas chamaram a sua atenção para alguma mudança ocorrida?) [*EntrevistadoPT1: anotar as alterações para mais tarde.*]

**3b. Alguma coisa mudou para si para pior desde o início da terapia?**

**3c. O que gostaria que tivesse mudado e não mudou desde o início da terapia?**

**4. Escala de mudanças:** (percorra as alterações uma a uma e atribua-lhe uma das três classificações seguintes):

**4a. Em relação a cada mudança, por favor indique o grau de expectativa vs grau de surpresa com essa mudança. (Utilize a seguinte escala:)**

- (1) Contava muito com essa mudança
- (2) De certo modo, contava com essa mudança
- (3) Nem contava com isso, nem surpreendido/a com a mudança
- (4) De certo modo surpreendido/a com essa mudança
- (5) Muito surpreendido/a com essa mudança

**4b. Em relação a cada mudança, por favor indique o grau de probabilidade de ocorrência da mudança, se não tivesse iniciado a terapia (utilize a seguinte escala):**

- (1) Muito improvável sem a terapia (seguramente, não teria ocorrido)
- (2) Algo improvável sem a terapia, provavelmente não teria ocorrido)
- (3) Nem provável, nem improvável (não é possível afirmar)
- (4) Algo provável sem terapia (provavelmente teria ocorrido)
- (5) Muito provável sem terapia (seguramente teria ocorrido de qualquer forma)

**4c. Que importância ou significado atribui a esta mudança (utilize a seguinte escala):**

- (1) Sem importância
- (2) Importância pouco significativa
- (3) Importância moderada
- (4) Muito importante
- (5) Extremamente importante

**5. Motivos: de um modo geral, em sua opinião, o que esteve na origem destas mudanças? Por outras palavras, o que pensa que esteve na sua origem? (Incluindo factores quer internos, quer externos à terapia).**

**6. Recursos:**

**6a. Que pontos fortes pessoais ajudaram a fazer uso da terapia para lidar com os seus problemas? (o que se sente mais capaz de fazer, as suas qualidades)**

**6b. Que factos na sua situação de vida actual ajudaram a fazer uso da terapia para lidar com os seus problemas? (família, emprego, relações, modos de vida)**

**7. Limitações:**

**7a. Que pontos fracos pessoais tornaram mais difícil o uso da terapia para lidar com os seus problemas? (factos sobre si, enquanto pessoa)**

**7b. Que factos na sua situação de vida tornaram mais difícil para si o uso da terapia para lidar com os seus problemas? (família, emprego, relações, modos de vida)**

**8. Aspectos úteis: Pode resumir o que foi útil em relação à sua terapia? Por favor, indique exemplos (aspectos gerais, eventos específicos)**

**9. Aspectos problemáticos:**

**9a. Relativamente à terapia, que tipo de coisas foram obstáculos, inúteis, negativos ou decepcionantes para si? (Por exemplo, aspectos gerais, eventos específicos)**

**9b. Relativamente à terapia, que situações foram difíceis ou penosas, mas ainda assim boas ou úteis?**

**9c. O que faltou no seu tratamento? (O que contribuiria /teria contribuído para tornar a sua terapia mais eficaz ou útil?)**

**10. Características do terapeuta:**

**10a. O que achou da postura geral do terapeuta? (a forma como se relacionou consigo – quente, frio, discurso objectivo e racional ou mais focado na experiência da pessoa, etc)**

**10b. Que características do terapeuta achou que contribuíram positivamente para a terapia? (Pedir exemplos)**

**10c. Que características do terapeuta achou que contribuíram negativamente para a terapia? (Pedir exemplos)**

**11. Impacto dos sistemas de feedback:**

**11a. Relativamente às medidas de preencheu no início e fim de cada sessão, estas foram de algum modo discutidas em sessão com o terapeuta? (Com que frequência? O que foi discutido?)**

**11b. Que possíveis vantagens e desvantagens sente que estas medidas trouxeram à terapia?**

**11c. De que modo sentiu que o terapeuta se tentou adaptar ao *feedback* que deu através destas medidas? (Algum episódio concreto que possa partilhar?)**

**12. Sugestões. Tem alguma sugestão a fazer no que se refere à pesquisa sobre a terapia? Há mais alguma coisa que me queira dizer?**

**ANEXO II**

**Entrevista de Mudança**

**Psicoterapêutica do Terapeuta**

# Entrevista de Mudança Psicoterapêutica do Terapeuta

## Geral

### Terapia

- Como vê a psicoterapia? (pedir definição pessoal)
- O que considera mais relevante numa psicoterapia? (eg: factores, processos...)
- O que faz um bom psicoterapeuta? (eg: o estar, a relação, o agir ...)

### Terapeuta

- Apresentação como psicoterapeuta (eg: características do próprio)
- Abordagem teórica que mais impacto teve em si (se alguma) e como acha que esta influencia a sua postura em terapia.
- Desafios no contexto profissional (eg: regulação emocional, limite de sessões, nº clientes...)
- Impacto da supervisão e intervisão (Faz? Que impacto tem?)
- Principais mudanças em si desde que se tornou psicoterapeuta (pessoais e profissionais)

## Específico do acompanhamento em causa

- Cliente (motivo de consulta; identificação da problemática; contexto e acontecimentos de vida relevantes)
- Processo Terapêutico
  - Que eventos foram mais significativos?
  - Que desafios?
  - Por algum momento sentiu quebras na aliança? Como agiu?
  - Qual o papel das *medidas de outcome*?
    - O que pensa sobre estas?
    - Como se sentiu a aplicá-las? (mais dificuldade e maior facilidade)
    - Sentiu alguma resistência (sua/do cliente)?

- Considera que a sua aplicação teve impacto no processo terapêutico? Em que medida?
  - Sentiu alterações em si?
  - Pretende utilizar o PCOMS noutros casos clínicos?
- Comentar o PCOMS do caso clínico em causa.
  - Gostaria de acrescentar algo?

## **ANEXO III**

# **Transcrições de entrevistas**

*Foram atribuídos os códigos “E” para identificar o entrevistador e “PC” para identificar os participantes clientes e “PT” para os participantes terapeutas.*

**ANEXO III.1**  
**Transcrições de entrevistas**  
**Caso PC1**

## **Transcrições de entrevistas – Caso PC1**

**E:** Antes de mais, queria-lhe perguntar-lhe se neste momento está a tomar alguma medição e, se sim, que medicação está a tomar.

**PC1:** Não, não estou a tomar nada.

**E:** Ok, nesse caso podemos já avançar, e avanço para uma pergunta de carácter mais geral. Gostaria de saber como foi a terapia para si, como se sentiu.

**PC1:** Gostei, senti-me bem. Ajudou bastante.

**E:** Podia-me dizer um pouco mais, sobre como se sentiu?

**PC1:** Ao longo das sessões fomos tendo umas conversas, eu fui explicando várias situações da minha vida. E o doutor deu-me conselhos, tentou ajudar-me de várias formas, falando comigo, dizendo o que é que podia ou não fazer de melhor, para mudar alguma coisa... E isso tudo contribuiu para... Pronto, para um maior bem-estar.

**E:** Portanto, sentiu que a terapia contribuiu para o seu bem-estar através da influência do terapeuta.

**PC1:** Exacto, exacto.

**E:** E como é que tem passado, no geral?

**PC1:** É assim... Bem. Depois das consultas houve um percalço, mas acho que doutor ainda nem sabe, nem lhe contei. Mas de resto tenho estado bem.

**E:** Já terminou o seu processo há um tempo, não foi?

**PC1:** Foi, há quase dois meses.

**E:** Entretanto foram acontecendo mais coisas.

**PC1:** Exacto.

**E:** Queria perguntar também, se se pudesse descrever a si mesma, o que é que me diria?

**PC1:** No geral? Divertida, humilde... Simpática... Acho que é por aí.

**E:** E outras pessoas que a conhecem bem, como acha que a descreveriam?

**PC1:** Descrevem-me como uma pessoa lutadora. Todos dizem o mesmo.

**E:** É uma característica comum para a descreverem, é isso?

**PC1:** É, talvez seja isso, sim.

**E:** Porque acha que a descreveriam assim, como uma “lutadora”?

**PC1:** Porque conhecem-me desde pequena, e sabem que eu já passei por muitas coisas difíceis e que as consegui ultrapassar.

**E:** E se pudesse mudar alguma coisa acerca de si, o que é que mudaria?

**PC1:** Ah, não sei, acho que nada! A sério, tenho de me aceitar como sou, e a terapia ajudou nisso. Acho que não mudava nada.

**E:** Portanto, sente que está satisfeita consigo mesmo e que não gostaria de mudar nada?

**PC1:** Sim, acho que sim.

**E:** Nesse caso podemos avançar para a parte da terapia em si. Queria-lhe perguntar que mudanças, se as há, é que observou em si mesma desde o início da terapia? Pode, por exemplo, falar de formas de agir, sentir ou pensar diferentes – qualquer coisa que tenha visto como mudanças em si desde o início da terapia.

**PC1:** Tornei-me numa pessoa mais pensativa, na medida em que... pensar antes de agir. E mais calma. Acho que é basicamente isso, porque eu era assim um bocado stressada com algumas coisas, e o doutor ajudou-me também a ficar uma pessoa mais calma. Acho que foram essas as duas coisas principais.

**E:** E as pessoas à sua volta, chamaram-lhe a atenção para alguma mudança que possam ter notado?

**PC1:** Hm, não, acho que não.

**E:** Portanto, as duas principais mudanças que refere são o ter ficado mais pensativa, no pensar mais antes de agir, e sentir-me mais calma.

**PC1:** Sim.

**E:** Há mais alguma coisa? Talvez na sua relação para com os outros, para consigo mesma...

**PC1:** Essas duas coisas também interagiram um bocado com os outros, com a forma de estar com eles. Quando havia discussões familiares, a parte do pensar antes de agir também ajudou bastante. Acho que foi isso.

**E:** Há alguma coisa que tenha mudado para pior, desde o início da terapia?

**PC1:** Não.

**E:** Sente, de certa forma, que “foi sempre a subir”?

**PC1:** Sim, foi.

**E:** E o que é que gostaria que tivesse mudado e que não mudou, desde o início da terapia? Algum exemplo?

**PC1:** Eu acho que não. Eu e o doutor trabalhámos um pouco de tudo, e ajudou-me com os problemas que eu tinha mais presentes, e acho que ficou tudo bem.

**E:** Portanto, não há nada que lhe ocorra que gostaria que tivesse mudado e que não mudou?

**PC1:** Não, neste momento não estou a ver.

**E:** Queria pegar nestas duas mudanças que referiu e fazer-lhe algumas questões sobre elas. Quanto a esta primeira mudança especificamente, o estar mais pensativa, pensar antes de agir, queria-lhe perguntar pelo grau de expectativa ou surpresa. Isto é, vou-lhe pedir para me dizer, de 1 a 5, o quanto estava à espera que isto acontecesse, sendo o “1” que “contava muito com essa mudança” e o 5 que está “muito surpreendida com essa mudança”.

**PC1:** Eu poria um 3. Porque não sabia bem, não sabia o que estava à espera.

**E:** E ainda em relação a esta mudança, acho que esta teria acontecido, ou não, se não tivesse estado em terapia? Isto é, o “1” seria “muito improvável isto acontecer sem a terapia” e o “5” é “muito provável sem a terapia isto acontecer”.

**PC1:** Ah, era o 1, talvez.

**E:** Muito improvável.

**PC1:** Sim.

**E:** Ok, portanto atribui a mudança muito à terapia.

**PC1:** Sim.

**E:** Queria-lhe também perguntar que importância atribui a esta mudança. O “1” seria sem importância e o “5” seria “extremamente importante”.

**PC1:** É o 5.

**E:** Ok, “extremamente importante”. Ia-lhe perguntar agora as mesmas coisas relativo à segunda mudança que referiu, o estar “mais calma”. “Contava muito com esta mudança”, o “1”, ou está “muito surpreendida com essa mudança”, que é o “5”?

**PC1:** É o 3.

**E:** E se não tivesse tido a terapia, esta mudança seria (1) muito improvável, até (5) muito provável.

**PC1:** É um 2.

**E:** Portanto, acha que era algo improvável esta mudança ter acontecido sem a terapia.

**PC1:** Exacto.

**E:** E o quão importante era esta mudança para si, de 1 a 5?

**PC1:** Era 5, também.

**E:** Foram mudanças muito importantes para si.

**PC1:** Sim, porque fizeram muita diferença na minha vida.

**E:** E de um modo geral, na sua opinião, o que é que acha que esteve na origem destas mudanças?

**PC1:** Eu acho que... não sei explicar bem... à medida que eu ia tendo um problema, falava com o doutor. E ele ia-me dando conselhos, e eu punha esses conselhos em prática.

**E:** Ok. Sente que isso pode ter estado na origem destas mudanças que relatou?

**PC1:** Sim, foi, também.

**E:** Mais alguma coisa que pensa poder ter estado na origem destas mudanças?

**PC1:** Eu penso que foi basicamente isso. Eu tinha ali um apoio que me dava ali os conselhos, que me ajudava a ver as coisas de outra forma. Era uma relação importante. Penso que foi muito isso que me ajudou a mudar.

**E:** Ok. Queria-lhe também perguntar algo sobre os seus recursos pessoais. Que pontos fortes pessoais ajudaram a fazer uso da terapia para lidar com os seus problemas?

**PC1:** Acho que foi a coragem. Acho que foi principalmente isso. E a força de vontade, para mudar.

**E:** E na sua vida actual, por exemplo questões de emprego, família, etc, que factores ajudaram a fazer uso da terapia para lidar com os seus problemas?

**PC1:** Hm, não muito, não muito... Fui só mesmo eu, sozinha.

**E:** Sente que a mudança em terapia deveu-se mais aos seus recursos internos.

**PC1:** Sim, foi.

**E:** Então gostava de lhe colocar a questão ao contrário: há algum ponto pessoal, chamemos-lhe mais “fraco”, que terá tornado mais difícil o uso da terapia para lidar com os seus problemas?

**PC1:** Foi eu ter medo de várias reacções por parte dos outros, com a minha mudança.

**E:** Sente que isso poderia impedir um maior avanço na sua terapia?

**PC1:** Sim.

**E:** E da sua situação de vida, algum elemento externo como família, relações, trabalho, que sente ter tornado mais difícil para si o uso da terapia?

**PC1:** Foi, foi a família. Um bocado.

**E:** Podia-me falar um pouco sobre isso?

**PC1:** Porque era um pouco difícil, às vezes, conciliar as sessões com... Eu tinha de lá estar no hospital... Pronto, havia ali muitas complicações com a família.

**E:** Portanto havia uma dificuldade de conciliação de tempo mas também de natureza pessoal?

**PC1:** Sim. Sim, era tempo e... Havia pessoas que não concordavam, por exemplo.

**E:** Podia-me falar um bocadinho disso?

**PC1:** Que achavam que eu não precisava (da terapia).

**E:** E como é que sentiu isso?

**PC1:** Senti que precisava.

**E:** Ok. E sentiu isso como uma pressão, foi-lhe difícil...?

**PC1:** Ao início sim. Mas depois... Depois consegui conciliar as coisas.

**E:** Muito bem. Estamos aqui a chegar a uma fase final, queria-lhe pedir se me podia resumir o que acha que foi útil em relação à terapia, para si. E, se possível que indicasse exemplos.

**PC1:** Foi útil para mudar as minhas acções para com outras pessoas. Lembro-me, por exemplo, havia discussões – alterar a minha postura perante essas discussões. Não ser muito exaltativa ou muito... Pronto, ser mais calma. E pensar antes de falar. Foi aí que eu senti mais diferença.

**E:** Foi o que achou que foi mais útil.

**PC1:** Exactamente.

**E:** Houve algum evento especialmente significativo dentro de sessão, que se lembre?

**PC1:** Lembro-me do doutor ter dito para eu não ter medo de arriscar. E pronto, então isso esteve sempre na minha memória, ajudou-me. Eu a pensar nisso. E quando ia para agir, pensava nessa frase e ajudava-me.

**E:** Ok, trouxe isso consigo e ajudou-a.

**PC1:** Sim.

**E:** Há mais algum evento significativo, que se lembre?

**PC1:** Não me estou a lembrar de mais nada.

**E:** Muito bem. Relativamente à terapia, sentiu que houve alguma coisa que tenha sido um obstáculo, inútil ou até decepcionante? Pode dizer um aspecto geral, ou um aspecto específico do terapeuta...

**PC1:** Não, não. Não tenho nada a apontar.

**E:** E houve situações difíceis dentro de sessão mas, no final, boas e úteis para si?

**PC1:** Sim, acho que tudo valeu a pena, todas as sessões, mesmo as mais difíceis. Gostei muito.

**E:** E já agora, o que acha que faltou no seu acompanhamento?

**PC1:** O que faltou? Eu acho que não faltou nada. Acho que, se pudesse, teria continuado mais. Mas, pronto, não era uma decisão minha. Mas gostava de ter continuado.

**E:** Sentiu que teria beneficiado de mais tempo em terapia.

**PC1:** Sim, sim.

**E:** Queria-lhe também perguntar mais especificamente sobre o seu terapeuta. Podia-me dizer mais sobre como sentiu a vossa relação?

**PC1:** Foi boa, porque ele ouvia-me sempre, dava-me sempre bons conselhos, era simpático. Por isso acho que resultou bem.

**E:** Há alguma característica específica dele, pessoal ou profissional, que acha que contribuiu especialmente para o desfecho positivo da terapia?

**PC1:** Foi o conseguir falar comigo sobre tudo, sem problemas. Acho que foi isso. Conseguir abrir-se para mim, falar, deixar que eu falasse também.

**E:** Portanto demonstrar algum à vontade.

**PC1:** Sim.

**E:** E flexibilidade?

**PC1:** Também.

**E:** O vosso ritmo em sessão... Notou isso? Como é que isso foi vivido?

**PC1:** Eu falava sobre os meus problemas, sobre o que se tinha passado nessa semana. E depois o doutor falava também, a explicar se eu tinha feito alguma coisa má, se não, o que é que eu podia ter feito... Pronto, era assim uma troca de ideias.

**E:** Portanto, o terapeuta também tinha o à vontade de lhe dar, como disse, “conselho”, ideias específicas.

**PC1:** Sim, sim.

**E:** Portanto sentiu um contributo activo da parte do terapeuta.

**PC1:** Exactamente.

**E:** A última coisa que lhe queria perguntar tem que ver com aquelas medidas que preencheu no início e fim de cada sessão. De alguma forma, essas medidas foram discutidas em sessão, com o terapeuta?

**PC1:** Foram, foram. Na primeira sessão foram discutidas, e na última também.

**E:** O que é que discutiram?

**PC1:** Na última perguntámo-nos o que é que tinha mudado, e na primeira o porquê de eu me sentir daquela forma.

**E:** E ao longo do acompanhamento, tirando a primeira e última sessão, as medidas foram discutidas de alguma forma?

**PC1:** Foram, de vez em quando perguntava-me “olha, então como é que te sentes desde o início da sessão”. E... Pronto.

**E:** Sentiu alguma possível vantagem ou desvantagem quanto ao uso das medidas?

**PC1:** Desvantagem não. Vantagem, sim, talvez. Porque foi uma forma diferente de começar a sessão. Começámos a sessão a falar daquilo e depois foi um à vontade, não tive receio de falar.

**E:** Não sei se percebi bem: está-me a dizer que preencher as medidas no início da sessão pode ter ajudado a criar algum à vontade?

**PC1:** Sim! Porque se começava logo ali a falar, sem constrangimento...

**E:** Portanto, o acto de se focarem logo no problema ajudou?

**PC1:** Sim, eu acho que sim. Acho que as medidas serviam de guia, ajudavam a começar a falar de coisas importantes. E a definir coisas, pensar no que nos podíamos focar. Isso era importante.

**E:** Acha que teria sido mais difícil de falar de certas coisas se não fosse pelas medidas?

**PC1:** Acho que sim. Pelo menos da minha parte, teria menos iniciativa para o fazer.

**E:** De que modo é que sentiu que o terapeuta se tentou adaptar a esse feedback que ia dando?

**PC1:** Hm, não sei. Talvez ele me fosse perguntando coisas, ia vendo os apontamentos dele...

**E:** Houve alguma situação concreta em que se lembra de ter escrito algo nas medidas, e que depois tenha sido falado explicitamente?

**PC1:** Sim, nós preenchíamos todas as sessões um gráfico, e falávamos sobre isso. Se houvesse alguma mudança falávamos sobre isso.

**E:** Há alguma diferença na terapia que acha que poderia ter acontecido caso não tivesse preenchido estas medidas?

**PC1:** Não sei... acho que não.

**E:** Sente que não era particularmente importante para a sua sessão.

**PC1:** É assim, era, só que se não houvesse também falávamos na mesma. Acho que o doutor me perguntaria à mesma se tinha gostado da sessão. As medidas serviam mais de guia, e ajudavam para ver como ia evoluindo com o tempo. E ajudavam-me no sentido em que rapidamente começava a falar de coisas importantes.

**E:** Estamos mesmo no fim, queria-lhe só perguntar se gostava de acrescentar alguma coisa quanto ao seu processo e ao que falámos.

**PC1:** Foi um processo bom, ajudou-me bastante. A relação, os conselhos do doutor... E uma conclusão é que aconselharia a outras pessoas!

**E:** Obrigado.

**ANEXO III.2**  
**Transcrições de entrevistas**  
**Caso PT1**

## **Transcrições de entrevistas – Caso PT1**

**E:** Queria perguntar ao PT1, antes de mais, se nos poderia dar uma definição pessoal de psicoterapia.

**PT1:** Uma boa questão! Será que eu tenho uma definição pessoal de psicoterapia? Basicamente, para mim a psicoterapia é qualquer coisa como “estar com as pessoas”. E fazer algum trabalho que está, se calhar, muito longe de técnicas, ou de o que quer que seja. Não é, claramente, uma técnica, para mim. É sobretudo uma maneira de estar diferente com as pessoas, que tem uma mais valia que é um resultado – ou não, que às vezes se consegue ou não – de as conseguir fazer ultrapassar dificuldades que têm na vida. Ser psicoterapeuta é estar de um modo diferente do que os outros todos estão no dia-a-dia. E que pode ter esse efeito positivo, independentemente dos modelos ou do que quer que seja.

**E:** Isso é útil porque faz ponte com outra coisa que lhe queria perguntar, que é o que é que acha mais relevante numa psicoterapia. Deu aí uma luz ao referir mais a qualidade do “estar” que as técnicas.

**PT1:** Sim. Tudo tem o seu lugar, acho que. Não podemos ser indiferentes às técnicas, e usamo-las. Mas, sobretudo, diria que... Poderia voltar a dizer a pergunta?

**E:** Vou-lhe perguntar de outra forma: que ingredientes acha que são mais valiosos para o sucesso de uma psicoterapia?

**PT1:** Ah, sim. Eu penso que isso é fácil de responder: é a relação que se consegue criar com as pessoas com quem estamos a trabalhar. É o ingrediente mais valioso, porque se ele não existir, se não conseguirmos criar uma boa relação com as pessoas, não há psicoterapia. É a relação. O resto, pode estar melhor ou pior... Para mim, é uma resposta directa, telegráfica. Mas é assim, pela minha experiência.

**E:** Então e para si o que seria um ideal de psicoterapeuta? O que é que faz um bom psicoterapeuta?

**PT1:** Aí, se calhar, não sei se vou ser muito desconcertante ou não, mas sobretudo, acho eu, é a capacidade de nos mantermos abertos a uma auto-avaliação, uma auto-crítica constante. Auto-análise. Porque é um trabalho que nunca é acabado. O que é bastante exigente, porque nos obriga a constantemente estarmos a questionar-nos sobre nós próprios. Acho que é sobretudo esse aspecto que faz a diferença.

**E:** Portanto, essa característica de auto-monitorização, de auto-análise.

**PT1:** Exacto, eu acho isso fundamental.

**E:** Que outras componentes acha que podem definir um bom psicoterapeuta?

**PT1:** Bom, depois voltamos um bocadinho à questão da relação, que é a ancoragem. Porque é impossível estar com todas as pessoas da mesma maneira e, portanto, a questão da abertura, de nos adaptarmos, de ter uma boa auto-análise, para mim tudo anda à volta desses pontos, que são os fundamentais. As outras coisas são importantes mas, para mim, não têm a mesma relevância.

**E:** Portanto, a importância de ter uma boa capacidade de auto-análise de modo a conseguir estabelecer uma boa relação.

**PT1:** Exacto. São as duas componentes. Depois o resto é um bocado acessório.

**E:** Gostava agora de perguntar sobre o PT1, especificamente. Quais é que acha que são as características que o definem dentro de sessão? O que é que sobressai quando pensa em si como terapeuta?

**PT1:** Não é propriamente um raciocínio ou uma análise minha, mas teve uma certa ressonância: tenho alguns colegas de curso, de terapeutas que já o são há muitos anos, e um dos comentários que me têm feito é sobre a minha disponibilidade para conseguir estar efectivamente lá com as pessoas. E eu, de facto, reconheço que é mesmo assim. Digamos que é algo que me define, mais do que o resto. E, depois, gosto muito do modelo. De facto, esta abordagem, a fenomenológico-existencial, é qualquer coisa que me dá um suporte que, se estivesse em qualquer outro modelo, não conseguiria ser terapeuta.

**E:** De que modo é que acha que esse modelo influencia a sua postura em terapia?

**PT1:** Tive essencialmente um professor em Coimbra, muito ancorado na perspectiva fenomenológica, que foi muito marcante na minha maneira de estar em psicologia. Não me consigo rever nas abordagens dinâmicas, comportamentais, sistémicas... E tenho alguma dificuldade em ver outras pessoas destas outras áreas (*risos*). Aliás, eu não teria ido para a área clínica se não fosse por este modelo. Há esta ênfase na relação.

**E:** Houve um bom “match”.

**PT1:** Houve, sem dúvida, esse “match”.

**E:** E quais são os principais desafios que sente no contexto profissional? Já falei da necessidade de auto-monitorização. Que outras dificuldades associa à sua actividade?

**PT1:** Eu acho que vivo... Acho que todos os terapeutas vivem um bocado isto... Que é às vezes querer ir um bocado mais depressa que o cliente. A pessoa está ali, conseguimos de alguma forma clarificar para onde é que vamos, e às vezes queremos ir um bocadinho mais depressa do que o que devemos. E as coisas correm sempre mal! E essa capacidade

de abrandar é importante. Depois há uma coisa que é conseguir fazer a leitura dos casos, adoptar a intervenção mais adequada, a utilização de determinadas técnicas... mas são coisas que não me preocupam muito, tenho noção que sou novato nestas coisas. Vou aprendendo. Mas é sobretudo esse aspecto de conseguir ir ao ritmo do outro, de não apressar as coisas.

**E:** O R. teve ou tem algum contacto com supervisão ou intervisão, e se sim de que maneira o tem influenciado? O que tem sido mais significativo?

**PT1:** Sim, até ao final do ano tenho incluído supervisão de casos, na formação que estou a fazer. A questão da supervisão é uma questão muito interessante, porque cada terapeuta tem o seu estilo, os seus pontos fortes e fracos. Já tive a oportunidade de ter diferentes supervisores, com diferentes estilos e influências, e digamos que a sensação que eu sempre tenho é que há sempre um valor acrescentado que a gente tira da supervisão – independentemente da pessoa ser mais para o lado teórico ou prático, ou se se foca mais no próprio terapeuta... No fundo, o que está em causa é isso. Não se trata só da interpretação dos casos, talvez 90% é mais como é que nós, terapeutas, estamos. A supervisão será sempre uma mais valia, e é uma mais valia ter a experiência de trabalhar com diferentes supervisores. A diversidade é um valor acrescentado.

**E:** O R. mencionou a importância do foco no próprio terapeuta, em supervisão.

**PT1:** Sim, retira-se muito mais quando se põem as coisas nessa perspectiva. E é, sem dúvida, mais um apoio no sentido da auto-monitorização.

**E:** Ao longo da sua experiência como psicoterapeuta, quais foram as principais mudanças que notou em si, desde que começou a sua actividade de psicoterapia? Em sessão, digo.

**PT1:** Acho que são duas coisas que estão interligadas, que é o facto de, à medida que se vai ganhando calo, está-se mais à vontade... à medida que se consegue fazer uma leitura do caso, está-se mais à vontade... e a grande diferença é depois, de certa forma, fazer as coisas com mais naturalidade, não estar tão preocupado a pensar “deixa cá ver que tinha de intervenção vou fazer agora”. As coisas surgem com mais naturalidade, e há uma maior capacidade de aproveitar aquele tempo.

**E:** Podia-me dar um exemplo sobre como era o R. em sessão, em início de carreira, contrastando com agora?

**PT1:** Estou-me a lembrar de um dos primeiros clientes que tive, e estou-me a lembrar da sensação de estar um bocado perdido, não saber bem o que estava a fazer. E, comparado com hoje, o nível de descontração é completamente diferente. Acho que é diferença é fundamental.

**E:** E o que é que acha que contribuiu mais para essa descontração que foi ganhando?

**PT1:** É um pouco o sentir mais confiança. É quase como conduzir um carro: quando a gente começa a ter as primeiras lições, aquilo faz tudo uma confusão... Depois já se faz sem pensar. Vai-se estando com maior naturalidade na própria sessão.

**E:** Voltando um pouco às questões gerais da psicoterapia, gostava de lhe perguntar sobre a mudança em terapia – de onde acha que ela vem, ou de quem. Acredita no papel activo do terapeuta, ou se a maior parte da mudança parte do próprio cliente...

**PT1:** É uma questão interessante. Eu diria que quem consegue a mudança são as pessoas. Não é um programa de computador, onde se metem parâmetros... E sobretudo, acho que a gente consegue marcar a diferença quando tocamos no ponto certo na hora certa. E depois a pessoa faz o trabalho. O terapeuta só abre portas. Às vezes fazemos intervenções que, na altura, nem damos grande importância, e uma ou duas sessões depois a pessoa diz-nos “você abriu ali qualquer coisa, deixou-me a pensar naquilo”. Mas quem faz o trabalho são as pessoas, nós estamos lá para abrir a janela. Vamos semeando alguma coisa.

**E:** Passando um pouco para a sua cliente, PT1, queria-lhe perguntar antes de mais, na sua visão, qual era o principal pedido, o motivo de vinda desta cliente, a PC1.

**PT1:** A relação que ela tinha com alguns familiares era, de facto, uma situação muito complicada. Vivia com o pai, o pai faleceu... O motivo da consulta dela era como é que ela havia de lidar com aquele sistema familiar muito complicado. Sentia-me muito maltratada. Com agressividade, por vezes ao ponto de chegar perto da agressão física. E, portanto, isso era o grande problema dela. E o grande problema dela era o de estar encalhada ali no projecto de vida. É uma miúda muito nova, com 18 anos e, portanto, é uma questão mais profundo, com antecedentes familiares muito complicados. Algumas situações de vida complicadas – a mãe, imigrada, não queria saber dela... O grande problema dela tinha que ver com o querer definir um caminho para a vida dela. Outra pessoa com ideias mais claras já teria, provavelmente saído daquela casa, e tinha-se posto à vida e borrifado naquela gente toda.

**E:** E esse foi o foco principal ao longo do acompanhamento com a PC1?

**PT1:** Sim, foi esse o foco principal. Eu acho que, nestes modelos curtos de intervenção... Eu já tinha tido bons resultados com outros clientes em 12 sessões, por isso já acreditava que era possível beneficiar destas terapias a curto prazo. Agora, é preciso usar muito bem as primeiras sessões. E no caso da PC1, não consegui fazer isso.

**E:** Fale-me sobre isso.

**PT1:** Encolhi-me ali um bocado, em relação à PC1. Estava a usar o sistema de feedback pela primeira vez, e aquilo era uma coisa que me estava a assustar imenso. E fiquei ali

um bocado encajado, enrolado, com o problema da PC1. Depressiva, por assim dizer. E faltou-me um bocado a coragem. Tem de ser logo, nas primeiras sessões.

**E:** O que quer dizer com “tem de ser logo”?

**PT1:** Digamos que tem de se tocar ali em dois ou três pontos, na primeira, segunda sessão, para deixar ali qualquer coisa. Não é só estar ali a passar a mão, perceber... É preciso fazer qualquer coisa logo nas primeiras sessões. Em termos de intervenção, mais desafios. Não quer dizer que seja uma coisa muito confrontativa, nem pode ser, porque senão estamos sujeitos a ter ali logo uma desistência. Mas é preciso agarrar na problemática, deixando ali um desafio. Eu tenho essa sensação, que é preciso fazer isso. No caso da PC1, vá-se lá saber (*risos*). Tanto que, no caso que tive depois da PC1, fiquei com esta sensação e arrisquei no sentido de ser um pouco mais desafiante na primeira sessão, e senti que resultou mesmo. Com pessoas diferentes, de forma diferente, isto parece ser importante num modelo de intervenção curta. Deixar ali qualquer coisa que depois abre...

**E:** Esteve 14 sessões com a PC1.

**PT1:** 14 sessões, exacto.

**E:** Como é que sentiu esta restrição temporal?

**PT1:** É assim, eu acho que a PC1 beneficiou de algumas coisas da psicoterapia. Agora, nós ficámos muito – e aí, também por responsabilidade minha – por um tipo de conversa muito à superfície. Ficámos a falar das coisas sem falar muito da PC1, falar dos acontecimentos e não tanto sobre como a PC1 estava perante estas situações. Isto foi um trabalho que não consegui fazer tão bem. Ela faz algumas mudanças, ao fim de poucas sessões, e houve uma altura no processo em que pensei “isto agora vai engrenar e ela vai começar a ir para a frente”, mas depois caiu tudo. Depois nunca mais se endireitou até ao fim.

**E:** Houve situação na vossa relação, especificamente, em que sentiu um quebra na aliança?

**PT1:** Eu penso que não... Não sei... Eu acredito sempre que a terapia acaba por ter resultados quando a gente consegue estabelecer relações mais empáticas, etc. Acho que o nível de relação com a PC1 não foi suficientemente profundo. Acho que aquelas minhas inseguranças não ajudaram.

**E:** Portanto, não foi tanto uma quebra, mas o não ter chegado ao ponto que queria.

**PT1:** Exacto. Eu diria que não houve propriamente uma quebra.

**E:** Queria-lhe perguntar também sobre os sistemas de feedback. Antes de mais, o que é que pensa sobre estes? Qual é a sua sensação geral para com eles, o ORS e o SRS?

**PT1:** A medida, por si só, eu acho que é interessante, quer um indicador, quer o outro. Digo isto porque depois decidi fazer uma experiência com um outro cliente meu, e eu acho que, por incrível que pareça, a fidelidade da medida em relação às dimensões que pretende fazer reflectir... Acho que tem um resultado bastante fiável. O SRS acho que é muito interessante. Eu diria que o SRS é muito útil naquele sentido em que, se nós pudermos usar bem o SRS, até percebendo que a pessoa nos está a colocar lá como o “melhor terapeuta do mundo”, é muito, muito bom. Porque, por exemplo, há uma sessão que nos corre mal e em que a pessoa nos avalia por cima daquilo que nos tem vindo a avaliar – podemos falar sobre isso, e às vezes surgem coisas interessantes. No sentido de que, “ok, afinal eu estava convencido que as minhas melhores sessões eram aquelas em que dava alguma directividade” e, depois, a pessoa dá-nos uma indicação exactamente ao contrário. É um feedback interessante. Esse tipo de feedbacks podemos retirar a partir de uma oscilação na medida, ou quando surge uma sessão muito diferente. Só o facto de podermos pôr estas questões ali, em cima da mesa, e falar sobre elas, e partilhar, dá resultados excelentes.

**E:** A medida ajuda a abrir conversa.

**PT1:** Ajuda a abrir. É mais do que, “então como foi a sessão?” “foi boa”. Em relação ao SRS, portanto, acho que é bastante interessante e pode ser bastante útil. Em relação ao ORS, podemos utilizá-la e também é bastante fidedigna, e dá-nos uma boa leitura de como é que a pessoa está a evoluir. Eu acho que tem ali um potencial que ainda não sei explorar muito bem, mas tem sido interessante.

**E:** Como é que se sentiu a aplicar as medidas? Alguma dificuldade em especial?

**PT1:** No princípio aquilo era terrível! Sobretudo, aquilo tem lá aqueles “pontos de corte”. Passamos o ORS no princípio, aquilo fica lá para baixo, no “vermelho”...

**E:** Cria logo um impacto emocional.

**PT1:** Exacto. Mas depois o SRS é pior, porque somos nós mesmos que estamos ali a ser avaliados. E a pessoa vai-nos pôr onde, em cima ou em baixo? Entretanto, já lemos uma série de artigos antes sobre aquilo, já estamos todos enviesados! “Ah, se aquilo tiver menos de 35 pontos, risco de dropout”... E, portanto, as primeiras duas ou três vezes que se passa, aquilo mexia comigo. E depois aquela sensação da pressão: “ok, isto tem de dar resultados excelentes, aqui o ORS tem de subir”. Fazia uma certa pressão, no princípio. À medida que o tempo foi passando, a pressão foi diminuindo.

**E:** O ORS pode criar essa pressão de que as coisas “deviam estar melhores”.

**PT1:** É, e nestes processos curtos, sabemos que estamos com pessoas que querem resultados, e ali uma certa pressão, tanto para o terapeuta como para a paciente.

**E:** No caso da PC1, como é que a sentiu?

**PT1:** Pois, vamos lá ver... Quando nos aparece um paciente que já fez terapia, há uns anos, independentemente dos resultados, a gente já sabe que esta pessoa já sabe mais ou menos para o que vai. Essa situação é segurizante, há uma certa garantia quanto à expectativa da pessoa. E eu acho que a PC1 não sabia muito bem ao que é que vinha. Eu, se calhar, descurei isso, devia ter trabalhado nisso logo no princípio...

**E:** Perguntava-lhe também como é que acha que ela sentiu esta questão das medidas.

**PT1:** A questão das medidas... é uma boa questão, porque eu acho que sempre tive muitos bons resultados de SRS com ela. E acho que, em relação ao ORS, aquilo serviu como uma forma de manifestar a zanga que ela tinha em relação à sua situação. Metia para baixo. Manifestava a zanga em relação à família e em relação àquilo que estava a sentir.

**E:** Quais acha que foram os eventos mais significativos no acompanhamento da PC1?

**PT1:** Um dos momentos mais significativos foi uma sessão em que ela chega toda feliz – tinha arranjado trabalho, disse à família umas coisas que antes não conseguia... Em vez de ficar amuada ou a chorar num canto, ou ir desabafar para o namorado... E eu pensei “isto virou”. E depois, na sessão seguinte, caiu. E aí, foi talvez... Foi, para mim, significativa, essa queda. Foi qualquer coisa com o qual não lidei bem.

**E:** Com a queda?

**PT1:** Com a queda a pique. Eu lembro-me de estar em supervisão antes dessa sessão, a dizer “isto virou”! E tinha razão, virou... mas depois... (*risos*)

**E:** Houve alguma situação, algum exemplo, em que a PC1 escreveu algo nas medidas de feedback que tenha chamado a atenção do PT1, e que tenha servido para um diálogo em sessão?

**PT1:** Agora de repente não me recorde, mas nós fomos sempre comentando as medidas, as diferenças ao longo do tempo. Eu acho que o ORS é uma faca de dois gumes. Se eu percebi bem as instruções, a primeira coisa que a pessoa faz na sessão é preencher o ORS. E tenho dúvidas que essa seja a melhor forma. Pode-se tornar, eventualmente, castrador. A pessoa vem com qualquer coisa para dizer, que aconteceu durante a semana, e de repente está ali a falar sobre o indicador.

**E:** Explique-me isso um pouco melhor, por favor.

**PT1:** Acho que aquilo não devia ser passado “a quente”, quando a pessoa acaba de chegar à sessão. Acho que é importante dar espaço às pessoas no início da sessão. É a minha sensação.

**E:** Preferiria ter passado as duas medidas no final da sessão?

**PT1:** Quer dizer, acho que não faz sentido passar o ORS no final da sessão... Diria para passar o instrumento um pouco mais à frente, depois da pessoa falar, para não cortar a espontaneidade da pessoa, porque acho que corta. Isto pode ter que ver com a nossa cultura, porque os instrumentos são americanos, e pode também ter que ver comigo como terapeuta.

**E:** Vê-se a utilizar estas medidas no futuro?

**PT1:** O ORS não me parece, não me parece que seja uma coisa tão fundamental. O SRS sim, porque tem o efeito contrário do ORS. A sensação que eu tenho é que aquilo fecha um bocado. O facto da pessoa ter de parar e pensar um bocadinho naquelas dimensões é uma forma de abrir coisas que surgem. Podemos notar que “parece que aqui, em relação às técnicas e métodos, há uma diferença em relação à semana passada, vamos falar sobre isto...”.

**E:** Portanto, via-se mais interessado em continuar a utilizar o SRS?

**PT1:** O SRS acho que é uma boa forma de termos esse apoio suplementar, sim. E talvez estas medidas façam mais sentido no contexto destas intervenções mais breves.

**E:** Olhando aqui para o ORS e SRS da PC1, vejo aqui o tal “pico” na 6ª sessão, que é a única altura em que o ORS está “verde”. Já falámos depois da descida abrupta que acontece nas sessões seguintes. Fico também curioso quanto ao SRS, que está sempre muito lá em cima. Curiosamente, o valor mais alto de ORS coincide com a sessão com valor mais baixo de SRS.

**PT1:** Curiosamente! Que é muito engraçado. Lembro-me de termos comentado isso em supervisão. Foi uma sessão que me correu francamente mal. Embora eu ache que a quebra abrupta que há depois não é consequência dessa sessão. Mas foi uma sessão que me correu muito, muito mal.

**E:** E apesar disso, o SRS está sempre muito em cima. Isto foi de alguma forma comentado, deu-lhe algum tipo de informação sobre a PC1?...

**PT1:** Faz algum sentido ela pôr a medida lá em cima. Eu penso que era uma das muito poucas pessoas com quem ela podia falar sobre o que se estava a passar na vida dela. Não tinha muitos amigos – aliás, os amigos trataram-na um bocado mal, sentia-se um bocado

isolada – e só o facto de poder chegar ali e descarregar o que se passava era muito importante para ela. E acho que, basicamente, o facto do SRS estar sempre muito em cima teve que ver com isso. E também não tinha uma capacidade crítica muito grande – não seria fácil para ela tecer-me alguma crítica.

**E:** É curioso porque, geralmente, fazemos uma associação entre a qualidade da relação e os resultados em terapia. Mas estes resultados entre as medidas parecem meter isso em causa.

**PT1:** Infelizmente não tive hipótese para discutir isso em supervisão. De facto, até seria interessante ter tido a possibilidade de levar este caso a supervisão e discutir algumas coisas que me escaparam.

**E:** R., quer acrescentar algo ao que dissemos, ou concluir de alguma forma?

**PT1:** Estava aqui a pensar numa outra questão que achava que ia tocar, que é a questão de esta intervenção, as 14 sessões, serem manualizadas. Como há um modelo de intervenção estabelecido, e cada sessão tem um conjunto de tarefas propostas. Para mim isso faz-me sentido, nunca segui *ipsis verbis*, é um “guideline”. Tive alguma dificuldade em seguir, mas há ali 3 ou 4 pontos estruturais que são aplicáveis a qualquer processo psicoterapêutico mais curto. É preciso bastante flexibilidade. A maior parte das vezes fiz, se calhar, 20% do proposto.

**E:** Sentiu-se auto-consciente quanto a isso, sentiu essa pressão?

**PT1:** Não, não senti essa pressão. Até porque algumas daquelas coisas já fazemos em sessão de forma espontânea, face à escola que temos.

**E:** Obrigado, PT1, é tudo.

**PT1:** Todo o prazer.

**ANEXO III.3**  
**Transcrições de entrevistas**  
**Caso PC2**

## Transcrições de entrevistas – Caso PC2

**E:** Actualmente, que medicação toma?

**PC2:** (*ri-se*) Isto é uma farmácia. Só que há muitos que eu já eliminei. Porque tudo o que tenha que ver com medicação que afecta o foro psicológico, eu deixei de tomar. Como o “diazepam 10”, que é muito forte. Entretanto receitaram-me o genérico de 5 miligramas. Neste momento só faço o “voltaren”, pomada, e tomo um medicamento para à noite relaxar um bocadinho mais.

**E:** Ok. Para começar a entrevistar propriamente dita, gostava de começar por lhe perguntar, no geral, como foi a terapia para si? Como é que se sentiu?

**PC2:** Eu fiz com a PT2 14 ou 15 sessões, uma vez por semana. E foi positivo, ajudou. Aliás, e eu dei esse feedback à PT2, foi bom no sentido em que me fazia sair de casa. E só o facto de uma pessoa me estar a ouvir, de alguém ouvir o meu problema, já foi muito positivo.

**E:** E podia-me dizer como é que tem passado, no geral?

**PC2:** Consigo andar, mas não posso estar muito tempo em pé nem sentado. Esta perna esquerda adormece... Há muita coisa por melhorar. E em termos psicológicas, as pessoas não imaginam o impacto que isto tem. Eu passei 22 meses nesta casa, fechado. Eu até já disse à seguradora que só não tive direito foi à pulseira electrónica! As pessoas não imaginam. Não é só a solidão, é a sensação de nós querermos fazer coisas e todas as pessoas nos fecharem a porta. Aí é que é doloroso. Eu estive 22 meses na segurança social, porque a companhia de seguros não assumiu, e a segurança social também me disse “não lhe podemos tocar. Com um processo no tribunal ninguém daqui o pode tratar”. Estava bloqueado entre burocracias, foi muito complexo. Em termos psicológicos é preciso saber gerir isto... E eu, aliás, não bloqueei totalmente. Porque se tivesse!... Pronto, consigo ter algum auto-domínio para não me deixar afundar.

O psiquiatra da companhia de seguros diz-me “eu acho que você está bom, mas tome lá esta medicação para dormir”. E eu digo-lhe que não dá, porque quando estou muito tempo deitado, depois já não me consigo levantar.

**E:** Como é que tem dormido?

**PC2:** Varia muito. O meu descanso é muito relativo: durmo duas horas, depois acordo, ando pela casa, volto a dormir uma hora...

**E:** Não costuma ter um sono contínuo.

**PC2:** Não, nunca.

**E:** Devido às dores?

**PC2:** Dores, as dores são muitas. Isto é dor crónica. A medicação que me deram sempre era para a dor crónica, mas o meu organismo reage mal tanto à dor crónica como à medicação. Porque tenho efeitos secundário. Eu já disse aos médicos, que tudo o que me altere do foro psicológico, o meu organismo reage mal. Crio uma reacção epilética à medicação e fico inconsciente. Sou muito sensível a isso, já fui parar ao hospital inconsciente duas vezes à pala da medicação que me deram. Eu vou também ao hospital de Vila Franca, para ter uma opinião secundária daquilo que me dão. É uma situação complicada.

**E:** Pois, já percebi que tem muitas limitações físicas que lhe dificultam bastante o dia-a-dia... E portanto, desde que terminou o processo com a PT2... podia-me dizer como é que se sente? Como é que se diagnosticaria agora, psicologicamente?

**PC2:** Sinto-me estável. Não melhor, mas estável. Porque... Também já tinha referido à PT2 que sinto muitos bloqueios. Bloqueios do estilo, às vezes quero falar e não consigo ir buscar as coisas, não consigo processar. Penso que isto tem que ver com ter passado muito tempo isolado. Então o meu organismo criou uma defesa qualquer, e tenho dificuldade às vezes em falar. Já me aconteceu muitas vezes, ui! Ou, às vezes, coisas mais simples: quero-me lembrar de uma coisa e não me consigo lembrar de nada.

**E:** Portanto, não é só no falar. É também pessoal, de si para si.

**PC2:** Sim, sim. E com esta medicação que me deram, à base dos opiáceos, ainda fico pior. O meu cérebro parece que não está ali. Por isso escrevo muitas notas, para não me esquecer das coisas, senão esqueço-me.

**E:** Portanto, o exercício que tem de fazer não é só muscular – é preciso também ginástica mental.

**PC2:** Sim, sim. Estou em casa, tenho de fazer alguma coisa.

**E:** Estava interessado em perguntar-lhe um pouco mais sobre si. Por exemplo, como se descreveria a si mesmo?

**PC2:** Eu comecei a trabalhar com 14 anos. A minha vida nunca foi fácil. Hoje sou o sou por causa de muito, muito sacrifício pessoal. Muitas pessoas, por menos, já teriam desistido. Às vezes digo aos médicos: “olhe, vou fechá-lo, aqui nesta sala, durante um ano. Só um ano. Como é que acha que, ao final de um ano, está? Então e ao final de 2 anos e com um problema de saúde?”. É uma situação muito complicada, mas eu também tenho aguentado, tenho a disciplina para não ir abaixo. Mas que é difícil, é.

**E:** E de que forma é que o descreveriam outras pessoas que o conhecem bem?

**PC2:** Hoje em dia, como uma pessoa muito parada. Eu era uma pessoa muito dinâmica. No trabalho, trabalhava a 200%, a um ritmo alucinante. Antes do acidente, trabalhava uma média de 14 horas por dia. E tinha as minhas actividades: fazia bodyboard, gostava de fazer BTT, caminhadas na natureza, pesca desportiva no alto mar... E agora, parou tudo. Quero fazer coisas, e não consigo. Eu tenho força de vontade, e gostava de fazer, mas não consigo. E isto, às vezes, cria-me aqui algum conflicto.

**E:** Claro... Viu-se bloqueado de muitas actividades que o definiam.

**PC2:** Fiquei impossibilitado de fazer as coisas que mais gostava. E, para quem me conhecia, por comparação, neste momento acham-me muito parado. Embora faça as coisas, e consiga ter algum discernimento, não é a mesma coisa.

**E:** E se pudesse mudar alguma coisa acerca de si mesmo, o que é que mudaria?

**PC2:** É assim, vamos a ver... O meu episódio de estar de baixa foi muito mal conduzido pela companhia de seguros. Se tivesse sido operado logo ao início, a minha recuperação teria sido completamente diferente. Para já, teria a musculatura todo integra. Com aqueles meses todos em casa, atrofiei os músculos todos. Daí a minha recuperação muito lenta. E, em termos psicológicos, criou-me aqui muita confusão. Eu já passei 4 verões sem ter férias, sem descanso. Ou estou descanso ou trabalho. Eu hoje em dia passo a minha vida nos hospitais, ou na companhia de seguros, ou em avaliações. E a minha vida não passa disto.

**E:** Voltando ao tema da sua psicoterapia... Que mudanças observou em si mesmo, desde o início da terapia?

**PC2:** Senti-me mais organizado, com a terapia. Sentia-me mais desorganizado, antes de ir lá. Baralhado, sem ter muita noção de o que fazer. Neste momento, estou um bocadinho mais organizado nas coisas, já tenho outra forma de ver as coisas. Hoje aprendi a respeitar a minha condição física, tal como ela é, e dantes não conseguia. Já estou a aceitar um bocadinho melhor as coisas que hoje em dia não consigo fazer. Há outras coisas que não aceito. Eu não aceito que pessoas que sabem que tenho um problema grave não me oiçam. Eu já falei isto várias vezes: se me doer a cabeça, as pessoas não acreditam que me dói a cabeça. Tenho de apresentar um papel, como comprovativo de que me dói a cabeça. Se eu não apresentar, a pessoa não acredita. As companhias de seguro são isto. O médico devia avaliar e ver o que era necessário fazer, tomar medidas. Neste momento, não fazem isso: eles adiam o problema. Eu neste momento, não consigo trabalhar. E agora? Tenho 46 anos, deixo de fazer tudo na vida? Isso para mim é muito mau. O facto de não ter uma vida normal, como todas as pessoas, de não poder organizar férias ou o convívio com amigos... Eu não consigo estar muito tempo com pessoas! Das duas, uma: ou estou com um grupo de amigos que sabem perfeitamente da minha condição, e tenho de ir estando

sentado, de pé, andar, descansar... E aceitam um bocado isto. Mas a maior parte das pessoas não, eu não posso ir jantar fora e estar ali muito tempo a conviver com os amigos.

**E:** A PT2 referiu-me também que, nesta fase, o barulho também o incomoda.

**PC2:** Imenso. Eu hoje, para ir às compras, tenho de ir muito cedo, porque espaços com muitas pessoas, muito barulho, faz-me muita confusão. Não consigo ir a centros comerciais, é demasiado denso, muito barulho também.

**E:** E atribui essa sensibilidade ao quê?

**PC2:** Aos meses inteiros no silêncio, aqui em casa. Antes abstraía-me do barulho, agora não.

**E:** Referia-me à pouco, portanto, que com a terapia foi possível organizar-se um pouco, e aceitar melhor a sua condição física. Há mais alguma mudança que se lembre de referir, pode ser na sua forma de sentir, pensar ou comportar, derivado do tempo que esteve em acompanhamento psicológico?

**PC2:** Assim que me lembro agora, não.

**E:** Então e o que é que acha que esteve na origem dessa mudança durante a terapia, desse progressivo aceitar físico?

**PC2:** Foi principalmente alguém compreender aquilo que eu estou a dizer. Ao dar vários exemplos da coisa, a pessoa ouvir e compreender. Depois há as outras pessoas, que ou não ouvem ou não querem compreender.

**E:** Portanto, acha que PT2, nesse sentido, conseguiu também ajudá-lo ao ouvi-lo e ao compreender...

**PC2:** Sim, claro. Isto é como qualquer pessoa: às vezes, quando temos alguém que nos oiça, é muito mais importante do que falarem. Ouvir. E a pessoa sentir-se escutada, é muito importante. As pessoas, hoje em dia, não ouvem os outros. Se alguém não está a ouvir o outro, mais vale dizer “não estou”.

**E:** Foi o que sentiu com a questão da seguradora, que não era ouvido.

**PC2:** As seguradoras estão para ganhar dinheiro e não para perder dinheiro. Eu já disse a médicos que muita gente pode andar lá e não ter nada. Mas há pessoas com problemas graves. E eu tenho problemas. E há avaliações que não apanham tudo. Não tenho nenhum papel a falar do impacto psicológico que isto teve em mim. Já fui parar duas vezes ao hospital inconsciente, derivado da medicação que o médico da companhia de seguros me deu. E esse médico ainda me perguntou, da última vez, se estaria disposto a tomar uma

dose menor do mesmo medicamento. Portanto, veja até que ponto é que eles me querem anestésiar. Eu disse-lhes que já não estou disposto a mais nada disso. Isto é fácil: a companhia de seguros quer-me aguentar mais 10 anos a trabalhar. Está a ver se me consegue manter a trabalhar. Isto já me foi dito. E eu disse: não, eu da forma como estou, não estou apto a trabalhar, não é possível. E a lógica deles é anestésiar-me até eu conseguir trabalhar. Só que esquecem-se de outro problema: é que eu assim, medicado, também não consigo trabalhar. E eles aqui vêm um problema. Eu tornei-me num custo, e isso é um problema. Tantas vezes que correram comigo de lá, a dizer que tinha era de ser tratado na segurança social. E eu sabia que a segurança social também não ia assumir nada. Eu deixei de andar. E perguntava-me, então mas viro-me para que lado? Ninguém está ali, para me tratar! Eu todos os dias pensava, como é que eu faço para me ouvirem! Eu não dormia a pensar nisto. As dores não me deixavam dormir, e todos os dias eram uma luta para me ouvirem. Consegui ir a tribunal e ganhar – e agora, sinto-me realizado? Não, sinto-me frustrado. Porque, durante tanto tempo, foi e é lutar para alguém me ouvir.

**E:** E essa zanga, como é que foi evoluindo? Por exemplo...

**PC2:** A minha zanga agora ainda é pior! Então, puseram-me duas vezes inconsciente no hospital, eu tou pior!... E dizem-me para eu tomar mais medicação para ir trabalhar? Tem de haver um respeito pelo ser humano, que não há! É um interesse económico. Se olhassem para mim e para a minha condição física, podiam pensar “vamos aliviar a dor desta pessoa, não para a pôr a trabalhar mas para ter o mínimo de qualidade de vida”. O mínimo! A pessoa que me operou disse-me: “não tome mais medicação. Assim que passa o efeito, você sente-se pior. Tem que respeitar a dor que tem. Quando dói muito, não faz nada, descansa”. Ele disse-me logo, “aprenda a respeitar o seu corpo”.

**E:** E que ressonância é que isso teve em si?

**PC2:** Isto é importante! Eu não posso desvalorizar uma coisa que está permanente, que está aqui! Eu tenho de fazer tudo consoante a minha dor me deixa. E estou melhor a aceitar isso. Tudo o que é para além de um certo limite, prejudica-me em termos físicos e psicológicos. Eu tenho a minha cabeça muito cansada. Eu não tenho um tratamento adequado. Os relatórios que me foram facultados pela fisiatra diziam que devia fazer mais hidroginástica. Mas a seguradora cancelou-me isso, não fiz até ao fim. E como não levei a série até ao fim, como é que me podem ter feito uma avaliação correcta? A medicação não cura. A medicação anestésia. E eu, anestésiado, só fico pior. Eu quero um tratamento decente, uma avaliação decente. Mas os médicos não me olham como um ser humano, olham para o aspecto económico.

**E:** PC2, não o quero interromper, mas gostava de organizar um pouco a nossa conversa, para tirar algumas informações importantes.

**PC2:** Força.

**E:** Ainda quanto ao tempo que estive com a PT2, queria-lhe perguntar por características da mesma que sente que contribuíram para os resultados positivos da terapia.

**PC2:** É assim, o saber ouvir. O saber dar um bom feedback. “Ok, a semana passada estava assim, hoje está desta forma...”. Isto através daqueles relatórios, do gráfico. Olhávamos para isso e víamos “ok, esta semana está um bocadinho mais abaixo aqui, vamos trabalhar aqui um bocadinho o porquê”. Portanto, dar importância ao “porquê” de estar assim. E saber ouvir-me e interpretar-me.

**E:** Ok, referiu aí a questão dos gráficos, e queria-lhe perguntar um pouco sobre isso. Podia-me antes de mais dar uma impressão pessoal, geral, de o que achou dessas medidas?

**PC2:** É assim, e eu disse isto na altura também à PT2: é importante para nós, pacientes, avaliarmo-nos. Fazermos uma auto-avaliação. Veremos “eu estive assim, agora está diferente neste aspecto”. Para nós, também, trabalharmos o “eu”. Não é só esperar que as outras pessoas façam por nós as coisas – somos nós a fazer alguma coisa. E a outra pessoa ali para nos dar alguns *inputs* é necessário, para nós também conseguirmos dar um próximo passo. Porque eu posso ouvir, mas se não fizer nada...

**E:** E onde é que entram aqui as medidas?

**PC2:** Consoante os gráficos de uma semana para a outra, e ouvindo também o que a PT2 dizia, chegávamos ali a uma conclusão: “se calhar, na próxima semana, vamos tentar fazer alguma coisa mais neste aspecto”. E isso ajudava.

**E:** Portanto, alguma discussão dentro de sessão, e os objectivos estabelecidos, eram também com base no que escrevia nas medidas.

**PC2:** Sim, claro. E, no final, é sempre positivo fazer o antes e o depois. Embora não seja só olhar para o gráfico, o gráfico serve de guia.

**E:** Há alguma coisa na sua terapia que gostava que tivesse sido diferente?

**PC2:** Diferente... Se calhar, em vez de ser uma vez por semana, ser duas vezes por semanas. A questão da periodicidade. Ter um período mais curto entre sessões, e talvez assim dê-se para ir introduzindo ao longo da semana algumas dinâmicas para a pessoa mudar, ou para dar um guia à pessoa. “Ok, tentou isto e aquilo, e como é que foi para si? Ok, então olhe, quando acontecer isto vamos experimentar aquilo”.

**E:** O PC2 está aí a tocar num ponto interessante. No início referiu-me como ajudou, em terapia, ter ali alguém que o ouvisse. Agora parece-me que está a falar de outro aspecto, que é o de também necessitar de criar uma estrutura, objectivos concretos...

**PC2:** Sim, passo a passo. Eu quando fiz a primeira sessão com a PT2, sentia-me tão revoltado... Ainda me sinto... E o que não me faz bem é reviver tudo aquilo pelo qual passei até agora. Não me faz bem. Quando começo a reviver muito, eu bloqueio. Porque sinto-me tão revoltado, que... Já me perguntaram se alguma vez tentei suicidar-me, ou matar alguém. Não, mas às vezes apetecia-me bater. Bater. Para que a outra pessoa consiga sentir a dor, e parar para me ouvir! Coisa que falta. Então, mas a mim fazem-me mal, metem-me duas vezes inconsciente, e ainda me perguntam se ainda estou disposto a tomar mais coisas!? Estão a gozar com a minha cara. E que armas tenho eu para lutar contra eles? Eu tenho de ir a médicos particulares para conseguir uma segunda opinião e contestar o que os outros médicos me dizem!

**E:** Desculpe PC2, mas então... Disse-me que podia ter beneficiado de mais terapia, mais sessões. E dentro de sessão, com a PT2? Como é que ela poderá ter sido melhor terapeuta para si?

**PC2:** Foi pouco tempo. Muito pouco tempo para conseguir sequer traçar mais qualquer coisa. Não acredito que ela teria capacidade, com o tempo que tínhamos, de fazer melhor. Ela esforçou-se, dentro daquilo que lhe foi possível. E o espaço de uma semana é muito tempo entre sessões.

**E:** Portanto, essa distância entre as sessões foi para si um problema significativo.

**PC2:** Sim, porque há coisas que eu não me lembro. As coisas acontecem a uma velocidade muito grande. E ao encurtar o tempo entre sessões, seria positivo, porque podia ser “lembra-se que há dois dias fez isto e isto, agora nestes próximos três dias vamos fazendo mais qualquer coisa neste sentido”... Ter duas sessões por semana teria sido importante. Por exemplo, eu agora vou ao psiquiatra da companhia de seguros de três em três meses. Ele olha para mim e diz “ah! Está com bom aspecto!”. Claro, as pessoas esquecem-se de tudo. Para elas, não há passado nenhum. Mas as pessoas passam por um período longo de sacrifício. Portanto, a PT2 compreendeu-me até um certo ponto, e percebeu, ajudou-me bastante, mas sinto que este espaço entre sessões não ajudou. E, depois, provavelmente, devia ter sido dado mais feedback à companhia de seguros, ou a quem quer que seja.

**E:** Gostava que tivesse existido maior ligação entre o serviço de psicologia e a seguradora.

**PC2:** Claro. Claro que só me ajudam se houver disponibilidade do outro lado. Podem escrever um relatório a dizer “esta pessoa precisa de isto e isto”, e depois do outro lado agarram no relatório e mandam para o lixo. Pensam “não, esta pessoa precisa é de ir trabalhar”. Então, e todo o trabalho que foi feito? Por pouco que fosse, começou um trabalho! Se a gente parar nesta pequenina fase em que houve uma evolução, se calhar vamos regredir.

**E:** O PC2, quando entrou em terapia com a PT2, tinha alguma expectativa específica, algum pedido ou objectivo em mente?

**PC2:** Na primeira sessão, é fácil, estou ali também para perceber, para topar a pessoa. É fácil: vocês têm um protocolo com a companhia de seguros! A minha fase já foi muito complicada... Vocês até podem ser muito bons, mas fora do protocolo! Isso eu digo, honestamente e directamente, a quem quer que seja. Vocês podem ser muito bons fora do protocolo, mas dentro do protocolo vocês têm de se cingir a certas regras. Eles é que dizem “não, não, agora vai ser assim como nós queremos”. Porque eles é que vos pagam. Vocês até podem ter uma opinião diferentes, mas se a outra pessoa do outro lado disser que não, e é ela que vos paga!...

**E:** Portanto, vinha com essa expectativa, com esse medo...

**PC2:** É natural! E ainda hoje o sinto. Ainda hoje o sinto!

**E:** Em que contexto?...

**PC2:** Então, eu não sei qual foi o relatório que foi passado para a companhia de seguros.

**E:** Está a falar da parte da PT2?

**PC2:** Sim!

**E:** Talvez seja importante referir que não me parece que a clínica estava vinculada monetariamente com a companhia de seguros...

**PC2:** Alguém paga.

**E:** Eu penso que não, que...

**PC2:** Alguém tem de pagar o serviço!

**E:** Eu penso que o protocolo estabelecido foi de natureza diferente. A pressão dos terapeutas não me parece ser de um controlo até monetário, havia sim uma pressão de tempo. A própria PT2, sei depois de falar com ela, gostaria de ter tido mais sessões disponíveis para continuarem o trabalho.

**PC2:** O relatório final foi passado à companhia de seguros, também devia ser passado ao paciente. Nem é o relatório, é o conteúdo! Nem precisa de dar uma cópia, mas o ler o relatório! Porque isso também é um argumento que posso ter perante a companhia de seguros. Por exemplo, os relatórios todos que eu fiz eu tenho-os em meu poder.

**E:** O PC2 pediu esse relatório à PT2?

**PC2:** Eu acho que isso não me iria ser facultado, mas não falei com ela sobre isso...

**E:** Eu próprio não sei como é que estes processos funcionam, mas posso passar a mensagem à PT2.

**PC2:** Eu fiquei no escuro. A avaliação foi passada a alguém, mas esse alguém “nem ai nem ui”, não diz nada. E isto também é mau para a pessoa. Quem é que é a pessoa aqui? O paciente. Eu neste momento não estou interessado em trabalhar, só quero melhorar a minha condição física. O resto não me interessa. E, quando fiz as 14 sessões com a PT2, foi no sentido de chegar ali e de alguém me ajudar, de alguma forma.

**E:** E fazendo um balanço final dessas sessões, o que diria?

**PC2:** Foi positivo. Só que foi muito pouco tempo, e o espaço entre sessões muito grande, e também... Poderíamos ter parado agora durante 6 meses, e voltarmos depois para ver as mudanças. Eu hoje sinto-me uma incógnita. Qual é o dia de amanhã? Não sei. Eu de cada vez que vou ao médico da companhia de seguros, saio de lá frustrado. Não querem ajudar, não ouvem. Se for a um médico pago por mim, saio de lá elucidado, esclarecido, e melhor preparado para o meu dia-a-dia. Eu tive 22 meses em casa, e gastei 7000 euros em saúde. E o retorno no final do ano, no IRS, é zero.

**E:** É muito complicado...

**PC2:** A pessoa passa por muita fase, e chega a um ponto... Mas eu não perco a esperança. E eu disse à PT2: eu vou-me fazer ouvir. Já me fiz ouvir, mas ainda me vou fazer ouvir mais. Muitas pessoas, nem um décimo teriam aguentado disto. Mas começam a esgotar-se as minhas forças. É demais. Porque, se me dói a mim, não dói ao (Entrevistador). Mas se nos doer aos dois, aí entendemo-nos. Esta é a única diferença! Uma pessoa pode-me ouvir o que quiser, mas se não sentir o que eu sinto, nunca me vai valorizar, compreender.

**E:** Mas sentiu-se valorizado pela PT2?

**PC2:** Sim, a outra pessoa pode chegar a um ponto. Mas se passarmos um bocadinho pelo que a outra pessoa está a passar, aí é diferente. Quando nós estudamos na faculdade, livros que os outros já criaram... Aí somos iguais. Nós passamos ao longo da vida a estudar e copiar o que os outros fizeram. Agora, temos de criar coisas novas.

**E:** Por falar em coisas novas, é onde entra a tal questão das medidas. Voltando um bocadinho atrás, o PC2 preencheu uma no início e a outra no final de cada sessão. Sentiu alguma delas como mais útil que a outra?

**PC2:** Bem, se calhar eu lembrava-me de um ponto ou outro que podia relatar na medida. Mas de semana para semana a minha condição muda muita – ainda esta semana vou ver

dois médicos. Nas sessões, era-me importante ver se tinha ou não uma melhoria. E, se não, perceber porquê, identificar isso, e ver onde era preciso trabalhar. É isso que a PT2 fazia, até com as medidas.

**E:** E quanto à medida a avaliar a própria sessão, a que preenchia no final? Lembra-se de alguma vez ter reportado, também através dessa medida, algo específico na intervenção da PT2 que não gostou tanto?

**PC2:** Não, penso que não aconteceu. Eu acho que todas as sessões foram bastante positivas. Pena terem sido poucas.

**E:** Ok, PC2. Obrigado por tudo.

**ANEXO III.4**  
**Transcrições de entrevistas**  
**Caso PT2**

## Transcrições de entrevistas – Caso PT2

**E:** Queria, antes de mais, pedir à PT2 uma definição pessoal de psicoterapia.

**PT2:** Isso não é uma pergunta fácil. Eu gosto de utilizar imagens, e para mim há duas imagens que me fazem muito sentido quando se fala de psicoterapia. Vou começar com uma ideia do Yalom, que é a de “viagem”. O papel do psicoterapeuta é mais no acompanhamento e ser companheiro de uma viagem em que é o terapeuta, também, que segue o seu ritmo. E depois a outra ideia é a da “dança”. A dança faz-se a dois, faz-se com um ritmo que também tem que ser dos dois. Com certeza que será o ritmo mais do paciente do que o do terapeuta, mas há também alguma técnica, há algumas condições que se têm de ter, mas têm que estar o dois. Para mim acho que, no fundo, tanto na viagem como na dança, é na relação que eu acho que a psicoterapia – mais do que as técnicas, mais do que o que perguntas, como perguntas – é mais no ser e no estar e na relação que se cria entre duas pessoas.

**E:** Tocaste já em alguns pontos interessantes, como a primazia da relação sobre a técnica. O que achas, então, que é mais significativo para o sucesso de uma psicoterapia?

**PT2:** Acho que, no fundo, é mesmo a relação. Eu acho que quem vem à procura de terapia não vem à procura de uma técnica, não vem à procura de uma técnica específica, vem à procura de ajuda. E, portanto, as pessoas quando nos procuram eu acho que nos precisam, sobretudo, para as ouvirmos, para estarmos ali com elas. Eu, pelo menos, recebo muito este feedback. Do espaço que é criado e que é importante para se poderem reflectir determinadas coisas ou situações que se viveram lá fora. Como se ali fosse um mundo um bocadinho à parte, onde as coisas podem ser pensadas e sentidas e reflectidas. Portanto, eu acho que é na relação que se faz – não é se eu introduzo determinadas técnicas, porque eu acho que isso não é relevante para as pessoas. As técnicas estão lá, como é óbvio, e estão sobretudo para o terapeuta – há objectivos terapêuticos, há uma indicação, há um caminho que é para ser seguido, que também é discutido. Mas, no fundo, a psicoterapia faz-se a partir da relação que se vai criando entre duas pessoas.

**E:** Faço aí ponte para outra questão, que é perguntar à PT2 sobre o seu “psicoterapeuta ideal”. Isto é, todos nós trazemos uma imagem de “o psicoterapeuta”, e queria perguntar a sua imagem de “o psicoterapeuta”, como é que o define.

**PT2:** Isso é relativamente fácil. Eu precisei de algum tempo depois de terminar o curso para poder ser psicoterapeuta. Acho que não é uma coisa imediata. E o meu primeiro passo foi procurar psicoterapia individual, para mim. Porque acho que é importante estar do outro lado. Senti que tinha primeiro de estar comigo para poder, depois, estar com os outros. E tive muita sorte no terapeuta que encontrei. E, portanto, o meu modelo de terapeuta também vem muito daí, tem muita influência daí. Posso dizer coisas que para mim foram significativas: o eu sentir que nunca estava a entediar. O eu sentir que podia trazer o mesmo assunto inúmeras vezes e nunca sentir um revirar de olhos – que muitas

vezes é aquilo que acontece lá fora, com os nossos amigos: “ah, já chega dessa conversa”. “Já não há espaço para falarmos mais disto”. E eu ali naquele espaço encontrava alguém que estava disposto a estar comigo, no ponto onde eu estava. Não a empurrar-me para a frente, não a atirar-me para trás, mas no momento em que eu estava, no aqui e no agora, no meu ritmo. E, depois, com uma outra característica: tive muita sorte em encontrar uma pessoa à minha frente, mais do que um técnico. Alguém que se ria comigo, que percebi o meu sentido de humor, com quem eu tinha abertura para poder dizer “olha, comigo não, isso assim não resulta, isso não ajuda”, e alguém que respeitava isto. Pegando outra vez na analogia da dança, se eu me sentia pisada de alguma forma, a pessoa que estava comigo estava também atenta para não o voltar a fazer. E... comover-se comigo, quando trazia qualquer coisa de mais pesado. Sentir que aquela pessoa estava mesmo ali, comigo. Que não estava só a fazer o seu trabalho, como um profissional, mas como uma pessoa. Eu acho que isto, para mim, foi o mais enriquecedor. E é isto que eu tento, quando estou com as pessoas: ser uma pessoa. E, portanto, de alguma forma transparecer e poder estar da forma mais autêntica que me é possível. Como é óbvio existem formas de estar muito diferentes – eu não estou aqui contigo como estou com os meus pacientes, ou com os meus amigos no café, ou com o namorado em casa... Há uma forma de estar que eu sinto quando estou com uma pessoa, que é diferente de pessoa para pessoa, de espaço para espaço... Mesmo o espaço físico é, para mim, importante. A posição das cadeiras... Para mim, é uma série de linhas que cozem a psicoterapia. Não sei se respondi à tua pergunta...

**E:** Acho que sim. Portanto, e no entanto, há uma PT2 que sentes que permeia todos estes espaços e pessoas, e que não queres esconder no contexto da relação terapêutica.

**PT2:** Quer dizer, se eu estou mais preocupada comigo do que com a pessoa que está à minha frente, isto de alguma forma quer dizer que alguma coisa não está a resultar. Se eu estou mais preocupada com o meu ritmo, com a forma como coloco as pernas, onde ponho as mãos... Se calhar estou mais preocupada comigo do que com a outra pessoa. Isso aconteceu-me. No meu percurso de formação enquanto psicoterapeuta eu tive sessões observadas, e houve uma determinada altura em que eu tive a consciência disto: a pessoa está a falar comigo e eu estava atenta à respiração que estava a ter. Porque estava muito ansiosa, e então estava a sentir o meu respirar de uma forma muito pesada, e a pensar “de certeza que a outra pessoa está a notar”... E depois pensei “mas o que é isto?”... Esta experiência foi significativa. Notei que nem sequer o estava a ouvir. Pensei “espera aí, tenho de arranjar uma maneira de isto me ser confortável”. E a maneira é esta. Claro que isto também não resulta com todas as pessoas – e, portanto, de alguma forma, eu acho que nós temos um papel nisto, mas os pacientes também têm um papel nisto. Que é o de escolherem o terapeuta. Se não se identificam, são livres de poder dizer o que não gostam, se podemos acertar o ritmo, se podemos encontrar um espaço onde falar das coisas. Mas as pessoas são livres de poder procurar outra pessoa também. Para mim, o que é fundamental é a relação que é criada.

**E:** Portanto, “o terapeuta”, para ti, parece ser alguém que consegue estar disponível para o outro.

**PT2:** Sim. E não interessa qual é “a melhor pergunta” para se fazer. Interessa estar ali, com a pessoa. E, às vezes, nem perguntar nada. É a presença que é significativa. Há uma terapeuta com a qual me identifico que me falava do psicoterapeuta como alguém que faz ressoar aquilo que o outro lhe dá. E ela faz o paralelismo com... Ela tocava violino, durante muitos anos, e ela dizia que, para tocar violino, o instrumento tem de estar afinado. E também nós, na terapia, para podermos ressoar o outro, temos também de estar afinados. Se nós estamos preocupados com coisas que são extra-relação, se calhar não estamos a ressoar o que o outro está a dizer. Se estamos constrangidos... Eu guio-me muito também pela forma como me sinto, como é que a pessoa se apresenta a mim, e isto também dá dados importante sobre como é que esta pessoa se relaciona com os outros.

**E:** Isso eventualmente poderá ser, até, partilhado com o cliente.

**PT2:** Exactamente.

**E:** Já falámos da terapia mais no geral. Podias-me agora falar um bocadinho sobre como te caracterizarias a ti como terapeuta, em sessão. Podemos também fazer uma ponte para com o modelo teórico, como te influencia, se fizer sentido. Como é que é a PT2 em sessão?

**PT2:** Eu acho que cai numa característica, quando estou em sessão, que é eu abrando o meu ritmo. Eu sou muito acelerada lá fora, ando sempre a correr de um lado para o outro, e sinto que quando me sento aqui, neste espaço, que eu abrando. Ou seja, entro em ritmo cruzeiro para também poder ter disponibilidade para perceber a que ritmo vai a outra pessoa. Se eu vier muito acelerada, provavelmente vou começar a atropelar. Há uma coisa curiosa, que é: eu não tiro grandes notas de sessões. E, se me pedires para falar de determinados pacientes, é preciso “entrar num modo”. Assim que “lá estou”, consigo, porque me ligo a ela. Tenho a sorte, também, de gostar de todas as pessoas que acompanho. Gosto delas enquanto pessoas, gosto de estar com elas. E, portanto, aquilo que elas me dizem torna-se, de alguma forma, significativo. É preciso estar disponível, é preciso estar presente, e é preciso também ter alguma curiosidade. Querer mesmo perceber o que a pessoa está a dizer.

O que é que me fez, também, escolher este modelo? Mais do que um modelo explicativo, eu procurava um modelo compreensivo. Acho que as explicações não ajudam as pessoas, nós não somos seres de causa e efeito, não é por A se ter dado que B necessariamente se tem de dar. É mais importante o impacto que o B tem em mim, ou o ter passado pelo B. E o facto de nos podermos focar naquilo que é significativo para a pessoa, neste momento. Não me interessa encontrar ligações causais: provavelmente a culpa até poderá ser da mãe, mas não me interessa arranjar uma justificação sobre porque é que a pessoa se está a sentir de determinada maneira. Interessa-me compreender como é que ela se está, realmente, a sentir. E o que é que a faz sentir desta maneira – mais do que encontrar soluções, é explorar o caminho. As pessoas são muito determinadas também, e também nos vão guiando. Acho que vivemos num mundo demasiado imediatista, as coisas têm

que ser “agora”, “neste momento”, e às vezes é importante pararmos. Muitas vezes as pessoas procuram-nos quando estão perdidas e querem encontrar um caminho rapidamente. Estão numa encruzilhada. E, às vezes, é importante pararmos e percebermos, “ok, vamos explorar um caminho, e outro, e outro”.

**E:** Em terapia, o cliente, tal como tu, abranda.

**PT2:** Sim. Às vezes imponho “ok, vamos parar um bocadinho aqui, há demasiadas coisas a sair. Vamos tentar perceber o que é que é isto”. É curioso, muitas vezes quando pedes às pessoas para repetir a última frase que disseram, mas de uma forma mais calma, ou quando tu repetes a última frase que eles disseram, frases significativas, as pessoas dizem “ah espera, fui eu que disse isto?”. Nós vivemos muito mais do que aquilo que reflectimos. E a psicoterapia é também um convite ao reflectir, ao pensar o que é que as nossas experiências também dizem sobre nós. E é isso que pretendo em terapia. Não temos de estar à procura de soluções, se calhar elas podem aparecer.

**E:** E desafios, qual achas ser a parte mais difícil de fazer psicoterapia?

**PT2:** Provavelmente, quando os pacientes desafiam aquilo que são estas linhas com o qual eu me cozo.

**E:** Podes exemplificar?

**PT2:** Quando, por exemplo, me pedem soluções. Me pedem directamente soluções. Eu tenho muita dificuldade em dar soluções a pessoas. Quando, por exemplo, me sinto desafiada... Quando as pessoas não me vêem como pessoa. “De certeza que, quando eu sair daqui, você nem pensa em mim”. Eu acho também que, de alguma forma, isso é qualquer coisa de protector, isto das pessoas dizerem “ah não, você depois segue a sua vida e eu fico com os meus problemas”. Outra coisa é o ser interrompida. É quase como se fosse algo exterior que rebenta a bolha que se cria ali do mundo terapêutico, e eu fico muito aflita.

**E:** Que tipo de interrupção?

**PT2:** Por exemplo, uma vez em sessão estava a soar o alarme de incêndio. Estava com uma pessoa, na sala, já tinha acontecido mais do que uma vez, e houve um segurança que entrou e disse “vocês estão a fumar aqui dentro!”. E, de repente, o meu instinto é saltar para a porta e poder impedir aquela pessoa de entrar. Porque há ali alguém que eu quero proteger também. Isto, para mim, são momentos mais disruptivos. Ou quando alguém nos diz que precisa de ir beber água e se levanta e sai porta fora, e repente sentes-te ali muito sozinho. Tens ali 50 minutos com aquela pessoa e ficaste sozinha ali.

Portanto, o grande desafio, se calhar, são os inesperados. Sobretudo externos à sessão, sobretudo qualquer coisa que leve ao rebentar desta bolha, deste espaço terapêutico.

**E:** Mas suponho que esses acontecimentos não sejam muito frequentes.

**PT2:** Não, não são, mas também não sinto que haja forma de nos prepararmos para isso. A supervisão pode ser um espaço para pensarmos “como é que eu me sentiria nesta situação”.

**E:** Tocaste aí num outro ponto, que é o da supervisão. Neste momento, fazes supervisão?

**PT2:** Sim.

**E:** E que importância tem a supervisão para a sua actividade?

**PT2:** Eu acho que é uma continuidade da psicoterapia. Para mim as linhas que cozem a supervisão são as mesmas da psicoterapia: há um *setting*, há uma relação que é criada entre aquelas pessoas... Tem que haver ali uma confiança, estás ali a expor-te, a revelar as tuas fragilidades, a dizer quando sentes que as coisas não estão a correr bem... E poder ouvir os outros, como é que os outros leem o caso que tu acompanhas. E, muitas vezes, poderemos tecer uma manta de retalhos, e dizer “ok, isto interessa-me, é útil para mim”, ou “isto a mim não me ajuda, eu não me identifico com isto”. Portanto, há ali uma continuidade, há uma hora de início e de fim... Mais do que a supervisão para o paciente, interessa-me sobretudo a supervisão para mim. O que é que esta pessoa me faz sentir? Que impacto é que isto está a ter em mim? Como é que eu recebo as coisas que esta pessoa me traz? O que é que há em mim que a pode ajudar, o que é que lhe posso devolver? E isto, para mim, é muito importante.

**E:** Também é “uma dança”, nesse sentido.

**PT2:** Também é uma dança.

**E:** Há quanto tempo exerces psicoterapia?

**PT2:** Neste momento, há 5 anos.

**E:** Achas que me consegues dar uma imagem de como é que foi evoluindo a PT2 terapeuta?

**PT2:** Era muito mais ansiosa. Era muito mais técnica, era muito mais preocupado com a minha forma de estar, no sentido de ficar muito auto-consciente. Como é que eu falo, que impacto é que eu tenho no outro... Também na formação fui olhando muito para mim enquanto pessoa e enquanto terapeuta. Sentí que abrandei muito o meu ritmo. Foi qualquer coisa que eu aprendi sobre mim, e do impacto que eu tinha nos outros quando tinha um ritmo mais acelerado.

**E:** Sentias que no início, tinhas um ritmo mais acelerado, e que este poderia ser prejudicial.

**PT2:** Sim, e que queria ajudar as pessoas “já”, queria que as pessoas se sentissem melhor “já”. Queria que as pessoas mudassem. Ficava muito impaciente, também: “mas porque é que esta pessoa continua a ir desabafar com a mãe, se sabe que leva uma patada!”. Sentia-me muito zangada pelas pessoas. E isto foi uma coisa muito curiosa: eu não tenho que fazer mudar as pessoas. E é isso que, neste caminho, eu fui sentido. Ok, primeiro vou-me perceber a mim mesma, vou estar muito consciente das minhas coisas, para depois perceber como é que eu me posso ajustar a esta pessoa e continuar a ser eu. Continuo a ter um ritmo acelerado, continuo a ter humor, a ser, às vezes, provocadora. Às vezes tenho imagens, que partilho com as pessoas – às vezes imagens muito pouco convencionais, mas que tocam ali num ponto. Fui aprendendo a conhecer-me, e perceber qual era a melhor forma de estar comigo enquanto terapeuta.

**E:** Passando agora especificamente para o caso do PC2. O que é que ele trouxe, no início do acompanhamento? O que pareceu ser o pedido, ali?

**PT2:** Estás-me a perguntar o que ele pediu, ou o que eu sinto que ele trouxe?

**E:** Gostava de saber ambas.

**PT2:** Ok. Aquilo que o PC2 trouxe foi sobretudo a incapacidade de poder ser a pessoa que era anteriormente, antes do acidente. Isto é aquilo que eu sinto que ele trouxe. “Quem sou eu agora, se eu não consigo fazer as coisas que fazia anteriormente? Se cada vez que eu tento fazer uma coisa, sinto que o meu corpo me trava e me leva ao momento do acidente”. Trouxe uma grande revolta, com alguns bodes expiatórios. Eu acho que o PC2 é um homem muito inteligente, e acho que ele sabia que aquilo eram bodes expiatórios, mas que eram de alguma importante, naquela altura, eles serem os detentores de toda a culpa. Via um acidente grave, que trouxe muitas limitações. O facto de ele sentir que não teve o melhor acompanhamento da empresa onde trabalhava, o facto de sentir que não tinha o melhor acompanhamento da seguradora, fez com que ele viesse muito revoltado. Eu acho que era uma revolta muito de... “como é que eu faço, agora?”.

O PC2 traz uma revolta muito explícita. O facto de poder encontrar um espaço para poder trazer toda a sua zanga, para poder transformá-la e assim encontrar estratégias para melhor se adaptar à vida que ele tinha. Via algo nas suas relações interpessoais que também não estava bem – o facto de ele se sentir muito sozinho, muito isolado. De não trabalhar há muito tempo. Mas sobretudo o estar muito sozinho, e não haver espaço lá fora para falar sobre o que aconteceu, sobre as dificuldades que ele sentia, as dores que ele sentia... Acho que era sobretudo isto.

**E:** Estiveram 14 sessões juntos. Desse acompanhamento, quais pensas terem sido os eventos mais significativos?

**E:** Provavelmente os momentos em que eu devolvia... Acho que houve um momento significativo nas nossas sessões. Houve uma altura que nós estivemos muito embrulhados nesta revolta, nesta zanga. “Porque a companhia não faz isto, porque a empresa não faz aquilo...”. E houve um momento em que eu disse: “PC2, nós podemos continuar as 7 sessões que nos faltam a dizer o que está mal, ou podemos arranjar uma forma de lidar com isso. Vamos começar a fazer alguma coisa, porque isto não está a ajudar. Foi importante um espaço para podermos deitar a zanga cá para fora, mas para isto produzir efeitos temos agora de fazer alguma coisa com ela”. Houve momentos significativos trazido pelo próprio PC2, quando trazia um exame médico e dizia que o caso se estava a agravar, e que os exames mostravam precisamente o que ele andava a dizer aos médicos e que não se sentia ouvido por ninguém – na empresa, pelo psiquiatra, pelo ortopedista... E acho que foi importante poder ouvi-lo. Mas depois era importante fazermos alguma coisa que pudesse efectivamente ajudá-lo a poder lidar com isto.

Acho que aquilo que eu guardo como mais significativo, se calhar, é toda a delicadeza do PC2. É um homem muito delicado. Sempre chegou a horas, nunca faltou... muito delicado comigo, perguntava-me sempre como é que eu estava. Tínhamos uma relação muito delicada. Muito cientes de que tínhamos apenas 14 sessões, mas com uma grande delicadeza.

**E:** Uma relação muito respeitosa.

**PT2:** Sim, muito atencioso, muito respeito.

**E:** Quanto aos desafios, já falaste de um, o perigo de poderem ficar estagnados a ruminar nos problemas apresentados. Houve algum outro desafio particularmente significativo, neste acompanhamento?

**PT2:** Eu acho que houve algo no PC2 que pensou “ok, deixa-me aqui aproveitar muito bem as 14 sessões que me deram”. E... Houve momentos que foram difíceis, aqui nas nossas sessões. Sempre que entrávamos em momentos mais emocionais, em sítios mais difíceis, de dor, o PC2 desligava. E havia um bloquear – um bloquear de raciocínio, em que eu me lembro da expressão dela: ficar com os olhos muito abertos, um ar aflito, e de alguma forma meio confuso, estilo “eu não sei de o que é que está a falar”. E, às vezes, eu senti que era muito difícil para ele. Para o PC2, devolver-lhe o racional sobre o que estava a acontecer, de alguma forma, o acalmava. E como já disse, dar um racional e encontrar estratégias, se calhar, é aquilo que eu sinto como mais difícil, para mim.

**E:** E sentiste que ele tinha essa necessidade.

**PT2:** Sim. E, de alguma forma, quer dizer, nós temos 14 sessões, e isto é importante, ajudar esta pessoa. Se calhar, se tivesse mais sessões ou se não tivesse um limite, teria ficado muito mais tempo com ele em determinados momentos. Se calhar tínhamos ficado muito mais tempo na revolta e no bloqueio. Mas era preciso ajudar, fazer qualquer coisa, era preciso que ele levasse qualquer coisa daquelas 14 sessões, para poderem ser úteis

para depois. Porque ele tinha de voltar a trabalhar, de voltar a fazer a vida dele, não podia ficar naquele impasse. Isso foi desafiante para mim. E foi desafiante também esta dificuldade em tocar em questões mais emocionais. Aí, mais uma vez, eu via uma delicadeza da parte dele, de querer atender ao meu pedido, mas ao mesmo tempo o quão difícil aquilo estava a ser para ele.

**E:** Passando às medidas de feedback, queria antes de mais perguntar por impressões gerais quanto a estas.

**PT2:** Do início e de agora?

**E:** Sim.

**PT2:** Eu ao início fiquei um bocadinho... Nunca fiz psicoterapia desta maneira. Nunca tinha feito terapia de curta duração. Nunca fiz terapia com esta duplicidade de clientes – que é a pessoa que está à minha frente e a companhia de seguros. E nunca fiz terapia... Das duas uma, ou fazia uma sessão de avaliação, que depois seguia para terapia; ou fazia avaliação pura, na qual elaborava um relatório. Nunca tinha usado instrumentos durante as sessões. Ia um bocadinho apreensiva. Porque não sabia como é que o outro ia reagir. Não sabia se, de alguma forma, aquilo ia contaminar as nossas sessões, se não ia retirar algo da relação. E então tinha muitas dúvidas. A partir do momento em que comecei a utilizar as medidas com o PC2, eu percebi que era uma preocupação minha – ainda bem que reflecti sobre ela, ainda bem que me perguntei sobre como é que me sentia sobre ela, ainda bem que me questionei. A partir da primeira sessão com o PC2, não houve qualquer tipo de questão. Ele veio à procura de ajuda, com objectivos específicos... Se calhar não tão específicos assim, e se calhar isso foi outro desafio do acompanhamento: tínhamos de conseguir criar objectivos factíveis em 14 sessões. Eu com o PC2 utilizei uma metáfora, em que ele era coordenador de armazém e que tínhamos de saber onde nos focar para arrumar, já que não era possível arrumar tudo. E ele vinha de mãos à obra para poder trabalhar. A pensar “deixa ver como é que esta miúda me vai ajudar”. Se calhar estou a fugir um bocadinho à pergunta. Senti que havia ali uma incredulidade, que foi desvanecendo ao longo da relação, do género “você é muito nova para perceber estas coisas” ou “já alguma vez passou por alguma coisa destas?”. Mas senti que com o PC2 não houve qualquer dúvida – aquilo são dois minutos. E, portanto, ele respondia, olhávamos para o gráfico, partíamos do gráfico – a início mais eu, dizia coisas mais dirigidas, do estilo “ok PC2, parece que esta semana está um bocadinho melhor” ou “pior”, “o que é que aconteceu”. Podemos ver se foi mais ao nível inter, intrapessoal, ou ao nível do trabalho.

**E:** Portanto, os sistemas de feedback ajudaram no sentido de sugerir por onde podiam começar uma conversa útil.

**PT2:** Sim. Mas suficientemente largo também para podermos explorar aquilo que queríamos. Porque como temos 4 dimensões, temos muito por onde pegar. “Olhe, o que

aconteceu foi que me disseram que volto a trabalhar para a semana e fiquei muito aflito”. É aquilo que a pessoa traz, e temos de perceber como é que isto se relaciona com os nossos objectivos. Eu lembro-me de uma sessão com o PC2, logo no início, quando começámos a explorar “quem era o PC2”, chegámos a outros pontos mas que não faziam parte dos nossos objectivos terapêuticos. Mas colocámos ali um “pin”, pudemos dizer “se calhar esta não é o espaço para lidar com isto, mas isto parece ser importante, PC2”. Até para poder abrir portas, caso ele queira fazer uma futura psicoterapia. Mas sim, os sistemas de feedback ajudavam a abrir portas. Mas são portas tão gerais que, se calhar, seria como perguntar “então, como está?”. Foi quase como, de alguma forma, algo que eu já faço, mas ali é mais específico porque fica ali registado. Fica registada uma evolução positiva ou negativa, e o que é que aconteceu.

**E:** Queria pegar nessa comparação, entre a diferença de receber uma informação através de uma medida ou através da pergunta “como está?”. Feita esta comparação, gostava de perguntar se, então, sentes que as medidas tiveram algum impacto no acompanhamento.

**PT2:** Sim. Sobretudo na relação. Sobretudo com o SRS. Eu sentia mais o ORS como um gráfico de como a pessoa está, e, portanto, podermos monitorizar a evolução dela. Mas dados para a psicoterapia, se calhar, foi mais ao nível do SRS. Porque é mais fácil não falar sobre estas coisas, sobretudo quando tens pouco tempo. Podermo-nos focar na relação: “parece que alguma coisa aconteceu aqui que fez com que tivéssemos baixado o nível – o que é que aconteceu? Foi na abordagem, no método que utilizei? Será que me conseguia explicar um bocadinho?”. E eu sentia que, à medida que o tempo ia avançando, ia dando mais tempo ao SRS. Eu dizia “se calhar há aqui qualquer coisa, gostava mesmo de perceber”, e me dizia “ah, se calhar quando a PT2 me disse determinada coisa, aquilo não foi muito correcto”...

**E:** Isso é um exemplo de algo que aconteceu?

**PT2:** Sim. Com o PC2, na sessão em que intervenho e digo que “podemos continuar aqui ou fazer qualquer coisa para o ajudar realmente” – aí, quando fui mais directiva, ele não estava tanto à espera e o nível de SRS baixou um bocadinho. Mas com o PC2 sempre tive muito boa relação, e com espaço para podermos falar destas coisas.

**E:** Este sistema de feedback seria algo que gostarias de continuar a utilizar no futuro? Ou, em que contextos te faria sentido continuar a utilizar este sistema? No limite, podia-se até escolher aplicar apenas o SRS...

**PT2:** Eu gosto do conjunto, acaba por se ganhar um ritmo de começar e acabar ao utilizar questionário que abrem portas. Talvez não utilizasse este sistema em todos os contextos, mas, por exemplo, em psicoterapia com tempo limitado. Contextos em que sabemos que temos 14 sessões com uma pessoa, em que temos realmente de saber o que é mais útil para ela, o que é que podemos oferecer e como é que isto vai evoluindo, de semana para

semana. Porque eu acho que nós somos muitos facilmente recompensados por fazer má terapia.

**E:** Podias elaborar um bocadinho nessa ideia?

**PT2:** Acho que somos recompensados por não endereçarmos as questões e os problemas, se não formos onde dói. “Ah, é maravilhoso” – e a pessoa poderá continuar a vir, e sair dali e ser fantástico, mas aquilo efectivamente não ter ajudado em nada para ela. Eu acho que as medidas, de alguma forma, facilitam uma conversa do estilo “parece que isto não está a funcionar. O que é que não está a funcionar?”. Ajuda a focar. E com um gráfico que fica visível aos dois. Outro contexto bom para estas medidas poderá ser com pacientes com o qual nos sentimos mais perdidos. Se sentes que não estás a ajudar aquela pessoa, podemos experimentar uma coisa diferente. Se não percebemos se é da pessoa, da relação, se é alguma coisa que está a acontecer e que nos está a escapar... O SRS puxa-te ali. Se houver alguma coisa no método ou na forma como trabalhamos, se a pessoa não se sente ali ouvida, é muito fácil questionarmos isto e a pessoa nos dizer “ah, não! Você é ótima!”. De alguma forma, temos com as medidas um modo de verificar melhor isso. Portanto, acho que podem ser muito úteis sobretudo em contextos no qual é preciso dar respostas.

**E:** Este é o gráfico do PC2. Há alguma coisa que sobressaia para ti, que queiras destacar ou comentar?

**PT2:** Uma coisa que me chama logo a atenção é que é um gráfico de altos e baixos, e eu fui sentindo isto. O PC2, durante o nosso processo, teve muito tempo parado, e acho que este disparo para o “verde”, logo na primeira sessão, foi o PC2 ter aqui encontrado um espaço com alguém que o queria ouvir e perceber. Eu acho que isso teve um impacto. Depois há uma normalização, porque o PC2 também foi tendo altos e baixos na sua vida, e que são extra-terapêuticos – como exames médicos, o ter voltado a trabalhar e ter voltado a estar de baixa... Isto foi alterando muito. Mas depois, a determinada altura, um caminho positivo de dizer “como é que podemos fazer isto da forma mais útil para mim?”, e começarmos a pensar em estratégias. E começar também a devolver racionais ao PC2, o que para mim foi um desafio: “é normal que estas coisas aconteçam, é compreensível. Tem que dar tempo para isto melhorar, para as coisas acontecerem”. Uma das coisas que eu questiono, que me põe em causa a mim, é se não haverá aqui também alguma desejabilidade social nos resultados das medidas. Se o PC2 não queresia “terminar isto bem”, no “verde”.

**E:** Quanto ao ORS, portanto.

**PT2:** Sim. O SRS, acho, é mais importante quando a coisa está a correr mal. Ou seja, é mais útil quando a coisa está a correr mal. Quando o cliente nos baixa um ponto, é um alerta, e é importante podermos agarrar isso. Quando a coisa corre bem, a coisa corre bem.

**E:** Acho que é tudo. Obrigado!

## **ANEXO IV**

### **Análise das transcrições utilizando o método fenomenológico**

## Análise das transcrições utilizando o método fenomenológico

### CASO PC1

Unidades de significado	Transformação das Unidades de Significado em Unidades de Significado Psicológico	Dimensões eidéticas ou constituintes chave
<p><b>US 1</b></p> <p><b>E:</b> Antes de mais, queria-lhe perguntar-lhe se neste momento está a tomar alguma medicação e, se sim, que medicação está a tomar.</p> <p><b>PC1:</b> Não, não estou a tomar nada.</p>	Sem medicação	Sem medicação
<p><b>US 2</b></p> <p><b>E:</b> Ok, nesse caso podemos já avançar, e avanço para uma pergunta de carácter mais geral. Gostaria de saber como foi a terapia para si, como se sentiu.</p> <p><b>PC1:</b> Gostei, senti-me bem. Ajudou bastante.</p>	PC1 relata melhorias devido ao seu acompanhamento psicológico, tendo apreciado o processo	Satisfação com processo terapêutico
<p><b>US 3</b></p> <p><b>E:</b> Podia-me dizer um pouco mais, sobre como se sentiu?</p> <p><b>PC1:</b> Ao longo das sessões fomos tendo umas conversas, eu fui explicando várias situações da minha vida. E o doutor deu-me conselhos, tentou ajudar-me de várias formas, falando comigo, dizendo o que é que podia ou não fazer de melhor, para mudar alguma coisa... E isso tudo contribuiu para... Pronto, para um maior bem-estar.</p> <p><b>E:</b> Portanto, senti que a terapia contribuiu para o seu bem-estar através da influência do terapeuta.</p> <p><b>PC1:</b> Exacto, exacto.</p>	PC1 refere que o psicoterapeuta a ajudou através das conversas que tiveram e dos conselhos que recebeu. Isto resultou num maior bem-estar geral, da parte de PC1	<p>Maior bem-estar devido à influência do psicoterapeuta</p> <p>Relação com o terapeuta</p>

<p><b>US 4</b></p>	<p><b>E:</b> E como é que tem passado, no geral?  <b>PC1:</b> É assim... Bem. Depois das consultas houve um percalço, mas acho que doutor ainda nem sabe, nem lhe contei. Mas de resto tenho estado bem.  <b>E:</b> Já terminou o seu processo há um tempo, não foi?  <b>PC1:</b> Foi, há quase dois meses.  <b>E:</b> Entretanto foram acontecendo mais coisas.  <b>PC1:</b> Exacto.</p>	<p>PC1 relata que, embora esteja bem, há acontecimentos mais recentes, nomeadamente um “percalço” pós-terapêutico, do qual o psicoterapeuta não está a par.</p>	<p>Bem-estar apesar de acontecimentos negativos após a psicoterapia</p>
<p><b>US 5</b></p>	<p><b>E:</b> Queria perguntar também, se se pudesse descrever a si mesma, o que é que me diria?  <b>PC1:</b> No geral? Divertida, humilde... Simpática... Acho que é por aí.  <b>E:</b> E outras pessoas que a conhecem bem, como acha que a descreveriam?  <b>PC1:</b> Descrevem-me como uma pessoa lutadora. Todos dizem o mesmo.  <b>E:</b> É uma característica comum para a descreverem, é isso?  <b>PC1:</b> É, talvez seja isso, sim.  <b>E:</b> Porque acha que a descreveriam assim, como uma “lutadora”?  <b>PC1:</b> Porque conhecem-me desde pequena, e sabem que eu já passei por muitas coisas difíceis e que as consegui ultrapassar.</p>	<p>PC1 relata a sua auto-percepção como uma pessoa divertida, humilde e simpática. Diz também que aqueles que a conhecem a definem como uma lutadora, pela sua capacidade de ultrapassar os muitos obstáculos que teve ao longo da sua vida.</p>	<p>Auto-percepção positiva  Importância dos recursos internos</p>
<p><b>US 6</b></p>	<p><b>E:</b> E se pudesse mudar alguma coisa acerca de si, o que é que mudaria?  <b>PC1:</b> Ah, não sei, acho que nada! A sério, tenho de me aceitar como sou, e a terapia ajudou nisso. Acho que não mudava nada.  <b>E:</b> Portanto, sente que está satisfeita consigo mesmo e que não gostaria de mudar nada?  <b>PC1:</b> Sim, acho que sim.</p>	<p>PC1 relata que não mudaria nada em si, estando satisfeita com quem é e valorizando-se</p>	<p>Aceitação de si</p>
<p><b>US 7</b></p>	<p><b>E:</b> Nesse caso podemos avançar para a parte da terapia em si. Queria-lhe perguntar que mudanças, se as há, é que observou em si mesma desde o início da terapia? Pode, por exemplo, falar de formas de agir, sentir ou pensar diferentes – qualquer coisa que tenha visto como mudanças em si desde o início da terapia.</p>	<p>PC1 refere uma maior capacidade de auto-reflexão devido à psicoterapia, juntamente com uma capacidade de agir menos impulsivamente.</p>	<p>Maior auto-reflexão e menor impulsividade</p>

	<b>PC1:</b> Tornei-me numa pessoa mais pensativa, na medida em que... pensar antes de agir.		
<b>US 8</b>	<p>E mais calma. Acho que é basicamente isso, porque eu era assim um bocado stressada com algumas coisas, e o doutor ajudou-me também a ficar uma pessoa mais calma. Acho que foram essas as duas coisas principais.</p> <p><b>E:</b> E as pessoas à sua volta, chamaram-lhe a atenção para alguma mudança que possam ter notado?</p> <p><b>PC1:</b> Hm, não, acho que não.</p> <p><b>E:</b> Portanto, as duas principais mudanças que refere são o ter ficado mais pensativa, no pensar mais antes de agir, e sentir-me mais calma.</p> <p><b>PC1:</b> Sim.</p>	PC1 nota que, devido à psicoterapia, tem-se tornado numa pessoa mais calma – contrastando com a sua auto-percepção antiga, de pessoa mais nervosa.	Alívio de tensões
<b>US 9</b>	<p><b>E:</b> Há mais alguma coisa? Talvez na sua relação para com os outros, para consigo mesma...</p> <p><b>PC1:</b> Essas duas coisas também interagiram um bocado com os outros, com a forma de estar com eles. Quando havia discussões familiares, a parte do pensar antes de agir também ajudou bastante. Acho que foi isso.</p>	PC1 refere que as mudanças atingidas devido à psicoterapia influenciaram não só a sua relação consigo mesma, como a sua relação para com os outros, nomeadamente devido à maior auto-reflexão e menos impulsividade.	Mudança na relação com os outros
<b>US 10</b>	<p><b>E:</b> Há alguma coisa que tenha mudado para pior, desde o início da terapia?</p> <p><b>PC1:</b> Não.</p> <p><b>E:</b> Sente, de certa forma, que “foi sempre a subir”?</p> <p><b>PC1:</b> Sim, foi.</p>	PC1 não relata quaisquer efeitos negativos associados ao processo psicoterapêutico, sentindo que o processo foi um de constante melhoramento.	Psicoterapia sem efeitos negativos
<b>US 11</b>	<p><b>E:</b> E o que é que gostaria que tivesse mudado e que não mudou, desde o início da terapia? Algum exemplo?</p> <p><b>PC1:</b> Eu acho que não. Eu e o doutor trabalhámos um pouco de tudo, e ajudou-me com os problemas que eu tinha mais presentes, e acho que ficou tudo bem.</p> <p><b>E:</b> Portanto, não há nada que lhe ocorra que gostaria que tivesse mudado e que não mudou?</p> <p><b>PC1:</b> Não, neste momento não estou a ver.</p>	PC1 relata satisfação para com as mudanças atingidas na sua psicoterapia, referindo que recebeu a ajuda necessária para os problemas mais presentes na sua vida.	<p>Satisfação com processo terapêutico</p> <p>Satisfação com objectivos atingidos em terapia</p>
<b>US 12</b>	<b>E:</b> Queria pegar nestas duas mudanças que referiu e fazer-lhe algumas questões sobre elas. Quanto a esta primeira mudança especificamente, o estar mais pensativa, pensar antes de agir, queria-lhe perguntar pelo grau de	PC1 atribui as principais mudanças que nota em si – estar mais reflexiva, menos impulsiva e mais calma – à psicoterapia, sentindo estas mudanças como muito importantes pelo grande impacto que tiveram na sua vida.	Mudanças importantes e positivas atribuídas à psicoterapia

	<p>expectativa ou surpresa. Isto é, vou-lhe pedir para me dizer, de 1 a 5, o quanto estava à espera que isto acontecesse, sendo o “1” que “contava muito com essa mudança” e o 5 que está “muito surpreendida com essa mudança”.</p> <p><b>PC1:</b> Eu poria um 3. Porque não sabia bem, não sabia o que estava à espera.</p> <p><b>E:</b> E ainda em relação a esta mudança, acho que esta teria acontecido, ou não, se não tivesse estado em terapia? Isto é, o “1” seria “muito improvável isto acontecer sem a terapia” e o “5” é “muito provável sem a terapia isto acontecer”.</p> <p><b>PC1:</b> Ah, era o 1, talvez.</p> <p><b>E:</b> Muito improvável.</p> <p><b>PC1:</b> Sim.</p> <p><b>E:</b> Ok, portanto atribui a mudança muito à terapia.</p> <p><b>PC1:</b> Sim.</p> <p><b>E:</b> Queria-lhe também perguntar que importância atribui a esta mudança. O “1” seria sem importância e o “5” seria “extremamente importante”.</p> <p><b>PC1:</b> É o 5.</p> <p><b>E:</b> Ok, “extremamente importante”. Ia-lhe perguntar agora as mesmas coisas relativo à segunda mudança que referiu, o estar “mais calma”. “Contava muito com esta mudança”, o “1”, ou está “muito surpreendida com essa mudança”, que é o “5”?</p> <p><b>PC1:</b> É o 3.</p> <p><b>E:</b> E se não tivesse tido a terapia, esta mudança seria (1) muito improvável, até (5) muito provável.</p> <p><b>PC1:</b> É um 2.</p> <p><b>E:</b> Portanto, acha que era algo improvável esta mudança ter acontecido sem a terapia.</p> <p><b>PC1:</b> Exacto.</p> <p><b>E:</b> E o quão importante era esta mudança para si, de 1 a 5?</p> <p><b>PC1:</b> Era 5, também.</p> <p><b>E:</b> Foram mudanças muito importantes para si.</p> <p><b>PC1:</b> Sim, porque fizeram muita diferença na minha vida.</p>		
<p><b>US 13</b></p>	<p><b>E:</b> E de um modo geral, na sua opinião, o que é que acha que esteve na origem destas mudanças?</p>	<p>PC1 atribui as mudanças positivas ocorridas em psicoterapia devido ao apoio e influência directa do</p>	<p>Influência do terapeuta ajuda a proporcionar mudanças</p> <p>Relação com o terapeuta</p>

	<p><b>PC1:</b> Eu acho que... não sei explicar bem... à medida que eu ia tendo um problema, falava com o doutor. E ele ia-me dando conselhos, e eu punha esses conselhos em prática.</p> <p><b>E:</b> Ok. Sente que isso pode ter estado na origem destas mudanças que relatou?</p> <p><b>PC1:</b> Sim, foi, também.</p> <p><b>E:</b> Mais alguma coisa que pensa poder ter estado na origem destas mudanças?</p> <p><b>PC1:</b> Eu penso que foi basicamente isso. Eu tinha ali um apoio que me dava ali os conselhos, que me ajudava a ver as coisas de outra forma. Era uma relação importante. Penso que foi muito isso que me ajudou a mudar.</p>	<p>psicoterapeuta – influência essa que por vezes era de carácter directivo, onde o terapeuta dava conselhos, que ajudavam a criar uma nova atitude na cliente para com os seus obstáculos.</p>	
<p><b>US 14</b></p>	<p><b>E:</b> Ok. Queria-lhe também perguntar algo sobre os seus recursos pessoais. Que pontos fortes pessoais ajudaram a fazer uso da terapia para lidar com os seus problemas?</p> <p><b>PC1:</b> Acho que foi a coragem. Acho que foi principalmente isso. E a força de vontade, para mudar.</p> <p><b>E:</b> E na sua vida actual, por exemplo questões de emprego, família, etc, que factores ajudaram a fazer uso da terapia para lidar com os seus problemas?</p> <p><b>PC1:</b> Hm, não muito, não muito... Fui só mesmo eu, sozinha.</p> <p><b>E:</b> Sente que a mudança em terapia deveu-se mais aos seus recursos internos.</p> <p><b>PC1:</b> Sim, foi.</p>	<p>PC1 refere a sua coragem e força de vontade como factores internos que ajudaram a tirar benefícios da psicoterapia. Sente que os recursos externos não contribuíram significativamente para a sua mudança em psicoterapia.</p>	<p>Importância dos recursos internos</p>
<p><b>US 15</b></p>	<p><b>E:</b> Então gostava de lhe colocar a questão ao contrário: há algum ponto pessoal, chamemos-lhe mais “fraco”, que terá tornado mais difícil o uso da terapia para lidar com os seus problemas?</p> <p><b>PC1:</b> Foi eu ter medo de várias reacções por parte dos outros, com a minha mudança.</p> <p><b>E:</b> Sente que isso poderia impedir um maior avanço na sua terapia?</p> <p><b>PC1:</b> Sim.</p> <p><b>E:</b> E da sua situação de vida, algum elemento externo como família, relações, trabalho, que sente ter</p>	<p>PC1 refere as pressões externas, principalmente familiares, que comprometiam os avanços psicoterapêuticos. Sente que a família não apoiava o seu processo terapêutico, e tinha medo das reacções de outras pessoas quanto às mudanças que iam ocorrendo em si.</p>	<p>Obstáculos externos ao avanço psicoterapêutico</p>

	<p>tornado mais difícil para si o uso da terapia?</p> <p><b>PC1:</b> Foi, foi a família. Um bocado.</p> <p><b>E:</b> Podia-me falar um pouco sobre isso?</p> <p><b>PC1:</b> Porque era um pouco difícil, às vezes, conciliar as sessões com... Eu tinha de lá estar no hospital... Pronto, havia ali muitas complicações com a família.</p> <p><b>E:</b> Portanto havia uma dificuldade de conciliação de tempo mas também de natureza pessoal?</p> <p><b>PC1:</b> Sim. Sim, era tempo e... Havia pessoas que não concordavam, por exemplo.</p> <p><b>E:</b> Podia-me falar um bocadinho disso?</p> <p><b>PC1:</b> Que achavam que eu não precisava (da terapia).</p>		
<b>US 16</b>	<p><b>E:</b> E como é que sentiu isso?</p> <p><b>PC1:</b> Senti que precisava.</p> <p><b>E:</b> Ok. E sentiu isso como uma pressão, foi-lhe difícil...?</p> <p><b>PC1:</b> Ao início sim. Mas depois... Depois consegui conciliar as coisas.</p>	Apesar de pressões externas, PC1 sentia a psicoterapia como importante para si	Motivação intrínseca para mudar
<b>US 17</b>	<p><b>E:</b> Muito bem. Estamos aqui a chegar a uma fase final, queria-lhe pedir se me podia resumir o que acha que foi útil em relação à terapia, para si. E, se possível que indicasse exemplos.</p> <p><b>PC1:</b> Foi útil para mudar as minhas acções para com outras pessoas. Lembro-me, por exemplo, havia discussões – alterar a minha postura perante essas discussões. Não ser muito exaltiva ou muito... Pronto, ser mais calma. E pensar antes de falar. Foi aí que eu senti mais diferença.</p> <p><b>E:</b> Foi o que achou que foi mais útil.</p> <p><b>PC1:</b> Exactamente.</p>	PC1 nota, como principais mudanças devido à psicoterapia, uma maior capacidade de auto-gestão que a ajudou a lidar melhor com relações sociais/familiares.	Mudança na relação com os outros
<b>US 18</b>	<p><b>E:</b> Houve algum evento especialmente significativo dentro de sessão, que se lembre?</p> <p><b>PC1:</b> Lembro-me do doutor ter dito para eu não ter medo de arriscar. E pronto, então isso esteve sempre na minha memória, ajudou-me. Eu a pensar nisso. E quando ia para agir, pensava nessa frase e ajudava-me.</p> <p><b>E:</b> Ok, trouxe isso consigo e ajudou-a.</p> <p><b>PC1:</b> Sim.</p>	PC1 relata uma ideia específica do terapeuta que a ajudou, a ideia de “não ter medo de arriscar”.	Influência do terapeuta ajuda a proporcionar mudanças

	<p><b>E:</b> Há mais algum evento significativo, que se lembre?</p> <p><b>PC1:</b> Não me estou a lembrar de mais nada.</p>		
<b>US 19</b>	<p><b>E:</b> Muito bem. Relativamente à terapia, sentiu que houve alguma coisa que tenha sido um obstáculo, inútil ou até decepcionante? Pode dizer um aspecto geral, ou um aspecto específico do terapeuta...</p> <p><b>PC1:</b> Não, não. Não tenho nada a apontar.</p> <p><b>E:</b> E houve situações difíceis dentro de sessão mas, no final, boas e úteis para si?</p> <p><b>PC1:</b> Sim, acho que tudo valeu a pena, todas as sessões, mesmo as mais difíceis. Gostei muito.</p> <p><b>E:</b> E já agora, o que acha que faltou no seu acompanhamento?</p> <p><b>PC1:</b> O que faltou? Eu acho que não faltou nada.</p>	<p>PC1 não relata nenhum aspecto negativo relacionado à psicoterapia, sentindo que até as sessões mais difíceis tiveram valor. Não sente que tenha faltado nada à psicoterapia.</p>	<p>Satisfação com processo terapêutico</p>
<b>US 20</b>	<p>Acho que, se pudesse, teria continuado mais. Mas, pronto, não era uma decisão minha. Mas gostava de ter continuado.</p> <p><b>E:</b> Sentiu que teria beneficiado de mais tempo em terapia.</p> <p><b>PC1:</b> Sim, sim.</p>	<p>PC1 sente que gostaria de ter beneficiado de mais tempo em psicoterapia.</p>	<p>Insatisfação com a duração/periodicidade da psicoterapia</p>
<b>US 21</b>	<p><b>E:</b> Queria-lhe também perguntar mais especificamente sobre o seu terapeuta. Podia-me dizer mais sobre como sentiu a vossa relação?</p> <p><b>PC1:</b> Foi boa, porque ele ouvia-me sempre, dava-me sempre bons conselhos, era simpático. Por isso acho que resultou bem.</p>	<p>PC1 sentiu como positiva a relação com o psicoterapeuta, destacando o facto deste ser simpático, de se sentir ouvida e de receber conselhos adequados à sua situação.</p>	<p>Relação com o terapeuta</p>
<b>US 22</b>	<p><b>E:</b> Há alguma característica específica dele, pessoal ou profissional, que acha que contribuiu especialmente para o desfecho positivo da terapia?</p> <p><b>PC1:</b> Foi o conseguir falar comigo sobre tudo, sem problemas. Acho que foi isso. Conseguir abrir-se para mim, falar, deixar que eu falasse também.</p> <p><b>E:</b> Portanto demonstrar algum à vontade.</p> <p><b>PC1:</b> Sim.</p> <p><b>E:</b> E flexibilidade?</p> <p><b>PC1:</b> Também.</p> <p><b>E:</b> O vosso ritmo em sessão... Notou isso? Como é que isso foi vivido?</p>	<p>PC1 refere um conjunto de características do seu terapeuta que a ajudaram a beneficiar mais da psicoterapia. Entre estas características, destaca a capacidade do terapeuta conseguir falar adequadamente, inclusive sobre si mesmo, a sua flexibilidade em sessão e a sua influência directa e activa, na forma de conselhos ou pareceres específicos.</p>	<p>Características do terapeuta potenciadoras do processo psicoterapêutico</p> <p>Relação com o terapeuta</p>

	<p><b>PC1:</b> Eu falava sobre os meus problemas, sobre o que se tinha passado nessa semana. E depois o doutor falava também, a explicar se eu tinha feito alguma coisa má, se não, o que é que eu podia ter feito... Pronto, era assim uma troca de ideias.</p> <p><b>E:</b> Portanto, o terapeuta também tinha o à vontade de lhe dar, como disse, “conselho”, ideias específicas.</p> <p><b>PC1:</b> Sim, sim.</p> <p><b>E:</b> Portanto sentiu um contributo activo da parte do terapeuta.</p> <p><b>PC1:</b> Exactamente.</p>		
US 23	<p><b>E:</b> A última coisa que lhe queria perguntar tem que ver com aquelas medidas que preencheu no início e fim de cada sessão. De alguma forma, essas medidas foram discutidas em sessão, com o terapeuta?</p> <p><b>PC1:</b> Foram, foram. Na primeira sessão foram discutidas, e na última também.</p> <p><b>E:</b> O que é que discutiram?</p> <p><b>PC1:</b> Na última perguntámo-nos o que é que tinha mudado, e na primeira o porquê de eu me sentir daquela forma.</p> <p><b>E:</b> E ao longo do acompanhamento, tirando a primeira e última sessão, as medidas foram discutidas de alguma forma?</p> <p><b>PC1:</b> Foram, de vez em quando perguntava-me “olha, então como é que te sentes desde o início da sessão”. E... Pronto.</p>	PC1 relata que os sistemas de <i>feedback</i> fizeram parte integral do processo terapêutico, sendo fonte de conversa recorrente ao longo do processo.	Presença dos sistemas de <i>feedback</i> ao longo da psicoterapia
US 24	<p><b>E:</b> Sentiu alguma possível vantagem ou desvantagem quanto ao uso das medidas?</p> <p><b>PC1:</b> Desvantagem não. Vantagem, sim, talvez. Porque foi uma forma diferente de começar a sessão. Começámos a sessão a falar daquilo e depois foi um à vontade, não tive receio de falar.</p> <p><b>E:</b> Não sei se percebi bem: está-me a dizer que preencher as medidas no início da sessão pode ter ajudado a criar algum à vontade?</p> <p><b>PC1:</b> Sim! Porque se começava logo ali a falar, sem constrangimento...</p> <p><b>E:</b> Portanto, o acto de se focarem logo no problema ajudou?</p>	PC1 relata os sistemas de <i>feedback</i> como uma influência positiva na psicoterapia, ajudando-a a falar mais rapidamente de temas difíceis, que de outro modo talvez não abordasse. Sentiu estes sistemas de <i>feedback</i> como um “guia”, ajudando a terapia a focar-se em questões relevantes para a cliente.	Impacto dos sistemas de <i>feedback</i>  Importância de definir objectivos e tarefas terapêuticas

	<p><b>PC1:</b> Sim, eu acho que sim. Acho que as medidas serviam de guia, ajudavam a começar a falar de coisas importantes. E a definir coisas, pensar no que nos podíamos focar. Isso era importante.</p> <p><b>E:</b> Acha que teria sido mais difícil de falar de certas coisas se não fosse pelas medidas?</p> <p><b>PC1:</b> Acho que sim. Pelo menos da minha parte, teria menos iniciativa para o fazer.</p>		
<b>US 25</b>	<p><b>E:</b> De que modo é que sentiu que o terapeuta se tentou adaptar a esse feedback que ia dando?</p> <p><b>PC1:</b> Hm, não sei. Talvez ele me fosse perguntando coisas, ia vendo os apontamentos dele...</p> <p><b>E:</b> Houve alguma situação concreta em que se lembra de ter escrito algo nas medidas, e que depois tenha sido falado explicitamente?</p> <p><b>PC1:</b> Sim, nós preenchíamos todas as sessões um gráfico, e falávamos sobre isso. Se houvesse alguma mudança falávamos sobre isso.</p> <p><b>E:</b> Há alguma diferença na terapia que acha que poderia ter acontecido caso não tivesse preenchido estas medidas?</p> <p><b>PC1:</b> Não sei... acho que não.</p> <p><b>E:</b> Sente que não era particularmente importante para a sua sessão.</p> <p><b>PC1:</b> É assim, era, só que se não houvesse também falávamos na mesma. Acho que o doutor me perguntaria à mesma se tinha gostado da sessão.</p>	Embora PC1 não acredite que estas medidas fossem essenciais ao processo terapêutico, nem que tenham tido uma influência relevante sob a postura do terapeuta, viu-as como uma ajuda para começar a falar de coisas importantes e para registar e reflectir sobre a evolução ao longo do tempo.	<p>Influência dos sistemas de <i>feedback</i> nas intervenções do psicoterapeuta</p> <p>Importância da monitorização de resultados</p>
<b>US 26</b>	As medidas serviam mais de guia, e ajudavam para ver como ia evoluindo com o tempo. E ajudavam-me no sentido em que rapidamente começava a falar de coisas importantes.	PC1 volta a referir a importância dos sistemas de feedback a nível pessoal, ajudando-a a começar a falar de coisas importantes. Os sistemas serviam também de registo e forma de reflexão conjunta para a evolução terapêutica ao longo do tempo.	<p>Impacto dos sistemas de <i>feedback</i></p> <p><i>Feedback</i> como “guia”</p>
<b>US 27</b>	<p><b>E:</b> Estamos mesmo no fim, queria-lhe só perguntar se gostava de acrescentar alguma coisa quanto ao seu processo e ao que falámos.</p> <p><b>PC1:</b> Foi um processo bom, ajudou-me bastante. A relação, os conselhos do doutor... E uma conclusão é que aconselharia a outras pessoas!</p>	PC1 termina por relatar estar satisfeita com o processo terapêutico, tendo este ajudado bastante.	Satisfação com processo terapêutico

	E: Obrigado.		
--	--------------	--	--

## Análise das transcrições utilizando o método fenomenológico

### CASO PT1

	<b>Unidades de significado</b>	<b>Transformação das Unidades de Significado em Unidades de Significado Psicológico</b>	<b>Dimensões eidéticas ou constituintes chave</b>
<b>US 1</b>	<p><b>E:</b> Queria perguntar ao PT1, antes de mais, se nos poderia dar uma definição pessoal de psicoterapia.</p> <p><b>PT1:</b> Uma boa questão! Será que eu tenho uma definição pessoal de psicoterapia? Basicamente, para mim a psicoterapia é qualquer coisa como “estar com as pessoas”. E fazer algum trabalho que está, se calhar, muito longe de técnicas, ou de o que quer que seja. Não é, claramente, uma técnica, para mim. É sobretudo uma maneira de estar diferente com as pessoas, que tem uma mais valia que é um resultado – ou não, que às vezes se consegue ou não – de as conseguir fazer ultrapassar dificuldades que têm na vida. Ser psicoterapeuta é estar de um modo diferente do que os outros todos estão no dia-a-dia. E que pode ter esse efeito positivo, independentemente dos modelos ou do que quer que seja.</p> <p><b>E:</b> Isso é útil porque faz ponte com outra coisa que lhe queria perguntar, que é o que é que acha mais relevante numa psicoterapia. Deu aí uma luz ao referir mais a qualidade do “estar” que as técnicas.</p> <p><b>PT1:</b> Sim. Tudo tem o seu lugar, acho que. Não podemos ser indiferentes às técnicas, e usamo-las.</p>	<p>PT1 define a terapia como um modo específico de “estar” com a outra pessoa. Essa característica de “estar” adequadamente é, para PT1, o principal mediador de resultados positivos do acompanhamento psicológico, muito para lá das técnicas específicas utilizadas e do modelo praticado – embora estes também sejam factores valorizados.</p>	<p>Qualidade da presença do terapeuta como mediador de resultados em psicoterapia</p>
<b>US 2</b>	<p>Mas, sobretudo, diria que... Poderia voltar a dizer a pergunta?</p> <p><b>E:</b> Vou-lhe perguntar de outra forma: que ingredientes acha que são mais</p>	<p>PT1, congruente com a resposta anterior, vê a qualidade da relação terapêutica como o factor mais relevante para o sucesso da psicoterapia. Este factor é descrito como o essencial – isto é, sem</p>	<p>A qualidade da relação como principal factor de sucesso terapêutico</p>

	<p>valiosos para o sucesso de uma psicoterapia?</p> <p><b>PT1:</b> Ah, sim. Eu penso que isso é fácil de responder: é a relação que se consegue criar com as pessoas com quem estamos a trabalhar. É o ingrediente mais valioso, porque se ele não existir, se não conseguirmos criar uma boa relação com as pessoas, não há psicoterapia. É a relação. O resto, pode estar melhor ou pior... Para mim, é uma resposta directa, telegráfica. Mas é assim, pela minha experiência.</p>	<p>ele, não seria possível o avanço terapêutico.</p>	
<b>US 3</b>	<p><b>E:</b> Então e para si o que seria um ideal de psicoterapeuta? O que é que faz um bom psicoterapeuta?</p> <p><b>PT1:</b> Aí, se calhar, não sei se vou ser muito desconcertante ou não, mas sobretudo, acho eu, é a capacidade de nos mantermos abertos a uma auto-avaliação, uma auto-crítica constante. Auto-análise. Porque é um trabalho que nunca é acabado. O que é bastante exigente, porque nos obriga a constantemente estarmos a questionar-nos sobre nós próprios. Acho que é sobretudo esse aspecto que faz a diferença.</p> <p><b>E:</b> Portanto, essa característica de auto-monitorização, de auto-análise.</p> <p><b>PT1:</b> Exacto, eu acho isso fundamental.</p>	<p>PT1 descreve o seu ideal de psicoterapeuta como o profissional capaz de uma constante auto-monitorização adequada. Outras expressões possíveis para esta característica: auto-crítica, auto-avaliação ou auto-análise.</p>	<p>A importância da auto-monitorização do terapeuta</p>
<b>US 4</b>	<p><b>E:</b> Que outras componentes acha que podem definir um bom psicoterapeuta?</p> <p><b>PT1:</b> Bom, depois voltamos um bocadinho à questão da relação, que é a ancoragem. Porque é impossível estar com todas as pessoas da mesma maneira e, portanto, a questão da abertura, de nos adaptarmos, de ter uma boa auto-análise, para mim tudo anda à volta desses pontos, que são os fundamentais. As outras coisas são importantes mas, para mim, não têm a mesma relevância.</p> <p><b>E:</b> Portanto, a importância de ter uma boa capacidade de auto-análise de modo a conseguir estabelecer uma boa relação.</p> <p><b>PT1:</b> Exacto. São as duas componentes. Depois o resto é um bocado acessório.</p>	<p>PT1 refere a capacidade de estabelecer uma boa relação com o cliente como outra característica fundamental do bom terapeuta – sendo por isso necessária uma capacidade de se adaptar à pessoa única à sua frente. De novo, a auto-análise surge como fundamental de modo a conseguir ter esta capacidade responsiva para com as necessidades do cliente.</p>	<p>A importância da responsividade em psicoterapia</p>

<p><b>US 5</b></p>	<p><b>E:</b> Gostava agora de perguntar sobre o PT1, especificamente. Quais é que acha que são as características que o definem dentro de sessão? O que é que sobressai quando pensa em si como terapeuta?</p> <p><b>PT1:</b> Não é propriamente um raciocínio ou uma análise minha, mas teve uma certa ressonância: tenho alguns colegas de curso, de terapeutas que já o são há muitos anos, e um dos comentários que me têm feito é sobre a minha disponibilidade para conseguir estar efectivamente lá com as pessoas. E eu, de facto, reconheço que é mesmo assim. Digamos que é algo que me define, mais do que o resto.</p>	<p>PT1 descreve-se, essencialmente, como um terapeuta disponível para o outro, com grande capacidade para estar “presente” com o cliente.</p>	<p>Qualidade da presença do terapeuta como mediador de resultados em psicoterapia</p>
<p><b>US 6</b></p>	<p>E, depois, gosto muito do modelo. De facto, esta abordagem, a fenomenológico-existencial, é qualquer coisa que me dá um suporte que, se estivesse em qualquer outro modelo, não conseguiria ser terapeuta.</p> <p><b>E:</b> De que modo é que acha que esse modelo influencia a sua postura em terapia?</p> <p><b>PT1:</b> Tive essencialmente um professor em Coimbra, muito ancorado na perspectiva fenomenológica, que foi muito marcante na minha maneira de estar em psicologia. Não me consigo rever nas abordagens dinâmicas, comportamentais, sistémicas... E tenho alguma dificuldade em ver outras pessoas destas outras áreas (<i>risos</i>). Aliás, eu não teria ido para a área clínica se não fosse por este modelo. Há esta ênfase na relação.</p> <p><b>E:</b> Houve um bom “match”.</p> <p><b>PT1:</b> Houve, sem dúvida, esse “match”.</p>	<p>PT1 refere a importância pessoal do seu modelo terapêutico, o fenomenológico-existencial, com o qual se identifica muito – destacando a importância dada, no modelo, à relação terapêutica.</p>	<p>Importância do modelo psicoterapêutico</p>
<p><b>US 7</b></p>	<p><b>E:</b> E quais são os principais desafios que sente no contexto profissional? Já falou da necessidade de auto-monitorização. Que outras dificuldades associa à sua actividade?</p> <p><b>PT1:</b> Eu acho que vivo... Acho que todos os terapeutas vivem um bocado isto... Que é às vezes querer ir um bocado mais depressa que o cliente. A pessoa está ali, conseguimos de</p>	<p>PT1 destaca como principais dificuldades na sua actividade profissional o conseguir estar no processo <i>ao ritmo do cliente</i>, não apressando a terapia nem esperando resultados demasiado rápidos – voltando a tocar, assim, no tema de responsividade; e a capacidade técnica de fazer leitura e conceptualização de caso.</p>	<p>Dificuldades do terapeuta</p> <p>Dificuldade de se adaptar ao ritmo do cliente</p> <p>Dificuldade de ler e conceptualizar o caso clínico</p>

	<p>alguma forma clarificar para onde é que vamos, e às vezes queremos ir um bocadinho mais depressa do que o que devemos. E as coisas correm sempre mal! E essa capacidade de abrandar é importante. Depois há uma coisa que é conseguir fazer a leitura dos casos, adoptar a intervenção mais adequada, a utilização de determinadas técnicas... mas são coisas que não me preocupam muito, tenho noção que sou novato nestas coisas. Vou aprendendo. Mas é sobretudo esse aspecto de conseguir ir ao ritmo do outro, de não apressar as coisas.</p>		
<b>US 8</b>	<p><b>E:</b> O R. teve ou tem algum contacto com supervisão ou intervenção, e se sim de que maneira o tem influenciado? O que tem sido mais significativo?</p> <p><b>PT1:</b> Sim, até ao final do ano tenho incluído supervisão de casos, na formação que estou a fazer. A questão da supervisão é uma questão muito interessante, porque cada terapeuta tem o seu estilo, os seus pontos fortes e fracos. Já tive a oportunidade de ter diferentes supervisores, com diferentes estilos e influências, e digamos que a sensação que eu sempre tenho é que há sempre um valor acrescentado que a gente tira da supervisão – independentemente da pessoa ser mais para o lado teórico ou prático, ou se se foca mais no próprio terapeuta... No fundo, o que está em causa é isso. Não se trata só da interpretação dos casos, talvez 90% é mais como é que nós, terapeutas, estamos. A supervisão será sempre uma mais valia, e é uma mais valia ter a experiência de trabalhar com diferentes supervisores. A diversidade é um valor acrescentado.</p> <p><b>E:</b> O R. mencionou a importância do foco no próprio terapeuta, em supervisão.</p> <p><b>PT1:</b> Sim, retira-se muito mais quando se põem as coisas nessa perspectiva. E é, sem dúvida, mais um apoio no sentido da auto-monitorização.</p>	<p>PT1 descreve o processo de supervisão como particularmente importante pelo seu foco no psicoterapeuta – mais ainda que pelo foco no cliente –, sendo por isso um apoio da auto-monitorização que vê como fundamental para os resultados positivos em psicoterapia. Refere também que a supervisão, e diferentes experiências com diferentes supervisores, é sempre uma mais valia.</p>	<p>A supervisão eficaz devido ao foco no terapeuta e auxílio na sua auto-monitorização</p>
<b>US 9</b>	<p><b>E:</b> Ao longo da sua experiência como psicoterapeuta, quais foram as principais mudanças que notou em si,</p>	<p>PT1 nota hoje um conjunto de características em si, como terapeuta, que contrastam com o seu passado. Refere</p>	<p>Importância da descontração e confiança do psicoterapeuta</p>

	<p>desde que começou a sua actividade de psicoterapia? Em sessão, digo.</p> <p><b>PT1:</b> Acho que são duas coisas que estão interligadas, que é o facto de, à medida que se vai ganhando calo, está-se mais à vontade... à medida que se consegue fazer uma leitura do caso, está-se mais à vontade... e a grande diferença é depois, de certa forma, fazer as coisas com mais naturalidade, não estar tão preocupado a pensar “deixa cá ver que tinha de intervenção vou fazer agora”. As coisas surgem com mais naturalidade, e há uma maior capacidade de aproveitar aquele tempo.</p> <p><b>E:</b> Podia-me dar um exemplo sobre como era o R. em sessão, em início de carreira, contrastando com agora?</p> <p><b>PT1:</b> Estou-me a lembrar de um dos primeiros clientes que tive, e estou-me a lembrar da sensação de estar um bocado perdido, não saber bem o que estava a fazer. E, comparado com hoje, o nível de descontração é completamente diferente. Acho que é diferença é fundamental.</p> <p><b>E:</b> E o que é que acha que contribuiu mais para essa descontração que foi ganhando?</p> <p><b>PT1:</b> É um pouco o sentir mais confiança. É quase como conduzir um carro: quando a gente começa a ter as primeiras lições, aquilo faz tudo uma confusão... Depois já se faz sem pensar. Vai-se estando com maior naturalidade na própria sessão.</p>	<p>hoje sentir-se mais confiante e à vontade em sessão e na leitura do caso, devido à experiência clínica acumulada.</p>	
<p><b>US 10</b></p>	<p><b>E:</b> Voltando um pouco às questões gerais da psicoterapia, gostava de lhe perguntar sobre a mudança em terapia – de onde acha que ela vem, ou de quem. Acredita no papel activo do terapeuta, ou se a maior parte da mudança parte do próprio cliente...</p> <p><b>PT1:</b> É uma questão interessante. Eu diria que quem consegue a mudança são as pessoas. Não é um programa de computador, onde se metem parâmetros... E sobretudo, acho que a gente consegue marcar a diferença quando tocamos no ponto certo na hora certa. E depois a pessoa faz o trabalho.</p>	<p>PT1 destaca aqui a importância do cliente na sua própria mudança. O terapeuta é visto como uma ajuda que poderá “abrir portas” ou “semear” possíveis mudanças que, no fundo, terão de ser efectuadas, em última análise, pela própria pessoa.</p>	<p>Importância de factores do cliente para os resultados da psicoterapia</p>

	<p>O terapeuta só abre portas. Às vezes fazemos intervenções que, na altura, nem damos grande importância, e uma ou duas sessões depois a pessoa diz-nos “você abriu ali qualquer coisa, deixou-me a pensar naquilo”. Mas quem faz o trabalho são as pessoas, nós estamos lá para abrir a janela. Vamos semeando alguma coisa.</p>		
<b>US 11</b>	<p><b>E:</b> Passando um pouco para a sua cliente, PT1, queria-lhe perguntar antes de mais, na sua visão, qual era o principal pedido, o motivo de vinda desta cliente, a PC1.</p> <p><b>PT1:</b> A relação que ela tinha com alguns familiares era, de facto, uma situação muito complicada. Vivia com o pai, o pai faleceu... O motivo da consulta dela era como é que ela havia de lidar com aquele sistema familiar muito complicado. Sentia-me muito maltratada. Com agressividade, por vezes ao ponto de chegar perto da agressão física. E, portanto, isso era o grande problema dela. E o grande problema dela era o de estar enclachada ali no projecto de vida. É uma miúda muito nova, com 18 anos e, portanto, é uma questão mais profundo, com antecedentes familiares muito complicados. Algumas situações de vida complicadas – a mãe, imigrada, não queria saber dela... O grande problema dela tinha que ver com o querer definir um caminho para a vida dela. Outra pessoa com ideias mais claras já teria, provavelmente saído daquela casa, e tinha-se posto à vida e borrifado naquela gente toda.</p> <p><b>E:</b> E esse foi o foco principal ao longo do acompanhamento com a PC1?</p> <p><b>PT1:</b> Sim, foi esse o foco principal.</p>	<p>PT1 descreve o pedido da cliente PC1. Esta apresentava uma situação familiar complexa, com antecedentes sistémicos difíceis, provocadores de grande angústia emocional. Existia também uma falta de rumo pessoal na vida desta cliente, uma necessidade de definir um caminho pessoal.</p>	<p>O pedido do cliente</p>
<b>US 12</b>	<p>Eu acho que, nestes modelos curtos de intervenção... Eu já tinha tido bons resultados com outros clientes em 12 sessões, por isso já acreditava que era possível beneficiar destas terapias a curto prazo. Agora, é preciso usar muito bem as primeiras sessões.</p>	<p>PT1 salienta a importância de aproveitar adequadamente as primeiras sessões de intervenções limitadas no tempo/breves, de modo a garantir resultados positivos.</p>	<p>Importância das primeiras sessões para o sucesso de intervenções terapêuticas breves</p>
<b>US 13</b>	<p>E no caso da PC1, não consegui fazer isso.</p> <p><b>E:</b> Fale-me sobre isso.</p>	<p>PT1 refere como o primeiro uso dos sistemas de feedback era acompanhado</p>	<p>Dificuldades associadas ao uso de sistemas de <i>feedback</i></p>

	<p><b>PT1:</b> Encolhi-me ali um bocado, em relação à PC1. Estava a usar o sistema de feedback pela primeira vez, e aquilo era uma coisa que me estava a assustar imenso.</p>	<p>por algum medo, influenciando o seu desempenho inicial em terapia.</p>	
<p><b>US 14</b></p>	<p>E fiquei ali um bocado encajado, enrolado, com o problema da PC1. Depressiva, por assim dizer. E faltou-me um bocado a coragem.</p>	<p>PT1 relata as dificuldades em intervir adequadamente nas primeiras sessões com PC1, devido a características da cliente e incertezas pessoais.</p>	<p>Dificuldades associadas a características da cliente</p>
<p><b>US 15</b></p>	<p>Tem de ser logo, nas primeiras sessões.  <b>E:</b> O que quer dizer com “tem de ser logo”?  <b>PT1:</b> Digamos que tem de se tocar ali em dois ou três pontos, na primeira, segunda sessão, para deixar ali qualquer coisa. Não é só estar ali a passar a mão, perceber... É preciso fazer qualquer coisa logo nas primeiras sessões. Em termos de intervenção, mais desafios. Não quer dizer que seja uma coisa muito confrontativa, nem pode ser, porque senão estamos sujeitos a ter ali logo uma desistência. Mas é preciso agarrar na problemática, deixando ali um desafio. Eu tenho essa sensação, que é preciso fazer isso. No caso da PC1, vá-se lá saber (<i>risos</i>). Tanto que, no caso que tive depois da PC1, fiquei com esta sensação e arrisquei no sentido de ser um pouco mais desafiante na primeira sessão, e senti que resultou mesmo. Com pessoas diferentes, de forma diferente, isto parece ser importante num modelo de intervenção curta. Deixar ali qualquer coisa que depois abre...</p>	<p>PT1 refere a importância de, em terapias breves, facultar uma intervenção não apenas de espaço seguro e empático, mas também com alguns elementos de “desafio”. PT1 sente que este equilíbrio entre validação e desafio foi importante na primeira sessão com PC1.</p>	<p>Importância das primeiras sessões para o sucesso de intervenções terapêuticas breves</p>
<p><b>US 16</b></p>	<p><b>E:</b> Esteve 14 sessões com a PC1.  <b>PT1:</b> 14 sessões, exacto.  <b>E:</b> Como é que sentiu esta restrição temporal?  <b>PT1:</b> É assim, eu acho que a PC1 beneficiou de algumas coisas da psicoterapia. Agora, nós ficámos muito – e aí, também por responsabilidade minha – por um tipo de conversa muito à superfície. Ficámos a falar das coisas sem falar muito da PC1, falar dos acontecimentos e não tanto sobre como a PC1 estava perante estas situações. Isto foi um trabalho que não consegui fazer tão bem. Ela faz algumas mudanças, ao fim de poucas sessões, e</p>	<p>PT1 acredita que PC1 beneficiou da terapia, embora se responsabilize por sentir que a cliente não teve todos os ganhos terapêuticos que poderia ter tido. Embora não sinta terem existido rupturas na aliança terapêutica, diz que as suas inseguranças não permitiram um acompanhamento mais “profundo”.</p>	<p>Percepção da terapia como menos proveitosa para o cliente devido a inseguranças do terapeuta</p>

	<p>houve uma altura no processo em que pensei “isto agora vai engrenar e ela vai começar a ir para a frente”, mas depois caiu tudo. Depois nunca mais se endireitou até ao fim.</p> <p><b>E:</b> Houve situação na vossa relação, especificamente, em que sentiu um quebra na aliança?</p> <p><b>PT1:</b> Eu penso que não... Não sei... Eu acredito sempre que a terapia acaba por ter resultados quando a gente consegue estabelecer relações mais empáticas, etc. Acho que o nível de relação com a PC1 não foi suficientemente profundo. Acho que aquelas minhas inseguranças não ajudaram.</p> <p><b>E:</b> Portanto, não foi tanto uma quebra, mas o não ter chegado ao ponto que queria.</p> <p><b>PT1:</b> Exacto. Eu diria que não houve propriamente uma quebra.</p>		
<p><b>US 17</b></p>	<p><b>E:</b> Queria-lhe perguntar também sobre os sistemas de feedback. Antes de mais, o que é que pensa sobre estes? Qual é a sua sensação geral para com eles, o ORS e o SRS?</p> <p><b>PT1:</b> A medida, por si só, eu acho que é interessante, quer um indicador, quer o outro. Digo isto porque depois decidi fazer uma experiência com um outro cliente meu, e eu acho que, por incrível que pareça, a fidelidade da medida em relação às dimensões que pretende fazer reflectir... Acho que tem um resultado bastante fiável.</p>	<p>PT1 refere que, quanto aos sistemas de feedback em psicoterapia, a sua experiência indica que estes – surpreendentemente – tendem a ser muito eficazes na avaliação das dimensões em causa.</p>	<p>Sistemas de <i>feedback</i> bastante fiáveis quanto às dimensões que pretendem avaliar</p>
<p><b>US 18</b></p>	<p>O SRS acho que é muito interessante. Eu diria que o SRS é muito útil naquele sentido em que, se nós pudermos usar bem o SRS, até percebendo que a pessoa nos está a colocar lá como o “melhor terapeuta do mundo”, é muito, muito bom. Porque, por exemplo, há uma sessão que nos corre mal e em que a pessoa nos avalia por cima daquilo que nos tem vindo a avaliar – podemos falar sobre isso, e às vezes surgem coisas interessantes. No sentido de que, “ok, afinal eu estava convencido que as minhas melhores sessões eram aquelas em que dava alguma directividade” e, depois, a pessoa dá-</p>	<p>PT1 relata a utilidade do SRS no sentido de ajudar a corrigir ideias pré-concebidas sobre o que parece ser mais útil em sessão e para o cliente. Ajuda a entender oscilações entre as sessões com o cliente, promover um diálogo sobre o tema, e entender mais facilmente a vivência do cliente em terapia.</p>	<p><i>Feedback</i> ajuda entender a vivência do cliente em terapia e a postura terapêutica mais adequada a adoptar</p>

	<p>nos uma indicação exactamente ao contrário. É um feedback interessante. Esse tipo de feedbacks podemos retirar a partir de uma oscilação na medida, ou quando surge uma sessão muito diferente.</p>		
<b>US 19</b>	<p>Só o facto de podermos pôr estas questões ali, em cima da mesa, e falar sobre elas, e partilhar, dá resultados excelentes.</p> <p><b>E:</b> A medida ajuda a abrir conversa.</p> <p><b>PT1:</b> Ajuda a abrir. É mais do que, “então como foi a sessão?” “foi boa”. Em relação ao SRS, portanto, acho que é bastante interessante e pode ser bastante útil.</p>	<p>PT1 valoriza a capacidade dos sistemas de feedback permitirem o iniciar de conversas e reflexões com o cliente que, de outro modo, poderiam não existir ou ser mais pobres. Esta característica é vista como bastante útil da parte do terapeuta.</p>	<p><i>Feedback</i> permite colocar questões e iniciar reflexões com o cliente</p>
<b>US 20</b>	<p>Em relação ao ORS, podemos utilizá-la e também é bastante fidedigna, e dá-nos uma boa leitura de como é que a pessoa está a evoluir. Eu acho que tem ali um potencial que ainda não sei explorar muito bem, mas tem sido interessante.</p>	<p>PT1 refere que o ORS é particularmente útil no sentido de fornecer uma leitura da evolução do cliente ao longo do processo terapêutico.</p>	<p><i>Feedback</i> ajuda a monitorizar a evolução do cliente em terapia</p>
<b>US 21</b>	<p><b>E:</b> Como é que se sentiu a aplicar as medidas? Alguma dificuldade em especial?</p> <p><b>PT1:</b> No princípio aquilo era terrível! Sobretudo, aquilo tem lá aqueles “pontos de corte”. Passamos o ORS no princípio, aquilo fica lá para baixo, no “vermelho”...</p> <p><b>E:</b> Cria logo um impacto emocional.</p> <p><b>PT1:</b> Exacto. Mas depois o SRS é pior, porque somos nós mesmos que estamos ali a ser avaliados. E a pessoa vai-nos pôr onde, em cima ou em baixo? Entretanto, já lemos uma série de artigos antes sobre aquilo, já estamos todos enviesados! “Ah, se aquilo tiver menos de 35 pontos, risco de dropout”... E, portanto, as primeiras duas ou três vezes que se passa, aquilo mexia comigo. E depois aquela sensação da pressão: “ok, isto tem de dar resultados excelentes, aqui o ORS tem de subir”. Fazia uma certa pressão, no princípio. À medida que o tempo foi passando, a pressão foi diminuindo.</p> <p><b>E:</b> O ORS pode criar essa pressão de que as coisas “deviam estar melhores”.</p>	<p>PT1 relata um conjunto de desconfortos associados ao uso, pela primeira vez, dos sistemas de feedback. Este desconforto tinha como base o impacto emocional negativo associado com dois factores: (1) a pressão – interna e externa – de “ter de ter” resultados consistentemente melhores nas medidas, ao longo do processo; (2) a ansiedade de se submeter a uma avaliação do desempenho da parte do cliente. As pressões temporais, associadas às restrições da terapia breve, foram outro potenciador de desconforto. PT1 refere, no entanto, que estes desconfortos foram desaparecendo ao longo do tempo.</p>	<p>Desconforto do terapeuta associado ao uso do sistema de <i>feedback</i></p>

	<p><b>PT1:</b> É, e nestes processos curtos, sabemos que estamos com pessoas que querem resultados, e ali uma certa pressão, tanto para o terapeuta como para a paciente.</p>		
US 22	<p><b>E:</b> No caso da PC1, como é que a sentiu?</p> <p><b>PT1:</b> Pois, vamos lá ver... Quando nos aparece um paciente que já fez terapia, há uns anos, independentemente dos resultados, a gente já sabe que esta pessoa já sabe mais ou menos para o que vai. Essa situação é segurizante, há uma certa garantia quanto à expectativa da pessoa. E eu acho que a PC1 não sabia muito bem ao que é que vinha. Eu, se calhar, descurei isso, devia ter trabalhado nisso logo no princípio...</p>	<p>PT1 refere que poderá não ter dado a devida atenção às expectativas de PC1 quanto ao início da psicoterapia, e que poderia ter focado mais atenção na vivência do cliente quando ao processo terapêutico em si.</p>	<p>Expectativas do cliente</p>
US 23	<p><b>E:</b> Perguntava-lhe também como é que acha que ela sentiu esta questão das medidas.</p> <p><b>PT1:</b> A questão das medidas... é uma boa questão, porque eu acho que sempre tive muitos bons resultados de SRS com ela. E acho que, em relação ao ORS, aquilo serviu como uma forma de manifestar a zanga que ela tinha em relação à sua situação. Metia para baixo. Manifestava a zanga em relação à família e em relação àquilo que estava a sentir.</p>	<p>PT1 refere que o feedback dado pela cliente poderia servir como modo de transmitir, em terapia, a zanga experienciada na sua vida.</p>	<p><i>Feedback</i> ajuda entender a vivência do cliente</p>
US 24	<p><b>E:</b> Quais acha que foram os eventos mais significativos no acompanhamento da PC1?</p> <p><b>PT1:</b> Um dos momentos mais significativos foi uma sessão em que ela chega toda feliz – tinha arranjado trabalho, disse à família umas coisas que antes não conseguia... Em vez de ficar amuada ou a chorar num canto, ou ir desabafar para o namorado... E eu pensei “isto virou”. E depois, na sessão seguinte, caiu. E aí, foi talvez... Foi, para mim, significativa, essa queda. Foi qualquer coisa com o qual não lidei bem.</p> <p><b>E:</b> Com a queda?</p> <p><b>PT1:</b> Com a queda a pique. Eu lembro-me de estar em supervisão antes dessa sessão, a dizer “isto virou”! E tinha razão, virou... mas depois... (<i>risos</i>)</p>	<p>PT1 relata um momento significativo em psicoterapia, em que a cliente demonstra melhorias muito rápidas e cria expectativa, no terapeuta, de um continuar de melhorar clínica. Esta expectativa não se cumpriu, sendo este um evento difícil de lidar para o terapeuta.</p>	<p>Melhoria repentina em psicoterapia</p> <p>Expectativas do terapeuta</p>

<p><b>US 25</b></p>	<p><b>E:</b> Houve alguma situação, algum exemplo, em que a PC1 escreveu algo nas medidas de feedback que tenha chamado a atenção do PT1, e que tenha servido para um diálogo em sessão?</p> <p><b>PT1:</b> Agora de repente não me recorde, mas nós fomos sempre comentando as medidas, as diferenças ao longo do tempo.</p>	<p>Embora não se recorde de um exemplo específico, PT1 relata que a discussão em torno das medidas de <i>feedback</i> foi uma constante do acompanhamento – principalmente avaliando a evolução de resultados ao longo do tempo.</p>	<p>Presença dos sistemas de <i>feedback</i> ao longo da psicoterapia</p>
<p><b>US 26</b></p>	<p>Eu acho que o ORS é uma faca de dois gumes. Se eu percebi bem as instruções, a primeira coisa que a pessoa faz na sessão é preencher o ORS. E tenho dúvidas que essa seja a melhor forma. Pode-se tornar, eventualmente, castrador. A pessoa vem com qualquer coisa para dizer, que aconteceu durante a semana, e de repente está ali a falar sobre o indicador.</p> <p><b>E:</b> Explique-me isso um pouco melhor, por favor</p> <p><b>PT1:</b> Acho que aquilo não devia ser passado “a quente”, quando a pessoa acaba de chegar à sessão. Acho que é importante dar espaço às pessoas no início da sessão. É a minha sensação.</p> <p><b>E:</b> Preferiria ter passado as duas medidas no final da sessão?</p> <p><b>PT1:</b> Quer dizer, acho que não faz sentido passar o ORS no final da sessão... Diria para passar o instrumento um pouco mais à frente, depois da pessoa falar, para não cortar a espontaneidade da pessoa, porque acho que corta. Isto pode ter que ver com a nossa cultura, porque os instrumentos são americanos, e pode também ter que ver comigo como terapeuta.</p>	<p>PT1 relata aqui um desconforto associado ao uso da medida ORS, passada no início de cada sessão. O terapeuta coloca a hipótese desta medida por cortar algum espaço de abertura necessário ao cliente em início de sessão, interferindo na espontaneidade do cliente ao dirigir a sua atenção rapidamente para a medida. Coloca a hipótese desta questão poder ser cultural.</p>	<p>Medo de impacto negativo dos sistemas de <i>feedback</i></p>
<p><b>US 27</b></p>	<p><b>E:</b> Vê-se a utilizar estas medidas no futuro?</p> <p><b>PT1:</b> O ORS não me parece, não me parece que seja uma coisa tão fundamental. O SRS sim, porque tem o efeito contrário do ORS. A sensação que eu tenho é que aquilo fecha um bocado. O facto da pessoa ter de parar e pensar um bocadinho naquelas dimensões é uma forma de abrir coisas que surgem. Podemos notar que “parece que aqui, em relação às</p>	<p>PT1 refere estar mais interessado em utilizar o SRS na sua actividade clínica, por sentir que esta medida ajuda a processar o que aconteceu em sessão, “abrindo” reflexão e discussão sobre a relação terapêutica, a postura do terapeuta e vivência do cliente quanto a estes aspectos.</p>	<p>SRS sentido como mais útil</p> <p><i>Feedback</i> potencialmente mais útil no contexto de psicoterapias breves</p>

	<p>técnicas e métodos, há uma diferença em relação à semana passada, vamos falar sobre isto...”.</p> <p><b>E:</b> Portanto, via-se mais interessado em continuar a utilizar o SRS?</p> <p><b>PT1:</b> O SRS acho que é uma boa forma de termos esse apoio suplementar, sim. E talvez estas medidas façam mais sentido no contexto destas intervenções mais breves.</p>		
US 28	<p><b>E:</b> Olhando aqui para o ORS e SRS da PC1, vejo aqui o tal “pico” na 6ª sessão, que é a única altura em que o ORS está “verde”. Já falámos depois da descida abrupta que acontece nas sessões seguintes. Fico também curioso quanto ao SRS, que está sempre muito lá em cima. Curiosamente, o valor mais alto de ORS coincide com a sessão com valor mais baixo de SRS.</p> <p><b>PT1:</b> Curiosamente! Que é muito engraçado. Lembro-me de termos comentado isso em supervisão. Foi uma sessão que me correu francamente mal. Embora eu ache que a quebra abrupta que há depois não é consequência dessa sessão. Mas foi uma sessão que me correu muito, muito mal.</p>	<p>PT1 comenta como as medidas podem ser “incongruentes”, isto é, é possível uma sessão atingir um resultado máximo de ORS com um SRS comparativamente baixo, em relação ao resto do acompanhamento. PT1 sente que uma sessão lhe correu mal, e, de facto, esse valor mais baixo foi registado pelo SRS.</p>	<p>Possíveis discrepâncias e enviesamentos dos sistemas de <i>feedback</i></p>
US 29	<p><b>E:</b> E apesar disso, o SRS está sempre muito em cima. Isto foi de alguma forma comentado, deu-lhe algum tipo de informação sobre a PC1?...</p> <p><b>PT1:</b> Faz algum sentido ela pôr a medida lá em cima. Eu penso que era uma das muito poucas pessoas com quem ela podia falar sobre o que se estava a passar na vida dela. Não tinha muitos amigos – aliás, os amigos trataram-na um bocado mal, sentia-se um bocado isolada – e só o facto de poder chegar ali e descarregar o que se passava era muito importante para ela. E acho que, basicamente, o facto do SRS estar sempre muito em cima teve que ver com isso. E também não tinha uma capacidade crítica muito grande – não seria fácil para ela tecer-me alguma crítica.</p>	<p>PT1 refere que os valores consistentemente elevados do SRS se podem explicar, em parte, por factores contextuais da cliente – nomeadamente, o suporte social enfraquecido. Por outro lado, é colocada a hipótese da cliente poder não se sentir à vontade para “criticar o terapeuta” através das medidas, estando por isso enviesada a relatar resultados consistentemente positivos quanto ao desempenho deste.</p>	<p>Características do cliente com possível efeito nas medidas de <i>feedback</i></p>

<p><b>US 30</b></p>	<p><b>E:</b> É curioso porque, geralmente, fazemos uma associação entre a qualidade da relação e os resultados em terapia. Mas estes resultados entre as medidas parecem meter isso em causa.</p> <p><b>PT1:</b> Infelizmente não tive hipótese para discutir isso em supervisão. De facto, até seria interessante ter tido a possibilidade de levar este caso a supervisão e discutir algumas coisas que me escaparam.</p>	<p>Volta a ser referida a possível discrepância de resultados entre as duas medidas de <i>feedback</i>. PT1 sente que gostaria de ter discutido mais estes e outros aspectos com colegas e em contexto de supervisão.</p>	<p>Possíveis discrepâncias e enviesamentos dos sistemas de <i>feedback</i></p>
<p><b>US 31</b></p>	<p><b>E:</b> R., quer acrescentar algo ao que dissemos, ou concluir de alguma forma?</p> <p><b>PT1:</b> Estava aqui a pensar numa outra questão que achava que ia tocar, que é a questão de esta intervenção, as 14 sessões, serem manualizadas. Como há um modelo de intervenção estabelecido, e cada sessão tem um conjunto de tarefas propostas. Para mim isso faz-me sentido, nunca segui <i>ipsis verbis</i>, é um “guideline”. Tive alguma dificuldade em seguir, mas há ali 3 ou 4 pontos estruturais que são aplicáveis a qualquer processo psicoterapêutico mais curto. É preciso bastante flexibilidade. A maior parte das vezes fiz, se calhar, 20% do proposto.</p>	<p>PT1 refere o modelo semi-estruturado de psicoterapia existencial breve utilizado para esta intervenção, e o modo como foi, por vezes, difícil seguir os objectivos propostos por este modelo.</p>	<p>Dificuldade em aplicar modelo de intervenção breve</p>
<p><b>US 32</b></p>	<p><b>E:</b> Sentiu-se auto-consciente quanto a isso, sentiu essa pressão?</p> <p><b>PT1:</b> Não, não senti essa pressão. Até porque algumas daquelas coisas já fazemos em sessão de forma espontânea, face à escola que temos.</p> <p><b>E:</b> Obrigado, PT1, é tudo.</p> <p><b>PT1:</b> Todo o prazer.</p>	<p>Apesar da dificuldade relatada no que toca à aplicação de um modelo de intervenção breve, a experiência clínica de PT1 permitiu que isto não deteriorasse significativamente o seu desempenho em sessão.</p>	<p>Resiliência do terapeuta face a dificuldades</p>

## Análise das transcrições utilizando o método fenomenológico

### CASO PC2

Unidades de significado		Transformação das Unidades de Significado em Unidades de Significado Psicológico	Dimensões eidéticas ou constituintes chave
<b>US 1</b>	<p><b>E:</b> Actualmente, que medicação toma?</p> <p><b>PC2:</b> (<i>ri-se</i>) Isto é uma farmácia. Só que há muitos que eu já eliminei. Porque tudo o que tenha que ver com medicação que afecta o foro psicológico, eu deixei de tomar. Como o “diazepam 10”, que é muito forte. Entretanto receitaram-me o genérico de 5 miligramas. Neste momento só faço o “voltaren”, pomada, e tomo um medicamento para à noite relaxar um bocadinho mais.</p>	PC2 descreve a medicação que, neste momento, toma. Refere aqui as suas dificuldades em relaxar à noite e os cuidados que tem de ter com medicação que o possa afectar psicologicamente.	Medicação
<b>US 2</b>	<p><b>E:</b> Ok. Para começar a entrevistar propriamente dita, gostava de começar por lhe perguntar, no geral, como foi a terapia para si? Como é que se sentiu?</p> <p><b>PC2:</b> Eu fiz com a PT2 14 ou 15 sessões, uma vez por semana. E foi positivo, ajudou. Aliás, e eu dei esse feedback à PT2, foi bom no sentido em que me fazia sair de casa. E só o facto de uma pessoa me estar a ouvir, de alguém ouvir o meu problema, já foi muito positivo.</p>	PC2 refere o modo como a psicoterapia, limitada temporalmente, teve resultados positivos. Os dois principais factores associados a estes resultados são: (1) o ter saído mais de casa; (2) ter-se sentido ouvido pela terapeuta.	<p>Sentir-se ouvido pela terapeuta</p> <p>Relação com o terapeuta</p> <p>Aumento de actividade</p>
<b>US 3</b>	<p><b>E:</b> E podia-me dizer como é que tem passado, no geral?</p> <p><b>PC2:</b> Consigo andar, mas não posso estar muito tempo em pé nem sentado. Esta perna esquerda adormece...</p>	PC2 refere as dificuldades físicas com o qual ainda se debate, nomeadamente no que toca às suas pernas.	Dificuldades físicas/corporais
<b>US 4</b>	Há muita coisa por melhorar.	PC2 sente que ainda tem muitos problemas por resolver na sua vida.	Dificuldades ainda presentes
<b>US 5</b>	E em termos psicológicas, as pessoas não imaginam o impacto que isto tem. Eu passei 22 meses nesta casa, fechado. Eu até já disse à seguradora que só não tive direito foi à pulseira electrónica! As pessoas não imaginam. Não é só a solidão, é a sensação de nós querermos fazer coisas e todas as pessoas nos fecharem a porta. Aí é que é doloroso. Eu estive 22 meses na segurança social, porque a companhia	PC2 refere aqui o grande sofrimento psicológico que teve e ainda tem de suportar. Teve de viver de um modo quase isolado, resultado em solidão; e sentiu-se várias vezes frustrado pelos obstáculos externos que lhe eram impostos. Esta falta de apoio externo foi psicologicamente muito exigente.	<p>Sofrimento psicológico</p> <p>Sensação de “estar preso” com obstáculos externos</p>

	de seguros não assumiu, e a segurança social também me disse “não lhe podemos tocar. Com um processo no tribunal ninguém daqui o pode tratar”. Estava bloqueado entre burocracias, foi muito complexo. Em termos psicológicos é preciso saber gerir isto...		
<b>US 6</b>	E eu, aliás, não bloqueei totalmente. Porque se tivesse!... Pronto, consigo ter algum auto-domínio para não me deixar afundar.	PC2 refere aqui a sua capacidade de auto-gestão, permitindo-o não “afundar” devido aos obstáculos que enfrenta.	Importância dos recursos internos
<b>US 7</b>	O psiquiatra da companhia de seguros diz-me “eu acho que você está bom, mas tome lá esta medicação para dormir”. E eu digo-lhe que não dá, porque quando estou muito tempo deitado, depois já não me consigo levantar. <b>E:</b> Como é que tem dormido? <b>PC2:</b> Varia muito. O meu descanso é muito relativo: durmo duas horas, depois acordo, ando pela casa, volto a dormir uma hora... <b>E:</b> Não costuma ter um sono contínuo. <b>PC2:</b> Não, nunca. <b>E:</b> Devido às dores? <b>PC2:</b> Dores, as dores são muitas. Isto é dor crónica.	PC2 relata a suas dificuldades em dormir descansadamente, tendo um sono muito precário devido às suas dores físicas constantes.	Dificuldades em dormir
<b>US 8</b>	A medicação que me deram sempre era para a dor crónica, mas o meu organismo reage mal tanto à dor crónica como à medicação. Porque tenho efeitos secundário. Eu já disse aos médicos, que tudo o que me altere do foro psicológico, o meu organismo reage mal. Crio uma reacção epilética à medicação e fico inconsciente. Sou muito sensível a isso, já fui parar ao hospital inconsciente duas vezes à pala da medicação que me deram. Eu vou também ao hospital de Vila Franca, para ter uma opinião secundária daquilo que me dão. É uma situação complicada.	PC2 volta a referir a sua relação complexa com a medicação, à qual é bastante sensível. Teve já episódios em que necessitou de apoio médico urgente devido a efeitos secundários, resultantes da medicação prescrita. PC2 procura opiniões secundários médicas no que toca a este tema.	Impactos negativos da medicação
<b>US 9</b>	<b>E:</b> Pois, já percebi que tem muitas limitações físicas que lhe dificultam bastante o dia-a-dia... E portanto, desde que terminou o processo com a PT2... podia-me dizer como é que se sente? Como é que se diagnosticaria agora, psicologicamente?	PC2 refere que, apesar de se sentir estável, não se sente melhor. Descreve mais algumas mais dificuldades com o qual tem lidado: dificuldades em exprimir-se, na forma de bloqueios no falar e no pensar, e dificuldades na memória.	Dificuldades de comunicação  Dificuldades na memória

	<p><b>PC2:</b> Sinto-me estável. Não melhor, mas estável. Porque... Também já tinha referido à PT2 que sinto muitos bloqueios. Bloqueios do estilo, às vezes quero falar e não consigo ir buscar as coisas, não consigo processar. Penso que isto tem que ver com ter passado muito tempo isolado. Então o meu organismo criou uma defesa qualquer, e tenho dificuldade às vezes em falar. Já me aconteceu muitas vezes, ui! Ou, às vezes, coisas mais simples: quero-me lembrar de uma coisa e não me consigo lembrar de nada.</p> <p><b>E:</b> Portanto, não é só no falar. É também pessoal, de si para si.</p> <p><b>PC2:</b> Sim, sim.</p>		
<b>US 10</b>	<p>E com esta medicação que me deram, à base dos opiáceos, ainda fico pior. O meu cérebro parece que não está ali.</p>	PC2 refere mais uma vez os efeitos psicológicos negativos da sua medicação.	Impactos negativos da medicação
<b>US 11</b>	<p>Por isso escrevo muitas notas, para não me esquecer das coisas, senão esqueço-me.</p> <p><b>E:</b> Portanto, o exercício que tem de fazer não é só muscular – é preciso também ginástica mental.</p> <p><b>PC2:</b> Sim, sim. Estou em casa, tenho de fazer alguma coisa.</p>	PC2 refere mais uma vez as suas dificuldades de memória, e o modo como tem de fazer exercício mental e física para manter a estabilidade.	Dificuldades na memória
<b>US 12</b>	<p><b>E:</b> Estava interessado em perguntar-lhe um pouco mais sobre si. Por exemplo, como se descreveria a si mesmo?</p> <p><b>PC2:</b> Eu comecei a trabalhar com 14 anos. A minha vida nunca foi fácil. Hoje sou o sou por causa de muito, muito sacrifício pessoal. Muitas pessoas, por menos, já teriam desistido. Às vezes digo aos médicos: “olhe, vou fechá-lo, aqui nesta sala, durante um ano. Só um ano. Como é que acha que, ao final de um ano, está? Então e ao final de 2 anos e com um problema de saúde?”. É uma situação muito complicada, mas eu também tenho aguentado, tenho a disciplina para não ir abaixo. Mas que é difícil, é.</p>	PC2 relata que a sua vida nunca foi fácil, exigindo muito sacrifício pessoal. Refere os médicos com aparente zanga, sentindo que a sua situação não é compreendida por estes profissionais. Refere a sua disciplina pessoal como um recurso que o impede de “ir abaixo”, apesar dos desafios.	Vivências difíceis Importância dos recursos internos
<b>US 13</b>	<p><b>E:</b> E de que forma é que o descreveriam outras pessoas que o conhecem bem?</p> <p><b>PC2:</b> Hoje em dia, como uma pessoa muito parada. Eu era uma pessoa muito dinâmica. No trabalho, trabalhava a</p>	PC2 transmite aqui uma comparação entre quem era e quem é. O ritmo rápido da sua vida “antiga”, com muita actividade física, foi substituído por uma vida relativamente lenta e com menos actividades. Sente-se bloqueado de fazer	Perda de qualidade de vida

	<p>200%, a um ritmo alucinante. Antes do acidente, trabalhava uma média de 14 horas por dia. E tinha as minhas actividades: fazia bodyboard, gostava de fazer BTT, caminhadas na natureza, pesca desportiva no alto mar... E agora, parou tudo. Quero fazer coisas, e não consigo. Eu tenho força de vontade, e gostava de fazer, mas não consigo. E isto, às vezes, cria-me aqui algum conflito.</p> <p><b>E:</b> Claro... Viu-se bloqueado de muitas actividades que o definiam.</p> <p><b>PC2:</b> Fiquei impossibilitado de fazer as coisas que mais gostava. E, para quem me conhecia, por comparação, neste momento acham-me muito parado. Embora faça as coisas, e consiga ter algum discernimento, não é a mesma coisa.</p>	<p>as coisas que, outrora, lhe davam mais prazer. Sente também que esta avaliação é sentida pelos outros que o conhecem melhor.</p>	
<b>US 14</b>	<p><b>E:</b> E se pudesse mudar alguma coisa acerca de si mesmo, o que é que mudaria?</p> <p><b>PC2:</b> É assim, vamos a ver... O meu episódio de estar de baixa foi muito mal conduzido pela companhia de seguros. Se tivesse sido operado logo ao início, a minha recuperação teria sido completamente diferente. Para já, teria a musculatura todo integra. Com aqueles meses todos em casa, atrofiei os músculos todos. Daí a minha recuperação muito lenta. E, em termos psicológicos, criou-me aqui muita confusão. Eu já passei 4 verões sem ter férias, sem descanso. Ou estou descanso ou trabalho. Eu hoje em dia passo a minha vida nos hospitais, ou na companhia de seguros, ou em avaliações. E a minha vida não passa disto.</p>	<p>PC2 refere ter sentido o seu caso como mal conduzido pela companhia de seguros que o apoia. Descreve os danos daí advindos como físicos e psicológicos, sentindo-se preso entre os vários serviços que tem de frequentar devido às suas dificuldades.</p>	<p>Insatisfação com o apoio externo fornecido</p> <p>Perda de qualidade de vida</p>
<b>US 15</b>	<p><b>E:</b> Voltando ao tema da sua psicoterapia... Que mudanças observou em si mesmo, desde o início da terapia?</p> <p><b>PC2:</b> Senti-me mais organizado, com a terapia. Sentia-me mais desorganizado, antes de ir lá. Baralhado, sem ter muita noção de o que fazer. Neste momento, estou um bocadinho mais organizado nas coisas, já tenho outra forma de ver as coisas.</p>	<p>PC2 refere, antes de mais, que a psicoterapia o ajudou a sentir mais organizado na sua vida, tendo mudado a sua perspectiva quando a um conjunto de coisas.</p>	<p>Maior organização psicológica</p>

<b>US 16</b>	Hoje aprendi a respeitar a minha condição física, tal como ela é, e dantes não conseguia. Já estou a aceitar um bocadinho melhor as coisas que hoje em dia não consigo fazer.	PC2 refere que, devido à terapia, tem agora maior capacidade de aceitar a sua condição presente.	Aceitação de si Mudança de atitude
<b>US 17</b>	Há outras coisas que não aceito. Eu não aceito que pessoas que sabem que tenho um problema grave não me oiçam. Eu já falei isto várias vezes: se me doer a cabeça, as pessoas não acreditam que me dói a cabeça. Tenho de apresentar um papel, como comprovativo de que me dói a cabeça. Se eu não apresentar, a pessoa não acredita. As companhias de seguro são isto. O médico devia avaliar e ver o que era necessário fazer, tomar medidas. Neste momento, não fazem isso: eles adiam o problema.	PC2 mostra-se mais uma vez zangado pelos obstáculos que lhe são colocados por um serviço que, idealmente, o deveria estar a ajudar nas suas dificuldades físicas e psicológicas.	Insatisfação com o apoio externo fornecido Sensação de não ser ouvido/compreendido
<b>US 18</b>	Eu neste momento, não consigo trabalhar. E agora? Tenho 46 anos, deixo de fazer tudo na vida? Isso para mim é muito mau. O facto de não ter uma vida normal, como todas as pessoas, de não poder organizar férias ou o convívio com amigos... Eu não consigo estar muito tempo com pessoas! Das duas, uma: ou estou com um grupo de amigos que sabem perfeitamente da minha condição, e tenho de ir estando sentado, de pé, andar, descansar... E aceitam um bocado isto. Mas a maior parte das pessoas não, eu não posso ir jantar fora e estar ali muito tempo a conviver com os amigos. <b>E:</b> A PT2 referiu-me também que, nesta fase, o barulho também o incomoda. <b>PC2:</b> Imenso. Eu hoje, para ir às compras, tenho de ir muito cedo, porque espaços com muitas pessoas, muito barulho, faz-me muita confusão. Não consigo ir a centros comerciais, é demasiado denso, muito barulho também. <b>E:</b> E atribui essa sensibilidade ao quê? <b>PC2:</b> Aos meses inteiros no silêncio, aqui em casa. Antes abstraía-me do barulho, agora não.	PC2 relata mais um conjunto de factores que contribuem para a perda de qualidade de vida que tem vindo a sofrer: sente-se empobrecido a nível laboral; segundo, a nível social; e, finalmente, relata uma sensibilidade para com o barulho, que o incomoda bastante. PC2 atribui esta última dificuldade devido aos meses que teve de passar em casa, praticamente isolado.	Perda de qualidade de vida
<b>US 19</b>	<b>E:</b> E atribui essa sensibilidade ao quê? <b>PC2:</b> Aos meses inteiros no silêncio, aqui em casa. Antes abstraía-me do barulho, agora não.	PC2 refere que os meses passados em casa o levaram a desenvolver uma hipersensibilidade auditiva.	Dificuldades físicas/corporais

<p><b>US 20</b></p>	<p><b>E:</b> Referia-me à pouco, portanto, que com a terapia foi possível organizar-se um pouco, e aceitar melhor a sua condição física. Há mais alguma mudança que se lembre de referir, pode ser na sua forma de sentir, pensar ou comportar, derivado do tempo que esteve em acompanhamento psicológico?  <b>PC2:</b> Assim que me lembro agora, não.</p>	<p>O entrevistador resume as duas principais mudanças apontados por PC2, como resultado do seu processo terapêutico.</p>	<p>Ganhos terapêuticos</p>
<p><b>US 21</b></p>	<p><b>E:</b> Então e o que é que acha que esteve na origem dessa mudança durante a terapia, desse progressivo aceitar físico?  <b>PC2:</b> Foi principalmente alguém compreender aquilo que eu estou a dizer. Ao dar vários exemplos da coisa, a pessoa ouvir e compreender. Depois há as outras pessoas, que ou não ouvem ou não querem compreender.  <b>E:</b> Portanto, acha que PT2, nesse sentido, conseguiu também ajudá-lo ao ouvi-lo e ao compreender...  <b>PC2:</b> Sim, claro. Isto é como qualquer pessoa: às vezes, quando temos alguém que nos oiça, é muito mais importante do que falarem. Ouvir. E a pessoa sentir-se escutada, é muito importante.</p>	<p>Como factor principal mediador das suas mudanças em terapia, PC2 refere o facto de se ter sido ouvido por PT2.</p>	<p>Sentir-se ouvido pela terapeuta  Relação com o terapeuta</p>
<p><b>US 22</b></p>	<p>E a pessoa sentir-se escutada, é muito importante. As pessoas, hoje em dia, não ouvem os outros. Se alguém não está a ouvir o outro, mais vale dizer “não estou”.  <b>E:</b> Foi o que sentiu com a questão da seguradora, que não era ouvido.  <b>PC2:</b> As seguradoras estão para ganhar dinheiro e não para perder dinheiro. Eu já disse a médicos que muita gente pode andar lá e não ter nada. Mas há pessoas com problemas graves. E eu tenho problemas. E há avaliações que não apanham tudo. Não tenho nenhum papel a falar do impacto psicológico que isto teve em mim. Já fui parar duas vezes ao hospital inconsciente, derivado da medicação que o médico da companhia de seguros me deu. E esse médico ainda me perguntou, da última vez, se estaria disposto a tomar uma dose menor do mesmo medicamento. Portanto, veja</p>	<p>PC2 descreve aqui várias instâncias com o qual não está satisfeito quanto ao apoio que lhe tem sido fornecido pela companhia de seguros. Vê o seu tratamento como pouco apropriado, problemático, eticamente dúbio e quiçá manipulativo. Sentiu-se, no passado, abandonado pelos serviços que deviam estar a ajudá-lo a recuperar bem-estar na vida. Associado a estes obstáculos, PC2 mostra uma grande zanga e frustração, para com estas entidades, sentindo-se desrespeitado.</p>	<p>Insatisfação com o apoio externo fornecido  Zanga  Sensação de não ser ouvido/compreendido</p>

	<p>até que ponto é que eles me querem anestesiá-los. Eu disse-lhes que já não estou disposto a mais nada disso. Isto é fácil: a companhia de seguros quer-me aguentar mais 10 anos a trabalhar. Está a ver se me consegue manter a trabalhar. Isto já me foi dito. E eu disse: não, eu da forma como estou, não estou apto a trabalhar, não é possível. E a lógica deles é anestesiá-los até eu conseguir trabalhar. Só que esquecem-se de outro problema: é que eu assim, medicado, também não consigo trabalhar. E eles aqui vêm um problema. Eu tornei-me num custo, e isso é um problema. Tantas vezes que correram comigo de lá, a dizer que tinha era de ser tratado na segurança social. E eu sabia que a segurança social também não ia assumir nada. Eu deixei de andar. E perguntava-me, então mas viro-me para que lado? Ninguém está ali, para me tratar! Eu todos os dias pensava, como é que eu faço para me ouvirem! Eu não dormia a pensar nisto. As dores não me deixavam dormir, e todos os dias eram uma luta para me ouvirem. Consegui ir a tribunal e ganhar – e agora, sinto-me realizado? Não, sinto-me frustrado. Porque, durante tanto tempo, foi e é lutar para alguém me ouvir.</p> <p><b>E:</b> E essa zanga, como é que foi evoluindo? Por exemplo...</p> <p><b>PC2:</b> A minha zanga agora ainda é pior! Então, puseram-me duas vezes inconsciente no hospital, eu tou pior!... E dizem-me para eu tomar mais medicação para ir trabalhar? Tem de haver um respeito pelo ser humano, que não há! É um interesse económico. Se olhassem para mim e para a minha condição física, podiam pensar “vamos aliviar a dor desta pessoa, não para a pôr a trabalhar mas para ter o mínimo de qualidade de vida”. O mínimo!</p>		
<p><b>US 23</b></p>	<p>A pessoa que me operou disse-me: “não tome mais medicação. Assim que passa o efeito, você sente-se pior. Tem que respeitar a dor que tem. Quando dói muito, não faz nada, descansa”. Ele disse-me logo, “aprenda a respeitar o seu corpo”.</p>	<p>PC2 reconhece a importância de ter de respeitar e aceitar a sua condição física problemática, e que esta aceitação é fundamental para o seu bem-estar.</p>	<p>Aceitação de si</p>

	<p><b>E:</b> E que ressonância é que isso teve em si?</p> <p><b>PC2:</b> Isto é importante! Eu não posso desvalorizar uma coisa que está permanente, que está aqui! Eu tenho de fazer tudo consoante a minha dor me deixa. E estou melhor a aceitar isso.</p>		
<b>US 24</b>	<p>Tudo o que é para além de um certo limite, prejudica-me em termos físicos e psicológicos. Eu tenho a minha cabeça muito cansada. Eu não tenho um tratamento adequado. Os relatórios que me foram facultados pela fisiatra diziam que devia fazer mais hidroginástica. Mas a seguradora cancelou-me isso, não fiz até ao fim. E como não levei a série até ao fim, como é que me podem ter feito uma avaliação correcta? A medicação não cura. A medicação anestesia. E eu, anestesiado, só fico pior. Eu quero um tratamento decente, uma avaliação decente. Mas os médicos não me olham como um ser humano, olham para o aspecto económico.</p>	<p>PC2 volta rapidamente ao tema do seu tratamento pouco adequado e à sua zanga para com a companhia de seguros. Faz também ponte para com os efeitos secundários negativos da medicação que lhe é prescrita, duvidando também das intenções de quem a prescreve.</p>	<p>Insatisfação com o apoio externo fornecido</p> <p>Zanga</p>
<b>US 25</b>	<p><b>E:</b> PC2, não o quero interromper, mas gostava de organizar um pouco a nossa conversa, para tirar algumas informações importantes.</p> <p><b>PC2:</b> Força.</p> <p><b>E:</b> Ainda quanto ao tempo que estive com a PT2, queria-lhe perguntar por características da mesma que sente que contribuíram para os resultados positivos da terapia.</p> <p><b>PC2:</b> É assim, o saber ouvir.</p>	<p>PC2 volta a referir a capacidade da terapeuta o conseguir “ouvir” adequadamente como um factor fulcral para os resultados positivos do acompanhamento.</p>	<p>Sentir-se ouvido pela terapeuta</p>
<b>US 26</b>	<p>O saber dar um bom feedback. “Ok, a semana passada estava assim, hoje está desta forma...”. Isto através daqueles relatórios, do gráfico. Olhávamos para isso e víamos “ok, esta semana está um bocadinho mais abaixo aqui, vamos trabalhar aqui um bocado o porquê”. Portanto, dar importância ao “porquê” de estar assim. E saber ouvir-me e interpretar-me.</p>	<p>PC2 refere os sistemas de <i>feedback</i> como importantes para os resultados positivos em terapia.</p>	<p>Impacto dos sistemas de <i>feedback</i></p>
<b>US 27</b>	<p><b>E:</b> Ok, referiu aí a questão dos gráficos, e queria-lhe perguntar um pouco sobre isso. Podia-me antes de mais dar uma impressão pessoal, geral, de o que achou dessas medidas?</p> <p><b>PC2:</b> É assim, e eu disse isto na altura também à PT2: é importante para nós, pacientes, avaliarmo-nos. Fazermos</p>	<p>PC2 refere aqui um conjunto de factores que vê como úteis no uso dos sistemas de <i>feedback</i>, na sua terapia. Relata a importância da monitorização de resultados – isto é, como cliente, PC2 valoriza a avaliação periódica e a capacidade de poder traçar a sua evolução clínica ao longo do tempo. Esta monitorização ajuda a tomar</p>	<p>Impacto dos sistemas de <i>feedback</i></p> <p>Importância da monitorização de resultados</p> <p>Tomada de responsabilidade</p>

	<p>uma auto-avaliação. Vermos “eu estive assim, agora está diferente neste aspecto”. Para nós, também, trabalharmos o “eu”. Não é só esperar que as outras pessoas façam por nós as coisas – somos nós a fazer alguma coisa. E a outra pessoa ali para nos dar alguns <i>inputs</i> é necessário, para nós também conseguirmos dar um próximo passo. Porque eu posso ouvir, mas se não fizer nada...</p>	<p>responsabilidade sobre o processo, ao através de uma maior consciencialização das áreas por melhorar.</p>	
<b>US 28</b>	<p><b>E:</b> E onde é que entram aqui as medidas?</p> <p><b>PC2:</b> Consoante os gráficos de uma semana para a outra, e ouvindo também o que a PT2 dizia, chegávamos ali a uma conclusão: “se calhar, na próxima semana, vamos tentar fazer alguma coisa mais neste aspecto”. E isso ajudava.</p> <p><b>E:</b> Portanto, alguma discussão dentro de sessão, e os objectivos estabelecidos, eram também com base no que escrevia nas medidas.</p> <p><b>PC2:</b> Sim, claro. E, no final, é sempre positivo fazer o antes e o depois. Embora não seja só olhar para o gráfico, o gráfico serve de guia.</p>	<p>PC2 refere-se aos sistemas de feedback como um “guia” para o processo terapêutico, ajudando a avaliar a evolução ao longo do tempo e a estabelecer objectivos clínicos com base nessa evolução.</p>	<p>Impacto dos sistemas de <i>feedback</i></p> <p>Importância da monitorização de resultados</p> <p><i>Feedback</i> como “guia”</p>
<b>US 29</b>	<p><b>E:</b> Há alguma coisa na sua terapia que gostava que tivesse sido diferente?</p> <p><b>PC2:</b> Diferente... Se calhar, em vez de ser uma vez por semana, ser duas vezes por semanas. A questão da periodicidade. Ter um período mais curto entre sessões e talvez assim dê-se para ir introduzindo ao longo da semana algumas dinâmicas para a pessoa mudar, ou para dar um guia à pessoa. “Ok, tentou isto e aquilo, e como é que foi para si? Ok, então olhe, quando acontecer isto vamos experimentar aquilo”.</p> <p><b>E:</b> O PC2 está aí a tocar num ponto interessante. No início referiu-me como ajudou, em terapia, ter ali alguém que o ouvisse. Agora parece-me que está a falar de outro aspecto, que é o de também necessitar de criar uma estrutura, objectivos concretos...</p> <p><b>PC2:</b> Sim, passo a passo.</p>	<p>PC2 gostaria de ter tido um maior número de sessões, com uma periodicidade semanal maior, de modo a poder criar mais facilmente objectivos terapêuticos e implementar acções potencialmente terapêuticas. PC2 refere aqui não só os elementos relacionais como importantes para o processo terapêutico, como também da importância de objectivos e tarefas concretas a realizar.</p>	<p>Insatisfação com a duração/periodicidade da psicoterapia</p> <p>Importância de definir objectivos e tarefas terapêuticas</p>
<b>US 30</b>	<p>Eu quando fiz a primeira sessão com a PT2, sentia-me tão revoltado... Ainda me sinto...</p>	<p>PC2 descreve o modo como a zanga é algo que o acompanha deste que começou o processo terapêutico.</p>	<p>Zanga</p>
<b>US 31</b>	<p>E o que não me faz bem é reviver tudo aquilo pelo qual passei até agora. Não</p>	<p>PC2 refere de novo a sua zanga e que o reviver de acontecimentos passados tem</p>	<p>Obstáculos ao progresso terapêutico</p>

	me faz bem. Quando começo a reviver muito, eu bloqueio. Porque sinto-me tão revoltado, que...	efeitos negativos em si, deixando-o “bloqueado”.	Zanga
<b>US 32</b>	Já me perguntaram se alguma vez tentei suicidar-me, ou matar alguém. Não, mas às vezes apetecia-me bater. Bater. Para que a outra pessoa consiga sentir a dor, e parar para me ouvir! Coisa que falta. Então, mas a mim fazem-me mal, metem-me duas vezes inconsciente, e ainda me perguntam se ainda estou disposto a tomar mais coisas!? Estão a gozar com a minha cara. E que armas tenho eu para lutar contra eles? Eu tenho de ir a médicos particulares para conseguir uma segunda opinião e contestar o que os outros médicos me dizem!	PC2 volta a referir a sua frustração e zanga para com os médicos que o acompanham, mais uma vez exprimindo insatisfação para com o apoio externo fornecido através da companhia de seguros.	Insatisfação com o apoio externo fornecido  Sensação de não ser ouvido/compreendido  Zanga
<b>US 33</b>	<b>E:</b> Desculpe PC2, mas então... Disse-me que podia ter beneficiado de mais terapia, mais sessões. E dentro de sessão, com a PT2? Como é que ela poderá ter sido melhor terapeuta para si? <b>PC2:</b> Foi pouco tempo. Muito pouco tempo para conseguir sequer traçar mais qualquer coisa. Não acredito que ela teria capacidade, com o tempo que tínhamos, de fazer melhor. Ela esforçou-se, dentro daquilo que lhe foi possível. E o espaço de uma semana é muito tempo entre sessões. <b>E:</b> Portanto, sentiu que gostaria de ter tido mais sessões, e que essa distância entre as sessões foi para si um problema significativo. <b>PC2:</b> Sim, porque há coisas que eu não me lembro. As coisas acontecem a uma velocidade muito grande. E ao encurtar o tempo entre sessões, seria positivo, porque podia ser “lembra-se que há dois dias fez isto e isto, agora nestes próximos três dias vamos fazendo mais qualquer coisa neste sentido”... Ter duas sessões por semana teria sido importante.	PC2 gostaria de ter tido um maior número de sessões, com uma periodicidade semanal maior, de modo a poder criar mais facilmente objectivos terapêuticos e implementar acções potencialmente terapêuticas. Sente que a terapeuta se esforçou e fez tudo o que lhe era possível fazer dentro do tempo limitado que tiveram juntos.	Insatisfação com a duração/periodicidade da psicoterapia  Importância de definir objectivos e tarefas terapêuticas
<b>US 34</b>	Por exemplo, eu agora vou ao psiquiatra da companhia de seguros de três em três meses. Ele olha para mim e diz “ah! Está com bom aspecto!”. Claro, as pessoas esquecem-se de tudo. Para elas, não há passado nenhum. Mas as pessoas passam por um período longo de sacrifício.	PC2 sente que o psiquiatra da companhia de seguros não compreende a situação difícil de PC2 ao longo do tempo.	Insatisfação com o apoio externo fornecido  Sensação de não ser ouvido/compreendido  Zanga

<p><b>US 35</b></p>	<p>Portanto, a PT2 compreendeu-me até um certo ponto, ouviu-me, percebeu, ajudou-me bastante, mas sinto que este espaço entre sessões não ajudou.</p>	<p>PC2 volta a referir a periodicidade da terapia como um obstáculo ao progresso terapêutico, apesar de sentir que este processo o ajudou bastante.</p>	<p>Insatisfação com a duração/periodicidade da psicoterapia</p> <p>Sentir-se ouvido pela terapeuta</p> <p>Satisfação com processo terapêutico</p>
<p><b>US 36</b></p>	<p>E, depois, provavelmente, devia ter sido dado mais feedback à companhia de seguros, ou a quem quer que seja.</p> <p><b>E:</b> Gostava que tivesse existido maior ligação entre o serviço de psicologia e a seguradora.</p> <p><b>PC2:</b> Claro. Claro que só me ajudam se houver disponibilidade do outro lado. Podem escrever um relatório a dizer “esta pessoa precisa de isto e isto”, e depois do outro lado agarram no relatório e mandam para o lixo. Pensam “não, esta pessoa precisa é de ir trabalhar”. Então, e todo o trabalho que foi feito? Por pouco que fosse, começou um trabalho! Se a gente parar nesta pequenina fase em que houve uma evolução, se calhar vamos regredir.</p>	<p>PC2 refere que gostaria que tivesse existido um trabalho mais integrado entre a clínica de apoio psicológico e a companhia de seguros, já que o feedback da terapeuta à companhia poderia ter ajudado PC2. Sente que, caso contrário, é possível ser feito trabalho terapêutico desperdiçado.</p>	<p>Insatisfação com o apoio externo fornecido</p> <p>Zanga</p> <p>Obstáculos externos ao avanço psicoterapêutico</p>
<p><b>US 37</b></p>	<p><b>E:</b> O PC2, quando entrou em terapia com a PT2, tinha alguma expectativa específica, algum pedido ou objectivo em mente?</p> <p><b>PC2:</b> Na primeira sessão, é fácil, estou ali também para perceber, para topar a pessoa. É fácil: vocês têm um protocolo com a companhia de seguros! A minha fase já foi muito complicada... Vocês até podem ser muito bons, mas fora do protocolo! Isso eu digo, honestamente e directamente, a quem quer que seja. Vocês podem ser muito bons fora do protocolo, mas dentro do protocolo vocês têm de se cingir a certas regras. Eles é que dizem “não, não, agora vai ser assim como nós queremos”. Porque eles é que vos pagam. Vocês até podem ter uma opinião diferentes, mas se a outra pessoa do outro lado disser que não, e é ela que vos paga!...</p> <p><b>E:</b> Portanto, vinha com essa expectativa, com esse medo...</p>	<p>PC2 refere que, devido à associação entre a clínica de psicologia e a companhia de seguros com o qual está tão frustrado, as suas expectativas iniciais quanto à terapia estavam algo enviesadas. PC2 refere desconfiança quanto às intenções ou liberdade da terapeuta em fornecer um tratamento adequado, dado a vinculação com a companhia de seguros. PC2 descreve mais uma vez a sua frustração pela falta de trabalho integrado entre si, a clínica de psicologia e a companhia de seguros. Mostra-se insatisfeito por este processo ter sido feito, a seu ver, “às escuras”, sem ter sido informado da avaliação psicológica transmitida à companhia.</p>	<p>Expectativas do cliente</p> <p>Insatisfação com o apoio externo fornecido</p> <p>Zanga</p>

	<p><b>PC2:</b> É natural! E ainda hoje o sinto. Ainda hoje o sinto!</p> <p><b>E:</b> Em que contexto?...</p> <p><b>PC2:</b> Então, eu não sei qual foi o relatório que foi passado para a companhia de seguros.</p> <p><b>E:</b> Está a falar da parte da PT2?</p> <p><b>PC2:</b> Sim!</p> <p><b>E:</b> Talvez seja importante referir que não me parece que a clínica estava vinculada monetariamente com a companhia de seguros...</p> <p><b>PC2:</b> Alguém paga.</p> <p><b>E:</b> Eu penso que não, que...</p> <p><b>PC2:</b> Alguém tem de pagar o serviço!</p> <p><b>E:</b> Eu penso que o protocolo estabelecido foi de natureza diferente. A pressão dos terapeutas não me parece ser de um controlo até monetário, havia sim uma pressão de tempo. A própria PT2, sei depois de falar com ela, gostaria de ter tido mais sessões disponíveis para continuarem o trabalho.</p> <p><b>PC2:</b> O relatório final foi passado à companhia de seguros, também devia ser passado ao paciente. Nem é o relatório, é o conteúdo! Nem precisa de dar uma cópia, mas o ler o relatório! Porque isso também é um argumento que posso ter perante a companhia de seguros. Por exemplo, os relatórios todos que eu fiz eu tenho-os em meu poder.</p> <p><b>E:</b> O PC2 pediu esse relatório à PT2?</p> <p><b>PC2:</b> Eu acho que isso não me iria ser facultado, mas não falei com ela sobre isso...</p> <p><b>E:</b> Eu próprio não sei como é que estes processos funcionam, mas posso passar a mensagem à PT2.</p> <p><b>PC2:</b> Eu fiquei no escuro. A avaliação foi passada a alguém, mas esse alguém “nem ai nem ui”, não diz nada. E isto também é mau para a pessoa. Quem é que é a pessoa aqui? O paciente.</p>		
<p><b>US 38</b></p>	<p>Eu neste momento não estou interessado em trabalhar, só quero melhorar a minha condição física. O resto não me interessa. E, quando fiz as 14 sessões com a PT2, foi no sentido de chegar ali e de alguém me ajudar, de alguma forma.</p>	<p>PC2 refere aqui com maior pormenor as razões que o levaram a procurar apoio psicológico – não tanto no sentido de voltar a trabalhar, mas sim de melhorar a sua condição física e qualidade de vida.</p>	<p>Expectativas do cliente</p>

<p><b>US 39</b></p>	<p><b>E:</b> E fazendo um balanço final dessas sessões, o que diria?  <b>PC2:</b> Foi positivo. Só que foi muito pouco tempo, e o espaço entre sessões muito grande, e também... Poderíamos ter parado agora durante 6 meses, e voltarmos depois para ver as mudanças.</p>	<p>PC2 refere mais uma vez que, embora dê um balanço positivo ao seu processo terapêutico, a duração e periodicidade deste foi um obstáculo.</p>	<p>Insatisfação com a duração/periodicidade da psicoterapia</p>
<p><b>US 40</b></p>	<p>Eu hoje sinto-me uma incógnita. Qual é o dia de amanhã? Não sei. Eu de cada vez que vou ao médico da companhia de seguros, saio de lá frustrado. Não querem ajudar, não ouvem. Se for a um médico pago por mim, saio de lá elucidado, esclarecido, e melhor preparado para o meu dia-a-dia. Eu tive 22 meses em casa, e gastei 7000 euros em saúde. E o retorno no final do ano, no IRS, é zero.  <b>E:</b> É muito complicado...  <b>PC2:</b> A pessoa passa por muita fase, e chega a um ponto...</p>	<p>PC2 refere os sacrifícios psicológicos, físicos e monetários pelo qual tem passado, sem um retorno positivo da parte do serviço que o “devia” estar a apoiar.</p>	<p>Insatisfação com o apoio externo fornecido  Sensação de não ser ouvido/compreendido</p>
<p><b>US 41</b></p>	<p>Mas eu não perco a esperança. E eu disse à PT2: eu vou-me fazer ouvir. Já me fiz ouvir, mas ainda me vou fazer ouvir mais. Muitas pessoas, nem um décimo teriam aguentado disto.</p>	<p>PC2 refere aqui que a sua resiliência e recursos internos permitem que aguente os obstáculos, e sente que ainda conseguirá o retorno externo que merece.</p>	<p>Importância dos recursos internos  Vivências difíceis</p>
<p><b>US 42</b></p>	<p>Mas começam a esgotar-se as minhas forças. É demais. Porque, se me dói a mim, não dói ao (Entrevistador). Mas se nos doer aos dois, aí entendemo-nos. Esta é a única diferença! Uma pessoa pode-me ouvir o que quiser, mas se não sentir o que eu sinto, nunca me vai valorizar, compreender.</p>	<p>PC2 refere a dimensão dos seus obstáculos, que o deixam praticamente esgotado, e o modo como se sente pouco compreendido ou valorizado por outras pessoas.</p>	<p>Vivências difíceis  Sensação de não ser ouvido/compreendido</p>
<p><b>US 43</b></p>	<p><b>E:</b> Mas sentiu-se valorizado pela PT2?  <b>PC2:</b> Sim, a outra pessoa pode chegar a um ponto. Mas se passarmos um bocadinho pelo que a outra pessoa está a passar, aí é diferente. Quando nós estudamos na faculdade, livros que os outros já criaram... Aí somos iguais. Nós passamos ao longo da vida a estudar e copiar o que os outros fizeram. Agora, temos de criar coisas novas.</p>	<p>PC2 diz que é possível as pessoas entenderem-se, mas que, para o fazerem a um nível mais profundo, é necessário passar, em parte, pela experiência do outro.</p>	<p>Sensação de não ser ouvido/compreendido</p>
<p><b>US 44</b></p>	<p><b>E:</b> Por falar em coisas novas, é onde entra a tal questão das medidas. Voltando um bocadinho atrás, o PC2 preencheu uma no início e a outra no final de cada sessão. Sentiu alguma delas como mais útil que a outra?</p>	<p>PC2 refere que os sistemas de feedback eram importantes para ver se existia ou não alguma evolução ao longo do processo terapêutico. Esta monitorização, por sua vez, era importante de modo a estabelecer objectivos. PC2 refere mais uma vez o impacto negativo da periodicidade entre</p>	<p>Importância da monitorização de resultados  Importância de definir objectivos e tarefas terapêuticas</p>

	<p><b>PC2:</b> Bem, se calhar eu lembrava-me de um ponto ou outro que podia relatar na medida. Mas de semana para semana a minha condição muda muita – ainda esta semana vou ver dois médicos. Nas sessões, era-me importante ver se tinha ou não uma melhoria. E, se não, perceber porquê, identificar isso, e ver onde era preciso trabalhar. É isso que a PT2 fazia, até com as medidas.</p>	<p>sessões, que a seu ver dificultava uma intervenção e monitorização mais eficaz.</p>	
<p><b>US 45</b></p>	<p><b>E:</b> E quanto à medida a avaliar a própria sessão, a que preenchia no final? Lembra-se de alguma vez ter reportado, também através dessa medida, algo específico na intervenção da PT2 que não gostou tanto?</p> <p><b>PC2:</b> Não, penso que não aconteceu. Eu acho que todas as sessões foram bastante positivas. Pena terem sido poucas.</p> <p><b>E:</b> Ok, PC2. Obrigado por tudo.</p>	<p>PC2 não relata nenhum evento significativo através do uso da medidade SRS. Refere que o processo foi bastante positivo, tendo pena dos constrangimentos temporais.</p>	<p>Insatisfação com a duração/periodicidade da psicoterapia</p> <p>Satisfação com processo terapêutico</p>

## Análise das transcrições utilizando o método fenomenológico

### CASO PT2

Unidades de significado	Transformação das Unidades de Significado em Unidades de Significado Psicológico	Dimensões eidéticas ou constituintes chave
<p><b>US 1</b></p> <p><b>E:</b> Queria, antes de mais, pedir à PT2 uma definição pessoal de psicoterapia.  <b>PT2:</b> Isso não é uma pergunta fácil. Eu gosto de utilizar imagens, e para mim há duas imagens que me fazem muito sentido quando se fala de psicoterapia. Vou começar com uma ideia do Yalom, que é a de “viagem”. O papel do psicoterapeuta é mais no acompanhamento e ser companheiro de uma viagem em que é o terapeuta, também, que segue o seu ritmo. E depois a outra ideia é a da “dança”. A dança faz-se a dois, faz-se com um ritmo que também tem que ser dos dois. Com certeza que será o ritmo mais do paciente do que o do terapeuta, mas há também alguma técnica, há algumas condições que se têm de ter, mas têm que estar o dois.</p>	<p>PT2 oferece duas imagens para dar uma definição pessoal de psicoterapia. A primeira é a ideia do terapeuta ser um companheiro de viagem, sendo a viagem o processo e vida do cliente. A segunda é a terapia como uma dança, onde ambos os intervenientes têm responsabilidade e agência no processo.</p>	<p>A psicoterapia como viagem</p> <p>A psicoterapia como dança</p>
<p><b>US 2</b></p> <p>Para mim acho que, no fundo, tanto na viagem como na dança, é na relação que eu acho que a psicoterapia – mais do que as técnicas, mais do que o que as perguntas, como perguntas – é mais no ser e no estar e na relação que se cria entre duas pessoas.  <b>E:</b> Tocaste já em alguns pontos interessantes, como a primazia da relação sobre a técnica. O que achas, então, que é mais significativo para o sucesso de uma psicoterapia?  <b>PT2:</b> Acho que, no fundo, é mesmo a relação.</p>	<p>PT2 refere que vê a psicoterapia primeiramente como um acto relacional, e que é essa dimensão relacional, co-criada entre terapeuta e cliente, o elemento mais importante mediador dos resultados terapêuticos.</p>	<p>A qualidade da relação como principal factor de sucesso terapêutico</p>
<p><b>US 3</b></p> <p>Eu acho que quem vem à procura de terapia não vem à procura de uma técnica, não vem à procura de uma técnica específica, vem à procura de ajuda. E, portanto, as pessoas quando nos procuram eu acho que nos precisam, sobretudo, para as ouvirmos, para estarmos ali com elas. Eu, pelo</p>	<p>PT define a psicoterapia como uma actividade muito para lá das técnicas específicas utilizadas, embora estas tenham o seu valor. É também valorizada a importância de definir objectivos terapêuticos, uma “d direcção” para a terapia. A psicoterapia é, no entanto,</p>	<p>A qualidade da relação como principal factor de sucesso terapêutico</p> <p>Psicoterapia como espaço de reflexão conjunta</p>

	<p>menos, recebo muito este feedback. Do espaço que é criado e que é importante para se poderem reflectir determinadas coisas ou situações que se viveram lá fora. Como se ali fosse um mundo um bocadinho à parte, onde as coisas podem ser pensadas e sentidas e reflectidas. Portanto, eu acho que é na relação que se faz – não é se eu introduzo determinadas técnicas, porque eu acho que isso não é relevante para as pessoas. As técnicas estão lá, como é óbvio, e estão sobretudo para o terapeuta – há objectivos terapêuticos, há uma indicação, há um caminho que é para ser seguido, que também é discutido. Mas, no fundo, a psicoterapia faz-se a partir da relação que se vai criando entre duas pessoas.</p>	<p>vista primeiramente pelas suas qualidades relacionais e reflectivas.</p>	
<b>US 4</b>	<p><b>E:</b> Faço aí ponte para outra questão, que é perguntar à PT2 sobre o seu “psicoterapeuta ideal”. Isto é, todos nós trazemos uma imagem de “o psicoterapeuta”, e queria perguntar a sua imagem de “o psicoterapeuta”, como é que o define.</p> <p><b>PT2:</b> Isso é relativamente fácil. Eu precisei de algum tempo depois de terminar o curso para poder ser psicoterapeuta. Acho que não é uma coisa imediata.</p>	<p>PT2 refere aqui a dificuldade de exercer a sua profissão de psicoterapia, relatando que precisou de tempo e preparação pessoal para o fazer.</p>	<p>A psicoterapia como uma actividade difícil, exigindo tempo e preparação</p>
<b>US 5</b>	<p>E o meu primeiro passo foi procurar psicoterapia individual, para mim. Porque acho que é importante estar do outro lado. Senti que tinha primeiro de estar comigo para poder, depois, estar com os outros. E tive muita sorte no terapeuta que encontrei. E, portanto, o meu modelo de terapeuta também vem muito daí, tem muita influência daí.</p>	<p>PT2 refere o ter passado por um processo psicoterapêutico pessoal como fundamental para a sua preparação como psicoterapeuta</p>	<p>Importância da psicoterapia pessoal do psicoterapeuta</p>
<b>US 6</b>	<p>Posso dizer coisas que para mim foram significativas: o eu sentir que nunca estava a entediá-lo. O eu sentir que podia trazer o mesmo assunto inúmeras vezes e nunca sentir um revirar de olhos – que muitas vezes é aquilo que acontece lá fora, com os nossos amigos: “ah, já chega dessa conversa”. “Já não há espaço para falarmos mais disto”. E eu ali naquele espaço encontrava alguém que estava disposto a estar comigo, no ponto onde eu estava. Não a empurrar-me para a frente, não a atirar-me para trás, mas no</p>	<p>PT2 refere a importância de, na sua terapia, ter sentido que nunca entediava o seu terapeuta, que podia ir ao seu próprio ritmo e que isso seria aceite e bem recebido pelo terapeuta. PT2 refere também a importância de não se sentir “empurrada” pelo terapeuta, podendo “estar onde está”.</p>	<p>Importância de sentir que não entedia o terapeuta</p> <p>Sentir-se aceite em psicoterapia</p>

	momento em que eu estava, no aqui e no agora, no meu ritmo.		
<b>US 7</b>	E, depois, com uma outra característica: tive muita sorte em encontrar uma pessoa à minha frente, mais do que um técnico. Alguém que se ria comigo, que percebi o meu sentido de humor,	PT2 refere a importância de ter tido um terapeuta que não era apenas um técnico, mas uma “pessoa completa”, com a qual encaixada relacionalmente.	O terapeuta como pessoa, para lá do técnico
<b>US 8</b>	com quem eu tinha abertura para poder dizer “olha, comigo não, isso assim não resulta, isso não ajuda”, e alguém que respeitava isto. Pegando outra vez na analogia da dança, se eu me sentia pisada de alguma forma, a pessoa que estava comigo estava também atenta para não o voltar a fazer.	PT2 refere a importância de ter tido um terapeuta que se preocupava em estar adaptado ao seu ritmo pessoal e ao estilo de interação que lhe fazia mais sentido.	Importância do terapeuta respeitar o ritmo e necessidades do cliente
<b>US 9</b>	E... comover-se comigo, quando trazia qualquer coisa de mais pesado. Sentir que aquela pessoa estava mesmo ali, comigo. Que não estava só a fazer o seu trabalho, como um profissional, mas como uma pessoa. Eu acho que isto, para mim, foi o mais enriquecedor.	PT2 valorizou, acima de tudo, as qualidades humanas do seu terapeuta, o comover-se com ela e estar disponível, como “pessoa”, para ela.	Abertura emocional do terapeuta  O terapeuta como pessoa, para lá do técnico
<b>US 10</b>	E é isto que eu tento, quando estou com as pessoas: ser uma pessoa. E, portanto, de alguma forma transparecer e poder estar da forma mais autêntica que me é possível. Como é óbvio existem formas de estar muito diferentes – eu não estou aqui contigo como estou com os meus pacientes, ou com os meus amigos no café, ou com o namorado em casa... Há uma forma de estar que eu sinto quando estou com uma pessoa, que é diferente de pessoa para pessoa, de espaço para espaço...	PT2 refere que as qualidades que mais valorizou no seu terapeuta é também aquilo que tenta fazer como psicoterapeuta. Valoriza a autenticidade, como pessoa, no espaço terapêutico.	O terapeuta como pessoa, para lá do técnico  Importância da autenticidade do terapeuta
<b>US 11</b>	Mesmo o espaço físico é, para mim, importante. A posição das cadeiras... Para mim, é uma série de linhas que cozem a psicoterapia. Não sei se respondi à tua pergunta...	PT2 refere a importância que dá ao espaço em psicoterapia, que também ajuda a definir o encontro.	Importância do <i>setting</i> em psicoterapia
<b>US 12</b>	<b>E:</b> Acho que sim. Portanto, e no entanto, há uma PT2 que sentes que permeia todos estes espaços e pessoas, e que não queres esconder no contexto da relação terapêutica.	Entrevistador resume alguns pontos levantados por PT2.	O terapeuta como pessoa, para lá do técnico
<b>US 13</b>	<b>PT2:</b> Quer dizer, se eu estou mais preocupada comigo do que com a pessoa que está à minha frente, isto de alguma forma quer dizer que alguma coisa não está a resultar. Se eu estou mais preocupada com o meu ritmo, com a forma como coloco as pernas, onde ponho as mãos... Se calhar estou	PT2 refere a importância e, por vezes, dificuldade de se adaptar ao ritmo do cliente; e de, por vezes, se ter sentido mais autocentrada em processos próprios, deteriorando a experiência terapêutica. A ansiedade que sentiu, por vezes, em sessão, e o modo como se apercebeu não estar a prestar a devida	Ansiedade e autoconsciência do terapeuta como prejudicial para a psicoterapia  Importância da descontração e confiança do terapeuta

	<p>mais preocupada comigo do que com a outra pessoa. Isso aconteceu-me. No meu percurso de formação enquanto psicoterapeuta eu tive sessões observadas, e houve uma determinada altura em que eu tive a consciência disto: a pessoa está a falar comigo e eu estava atenta à respiração que estava a ter. Porque estava muito ansiosa, e então estava a sentir o meu respirar de uma forma muito pesada, e a pensar “de certeza que a outra pessoa está a notar”... E depois pensei “mas o que é isto?”... Esta experiência foi significativa. Notei que nem sequer o estava a ouvir. Pensei “espera aí, tenho de arranjar uma maneira de isto me ser confortável”. E a maneira é esta.</p>	<p>atenção ao cliente, foram experiências significativas. PT2 quis mudar estes elementos em si, de modo a estar mais disponível para o cliente.</p>	<p>A importância da auto-monitorização do terapeuta</p>
<p><b>US 14</b></p>	<p>Claro que isto também não resulta com todas as pessoas – e, portanto, de alguma forma, eu acho que nós temos um papel nisto, mas os pacientes também têm um papel nisto. Que é o de escolherem o terapeuta. Se não se identificam, são livres de poder dizer o que não gostam, se podemos acertar o ritmo, se podemos encontrar um espaço onde falar das coisas. Mas as pessoas são livres de poder procurar outra pessoa também.</p>	<p>PT2 foca-se aqui na dimensão de responsabilidade mútua em psicoterapia. No que toca à escolha do psicoterapeuta, nem todos irão ser adequados para o cliente específico, e este tem também a responsabilidade de optar por ficar ou sair do processo terapêutico.</p>	<p>Responsabilidade de cliente e terapeuta em psicoterapia</p> <p>Agência do cliente ao escolher um terapeuta</p>
<p><b>US 15</b></p>	<p>Para mim, o que é fundamental é a relação que é criada.</p> <p><b>E:</b> Portanto, “o terapeuta”, para ti, parece ser alguém que consegue estar disponível para o outro.</p> <p><b>PT2:</b> Sim. E não interessa qual é “a melhor pergunta” para se fazer. Interessa estar ali, com a pessoa. E, às vezes, nem perguntar nada. É a presença que é significativa.</p>	<p>PT2 volta a referir aqui a importância da dimensão relacional da psicoterapia como o factor fundamental, para lá de aspectos mais específicos como técnicas ou perguntas feitas. A presença do terapeuta é vista como um factor fulcral.</p>	<p>A qualidade da relação como principal factor de sucesso terapêutico</p> <p>Qualidade da presença do terapeuta como mediador de resultados em psicoterapia</p>
<p><b>US 16</b></p>	<p>Há uma terapeuta com a qual me identifiquei que me falava do psicoterapeuta como alguém que faz ressoar aquilo que o outro lhe dá. E ela faz o paralelismo com... Ela tocava violino, durante muitos anos, e ela dizia que, para tocar violino, o instrumento tem de estar afinado. E também nós, na terapia, para podermos ressoar o outro, temos também de estar afinados. Se nós estamos preocupados com coisas que são extra-relação, se calhar não estamos a ressoar o que o outro está a dizer. Se estamos constringidos...</p>	<p>PT2 sente que o terapeuta tem de ter feito um trabalho pessoal, de modo a melhor exercer o seu trabalho em sessão, sem enviesamentos indesejados.</p>	<p>Importância da auto-monitorização do terapeuta</p>

<p><b>US 17</b></p>	<p>Eu guio-me muito também pela forma como me sinto, como é que a pessoa se apresenta a mim, e isto também dá dados importante sobre como é que esta pessoa se relaciona com os outros.  <b>E:</b> Isso eventualmente poderá ser, até, partilhado com o cliente.  <b>PT2:</b> Exactamente.</p>	<p>PT2 refere a importância de utilizar as suas próprias emoções e reacções como instrumentos clínicos, guiando-a e ajudando a intervir mais adequadamente com o cliente.</p>	<p>Importância das emoções do próprio terapeuta, em psicoterapia</p>
<p><b>US 18</b></p>	<p><b>E:</b> Já falámos da terapia mais no geral. Podias-me agora falar um bocadinho sobre como te caracterizarias a ti como terapeuta, em sessão. Podemos também fazer uma ponte para com o modelo teórico, como te influencia, se fizer sentido. Como é que é a PT2 em sessão?  <b>PT2:</b> Eu acho que cai numa característica, quando estou em sessão, que é eu abrando o meu ritmo. Eu sou muito acelerada lá fora, ando sempre a correr de um lado para o outro, e sinto que quando me sento aqui, neste espaço, que eu abrando. Ou seja, entro em ritmo cruzeiro para também poder ter disponibilidade para perceber a que ritmo vai a outra pessoa. Se eu vier muito acelerada, provavelmente vou começar a atropelar.</p>	<p>PT2 define-se em sessão, antes de mais, pelo ritmo pessoal. Descreve como tende, em sessão, a abrandar o seu ritmo natural, de modo melhor se relacionar com o cliente, e a melhor se adaptar ao ritmo deste.</p>	<p>Necessidade de adaptar o seu ritmo ao do cliente</p>
<p><b>US 19</b></p>	<p>Há uma coisa curiosa, que é: eu não tiro grandes notas de sessões. E, se me pedires para falar de determinados pacientes, é preciso “entrar num modo”. Assim que “lá estou”, consigo, porque me ligo a ela.</p>	<p>PT2 refere que não costuma tirar notas de sessões, tendo uma memória das pessoas que é activada pelo contacto experiencial.</p>	<p>Notas das sessões</p>
<p><b>US 20</b></p>	<p>Tenho a sorte, também, de gostar de todas as pessoas que acompanho. Gosto delas enquanto pessoas, gosto de estar com elas. E, portanto, aquilo que elas me dizem torna-se, de alguma forma, significativo. É preciso estar disponível, é preciso estar presente, e é preciso também ter alguma curiosidade. Querer mesmo perceber o que a pessoa está a dizer.</p>	<p>PT2 refere gostar dos seus clientes, e que isso é um factor fundamental para conseguir estar mais presente e disponível em terapia com eles, sentindo como significativo o que é discutido em sessão.</p>	<p>A qualidade da relação como principal factor de sucesso terapêutico  Qualidade da presença do terapeuta como mediador de resultados em psicoterapia</p>
<p><b>US 21</b></p>	<p>O que é que me fez, também, escolher este modelo? Mais do que um modelo explicativo, eu procurava um modelo compreensivo. Acho que as explicações não ajudam as pessoas, nós não somos seres de causa e efeito, não é por A se ter dado que B necessariamente se tem de dar. É mais importante o impacto que o B tem em mim, ou o ter passado pelo B. E o facto</p>	<p>PT2 refere a importância do seu modelo, o fenomenológico-existencial, como um que não procura explicações causais e dá primazia aos processos relacionais em psicoterapia. Segundo este modelo, e a preferência de PT2, a terapia é um acto de co-construção e de encontro experiencial, valorizando e explorando o que está a ser sentido no momento. Estas</p>	<p>Importância do modelo psicoterapêutico  O aqui-e-agora em terapia</p>

	<p>de nos podermos focar naquilo que é significativo para a pessoa, neste momento. Não me interessa encontrar ligações causais: provavelmente a culpa até poderá ser da mãe, mas não me interessa arranjar uma justificação sobre porque é que a pessoa se está a sentir de determinada maneira. Interessa-me compreender como é que ela se está, realmente, a sentir. E o que é que a faz sentir desta maneira – mais do que encontrar soluções, é explorar o caminho. As pessoas são muito determinadas também, e também nos vão guiando.</p>	<p>características guiam o processo terapêutico.</p>	
<p><b>US 22</b></p>	<p>Acho que vivemos num mundo demasiado imediatista, as coisas têm que ser “agora”, “neste momento”, e às vezes é importante pararmos. Muitas vezes as pessoas procuram-nos quando estão perdidas e querem encontrar um caminho rapidamente. Estão numa encruzilhada. E, às vezes, é importante pararmos e percebermos, “ok, vamos explorar um caminho, e outro, e outro”.</p> <p><b>E:</b> Em terapia, o cliente, tal como tu, abranda.</p> <p><b>PT2:</b> Sim. Às vezes imponho “ok, vamos parar um bocadinho aqui, há demasiadas coisas a sair. Vamos tentar perceber o que é que é isto”. É curioso, muitas vezes quando pedes às pessoas para repetir a última frase que disseram, mas de uma forma mais calma, ou quando tu repetes a última frase que eles disseram, frases significativas, as pessoas dizem “ah espera, fui eu que disse isto?”. Nós vivemos muito mais do que aquilo que reflectimos. E a psicoterapia é também um convite ao reflectir, ao pensar o que é que as nossas experiências também dizem sobre nós. E é isso que pretendo em terapia. Não temos de estar à procura de soluções, se calhar elas podem aparecer.</p>	<p>PT2 refere a importância de criar um certo ritmo, dentro de sessão, que permita a reflexão conjunta sobre o que está a ser discutido. Refere também que não vê a psicoterapia como uma fonte de “soluções rápidas”, mas um processo de exploração, de reflexão que, por vezes, facilita tornar consciente aquilo que ainda não era aparente.</p>	<p>A psicoterapia como processo de exploração</p> <p>O ritmo em terapia</p>
<p><b>US 23</b></p>	<p><b>E:</b> E desafios, qual achas ser a parte mais difícil de fazer psicoterapia?</p> <p><b>PT2:</b> Provavelmente, quando os pacientes desafiam aquilo que são estas linhas com o qual eu me cozo.</p> <p><b>E:</b> Podes exemplificar?</p>	<p>PT2 refere, como primeiro desafio da sua actividade psicoterapêutica, os clientes que pedem soluções directas para os seus problemas.</p>	<p>Dificuldades do terapeuta</p> <p>Dificuldade em “dar” soluções aos clientes</p>

	<b>PT2:</b> Quando, por exemplo, me pedem soluções. Me pedem directamente soluções. Eu tenho muita dificuldade em dar soluções a pessoas.		
<b>US 24</b>	Quando, por exemplo, me sinto desafiada... Quando as pessoas não me vêm como pessoa. “De certeza que, quando eu sair daqui, você nem pensa em mim”. Eu acho também que, de alguma forma, isso é qualquer coisa de protector, isto das pessoas dizerem “ah não, você depois segue a sua vida e eu fico com os meus problemas”.	PT2 relata sentir como desafiador quando um cliente a trata como menos humana, e mais como uma técnica que não pensa ou sente as pessoas fora da sessão.	Dificuldades do terapeuta A pessoa do terapeuta
<b>US 25</b>	Outra coisa é o ser interrompida. É quase como se fosse algo exterior que rebenta a bolha que se cria ali do mundo terapêutico, e eu fico muito aflita. <b>E:</b> Que tipo de interrupção? <b>PT2:</b> Por exemplo, uma vez em sessão estava a soar o alarme de incêndio. Estava com uma pessoa, na sala, já tinha acontecido mais do que uma vez, e houve um segurança que entrou e disse “vocês estão a fumar aqui dentro!”. E, de repente, o meu instinto é saltar para a porta e poder impedir aquela pessoa de entrar. Porque há ali alguém que eu quero proteger também. Isto, para mim, são momentos mais disruptivos. Ou quando alguém nos diz que precisa de ir beber água e se levanta e sai porta fora, e repente sentes-te ali muito sozinho. Tens ali 50 minutos com aquela pessoa e ficaste sozinha ali. Portanto, o grande desafio, se calhar, são os inesperados. Sobretudo externos à sessão, sobretudo qualquer coisa que leve ao rebentar desta bolha, deste espaço terapêutico. <b>E:</b> Mas suponho que esses acontecimentos não sejam muito frequentes. <b>PT2:</b> Não, não são, mas também não sinto que haja forma de nos prepararmos para isso.	PT2 refere a necessidade que tem de “defender” o espaço co-criado com o cliente de possíveis eventos inesperados, que são perturbadores. Acontecimentos como interrupções externas são particularmente desafiadores. Estas situações inesperadas são desafiadoras, em parte, pela sensação de impossibilidade de se preparar adequadamente para elas.	Dificuldades do terapeuta Obsctáculos externos à terapia
<b>US 26</b>	A supervisão pode ser um espaço para pensarmos “como é que eu me sentiria nesta situação”. <b>E:</b> Tocaste aí num outro ponto, que é o da supervisão. Neste momento, fazes supervisão?	PT2 refere que a supervisão é um espaço com grandes paralelos à psicoterapia. Sente que a eficácia da supervisão se deve ao foco no terapeuta e não apenas no caso clínica. Valoriza também a oportunidade de diálogo com diferentes colegas, podendo retirar ideias úteis para	A supervisão eficaz devido ao foco no terapeuta A supervisão como espaço de reflexão conjunta

	<p><b>PT2:</b> Sim.</p> <p><b>E:</b> E que importância tem a supervisão para a sua actividade?</p> <p><b>PT2:</b> Eu acho que é uma continuidade da psicoterapia. Para mim as linhas que cozem a supervisão são as mesmas da psicoterapia: há um <i>setting</i>, há uma relação que é criada entre aquelas pessoas... Tem que haver ali uma confiança, estás ali a expor-te, a revelar as tuas fragilidades, a dizer quando sentes que as coisas não estão a correr bem... E poder ouvir os outros, como é que os outros leem o caso que tu acompanhas. E, muitas vezes, podemos tecer uma manta de retalhos, e dizer “ok, isto interessa-me, é útil para mim”, ou “isto a mim não me ajuda, eu não me identifico com isto”. Portanto, há ali uma continuidade, há uma hora de início e de fim... Mais do que a supervisão para o paciente, interessa-me sobretudo a supervisão para mim. O que é que esta pessoa me faz sentir? Que impacto é que isto está a ter em mim? Como é que eu recebo as coisas que esta pessoa me traz? O que é que há em mim que a pode ajudar, o que é que lhe posso devolver? E isto, para mim, é muito importante.</p> <p><b>E:</b> Também é “uma dança”, nesse sentido.</p> <p><b>PT2:</b> Também é uma dança.</p>	<p>o processo terapêutico a partir desses contactos.</p>	
<p><b>US 27</b></p>	<p><b>E:</b> Há quanto tempo exerces psicoterapia?</p> <p><b>PT2:</b> Neste momento, há 5 anos.</p> <p><b>E:</b> Achas que me consegues dar uma imagem de como é que foi evoluindo a PT2 terapeuta?</p> <p><b>PT2:</b> Era muito mais ansiosa. Era muito mais técnica, era muito mais preocupado com a minha forma de estar, no sentido de ficar muito auto-consciente. Como é que eu falo, que impacto é que eu tenho no outro... Também na formação fui olhando muito para mim enquanto pessoa e enquanto terapeuta.</p>	<p>PT2 refere a sua ansiedade inicial como psicoterapeuta. Em sessão, tendia a ser mais técnica, isto é, mais absorvida em pormenores autoconscientes de desempenho pessoal, e por isso menos envolvida relacionalmente com o cliente. Refere que a formação como psicoterapeuta foi uma oportunidade de reflexão de PT como pessoa e terapeuta.</p>	<p>Ansiedade e autoconsciência do terapeuta como prejudicial para a psicoterapia</p>
<p><b>US 28</b></p>	<p>Senti que abrandei muito o meu ritmo. Foi qualquer coisa que eu aprendi sobre mim, e do impacto que eu tinha nos outros quando tinha um ritmo mais acelerado.</p>	<p>PT2 sente que, no início da sua actividade psicoterapêutica, tinha maior dificuldade em adaptar-se ao ritmo do cliente, tendendo a ser mais “acelerada”. Aliada a este ritmo apressado, PT2 sentia uma</p>	<p>Dificuldade de se adaptar ao ritmo do cliente</p> <p>Necessidade de produzir resultados rapidamente</p>

	<p><b>E:</b> Sentias que no início, tinhas um ritmo mais acelerado, e que este poderia ser prejudicial.</p> <p><b>PT2:</b> Sim, e que queria ajudar as pessoas “já”, queria que as pessoas se sentissem melhor “já”. Queria que as pessoas mudassem. Ficava muito impaciente, também: “mas porque é que esta pessoa continua a ir desabafar com a mãe, se sabe que leva uma patada!”. Sentia-me muito zangada pelas pessoas.</p>	<p>maior necessidade de produzir resultados imediatos, no menor tempo possível, sentindo-se frustrada quando isto não acontecia.</p>	
<b>US 29</b>	<p>E isto foi uma coisa muito curiosa: eu não tenho que fazer mudar as pessoas. E é isso que, neste caminho, eu fui sentido. Ok, primeiro vou-me perceber a mim mesma, vou estar muito consciente das minhas coisas, para depois perceber como é que eu me posso ajustar a esta pessoa e continuar a ser eu. Continuo a ter um ritmo acelerado, continuo a ter humor, a ser, às vezes, provocadora. Às vezes tenho imagens, que partilho com as pessoas – às vezes imagens muito pouco convencionais, mas que tocam ali num ponto. Fui aprendendo a conhecer-me, e perceber qual era a melhor forma de estar comigo enquanto terapeuta.</p>	<p>PT2, eventualmente, chegou à conclusão que a sua função como psicoterapeuta, a seu ver, não era a de mudar o cliente. Ao invés da ansiedade anterior, PT2 tenta agora estar mais consciente de si mesma e dos seus processos, usando-os com mais liberdade como instrumento útil dentro de sessão.</p>	<p>Importância da auto-monitorização do terapeuta</p> <p>A pessoa do terapeuta</p>
<b>US 30</b>	<p><b>E:</b> Passando agora especificamente para o caso do PC1. O que é que ele trouxe, no início do acompanhamento? O que pareceu ser o pedido, ali?</p> <p><b>PT2:</b> Estás-me a perguntar o que ele pediu, ou o que eu sinto que ele trouxe?</p> <p><b>E:</b> Gostava de saber ambas.</p> <p><b>PT2:</b> Ok. Aquilo que o PC1 trouxe foi sobretudo a incapacidade de poder ser a pessoa que era anteriormente, antes do acidente. Isto é aquilo que eu sinto que ele trouxe. “Quem sou eu agora, se eu não consigo fazer as coisas que fazia anteriormente? Se cada vez que eu tento fazer uma coisa, sinto que o meu corpo me trava e me leva ao momento do acidente”.</p>	<p>PT2 refere que sentiu o cliente, PC2, trouxe as dificuldades associadas a não poder ser e fazer aquilo que era antes do acidente que deteriorou a sua qualidade de vida.</p>	<p>O cliente com dificuldade em adaptar-se a nova fase de vida</p> <p>O cliente à procura de sentido</p>
<b>US 31</b>	<p>Trouxe uma grande revolta, com alguns bodes expiatórios. Eu acho que o PC2 é um homem muito inteligente, e acho que ele sabia que aquilo eram bodes expiatórios, mas que eram de alguma importante, naquela altura, eles serem os detentores de toda a culpa. Via um acidente grave, que trouxe</p>	<p>PT2 descreve PC2 como tendo muita zanga para com a sua situação de vida, e isso estar constantemente presente dentro e fora de sessão. Essa zanga era direccionada para a companhia de seguros, do qual PC2 sentia não estar a receber um tratamento adequado. Um dos grandes focos da terapia era o trabalhar com esta</p>	<p>Zanga do cliente</p> <p>Importância de definir objectivos e tarefas terapêuticas</p>

	<p>muitas limitações. O facto de ele sentir que não teve o melhor acompanhamento da empresa onde trabalhava, o facto de sentir que não tinha o melhor acompanhamento da seguradora, fez com que ele viesse muito revoltado. Eu acho que era uma revolta muito de... “como é que eu faço, agora?”.</p> <p>O PC2 traz uma revolta muito explícita. O facto de poder encontrar um espaço para poder trazer toda a sua zanga, para poder transformá-la e assim encontrar estratégias para melhor se adaptar à vida que ele tinha.</p>	<p>zanga e encontrar estratégias de modo a PC2 se adaptar à sua nova situação de vida.</p>	
<b>US 32</b>	<p>Via algo nas suas relações interpessoais que também não estava bem – o facto de ele se sentir muito sozinho, muito isolado. De não trabalhar há muito tempo. Mas sobretudo o estar muito sozinho, e não haver espaço lá fora para falar sobre o que aconteceu, sobre as dificuldades que ele sentia, as dores que ele sentia... Acho que era sobretudo isto.</p>	<p>PT2 descreve PC2 como algum isolado e com necessidade de pessoas que validassem a sua difícil situação de vida.</p>	<p>Défices interpessoais do cliente</p> <p>Isolamento social</p>
<b>US 33</b>	<p><b>E:</b> Estiveram 14 sessões juntos. Desse acompanhamento, quais pensas terem sido os eventos mais significativos?</p> <p><b>E:</b> Provavelmente os momentos em que eu devolvia... Acho que houve um momento significativo nas nossas sessões. Houve uma altura que nós estivemos muito embrulhados nesta revolta, nesta zanga. “Porque a companhia não faz isto, porque a empresa não faz aquilo...”. E houve um momento em que eu disse: “PC2, nós podemos continuar as 7 sessões que nos faltam a dizer o que está mal, ou podemos arranjar uma forma de lidar com isso. Vamos começar a fazer alguma coisa, porque isto não está a ajudar. Foi importante um espaço para podermos deitar a zanga cá para fora, mas para isto produzir efeitos temos agora de fazer alguma coisa com ela”.</p>	<p>PT2 descreve um evento significativo na terapia com PC2, em que sentiu necessidade, a dada sessão, de tornar explícito que podiam utilizar aquele espaço para continuarem “embrulhados na zanga”, ou tomar acções construtivas de modo a melhorar a situação de vida do cliente.</p>	<p>Evento significativo</p> <p>Intervenção directiva do terapeuta</p> <p>Importância de definir objectivos e tarefas terapêuticas</p>
<b>US 34</b>	<p>Houve momentos significativos trazido pelo próprio PC2, quando trazia um exame médico e dizia que o caso se estava a agravar, e que os exames mostravam precisamente o que ele andava a dizer aos médicos e que não se sentia ouvido por ninguém – na empresa, pelo psiquiatra, pelo ortopedista...</p>	<p>PT2 relata como PC2, por vezes, trazia exames médicos, que demonstravam aquilo que o cliente temia e agravando a sua sensação de não estar a ser ouvido ou acompanhado adequadamente por médicos e pela companhia de seguros.</p>	<p>Evento significativo</p> <p>Sensação de não ser ouvido/compreendido</p>

<p><b>US 35</b></p>	<p>E acho que foi importante poder ouvi-lo. Mas depois era importante fazermos alguma coisa que pudesse efectivamente ajudá-lo a poder lidar com isto.</p>	<p>PT2 sente que PC2 necessidade não só se ser ouvido, como de delinear objectivos e acções específicas que o ajudassem a melhorar a sua situação de vida.</p>	<p>Importância do cliente se sentir ouvido</p> <p>Importância de definir objectivos e tarefas terapêuticas</p>
<p><b>US 36</b></p>	<p>Acho que aquilo que eu guardo como mais significativo, se calhar, é toda a delicadeza do PC2. É um homem muito delicado. Sempre chegou a horas, nunca faltou... muito delicado comigo, perguntava-me sempre como é que eu estava. Tínhamos uma relação muito delicada. Muito cientes de que tínhamos apenas 14 sessões, mas com uma grande delicadeza.</p> <p><b>E:</b> Uma relação muito respeitosa.</p> <p><b>PT2:</b> Sim, muito atencioso, muito respeito.</p>	<p>PT2 descreve a relação com PC2 de um modo muito positivo, descrevendo o cliente como um homem atencioso, delicado e respeitador.</p>	<p>A relação terapêutica</p>
<p><b>US 37</b></p>	<p><b>E:</b> Quanto aos desafios, já falaste de um, o perigo de poderem ficar estagnados a ruminar nos problemas apresentados. Houve algum outro desafio particularmente significativo, neste acompanhamento?</p> <p><b>PT2:</b> Eu acho que houve algo no PC2 que pensou “ok, deixa-me aqui aproveitar muito bem as 14 sessões que me deram”. E... Houve momentos que foram difíceis, aqui nas nossas sessões. Sempre que entrávamos em momentos mais emocionais, em sítios mais difíceis, de dor, o PC2 desligava. E havia um bloquear – um bloquear de raciocínio, em que eu me lembro da expressão dela: ficar com os olhos muito abertos, um ar aflito, e de alguma forma meio confuso, estilo “eu não sei de o que é que está a falar”. E, às vezes, eu senti que era muito difícil para ele.</p>	<p>PT2 refere aqui as dificuldades que PC2 sentia ao entrar em certos temas e diálogos emocionalmente carregados. Estas situação levavam a que o cliente se sentisse bloqueado e aflito, dificultando o progresso terapêutico.</p>	<p>Dificuldades do cliente</p> <p>Bloqueios emocionais do cliente</p>
<p><b>US 38</b></p>	<p>Para o PC2, devolver-lhe o racional sobre o que estava a acontecer, de alguma forma, o acalmava. E como já disse, dar um racional e encontrar estratégias, se calhar, é aquilo que eu sinto como mais difícil, para mim.</p> <p><b>E:</b> E sentiste que ele tinha essa necessidade.</p> <p><b>PT2:</b> Sim.</p>	<p>PT2 volta a referir a necessidade de algo para lá dos elementos relacionais: PC2 parecia beneficiar de um racional apresentado, uma estrutura delineada. Devido a características pessoais e profissionais, PT2 sentiu dificuldade em criar um racional explícito.</p>	<p>Importância de definir objectivos e tarefas terapêuticas</p>
<p><b>US 39</b></p>	<p>E, de alguma forma, quer dizer, nós temos 14 sessões, e isto é importante, ajudar esta pessoa. Se calhar, se tivesse mais sessões ou se não tivesse um</p>	<p>PT2 refere aqui os constrangimentos temporais da intervenção breve com PC2. Estas limitações temporais levaram, a seu ver, a uma impossibilidade de explorar</p>	<p>Insatisfação com a duração/periodicidade da psicoterapia</p>

	<p>limite, teria ficado muito mais tempo com ele em determinados momentos. Se calhar tínhamos ficado muito mais tempo na revolta e no bloqueio. Mas era preciso ajudar, fazer qualquer coisa, era preciso que ele levasse qualquer coisa daquelas 14 sessões, para poderem ser úteis para depois. Porque ele tinha de voltar a trabalhar, de voltar a fazer a vida dele, não podia ficar naquele impasse. Isso foi desafiante para mim.</p>	<p>com maior profundidade alguns temas mais difíceis. No entanto, a necessidade de criar resultados em 14 sessões foi uma pressão sentida como desafiante por PT2.</p>	
<b>US 40</b>	<p>E foi desafiante também esta dificuldade em tocar em questões mais emocionais. Aí, mais uma vez, eu via uma delicadeza da parte dele, de querer atender ao meu pedido, mas ao mesmo tempo o quão difícil aquilo estava a ser para ele.</p>	<p>PT2 volta a referir a grande dificuldade do cliente explorar e aprofundar em temas emocionais mais difíceis.</p>	<p>Dificuldades do cliente</p> <p>Bloqueios emocionais do cliente</p>
<b>US 41</b>	<p><b>E:</b> Passando às medidas de feedback, queria antes de mais perguntar por impressões gerais quanto a estas.  <b>PT2:</b> Do início e de agora?  <b>E:</b> Sim.  <b>PT2:</b> Eu ao início fiquei um bocadinho... Nunca fiz psicoterapia desta maneira. Nunca tinha feito terapia de curta duração. Nunca fiz terapia com esta duplicidade de clientes – que é a pessoa que está à minha frente e a companhia de seguros. E nunca fiz terapia... Das duas uma, ou fazia uma sessão de avaliação, que depois seguia para terapia; ou fazia avaliação pura, na qual elaborava um relatório. Nunca tinha usado instrumentos durante as sessões. Ia um bocadinho apreensiva. Porque não sabia como é que o outro ia reagir. Não sabia se, de alguma forma, aquilo ia contaminar as nossas sessões, se não ia retirar algo da relação. E então tinha muitas dúvidas.</p>	<p>PT2 relata que, a início, sentiu alguma apreensividade quanto ao uso dos sistemas de feedback. Os seus medos focavam-se na sua inexperiência pessoal em aplicar medidas de avaliação durante uma psicoterapia, e o medo do possível impacto relacional negativo das medidas.</p>	<p>Apreensividade quando aos sistemas de <i>feedback</i></p> <p>Medo de impacto negativo dos sistemas de <i>feedback</i></p>
<b>US 42</b>	<p>A partir do momento em que comecei a utilizar as medidas com o PC2, eu percebi que era uma preocupação minha – ainda bem que reflecti sobre ela, ainda bem que me perguntei sobre como é que me sentia sobre ela, ainda bem que me questionei. A partir da primeira sessão com o PC2, não houve qualquer tipo de questão. Ele veio à procura de ajuda, com objectivos específicos... Se calhar não tão específicos assim, e se calhar isso foi</p>	<p>Os medos expressos por PT2 sobre os sistemas de feedback não se concretizaram. PC2 aparece em sessão com motivação para trabalhar e estabelecer objectivos terapêuticos, pelo que os sistemas de feedback não foram sentidos como um problema. Tornou-se importante, com este cliente, conseguir delinear objectivos realizáveis, dentro do tempo limitado que tinham.</p>	<p>Expectativas do cliente</p> <p>Importância de definir objectivos e tarefas terapêuticas</p>

	<p>outro desafio do acompanhamento: tínhamos de conseguir criar objectivos factíveis em 14 sessões. Eu com o PC2 utilizei uma metáfora, em que ele era coordenador de armazém e que tínhamos de saber onde nos focar para arrumar, já que não era possível arrumar tudo. E ele vinha de mãos à obra para poder trabalhar.</p>		
US 43	<p>A pensar “deixa ver como é que esta miúda me vai ajudar”. Se calhar estou a fugir um bocadinho à pergunta. Senti que havia ali uma incredulidade, que foi desvanecendo ao longo da relação, do género “você é muito nova para perceber estas coisas” ou “já alguma vez passou por alguma coisa destas?”.</p>	<p>PC2 mostrava-se, por sua vez, apreensivo quanto à idade e experiência de vida de PT2, questionando-se se esta teria a capacidade de o ajudar em terapia.</p>	<p>Expectativas do cliente</p>
US 44	<p>Mas senti que com o PC2 não houve qualquer dúvida – aquilo são dois minutos. E, portanto, ele respondia, olhávamos para o gráfico, partíamos do gráfico – a início mais eu, dizia coisas mais dirigidas, do estilo “ok PC2, parece que esta semana está um bocadinho melhor” ou “pior”, “o que é que aconteceu”. Podemos ver se foi mais ao nível inter, intrapessoal, ou ao nível do trabalho...</p> <p><b>E:</b> Portanto, os sistemas de feedback ajudaram no sentido de sugerir por onde podiam começar uma conversa útil.</p> <p><b>PT2:</b> Sim. Mas suficientemente largo também para podermos explorar aquilo que queríamos. Porque como temos 4 dimensões, temos muito por onde pegar. “Olhe, o que aconteceu foi que me disseram que volto a trabalhar para a semana e fiquei muito aflito”. É aquilo que a pessoa traz, e temos de perceber como é que isto se relaciona com os nossos objectivos.</p>	<p>PT2 refere que os sistemas de feedback serviam de apoio para monitorizar o progresso clínico de PC2, promovendo reflexão e debate sobre os resultados apresentados. Estes sistemas ajudavam também a encontrar os pontos de maior relevância para explorar em sessão, servindo por isso de apoio no definir de objectivos terapêuticos.</p>	<p><i>Feedback</i> ajuda a monitorizar a evolução do cliente em terapia</p> <p><i>Feedback</i> ajuda a definir objectivos e tarefas terapêuticas</p>
US 45	<p>Eu lembro-me de uma sessão com o PC2, logo no início, quando começámos a explorar “quem era o PC2”, chegámos a outros pontos mas que não faziam parte dos nossos objectivos terapêuticos. Mas colocámos ali um “pin”, pudemos dizer “se calhar esta não é o espaço para lidar com isto, mas isto parece ser importante, PC2”. Até para poder abrir portas, caso ele queira fazer uma futura psicoterapia.</p>	<p>Houve certos temas que a terapeuta optou por não aprofundar, por não fazerem parte dos objectivos terapêuticos definidos. Estes temas foram, no entanto, destacados em sessão, para uma possível exploração futura por parte de PC2.</p>	<p>Tomada de decisão clínica</p>

<p><b>US 46</b></p>	<p>Mas sim, os sistemas de feedback ajudavam a abrir portas. Mas são portas tão gerais que, se calhar, seria como perguntar “então, como está?”. Foi quase como, de alguma forma, algo que eu já faço, mas ali é mais específico porque fica ali registado. Fica registada uma evolução positiva ou negativa, e o que é que aconteceu.</p>	<p>PT2 vê os sistemas de feedback como úteis para “abrir portas”, isto é, iniciar certas reflexões com o cliente. Os sistemas tinham também a vantagem de registar os avanços clínicos.</p>	<p><i>Feedback</i> permite colocar questões e iniciar reflexões com o cliente</p> <p><i>Feedback</i> ajuda a monitorizar a evolução do cliente em terapia</p>
<p><b>US 47</b></p>	<p><b>E:</b> Queria pegar nessa comparação, entre a diferença de receber uma informação através de uma medida ou através da pergunta “como está?”. Feita esta comparação, gostava de perguntar se, então, sentes que as medidas tiveram algum impacto no acompanhamento.</p> <p><b>PT2:</b> Sim. Sobretudo na relação. Sobretudo com o SRS.</p>	<p>PT2 sente que SRS teve mais impacto na psicoterapia, através do impacto na relação terapêutica.</p>	<p>SRS sentido como mais útil</p>
<p><b>US 48</b></p>	<p>Eu sentia mais o ORS como um gráfico de como a pessoa está, e, portanto, poderemos monitorizar a evolução dela.</p>	<p>PT2 vê o ORS, essencialmente, como útil pela monitorização da evolução do cliente.</p>	<p><i>Feedback</i> ajuda a monitorizar a evolução do cliente em terapia</p>
<p><b>US 49</b></p>	<p>Mas dados para a psicoterapia, se calhar, foi mais ao nível do SRS. Porque é mais fácil não falar sobre estas coisas, sobretudo quando tens pouco tempo. Podermo-nos focar na relação: “parece que alguma coisa aconteceu aqui que fez com que tivéssemos baixado o nível – o que é que aconteceu? Foi na abordagem, no método que utilizei? Será que me conseguia explicar um bocadinho?”. E eu sentia que, à medida que o tempo ia avançando, ia dando mais tempo ao SRS. Eu dizia “se calhar há aqui qualquer coisa, gostava mesmo de perceber”, e me dizia “ah, se calhar quando a PT2 me disse determinada coisa, aquilo não foi muito correcto”...</p> <p><b>E:</b> Isso é um exemplo de algo que aconteceu?</p> <p><b>PT2:</b> Sim. Com o PC2, na sessão em que intervenho e digo que “podemos continuar aqui ou fazer qualquer coisa para o ajudar realmente” – aí, quando fui mais directiva, ele não estava tanto à espera e o nível de SRS baixou um bocadinho. Mas com o PC2 sempre tive muito boa relação, e com espaço para podermos falar destas coisas.</p>	<p>PT2 destaca o SRS como especialmente útil em terapia, por ajudar a criar reflexões sobre o estado da relação terapêutica, e por ajudar o cliente a transmitir pareceres importantes a PT2 sobre o que é mais e menos útil nas suas intervenções. O SRS parece também ser potencialmente útil no evitar de rupturas na aliança, informando o terapeuta quanto uma intervenção foi menos bem recebida pelo cliente.</p>	<p>SRS sentido como mais útil</p> <p>SRS ajuda o terapeuta a adaptar-se às necessidades do cliente</p> <p><i>Feedback</i> ajuda entender a vivência do cliente em terapia</p>

<p><b>US 50</b></p>	<p><b>E:</b> Este sistema de feedback seria algo que gostarias de continuar a utilizar no futuro? Ou, em que contextos te faria sentido continuar a utilizar este sistema? No limite, podia-se até escolher aplicar apenas o SRS...</p> <p><b>PT2:</b> Eu gosto do conjunto, acaba por se ganhar um ritmo de começar e acabar ao utilizar questionário que abrem portas. Talvez não utilizasse este sistema em todos os contextos, mas, por exemplo, em psicoterapia com tempo limitado. Contextos em que sabemos que temos 14 sessões com uma pessoa, em que temos realmente de saber o que é mais útil para ela, o que é que podemos oferecer e como é que isto vai evoluindo, de semana para semana.</p>	<p>PT2 relata que aprecia o ritmo criado pelo uso destes sistemas de feedback, voltando a descrever as medidas como algo que “abre portas” em sessão. Especifica que sente que estas medidas são potencialmente mais relevantes no contexto de intervenções breves, onde é necessária uma monitorização e estabelecimento de objectivos terapêuticos rapidamente.</p>	<p><i>Feedback</i> potencialmente mais útil no contexto de psicoterapias breves</p>
<p><b>US 51</b></p>	<p>Porque eu acho que nós somos muitos facilmente recompensados por fazer má terapia.</p> <p><b>E:</b> Podias elaborar um bocadinho nessa ideia?</p> <p><b>PT2:</b> Acho que somos recompensados por não endereçarmos as questões e os problemas, se não formos onde dói. “Ah, é maravilhoso” – e a pessoa poderá continuar a vir, e sair dali e ser fantástico, mas aquilo efectivamente não ter ajudado em nada para ela. Eu acho que as medidas, de alguma forma, facilitam uma conversa do estilo “parece que isto não está a funcionar. O que é que não está a funcionar?”. Ajuda a focar. E com um gráfico que fica visível aos dois.</p>	<p>PT2 refere que os sistemas de feedback ajudam a focar a terapia, ao questionar explicitamente os resultados clínicos ao longo do tempo. Esta característica facilita a díade a mais rapidamente falar do que é necessário pensar e fazer para produzir resultados terapêuticos.</p>	<p>Sistemas de <i>feedback</i> ajudam a iniciar diálogos difíceis</p> <p><i>Feedback</i> ajuda a “focar” a terapia</p>
<p><b>US 52</b></p>	<p>Outro contexto bom para estas medidas poderá ser com pacientes com o qual nos sentimos mais perdidos. Se sentes que não estás a ajudar aquela pessoa, podemos experimentar uma coisa diferente. Se não percebemos se é da pessoa, da relação, se é alguma coisa que está a acontecer e que nos está a escapar... O SRS puxa-te ali. Se houver alguma coisa no método ou na forma como trabalhamos, se a pessoa não se sente ali ouvida, é muito fácil questionarmos isto e a pessoa nos dizer “ah, não! Você é ótima!”. De alguma forma, temos com as medidas um modo de verificar melhor isso. Portanto, acho que podem ser muito</p>	<p>PT2 destaca a utilidade do SRS em ajudar o terapeuta a entender quais as áreas problemáticas, dentro de sessão, a corrigir. O feedback ajuda o terapeuta a se sentir menos perdido e se adaptar aos desafios impostos pelo cliente. As medidas esclarecem e tornam mais explícita a evolução do cliente em terapia.</p>	<p><i>Feedback</i> ajuda o terapeuta a sentir-se menos perdido</p> <p>SRS ajuda o terapeuta a adaptar-se às necessidades do cliente</p> <p><i>Feedback</i> ajuda a monitorizar a evolução do cliente em terapia</p>

	úteis sobretudo em contextos no qual é preciso dar respostas.		
<b>US 53</b>	<p><b>E:</b> Este é o gráfico do PC2. Há alguma coisa que sobressaia para ti, que queiras destacar ou comentar?</p> <p><b>PT2:</b> Uma coisa que me chama logo a atenção é que é um gráfico de altos e baixos, e eu fui sentindo isto. O PC2, durante o nosso processo, teve muito tempo parado, e acho que este disparo para o “verde”, logo na primeira sessão, foi o PC2 ter aqui encontrado um espaço com alguém que o queria ouvir e perceber. Eu acho que isso teve um impacto. Depois há uma normalização, porque o PC2 também foi tendo altos e baixos na sua vida, e que são extra-terapêuticos – como exames médicos, o ter voltado a trabalhar e ter voltado a estar de baixa...</p>	<p>PT2 relata como, através dos sistemas de feedback, é possível ir avaliando os “altos e baixos” do acompanhamento. Refere o resultado elevado na primeira sessão, possivelmente devido às expectativas positivas e alívio imediato do cliente. Este evento segue-se de uma normalização. Os resultados do feedback estavam alinhados com os sentimentos de PT2 quanto ao acompanhamento.</p>	<p><i>Feedback</i> ajuda a monitorizar a evolução do cliente em terapia</p> <p><i>Feedback</i> ajuda entender a vivência do cliente em terapia</p>
<b>US 54</b>	<p>Isto foi alterando muito. Mas depois, a determinada altura, um caminho positivo de dizer “como é que pudemos fazer isto da forma mais útil para mim?”, e começarmos a pensar em estratégias. E começar também a devolver racionais ao PC2, o que para mim foi um desafio: “é normal que estas coisas aconteçam, é compreensível. Tem que dar tempo para isto melhorar, para as coisas acontecerem”.</p>	<p>PT2 refere como este acompanhamento a desafiou no sentido de criar racionais e estratégias específicas úteis para o cliente.</p>	<p>Importância de definir objectivos e tarefas terapêuticas</p>
<b>US 55</b>	<p>Uma das coisas que eu questiono, que me põe em causa a mim, é se não haverá aqui também alguma desejabilidade social nos resultados das medidas. Se o PC2 não queresia “terminar isto bem”, no “verde”.</p> <p><b>E:</b> Quanto ao ORS, portanto.</p> <p><b>PT2:</b> Sim.</p>	<p>PT2 refere a hipótese dos resultados do sistema de feedback, nas últimas sessões, poderem ser reflexo de um fenómeno de desejabilidade social por parte do cliente – não reflectindo, por isso, a realidade clínica do cliente.</p>	<p>Possíveis discrepâncias e enviesamentos dos sistemas de <i>feedback</i></p>
<b>US 56</b>	<p>O SRS, acho, é mais importante quando a coisa está a correr mal. Ou seja, é mais útil quando a coisa está a correr mal. Quando o cliente nos baixa um ponto, é um alerta, e é importante podermos agarrar isso. Quando a coisa corre bem, a coisa corre bem.</p> <p><b>E:</b> Acho que é tudo. Obrigado!</p>	<p>PT2 refere que considera o SRS como mais útil no contexto de clientes em deterioração clínica. Os sinais transmitidos pelo cliente através do SRS, sobre o estado da relação, são vistos como marcadores importantes pela PT2.</p>	<p>SRS sentido como mais útil</p> <p>SRS ajuda o terapeuta a adaptar-se às necessidades do cliente</p>

## **ANEXO V**

### **Carta de consentimiento informado**

### Carta de consentimento informado

A presente investigação foi desenvolvida por Alexandre Vaz e Catarina Serrano de Almeida. Tem como objetivo estudar o impacto de determinadas características do psicoterapeuta e do paciente, e a sua relação para com os resultados terapêuticos. Esta investigação pressupõe a aplicação a si, o cliente, de duas curtas escalas: Outcome Rating Scale (ORS) e Session Rating Scale (SRS), aplicadas sessão a sessão.

Garantimos a total confidencialidade. Todos os dados recolhidos serão para uso exclusivo deste estudo. Caso aceite colaborar, pedimos-lhe que preencha a seguinte declaração de consentimento informado.

---

---

**Declaração de Consentimento Informado:** Li e compreendi a informação que me foi transmitida acerca da investigação *“PROCESSO DE MUDANÇA EM PSICOTERAPIA E O USO DE SISTEMAS DE FEEDBACK: PERSPECTIVA DO PACIENTE E DO TERAPEUTA”*.

Consinto em participar neste estudo, autorizando a recolha de dados pessoais e profissionais. Consinto também na divulgação dos mesmos dados em regime de total anonimato.

Nome do Participante:

Data:

Assinatura: \_\_\_\_\_

Investigador: Alexandre Vaz (nº de telemóvel: 914065340).

Data:

Assinatura do Investigador: \_\_\_\_\_