



**Ispa**

Instituto Universitário  
de Ciências Psicológicas,  
Sociais e da Vida

**Medindo a Autoeficácia dos Psicoterapeutas: Adaptação e  
Validação da CASES-R**

Marta Alexandra Correia Maniés

**Orientador de Dissertação:**

Professor Doutor David Dias Neto

**Professor de Seminário de Dissertação:**

Professor Doutor David Dias Neto

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

**MESTRE EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

2024/2025

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

## Agradecimentos

Finalmente chegou a altura de poder agradecer aos que me rodearam neste ano caótico. E eu bem sei o quão grata sou pelas pessoas que quero mencionar aqui, algumas antigas outras mais recente, mas que claramente deixaram a sua marca na minha história académica e pessoal.

Primeiro quero agradecer à minha família, Mãe, Pai, Simão e Avó, vocês foram quem tornaram possível poder estudar o que me apaixonou, obrigada pela paciência quando estou mais desmotivada e insegura, obrigada pelo apoio e nunca me deixarem desistir de nada e obrigada por se orgulharem de mim, a futura psicóloga da família.

O meu namorado, que feliz ou infelizmente só teve a oportunidade de me ver quase a enlouquecer neste último ano que foi bem complicado para mim. Espero que saibas que foste uma bengala para mim, foste força, motivação, calma e leveza que tanto precisei. Obrigada.

Aos meus amigos do ISPA. Aos que estão desde o primeiro ano de faculdade, como a minha querida Madalena. À grupeta maravilha que felizmente foi aumentando ao longo dos anos, Catarina, Margaridas, Inês, Carlota, Gil, OBRIGADA DO FUNDO DO MEU CORAÇÃO. Não quero pensar como seria esta aventura sem vocês, sem os cafés, copos, choros e risos.

Aos meus amigos fora do ISPA, agradeço a todo o apoio que sempre me deram. Obrigada por sempre acreditarem em mim e fazerem-me acreditar nas minhas capacidades. Obrigada por serem tão curiosos como eu ao que toca à psicologia e fazerem-me sentir a pessoa mais sortuda do mundo por estar rodeada de pessoas com coração tão bondoso.

Professor David, mais uma vez obrigada pela orientação, disponibilidade e por acreditar nos seus alunos, mesmo quando não foi difícil de acreditarmos em nós próprios.

## Resumo

A autoeficácia de terapeutas é um conceito essencial para um bom resultado terapêutico e a sua melhor compreensão, incluindo os fatores que a podem influenciar, esta torna-se importante para a psicoterapia. Deste modo, o presente estudo objetiva analisar a validade e fiabilidade da escala *Counselor Activity Self-Efficacy – Revised* (CASES-R), tal como explorar a relação entre a autoeficácia e competências sócio-emocionais, empatia e qualidade de vida no trabalho. Para tal participaram 213 formandos em psicoterapia, que contribuíram através do preenchimento de instrumentos de autorrelato para a avaliação de autoeficácia, competências sócio-emocionais, empatia e qualidade de vida no trabalho. A análise permitiu confirmar índices de ajustamento aceitáveis, confirmando a estrutura de cinco fatores da versão reduzida e excelente consistência interna à *CASES-R*. O estudo indica ainda a existência de correlações positivas entre a autoeficácia e competências sócio-emocionais e a componente satisfação por compaixão incluída na empatia, ao passo que *burnout*, stress traumático secundário e desconforto pessoal reduzem a autoeficácia. Foram ainda expostas diferenças significativas entre homens e mulheres relativamente aos níveis de autoeficácia, apresentando os homens pontuações mais altas, tal como a experiência clínica mostrou estar correlacionada positivamente com a autoeficácia. Concluindo, a *CASES-R* mostrou ser válida e altamente fiável para o contexto português. Ainda a influência positiva das competências sócio-emocionais, bem-estar profissional e experiência clínica, tal como as diferenças relativamente ao género, sugerem áreas promissoras para futuras investigações e uma prática terapêutica mais informada.

**Palavras-chave:** Autoeficácia de Terapeutas; Validação de Escala; CASES-R; Psicometria; Competências do Psicoterapeuta

## **Abstract**

Therapist self-efficacy is an essential concept for good therapeutic outcomes, and a better understanding of this construct, including the factors that may influence it, is crucial for psychotherapy. Therefore, the present study aims to analyze the validity and reliability of the Counselor Activity Self-Efficacy – Revised (CASES-R) scale, as well as to explore the relationship between self-efficacy and socio-emotional skills, empathy, and quality of work life. For this purpose, 213 psychotherapy trainees participated, completing self-report instruments to assess self-efficacy, socio-emotional skills, empathy, and quality of work life. The analysis confirmed acceptable fit indices, supporting the five-factor structure of the reduced version and demonstrating excellent internal consistency for the CASES-R. The study further indicates the existence of a positive correlation between self-efficacy and socio-emotional skills, as well as with the compassion satisfaction component included within empathy, whereas burnout, secondary traumatic stress, and personal distress were found to reduce self-efficacy. Significant gender differences were also observed in self-efficacy levels, with males scoring higher, and clinical experience was shown to be positively correlated with self-efficacy. In conclusion, the CASES-R proved to be valid and highly reliable for the Portuguese context. Furthermore, the positive influence of social-emotional competencies, professional well-being, and clinical experience, alongside gender differences, suggest promising areas for future research and a more informed therapeutic practice..

**Keywords:** Therapist Self-Efficacy; Scale Validation; CASES-R; Psychometrics; Counselor Competencies

## Índice

<b>Introdução .....</b>	<b>1</b>
Presente estudo.....	5
<b>Métodos.....</b>	<b>6</b>
Participantes.....	6
Instrumentos.....	7
<i>Questionário Sociodemográfico .....</i>	<i>7</i>
<i>Counselor Activity Self-Efficacy Scales-Revised (CASES-R) .....</i>	<i>8</i>
<i>Social-Emotional Expertise Scale (SEE) .....</i>	<i>9</i>
<i>Interpersonal Reactivity Index (IRI) .....</i>	<i>10</i>
<i>Questionário de Qualidade de Vida no Trabalho versão 5 (ProQOL5) .....</i>	<i>10</i>
Procedimento .....	11
Análise de Dados .....	12
<b>Resultados.....</b>	<b>13</b>
Análise Descritiva.....	13
Análise Fatorial Confirmatória .....	15
Consistência Interna.....	17
Validade Convergente.....	17
Análise da Relação entre Variáveis Sociodemográficas e CASES-R .....	20
<b>Discussão.....</b>	<b>20</b>
Limitações e Estudos Futuros .....	25
<b>Conclusão.....</b>	<b>26</b>

<b>Referências.....</b>	<b>28</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>34</b>

## Índice de Anexos

<b>Anexo A</b> - Revisão de literatura .....	34
<b>Anexo B</b> - Questionários .....	51
<b>Anexo C</b> - Tabela de Comparação do Ajuste do Modelo com e sem o Item 13.1 .....	63

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> <i>Itens traduzidos da Counselor Activity Self-Efficacy Scales (versão reduzida)</i> .....	<b>8</b>
<b>Tabela 2.</b> <i>Análise Descritiva dos itens da CASES-R</i> .....	<b>14</b>
<b>Tabela 3.</b> <i>Cargas fatoriais padronizadas e variância explicada dos itens da CASES-R (n=213)</i> .....	<b>16</b>
<b>Tabela 4.</b> <i>Correlações da CASES-R total e subescalas com SEE, IRI e ProQOL-5 e subescalas para validade convergente</i> .....	<b>19</b>
<b>Tabela 5.</b> <i>Teste Mann-Whitney de Amostras Independentes</i> .....	<b>20</b>

## Introdução

Ao ser um trabalho colaborativo entre cliente e terapeuta, a prática terapêutica necessita de competências específicas por parte do terapeuta. Estas são essenciais num processo terapêutico de sucesso, no entanto, deve-se ter em mente que este não depende apenas do conhecimento teórico e técnicas aprendidas do terapeuta, mas também de competências e características comuns a qualquer abordagem, desenvolvidas a nível pessoal do terapeuta (Wampold, 2012).

A autoeficácia é um determinante na qualidade da intervenção clínica e é definida por Bandura (1977) como a crença adquirida pelos indivíduos acerca das suas próprias capacidades de concretização de ações com objetivos concretos. No contexto de psicoterapia, mais especificamente associada aos terapeutas, esta autoavaliação é atribuída às capacidades necessárias para atuar de modo a alcançar sucesso na terapia (Bandura, 1977; Larson & Daniels, 1998; Lent et al., 2006).

A autoeficácia é essencial para terapeutas, sobretudo para aqueles em formação, pela sua influência no desenvolvimento de competências e na prática clínica (Larson & Daniels, 1998). Com treino contínuo e acompanhamento, a autoeficácia destes pode aumentar bastante, até num curto espaço de tempo, levando a melhores resultados em terapia (Kozina et al., 2010; Pace et al., 2020). Já o oposto pode levar ao esgotamento profissional, devido a stress, ansiedade e sintomatologia depressiva (Bandura, 2000). Segundo a Teoria Social Cognitiva (Bandura, 1986), a exposição a diferentes situações relacionadas a um tema e a consolidação de competências aumentam a autoeficácia no mesmo. Neste contexto, a experiência clínica prévia opera como um fator potenciador. Assim, apesar da influência de variáveis externas como a qualidade de supervisão e as condições de trabalho, estudos indicam que profissionais mais experientes tendem a ter níveis mais elevados de autoeficácia (Larson & Daniels, 1998). Neste sentido, investir no desenvolvimento de autoeficácia

positiva conduz a uma possível melhoria na qualidade de vida profissional, tal como na qualidade do atendimento, pois esta influencia fatores essenciais ao bem-estar e sucesso profissional (Bandura, 1977; Larson & Daniels, 1998; Lent et al, 2006; Elliot et al., 2018).

Através destas crenças, os indivíduos moldam as suas perceções e ações, influenciando o modo como estes enfrentam novos desafios. Pessoas com elevada perceção de autoeficácia tendem a abordar situações desafiadoras como oportunidades de crescimento, demonstrando maior predisposição para testar limites e prever resultados positivos. Esta atitude contribui para um melhor desenvolvimento cognitivo (Pajares, 1996), maior flexibilidade estratégica e uma gestão eficaz do ambiente (Zimmerman, 2000). Lent e colaboradores (2003), referem ainda que elevada perceção das capacidades levam a que terapeutas demonstrem mais confiança em tarefas fundamentais. Por outro lado, indivíduos com baixa autoeficácia frequentemente antecipam o fracasso em situações de performance e concentram-se em possíveis resultados negativos. Esta abordagem pode levar a sentimentos de ansiedade e uma maior tendência para evitar desafios, comprometendo tanto a motivação como o desempenho. Assim, as crenças de autoeficácia não só afetam o comportamento imediato, como também exercem uma influência determinante no modo como os indivíduos percebem as suas capacidades e moldam o seu futuro.

A literatura sugere que a autoeficácia estende a sua influência a diversas competências, como a competências sócio-emocionais, empatia e qualidade de vida no trabalho, que serão o foco neste estudo. As competências socio-emocionais, que permitem o desenvolvimento adequado de respostas emocionais e sociais através da compreensão das próprias emoções como as dos outros (Gondim et al., 2014), são essenciais para o terapeuta. Estas fortalecem a gestão de circunstâncias complexas e a adaptação do terapeuta a cada situação e cliente, contribuindo assim para a sua confiança no ambiente de trabalho (Larson & Daniels, 1998; Santos et al., 2022).

Entretanto a empatia, ao ser uma competência central para o desenvolvimento e manutenção de uma relação terapêutica, permite ao terapeuta compreender a experiência emocional do cliente sem julgamentos (Rogers, 1980; Davis, 1983). Associado positivamente à eficácia terapêutica, devido a esta influência na relação terapêutica (Nienhuis et al., 2016; Elliot et al., 2001), a empatia pode reforçar a percepção de eficácia de um profissional. No entanto, é indispensável referir que por outro lado, a empatia pode ter um efeito sufocante para o terapeuta se este não conseguir combater o desgaste emocional e o desconforto de ter clientes em sofrimento (Zhang et al., 2021).

Já a qualidade de vida no trabalho, remete para a percepção de bem-estar do terapeuta e a sua satisfação a nível profissional (Bozgeyikli, 2012; Heinonen et al., 2022; Chen et al., 2024). A elevada qualidade de vida profissional protege o terapeuta de condições como o *burnout* e colabora para uma percepção saudável e positiva do seu trabalho. Efetivamente a relação de qualidade de vida no trabalho e autoeficácia já foi estudada por diferentes autores (Bozgeyikli, 2012; Heinonen et al., 2022; Chen et al., 2024; Lent et al., 2011), sendo defendido a existência tanto de relação direta e indireta entre as mesmas.

A avaliação da autoeficácia de terapeutas torna-se então relevante para estudos psicológicos e acompanhamento profissional, no entanto, é importante que esta seja feita adequada ao contexto, para evitar distorções de resultados (Bandura, 2012). Apesar da existência de escalas que pretendem avaliar a autoeficácia em Portugal, é de notar que estas servem para outros contextos específicos como autoeficácia geral aplicada em professores (Araújo & Moura, 2011), destinada a séniores (Oliveira et al., 2016) ou a enfermeiros (Carvalho et al., 2022).

Neste sentido, a *Counselor Activity Self-Efficacy Scale* (CASES), desenvolvida por Lent e colaboradores (2003), é o instrumento indicado para avaliar a percepção de autoeficácia de terapeutas perante as suas competências profissionais. Esta escala baseou-se em

corresponder à necessidade de adaptar instrumentos de autoeficácia que contornassem limitações existentes. Algumas destas limitações passam pela necessidade de experiência por parte de quem preenche os instrumentos, tal como de competências mais avançadas e existência de variáveis que podem explicar melhor os resultados obtidos para além da autoeficácia (Lent et al., 1998). Assim, a CASES permite a avaliação da perceção de capacidade na aplicação de competências terapêuticas como na utilização de técnicas de exploração e intervenção, gestão profissional e na relação com o cliente, tal como possíveis dificuldades que possam surgir no processo terapêutico (Lent et al., 2003).

Hunsmann e colaboradores (2024) conduziram um estudo com 163 estudantes universitários das áreas de psicologia e educação, com o objetivo de validar a versão reduzida da CASES (CASES-R) no contexto alemão (Hahn et al., 2021). Esta adaptação de Hahn e colaboradores (2021), conta com 27 itens e cinco fatores. O fator Exploração e *Insight*, tal como o nome indica trata da capacidade de explorar e promover consciência de problemáticas dos clientes, o fator Ação, explora a fomentação de mudança no mesmo durante as sessões. Já o fator Gestão de Sessão, avalia a capacidade do terapeuta relativamente à organização das sessões para o bom funcionamento das mesmas. O fator Conflitos Relacionais, aborda como o terapeuta lida com tensões e obstáculos na relação e o último fator, *Distress* do Cliente, como o terapeuta lida com problemáticas do cliente que possam contaminar a relação terapêutica. Estas mudanças relativamente à escala mais extensa permite a otimização do instrumento e redução de redundâncias, facilitando a sua aplicabilidade prática.

Relativamente ao estudo de Hunsmann e colaboradores (2024), os resultados demonstraram uma consistência interna aceitável a boa, confirmando a fiabilidade da escala. Além disso, foram identificadas correlações significativas entre algumas subescalas da CASES-R e variáveis como preocupação empática, orientação para a mestria e afeto positivo,

evidenciando a validade do instrumento. Até ao momento, este é o único estudo conhecido de validação desta versão do instrumento para uma população específica, não havendo registo de validações anteriores noutras amostras ou contextos culturais.

Devido ao interesse para os terapeutas e para o progresso da terapia em se realizar mais estudos acerca da autoeficácia de terapeutas, em Portugal é necessário referir a falta de instrumentos validados para a população portuguesa que permitam tal acontecimento. É notável a escassez de instrumentos relativos às crenças de terapeutas e profissionais de saúde mental quanto às suas competências, revela a necessidade deste estudo, centrado em contornar tal lacuna.

### **Presente estudo**

O presente estudo tem o intuito de validar o instrumento *Counselor Activity Self-Efficacy – Revised* (CASES-R) na população portuguesa, seguindo a estrutura de cinco fatores proposta por Hahn e colaboradores (2021). Ainda pretende-se investigar a relação entre a autoeficácia e variáveis pessoais, profissionais e sociodemográficas de terapeutas.

A pertinência desta investigação reside na relevância da autoeficácia no contexto da prática clínica, sendo que esta influencia a aquisição de competências profissionais e de eficácia das intervenções. Ao validar uma versão reduzida e fiável da CASES-R para Portugal, o estudo contribui para o preenchimento de uma lacuna na literatura, possibilitando a sua utilização para futuras investigações e para a melhoria da prática clínica.

Neste contexto, o estudo pretende comprovar as seguintes hipóteses:

(1) a estrutura de cinco fatores da CASES-R é válida e fiável numa amostra portuguesa;

(2) a autoeficácia de terapeutas está positivamente correlacionada com a empatia, com a qualidade de vida no trabalho e com as competências sócio-emocionais, enquanto está

negativamente relacionada com o *distress* pessoal e a fadiga por compaixão (*burnout* e stress traumático secundário);

(3) a autoeficácia de terapeutas difere quanto ao género, sendo maior nos homens, e está positivamente correlacionada com a experiência profissional.

## **Métodos**

### **Participantes**

Este estudo conta com a participação de 213 formandos de psicoterapia, tendo sido a recolha desta feita na Associação Portuguesa de Terapias Comportamental, Cognitiva e Integrativa (APTCCI), desde janeiro de 2023 a março de 2025. Trata-se uma amostra por conveniência. Foi determinado como critério de inclusão os participantes frequentarem formação em terapia na APTCCI e serem formados na área da saúde. A ocorrência de preenchimento incompleto, tal como a falta de compreensão da língua portuguesa europeia são critérios de exclusão deste estudo.

O tamanho da amostra foi determinado segundo o rácio de no mínimo cinco participantes para cada item da escala, para que o estudo psicométrico não seja afetado por efeitos de uma amostra desadequada (Gorsuch, 1983; Wolf et al., 2013). Assim, o estudo conta com uma amostra de 186 mulheres (87.3%) e 27 homens (12.7%), tendo estes uma média de 38.5 anos ( $SD = 8.89$ ) num intervalo de idades entre os 24 e 64 anos. Maior parte destes participantes residem em Lisboa (63.85%) e em Setúbal (11.74%). Havendo uma grande variedade de locais de residência, este estudo conta com a participação de pessoas que residem também no estrangeiro e fora do continente.

Dos participantes 200 têm formação inicial de psicologia (93.9%) e 13 de medicina (6.1%). Após esta formação, estes contam com uma experiência média de 10.9 anos ( $SD = 8.56$ ), sendo que 38.50% tem menos de 5 anos de prática, 17.37% entre 6 a 10 anos, 30.52% entre 11 a 20 anos e 13.62% de 21 a 39 anos. Assim, a amostra evidencia representação de

diferentes fases de experiência profissional. No entanto, se falarmos especificamente em prática clínica, portanto a nível de acompanhamento psicológico ou médico, a média é de 7.42 anos (SD = 7.09), estando a maior parte nos primeiros cinco anos de prática clínica (55.4%).

### **Tradução da CASES**

Relativamente à tradução e retroversão da escala CASES para a língua portuguesa, esta foi realizada por Inês Lamares e Nuno Conceição (2012) para a versão original do instrumento. Apesar deste ter sido bem traduzido e retrovertido para português, não foi até à data, formalmente adaptada. No entanto, esta versão tem sido utilizada em diferentes contextos e estudos, mostrando muito boa consistência interna. Reforça-se que no presente estudo, apenas foram utilizados os itens comuns à versão reduzida, com a devida organização de fatores, sem mais alterações.

### **Instrumentos**

#### ***Questionário Sociodemográfico***

O questionário sociodemográfico permitiu a recolha de informações como o sexo, idade, estado civil, escolaridade, nacionalidade, distrito de residência atual, a realização de psicoterapia externa ao desenvolvimento pessoal da APPTCCI, há quantos anos e a duração da mesma. Ainda foi questionado a formação inicial de cada participante, os anos de experiência profissional, os anos de experiência clínica, a especialidade e a orientação teórica profissional. Por fim, relativamente à situação profissional foi questionado o estatuto profissional, o número de horas de trabalho semanal, restrito à prática de psicoterapia e no conjunto com outro possível trabalho, o contexto de trabalho psicoterapêutico, o tipo de acompanhamento que realiza, grupos etários que acompanha e para finalizar, como considera a situação profissional atualmente.

### ***Counselor Activity Self-Efficacy Scales-Revised (CASES-R)***

A *Counselor Activity Self-Efficacy Scales - Revised (CASES-R)* (Hahn et al., 2021) é a versão reduzida da escala de autorrelato que pretende avaliar a percepção de autoeficácia dos terapeutas em três domínios – as Competências de Ajuda, através dos fatores Exploração e *Insight* e Ação, a Gestão de Sessão e os Desafios Terapêuticos, com os fatores *Distress* do Cliente e Conflitos Relacionais. Esta escala engloba 27 itens, pontuados numa escala de Likert de 10 pontos, que varia de 0 (nenhuma confiança) a 9 (muita confiança). Uma pontuação total elevada reflete numa maior percepção de autoeficácia por parte do terapeuta (Lent et al., 2003; Hahn et al., 2021; Hunsmann et al., 2024). A Tabela 1 apresenta os itens traduzidos pertencentes a esta versão. A consistência interna adquirida no presente estudo mostra a boa fiabilidade da escala, com um coeficiente alfa para a autoeficácia de 0.95, e entre 0.65 a 0.93 para os seus fatores.

#### ***Tabela 1***

*Itens traduzidos da Counselor Activity Self-Efficacy Scales (versão reduzida)*

---

#### **Exploração e *Insight***

1. Prestar atenção (orientar-se fisicamente para o/a cliente).
2. Escuta activa (captar e compreender as mensagens que os clientes comunicam).
3. Reformular (repetir ou parafrasear o que o/a cliente disse, de forma sucinta, concreta e clara).
5. Reflexão de sentimentos (repetir ou parafrasear afirmações do cliente com uma ênfase nos sentimentos dele/a).
8. Desafios (apontar discrepâncias, contradições, defesas ou crenças irracionais das quais o cliente não tem consciência ou que ele/ela não quer ou não consegue mudar).
9. Interpretar (fazer afirmações que vão além do que o cliente disse explicitamente e que devolvem ao cliente uma nova forma de ver o seu comportamento, pensamentos ou sentimentos).

---

#### **Ação**

13. Orientação directa (dar sugestões, directrizes ou conselhos ao/à cliente sobre o curso de acção a tomar)
-

---

14. Role Play e ensaio comportamental (auxiliar o/ a cliente a interpretar papéis ou a ensaiar comportamentos em sessão).

15. Trabalho de casa (desenvolver e prescrever tarefas terapêuticas para os/as clientes experimentarem entre as sessões).

---

### **Gestão de Sessão**

1. Manter as sessões orientadas e focadas.

2. Responder com a melhor competência de ajuda, em função do que o seu/ a sua cliente necessita em determinado momento.

5. Saber o que dizer ou fazer a seguir ao seu/à sua cliente falar.

6. Ajudar o seu/ a sua cliente a estabelecer objectivos terapêuticos realistas.

8. Construir uma conceptualização clara do seu/ da sua cliente e das suas dificuldades.

9. Manter-se consciente das suas intenções (i. E, os propósitos das suas intervenções) durante as sessões.

---

### **Conflitos Relacionais**

2. Foi abusado/a sexualmente.

3. Está suicida.

4. Experienciou recentemente um acontecimento de vida traumático (e.g., dano ou abuso físico ou psicológico).

---

### **Distress do Cliente**

7. Considera sexualmente atraente.

8. Está a lidar com assuntos que você pessoalmente considera difíceis de lidar.

9. Tem um conjunto de valores ou crenças que entram em conflito com os seus (e.g., relativamente a religião, papéis e género).

11. Não tem gramática psicológica nem é introspectivo.

12. Está sexualmente atraído/a por si.

13. Perante o qual tem reacções negativas (e.g., aborrecimento, irritação).

14. Está num impasse em terapia.

15. Quer mais de si do que aquilo que você está disposto/ a dar (e.g., em termos de frequência de contactos ou prescrições de resolução de problemas).

16. Demonstra comportamentos manipuladores em sessão.

---

### ***Social-Emotional Expertise Scale (SEE)***

A *Social-Emotional Expertise Scale* (McBrien et al., 2020) permite a avaliação de competências sócio-emocionais num questionário em autorrelato. A versão portuguesa de

Santos et al. (2022) contém 25 itens organizados nos fatores Adaptabilidade, a capacidade de adequar o comportamento em diversas situações sociais, e Expressividade, a capacidades de transmitir emoções e pareceres perante outros. Os itens são pontuados numa escala tipo Likert de 5 pontos, variando de 1 (nunca) a 5 (sempre), a cotação pode ser feita através da pontuação global ou das subescalas separadamente. Uma pontuação alta corresponde a maior competência sócio-emocionais. No presente estudo, a SEE apresenta uma consistência interna global muito boa ( $\alpha = 0.848$ ) e boa e muito boa para as subescalas ( $\alpha = 0.712$  e  $\alpha = 0.808$ ).

### ***Interpersonal Reactivity Index (IRI)***

A Índice de Reatividade Interpessoal (IRI) (Davis, 1980; versão portuguesa por Limpo et al., 2010), é uma escala de autorrelato que visa medir a empatia de acordo com um modelo multidimensional. Esta conta com 28 itens na sua versão original, organizados em quatro subescalas. Estas subescalas correspondem a Tomada de Perspetiva (TP) que avalia a iniciativa de adotar diferentes pontos de vista, Preocupação Empática (PE), a capacidade de sentir simpatia e preocupação com outros, Desconforto Pessoal (DP) avalia sentimentos de ansiedade em resposta ao sofrimento de outros e Fantasia (FS) que se refere à capacidade de se identificar com personagens ou situações fictícias.

Ao ser adaptada para a versão portuguesa, a IRI sofreu uma alteração relativamente à original, conservando as subescalas, no entanto passando a englobar 24 itens, avaliados numa escala tipo Likert de 5 pontos, variando de 0 (não me descreve bem) a 4 (descreve-me muito bem) (Davis, 1983; Limpo et al., 2010). No presente estudo, obteve-se muito boa consistência interna global ( $\alpha = 0.827$ ), tendo o coeficiente alfa variando de 0.652 a 0.810 para as suas subescalas.

### ***Questionário de Qualidade de Vida no Trabalho versão 5 (ProQOL5)***

O Questionário de Qualidade de Vida no Trabalho (ProQOL5) (Stamm, 2009; versão portuguesa por Carvalho & Sá, 2011) é um questionário que contém 30 itens de autorrelato,

com o intuito de compreender a frequência que estes itens são experienciados nos últimos 30 dias. O questionário é composto por três subescalas, Satisfação por Compaixão, *Burnout* e Stress Traumático Secundário, que são preenchidas no formato escala de Likert de 5 pontos (1= Nunca a 5= Muito frequentemente). O ProQOL5 pode ser cotado no seu total, através do somatório de cada subescala, avaliando assim a qualidade de vida no trabalho, como pode ser cotada por subescalas com o somatório de cada dez itens pertencentes a estas. É importante ter em atenção que a subescala *Burnout* necessita da inversão da cotação dos itens 1, 4, 15, 17 e 29. A consistência interna da escala na presente amostra é aceitável ( $\alpha = 0.646$ ), sendo que o coeficiente alfa varia nas subescalas de 0.688 a 0.847.

### **Procedimento**

O presente estudo obteve a sua amostra através de um projeto de investigação ainda em curso, dirigido a formandos da Associação Portuguesa de Terapias Comportamental, Cognitiva e Integrativa (APTCCI) com a devida aprovação da Comissão Especializada de Deontologia do Conselho Científico, com o código de aprovação RAPI2ACNS. Esta mantém-se ativa até ao momento, sendo que até fevereiro de 2025, foram recolhidos 213 participantes dos quais, com a devida permissão, concederam os dados ao presente estudo. Os participantes deram o seu consentimento informado, tendo posteriormente respondido ao conjunto de questionários (Anexo B) de modo individual, voluntário e com a salvaguarda do anonimato. Estes foram distribuídos em formato online, através de um *link* partilhado por correio eletrónico. dirigido

Este conjunto de questionários corresponde ao questionário sociodemográfico e às escalas *Counselor Activity Self-Efficacy Scales* (Lent et al.,2003; traduzida por: Lmares & Conceição, 2012), Escala de Qualidade de Vida Profissional (Stamm, 2010; adaptado por Carvalho & Sá, 2011), Índice de Reatividade Intrapessoal (Davis, 1980; adaptado por Limpo

et al., 2010) e *Social Emotional Expertise Scale* (McBrien et al., 2020; adaptado por Santos et al., 2022).

Foi pedida de autorização para o uso dos instrumentos aos respetivos autores através de correio eletrónico tal como a autorização de adaptação de escala da CASES para a população portuguesa pela autora original da escala Clara Hill e ainda a utilização da tradução portuguesa ao professor Doutor Nuno Conceição.

### **Análise de Dados**

A análise estatística foi realizada através do programa informático JASP na versão 0.19.3. Primeiramente foi feita a análise descritiva dos itens da escala, para a verificação de normalidade univariada, através dos valores de assimetria, curtose e do teste *Kolmogorov-Smirnov*, e de normalidade multivariada pelo coeficiente de *Mardia*.

De seguida, a Análise Fatorial Confirmatória foi executada através de Modelagem de Equações Estruturais (MEE) de modo a validar a estrutura da CASES-R. Seguindo o modelo proposto por Hunsmann et al. (2024), com cinco fatores correlacionados previamente definido. A MEE apresenta-se conveniente e robusta, também pela possibilidade de escolha dos métodos de estimação e índices de ajuste mais indicados.

As medidas analisadas para avaliar o ajuste do modelo foram o teste qui-quadrado e a razão de  $\chi^2$  com os graus de liberdade, *Comparative Fit Index* (CFI), *Tucker & Lewis Index* (TLI), *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) e *Standardised Root Mean Residual* (SRMR). Seguindo os critérios da validação utilizados por Hahn et al. (2021) e Hunsmann et al. (2024), a razão ( $\chi^2/gf$ ) é considerado aceitável abaixo de 3 e bom abaixo de 2. Os índices CFI e TLI assumem-se aceitáveis a partir de 0.90 e bons de 0.95. Já o RMSEA tem um ajuste aceitável com valores inferiores a 0.08 e um ajuste bom com valores inferiores a 0.05 e SRMR ajuste aceitável com valores abaixo de 0.10 e bom quando inferiores a 0.05.

Já a validade convergente do instrumento (CASES-R) foi calculada através do coeficiente de correlação  $r$  de Pearson com conceitos teoricamente relacionados, nomeadamente competências sócio-emocionais, empatia e qualidade de vida no trabalho. As correlações foram determinadas como estatisticamente significativas para um nível de significância de  $p < 0.05$ . Quanto à sua interpretação, foi considerada correlação fraca valores entre 0.10 e 0.30, moderada de 0.30 a 0.50 e forte acima de 0.50 (Cohen, 1988). A exploração da correlação entre autoeficácia e a experiência clínica seguiu também este método.

Por fim, a variável género foi analisada através do teste de comparação de grupos não paramétrico de *Mann-Whitney*. Este teste mostrou ser indicado devido ao tamanho desigual da amostra entre homens ( $n = 27$ ) e mulheres ( $n = 185$ ) e pela presença de um *outlier* que será referido.

## **Resultados**

### **Análise Descritiva**

Os resultados da análise descritiva dos itens da CASES-R apresentam-se na Tabela 2. Os valores de assimetria e curtose oscilam dentro dos valores aceitáveis, de acordo com o critério de corte de Kline (2016). Em junção, o teste *Kolmogrov-Smirnov* apresenta um valor de 0.049 sem significância estatística, verificando-se que não existem desvios graves à normalidade univariada.

A normalidade multivariada foi rejeitada, com coeficiente de *Mardia* significativo tanto para a assimetria com o valor de 216.848, como para a curtose com um valor de 972.2. Assim foi utilizado o estimador MLR (Máxima Verosimilhança Robusta), adequado a violações deste pressuposto, assegurando o vigor dos índices de ajustamento. Uma possível justificação para esta violação de normalidade, é a identificação de um *outlier* severo no item 2.1. No entanto, uma vez que reflete a variabilidade natural da amostra e após a comparação

de resultados com e sem o item não evidenciar diferenças consideráveis, optou-se pela sua manutenção.

**Tabela 2**

*Análise Descritiva dos itens da CASES-R*

<b>Itens</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Assimetria</b>	<b>Curtose</b>
1.1	7.60	1.18	-0.69	0.31
2.1	7.47	1.19	-0.72	0.37
3.1	6.73	1.41	-0.56	0.46
5.1	6.61	1.47	-0.63	0.77
8.1	6.00	1.63	-0.66	0.78
9.1	5.88	1.57	-0.68	0.95
13.1	5.21	2.02	-0.31	-0.46
14.1	4.97	1.98	-0.59	0.06
15.1	6.07	1.83	-0.42	-0.26
1.2	6.02	1.60	-0.31	0.26
2.2	6.04	1.54	-0.23	-0.21
5.2	6.08	1.50	-0.54	0.72
6.2	6.20	1.52	-0.50	0.32
8.2	5.67	1.63	-0.45	0.01
9.2	6.01	1.60	-0.44	0.51
2.3	4.53	2.16	-0.25	-0.44
3.3	4.54	2.26	-0.02	-0.45
4.3	5.41	1.81	-0.48	0.45
7.3	6.48	2.02	-0.96	1.04
8.3	5.65	1.75	-0.59	0.65
9.3	6.06	1.90	-0.52	-0.23
11.3	5.41	1.75	-0.37	-0.44
12.3	4.63	2.39	-0.22	-0.66
13.3	5.24	1.74	-0.13	-0.27
14.3	5.03	1.68	-0.15	-0.11
15.3	5.42	1.73	-0.28	0.27

16.3	5.18	1.91	-0.44	0.30
------	------	------	-------	------

---

*Nota.* M = média; DP = desvio padrão

### **Análise Fatorial Confirmatória**

O modelo de cinco fatores revelou um ajustamento global aceitável, com valores dos índices CFI = 0.90, TLI = 0.89, RMSEA = 0.07 , com intervalo de confiança a 90% entre 0.06 e 0.07,  $p < 0.001$ , e SRMR = 0.06. O valor de qui-quadrado ( $\chi^2 = 603.13$ ) obteve uma razão  $\chi^2_{(314)} = 1.92$ , portanto bom, apesar de estatisticamente significativo.

As cargas fatoriais padronizadas mostram-se satisfatórias e estatisticamente significativas ( $p < 0.001$ ), variando entre 0.48 e 0.94. Como é possível observar na Tabela 3, todos os itens obtiveram resultados de carga fatorial boa (acima de 0.5), tendo maioria valores superiores a 0.70, o que indica muito boa saturação dos itens nos pertencentes fatores.

A variância explicada varia de 0.26 a 0.86, tendo maioria dos itens um valor de  $R^2$  satisfatório. No entanto, o item 13.1 ( $R^2 = 0.23$ ) apresenta variância fraca, significando ser pouco explicada pelo seu fator.

Para analisar a possibilidade de remoção do item 13.1, foi feita um estudo comparativo do modelo proposto por Hahn e colaboradores (2021) com o mesmo modelo sem o item possivelmente problemático. Não houve diferenças grandes que justifiquem a alteração da estrutura original (Anexo C). Apesar da leve melhoria do CFI, optou-se por preservar a estrutura que já apresenta um ajuste sólido.

**Tabela 3***Cargas fatoriais padronizadas e variância explicada dos itens da CASES-R (n=213)*

Item.Parte	Cargas Fatoriais					R <sup>2</sup>
	1	2	3	4	5	
1.1	0.60					0.34
2.1	0.76					0.54
3.1	0.80					0.63
5.1	0.87					0.73
8.1	0.67					0.50
9.1	0.67					0.50
13.1		0.48				0.26
14.1		0.69				0.36
15.1		0.70				0.58
1.2			0.80			0.62
2.2			0.85			0.71
5.2			0.79			0.65
6.2			0.82			0.69
8.2			0.84			0.70
9.2			0.86			0.74
2.3				0.82		0.67
3.3				0.79		0.64
4.3				0.94		0.86
7.3					0.56	0.30
8.3					0.73	0.55
9.3					0.69	0.47
11.3					0.67	0.45
12.3					0.55	0.28
13.3					0.81	0.61
14.3					0.77	0.62
15.3					0.77	0.59
16.3					0.78	0.62

---

**Nota.** 1 = Exploração e *Insight*; 2 = Ação; 3 = Gestão de Sessão; 4 = *Distress* do Cliente; 5 = Conflitos Relacionais.

### **Consistência Interna**

A consistência interna da escala é excelente, apresentando no seu total  $\alpha = 0.95$ . Quanto à consistência interna dos fatores, apenas o fator Ação apresentou uma fiabilidade questionável com  $\alpha = 0.65$ . Os restantes valores variam de boa consistência interna, como nos fatores de Exploração e *Insight* ( $\alpha = 0.87$ ), *Distress* do Cliente ( $\alpha = 0.88$ ) e Conflitos Relacionais ( $\alpha = 0.89$ ), a excelente como no fator Gestão de Sessões ( $\alpha = 0.93$ ).

### **Validade Convergente**

Com o intuito de observar a validade convergente do instrumento, tal como a possibilidade de correlações entre os construtos, foi calculado o coeficiente de Pearson entre as escalas anteriormente referidas. Como é possível observar na Tabela 4, nem todas as correlações foram estatisticamente significativas como seria de esperar, sendo que das que foram, os valores variaram de  $r = -0.30$  a  $r = 0.53$ .

Das correlações significativas obtidas associadas à autoeficácia, primeiramente as de valor positivo, destaca-se a correlação moderada mas altamente significativa com as competências sócio-emocionais, a forte com a subescala adaptabilidade e a correlação fraca com a expressividade. Também a satisfação por compaixão, componente da qualidade de vida profissional, apresentou correlação positiva, de valor moderado e altamente significativa com a autoeficácia e todos os seus fatores como esperado.

Outros construtos que se esperava obter uma correlação positiva com a autoeficácia como a empatia e as suas subescalas, exceto o desconforto pessoal, e a qualidade de vida não foram observadas. Relativamente à empatia, não foi demonstrada correlação significativa com o construto geral da autoeficácia, porém foi identificada uma correlação fraca entre a empatia e o *distress* do cliente.

Relativamente às correlações negativas encontradas, a empatia obteve uma correlação negativa e fraca com o fator *distress* do cliente, tal como a preocupação empática com a autoeficácia ao contrário do que seria esperado. No entanto, o desconforto pessoal, apesar de fraca, apresentou uma correlação negativa com a autoeficácia, tal como o *burnout* e o stress traumático secundário.

Os resultados obtidos da correlação da autoeficácia com as competências sócio-emocionais mostram uma associação estatisticamente significativa com valor moderado. A subescala adaptabilidade apresentou uma correlação positiva moderada e altamente significativa com a autoeficácia e todas as suas subescalas, e a expressividade uma correlação significativa, contudo fraca com a autoeficácia geral, no entanto moderada se forem consideradas as correlações com as subescalas.

**Tabela 4**

Correlações da CASES-R total e subescalas com SEE, IRI e ProQOL-5 e subescalas para validade convergente.

	Autoeficácia		Exploração e		Ação		Gestão de Sessão		Conflitos		Distress do	
	Geral		Insight						Relacionais		Cliente	
<i>Social-Emocional Expertise Scale</i>	0.46	***	0.50	***	0.32	***	0.39	***	0.35	***	0.35	***
Adaptabilidade	0.53	***	0.52	***	0.31	***	0.45	***	0.44	***	0.42	***
Expressividade	0.25	***	0.33	**	0.24	***	0.21	**	0.15	*	0.17	*
Índice de Reatividade Interpessoal	-0.10		-0.02		-0.06		-0.07		-0.11		-0.16	*
Tomada de Perspetiva	0.08		0.09		0.06		0.07		0.06		0.05	
Preocupação Empática	-0.19	**	-0.12		-0.07		-0.15	*	-0.21	*	-0.19	**
Desconforto Pessoal	-0.19	**	-0.13		-0.15	*	-0.12		-0.17	*	-0.23	***
Fantasia	0.01		0.08		-0.01		-0.00		-0.0		-0.04	
Questionário de Qualidade de Vida no Trabalho	-0.05		-0.02		0.02		0.03		-0.14	*	0.01	
Satisfação por Compaixão	0.44	***	0.34	***	0.34	***	0.42	***	0.36	***	0.33	***
<i>Burnout</i>	-0.29	***	-0.21	**	-0.22	**	-0.23	***	-0.28	***	-0.21	**
Stress Traumático Secundário	-0.24	***	-0.17	*	-0.10		-0.16	*	-0.30	***	-0.11	

**Nota.** \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

## Análise da Relação entre Variáveis Sociodemográficas e CASES-R

Para a possível verificação da hipótese 3 do presente estudo, foi realizado uma comparação de grupos em função do género dos participantes quanto aos resultados obtidos e ainda uma correlação da autoeficácia dos terapeutas com os anos de experiência clínica.

De acordo com a Tabela 5, os resultados demonstraram diferenças significativas ( $p < 0.05$ ) entre mulheres e homens na autoeficácia percebida. Tendo em conta as médias, é notório que as pontuações mais elevadas foram observadas nos homens, mostrando uma tendência a maior autoeficácia nos mesmos. Esta comparação de grupos apresentou um tamanho do efeito moderado, mostrando uma perceptível diferença entre os grupos.

Com o objetivo de analisar a correlação entre a experiência clínica e a autoeficácia geral de um terapeuta, os valores indicam haver uma correlação positiva e significativa, apesar de fraca, com a autoeficácia ( $r = 0.26, p < 0.000$ ).

**Tabela 5**

*Teste Mann-Whitney de Amostras Independentes*

	<i>n</i>	Média	U	<i>p</i>	<i>d</i>	
Autoeficácia	Mulheres	186	153.82	1672.00	0.005	0.61
	Homens	27	172.15			

**Nota.** *n* = tamanho do grupo; M = media; U = Mann-Whitney; *d* = tamanho do efeito

## Discussão

O presente estudo teve como objetivo validar a escala *Counselor Activity Self-Efficacy Revised* em formandos em psicoterapia em Portugal. A estrutura fatorial, fiabilidade e validade foram o foco desta investigação. Em acréscimo, foram analisadas correlações entre a autoeficácia e outros construtos que mostraram ser influentes na perceção de eficácia dos

terapeutas. Ainda foram exploradas diferenças nos resultados da avaliação da autoeficácia em função do gênero e da experiência clínica dos participantes.

A estrutura da escala reduzida sugerido por Hahn et al. (2021) de cinco fatores, nomeadamente Exploração e *Insight*, Ação, Gestão de Sessões, *Distress* do Cliente e Conflitos Relacionais foi confirmada. A análise fatorial confirmatória demonstrou que o ajustamento do modelo é aceitável para os índices de ajustamento, podendo este resultado estar associado à complexidade do modelo com múltiplos fatores, que mostram raramente atingir índices de ajustamento perfeitos (Hu & Bentler, 1999).

O teste qui-quadrado apresentou uma razão com os graus de liberdade boa, no entanto estatisticamente significativo. Kline (2016) refere a ocorrência deste acontecimento em amostras consideradas grandes, apesar de se poder considerar um modelo com bom ajustamento. Tendo em conta a alta sensibilidade do teste qui-quadrado, foram averiguados outros índices de ajustamento para complementar esta análise (Hu & Bentler, 1999). Os valores dos índices CFI e TLI indicaram uma situação limítrofe ao considerado aceitável, no entanto, os restantes índices mostraram ser aceitáveis, nomeadamente de RMSEA e SMSR. Estes últimos, por serem menos afetados pelo tamanho da amostra e complexidade do modelo, foram essenciais para confirmar a estrutura do instrumento (Hu & Bentler, 1999). Assim, foi possível considerar o modelo estrutural global da CASES-R adequado.

Foi ainda tido em atenção as cargas fatoriais e variância dos itens. Estas apresentaram valores bons, apesar de o item 13.1 indicar uma fraca relação com o seu fator. Este item mostrou ainda uma fraca contribuição para a consistência do fator, através do  $R^2$  abaixo do valor aceitável. No entanto, decidiu-se manter o mesmo, de modo a preservar a estrutura original do instrumento, pois este não prejudica o ajuste do modelo.

A consistência interna demonstrou um resultado excelente para a pontuação total da escala e bom a excelente para as suas subescalas. Assim, é possível a utilização da pontuação

da escala total, tal como da pontuação das suas subescalas individualmente. Isto difere dos resultados obtidos por Hanh e colaboradores (2021), onde a CASES-R apenas pode ser interpretada no seu total e no fator Ação. No entanto, no estudo de Hunsmann e colaboradores (2024), a consistência interna dos fatores estudados (Exploração e *Insight*, Ação e Gestão de Sessões) assemelhou-se aos resultados do presente estudo.

Com estes dados, é possível assumir que a hipótese 1 do estudo confirma-se, o modelo estrutural da CASES-R é válida e fiável para a sua utilização na população portuguesa.

Relativamente à validade convergente, os resultados obtidos indicam que as competências sócio-emocionais se correlacionam positivamente com a autoeficácia. Indicando que quanto maior for a capacidade de o terapeuta lidar com emoções, sentimentos e criar relações com o outro, maior é a perceção da sua eficácia. Ao ter capacidade de ser flexível, a perceção de autoeficácia como terapeuta é mais positiva, como indica a correlação forte com a subescala adaptabilidade.

A hipótese de uma correlação positiva direta entre a empatia e a autoeficácia não foi totalmente confirmada. A falta desta correlação, assemelhou-se a um resultado obtido por Greason e colaboradores (2009). No entanto, tal como o estudo refere, a escala utilizada pode ser de natureza demasiado geral, não sendo focada o suficiente na prática clínica para resultados exatos.

É notável ainda a correlação negativa da empatia com o *distress* do cliente, indicando que a noção de capacidade de lidar com sintomatologias ou angústias do cliente baixa quanto maior o nível de empatia e vice-versa. Ainda tal como esperado, a subescala desconforto pessoal está negativamente correlacionada com a autoeficácia no presente estudo. Este acaba por indicar que terapeutas se sentem menos eficazes no seu trabalho quando se sentem afetados pelo sofrimento do cliente. Tal como Eisenberg e Miller (1987) referem, o

desconforto sentido pelo terapeuta pode fazer com que o mesmo queira agir de acordo com o seu bem-estar e não o do cliente.

Também a preocupação empática mostrou estar correlacionada negativamente com a autoeficácia, levando a crer que embora esta seja motivadora à ajuda (Eisenberg & Miller, 1987), quando em excesso pode resultar em sobrecarga emocional. Assim, a autoeficácia avaliada mostra ser um mecanismo de regulação, que sugerindo que alta autoeficácia permite manter os limites de envolvimento emocional a um nível funcional.

Um outro resultado que não correspondeu ao esperado é a qualidade de vida profissional não estar correlacionada com a autoeficácia dos terapeutas, no entanto as suas subescalas estarem. A falta de correlação entre a qualidade de vida do trabalho e a autoeficácia acaba por ser um pouco contraditório tendo em conta as hipóteses e resultados obtidos das suas subescalas. Uma possível justificação para este acontecimento é o facto da ProQOL combinar um fator que tem uma carga positiva para o bem-estar profissional (satisfação por compaixão) com dois fatores de carga negativa (*burnout* e stress traumático secundário). Assim, é possível que a pontuação total da qualidade de vida profissional tenha o seu efeito positivo anulado pelo peso dos fatores negativos. Apesar de negligenciável, a pontuação total da qualidade de vida no trabalho deve ser interpretada com cuidado mas sem anular a validade convergente, devido à possibilidade de esta poder ser metodologicamente inadequada para esta análise.

No entanto, é importante reafirmar a relevância da pontuação obtida pelas subescalas da qualidade de vida relativamente à autoeficácia. As correlações mostram que a satisfação por compaixão, ao ajudar os outros está relacionada com maior perceção de eficácia. Ainda as subescalas *burnout* e o stress traumático secundário estão negativamente relacionadas com a autoeficácia, indicando que sinais de desgaste profissional e emocional levam a menor perceção de eficácia. Assim, a autoeficácia prediz o bem-estar e inibe o oposto no contexto

de trabalho. Os resultados obtidos são apoiados no estudo de Bozgeyikli (2012), em que o bem-estar psicológico no trabalho afeta a percepção de autoeficácia.

Em conclusão a hipótese 2 do estudo foi suportada pelos dados da CASES-R em parte. Esta mostrou uma boa validade convergente devido às correlações fortes e moderadas com a satisfação por compaixão e as competências sócio-emocionais, provando que a escala que nota a promoção do bem-estar no trabalho. As correlações negativas observadas com o burnout, stress traumático secundário e desconforto pessoal, verificam que a CASES-R avalia de certo modo mecanismos funcionais e reguladores bons dos terapeutas.

As análises realizadas para a relação entre variáveis sociodemográficas, neste caso o género e a experiência clínica dos participantes com a autoeficácia, suportam a hipótese 3 do presente estudo. Os resultados mostraram uma tendência de homens percecionarem autoeficácia mais facilmente que as mulheres. Este fenómeno foi de acordo com estudos que verificaram esta diferenças na autoeficácia a favor dos homens (Huang, 2013; Robinson et al., 2022). Usher & Pajares (2006), evidenciam que as fontes de autoeficácia nas mulheres tendem a ser mais através de persuasão social, enquanto os homens desenvolvem as suas crenças através de experiências vicárias. Este estudo apoia a notada discrepância observada, justificando-a através das fontes de autoeficácia. Neste sentido, é possível que mulheres não se sintam encorajadas por outros colegas e sejam mais sensíveis a feedback dado, enquanto homens tem mais acesso a colegas de sucesso e que se identifiquem com eles, reforçando assim a autoeficácia dos mesmos.

Adicionalmente, os papéis de género atribuídos pela sociedade podem influenciar a percepção do desempenho das competências. Pajares (2002) sugere que estes estereótipos podem influenciar o modo como mulheres e homens se percecionam a lidar com situações de conflitos e sofrimento do outro. Nesta situação, por serem estereotipados como mais objetivos, os homens no contexto terapêutico podem criar uma falsa sensação de

competências em lidar com o sofrimento do outro. No mesmo sentido, a empatia ao ser mais associada à mulher pode causar uma percepção de menor eficácia quando se vê perante o sofrimento do cliente.

Por fim, a experiência clínica mostrou estar correlacionada positivamente com a percepção de eficácia dos terapeutas, mostrando que ao longo dos anos de experiência clínica a autoeficácia aumenta. Este efeito indica que através da prática, os terapeutas vão adquirindo mais confiança nas suas capacidades como terapeuta. Bandura (1986) defende que a vivência de sucesso e aprendizagem pelo sucesso de outros, tal como a experiência de certas emoções durante a prática profissional, funcionam como fonte de autoeficácia neste contexto. Torna-se então importante encarar a experiência profissional como um agrupamento de aprendizagens de capacidades e competências não apenas teóricas e práticas desta profissão, mas também emocionais e externas à profissão.

### **Limitações e Estudos Futuros**

Não sendo exceção a qualquer outro estudo, este apresenta limitações. É necessário ter em atenção que os instrumentos utilizados são de autorrelato, podendo as respostas dos participantes estarem sujeitas a viés de método comum, por desejabilidade social, fadiga e viés de aquiescência. Sendo que os dados obtidos foram recolhidos apenas num único momento de avaliação, existe a possibilidade dos resultados refletirem estados momentâneos, como stress ou fadiga, influenciando a percepção de autoeficácia. Acresce ainda que devido à extensão do protocolo de investigação de que este estudo deriva, cuja aplicação é estimada em cerca de 30 minutos de preenchimento de instrumentos de autorrelato, pode-se considerar a possibilidade de fadiga no processo de resposta.

O facto de a amostra ser constituída maioritariamente por mulheres que empregam uma vertente cognitiva-comportamental, pode condicionar a generalização dos resultados, ainda que tal tendência vá de encontro com a predominância feminina na área. Este

apontamento pode também desequilibrar a análise comparativa entre os grupos homens e mulheres. Adicionalmente, o método de recolha de dados por conveniência limita a generalização dos resultados. Contudo, este procedimento mostra-se adequado à exploração de associações e padrões, não comprometendo o contributo do presente estudo quanto à validade do instrumento em contexto semelhante.

Apesar destas limitações, o estudo contribui para o avanço de futuras investigações sobre o tema. É relevante a expansão do estudo da CASES-R em amostras alargadas e mais diversificada a nível de orientação teórica de modo a reforçar a generalização dos resultados. É vantajoso também que estudos futuros apliquem múltiplos métodos de obtenção de dados para além de instrumentos de autorrelato, como relatos de clientes e observação de sessões, e em momentos diferentes de avaliação de modo a mitigar a possibilidade de situações anteriormente descritas. Uma investigação longitudinal seria algo curioso para o estudo mais aprofundado da dinâmica da perceção de autoeficácia durante o percurso profissional.

### **Conclusão**

Ao longo do presente estudo procurou-se averiguar a validade do instrumento CASES-R na população terapeuta portuguesa, de modo a justificar a credibilidade dos dados obtidos durante a aplicação do mesmo neste contexto. É possível confirmar o modelo de cinco fatores da CASES-R, apesar de alguns detalhes dos índices de ajustamento, o instrumento apresentou uma consistência interna excelente o que permite a sua utilização. É relevante mencionar também que este estudo defende que a capacidade de se lidar com emoções e criar relações está relacionada positivamente com a avaliação da eficácia de competências relacionadas com estas competências sócio-emocionais. Adicionalmente, o *burnout* e stress traumático secundário, portanto desgaste profissional afeta a perceção de eficácia. Ainda, existe uma tendência para os homens perceberem a autoeficácia mais facilmente que as mulheres e que a autoeficácia é propensa a aumentar com os anos de

experiência profissional, o que reforça o pensamento de que a experiência é uma fonte de confiança e eficácia.

Esta investigação permite não só garantir a validade de um instrumento específico ao contexto terapêutico quando se fala de autoeficácia, como também aprofundar o conceito da mesma. A autoeficácia passa a ser mais que a crença nas próprias capacidades, incluindo também dimensões emocionais, interpessoais e relacionais que influenciam a prática clínica. A CASES-R mostra que a formação da autoeficácia não se restringe a domínios teóricos e a técnicas aprendidas em contexto académico, mas que abrange também capacidades pessoais como a capacidade de lidar com *distress* do cliente ou gerir sessões de terapia e resolver conflitos mantendo a empatia.

Assim, o estudo inspira a que programas de ensino e formações sejam adequadas à promoção não só da vertente técnica como também do desenvolvimento pessoal e emocional de futuros psicoterapeutas. Assim, talvez seja possível formar psicoterapeutas mais eficazes e atentos ao seu bem-estar pessoal e profissional, prevenindo o desgaste profissional e fomentando segurança, confiança e autenticidade na prática terapêutica a longo prazo.

## Referências

- Araújo, M., & Moura, O. (2011). Estrutura factorial da general self-efficacy scale (escala de auto-eficácia geral) numa amostra de professores portugueses. *Laboratório de Psicologia, 9*(1), 95-105. (Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Portugal)
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (2000). Self-efficacy. In *Encyclopedia of psychology*, Vol. 7. (pp. 212–213). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1037/10522-094>
- Bandura, A. (2012). On the Functional Properties of Perceived Self-Efficacy Revisited. *Journal of Management, 38*(1), 9–44. <https://doi.org/10.1177/0149206311410606>
- Bozgeyikli, H. (2012). Self efficacy as a predictor of compassion satisfaction, burnout, compassion fatigue: A study on psychological counselors. *African Journal Of Business Management, 6*(2), 646-651.
- Carvalho, M., Gaspar, F., Potra, T., & Lucas, P. (2022). Translation, Adaptation, and Validation of the Self-Efficacy Scale for Clinical Nurse Leaders for the Portuguese Culture. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(14), 8590–8590. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148590>.
- Carvalho, P. (2011). *Estudo da fadiga por compaixão nos cuidados paliativos em Portugal: Tradução e adaptação cultural da Escala Professional Quality of Life-5*. Unpublished Master thesis. Universidade Católica Portuguesa, Porto.

- Chen, X., Li, J., Arber, A., Qiao, C., Wu, J., Sun, C., Han, X., Wang, D., Zhu, Z., & Zhou, H. (2024). The impact of the nursing work environment on compassion fatigue: The mediating role of general self-efficacy. *International Nursing Review*, 72(2). <https://doi.org/10.1111/inr.13044>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113–126. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>
- Eisenberg, N., & Miller, P. A. (1987). The relation of empathy to prosocial and related behaviors. *Psychological Bulletin*, 101(1), 91–119. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.101.1.91>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 399–410. <https://doi.org/10.1037/pst0000175>
- Gondim, S., Morais, F., & Brantes, C. (2014). Competências socioemocionais: fator-chave no desenvolvimento de competências para o trabalho. *Revista Psicologia Organizações E Trabalho*, 14(4), 394–406.
- Gorsuch, R. L. (1983). *Factor analysis* (2ª edição). L. Erlbaum Associates.
- Greason, P. B., & Cashwell, C. S. (2009). Mindfulness and Counseling Self-Efficacy: The Mediating Role of Attention and Empathy. *American Counselor Education and Supervision*, 49(1), 2–19. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6978.2009.tb00083.x>
- Hahn, D., Weck, F., Witthöft, M., & Kühne, F. (2021). Assessment of Counseling Self-Efficacy: Validation of the German Counselor Activity Self-Efficacy Scales-Revised. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.780088>

- Heinonen, E., Orlinsky, D. E., Willutzki, U., Rønnestad, M. H., Schröder, T., Messina, I., Löffler-Stastka, H., & Hartmann, A. (2022). Psychotherapist Trainees' Quality of Life: Patterns and Correlates. *Frontiers in Psychology, 13*(1664-1078).  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.864691>
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 6*(1), 1–55.  
<https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Huang, C. (2013). A meta-analysis of the relationship between academic self-efficacy and gender. *Journal of Educational Psychology, 105*(1), 270–282.  
<https://doi.org/10.1037/a0031666>
- Hunsmann, J. J., Ay-Bryson, D. S., Kobs, S., Behrend, N., Weck, F., Knigge, M., & Kühne, F. (2024). Basic counseling skills in psychology and teaching: validation of a short version of the counselor activity self-efficacy scales. *BMC Psychology, 12*(1).  
<https://doi.org/10.1186/s40359-023-01506-7>
- Kline, R.B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.). Guilford Press.
- Kozina, K., Grabovari, N., Stefano, J. D., & Drapeau, M. (2010). Measuring Changes in Counselor Self-Efficacy: Further Validation and Implications for Training and Supervision. *The Clinical Supervisor, 29*(2), 117–127.  
<https://doi.org/10.1080/07325223.2010.517483>
- Lamare, I. B., & Conceição, N. (2012). Supervisão, formação e desenvolvimento de jovens terapeutas: Estudo do desenvolvimento de competências de ajuda em psicoterapeutas em formação, no primeiro ano de prática clínica supervisionada. Universidade de Lisboa Faculdade de Psicologia.

- Larson, L. M., & Daniels, J. A. (1998). Review of the counseling self-efficacy literature. *The Counseling Psychologist*, 26(2), 179–218. <https://doi.org/10.1177/0011000098262001>
- Lent, R. W., & Brown, S. D. (2006). Integrating person and situation perspectives on work satisfaction: A social-cognitive view. *Journal of Vocational Behavior*, 69(2), 236–247. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2006.02.006>
- Lent, R. W., Hackett, G., & Brown, S. D. (1998). Extending social cognitive theory to counselor training: Problems and prospects. *The Counseling Psychologist*, 26(2), 295-306.

- Lent, R. W., Hill, C. E., & Hoffman, M. A. (2003). Development and validation of the Counselor Activity Self-Efficacy Scales. *Journal of Counseling Psychology*, 50(1), 97–108. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.50.1.97>
- Lent, R. W., Hoffman, M. A., Hill, C. E., Treistman, D., Mount, M., & Singley, D. (2006). Client-specific counselor self-efficacy in novice counselors: Relation to perceptions of session quality. *Journal of Counseling Psychology*, 53(4), 453–463. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.4.453>
- Lent, R. W., Nota, L., Soresi, S., Ginevra, M. C., Duffy, R. D., & Brown, S. D. (2011). Predicting the job and life satisfaction of Italian teachers: Test of a social cognitive model. *Journal of Vocational Behavior*, 79(1), 91–97. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2010.12.006>
- Limpo, T., Alves, R. A., & Castro, S. L. (2013). Medir a empatia: Adaptação portuguesa do Índice de Reactividade Interpessoal. *Laboratório de Psicologia*, 8(2). <https://doi.org/10.14417/lp.640>
- McBrien, A., Wild, M., & Bachorowski, J. A. (2020). Social-Emotional Expertise (SEE) Scale: Development and Initial Validation. *Assessment*, 27(8), 1718–1730. <https://doi.org/10.1177/1073191118794866>
- Nienhuis, J. B., Owen, J., Valentine, J. C., Winkeljohn Black, S., Halford, T. C., Parazak, S. E., Budge, S., & Hilsenroth, M. (2016). Therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual adult psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 28(4), 593–605. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1204023>
- Oliveira, A., Lima, M. P. de, & Portugal, P. (2016). Escala de Autoeficácia para a Atividade com Sentido: Encontrando sentido no envelhecimento ativo. *Revista Portuguesa de*

*Investigação Comportamental E Social*, 2(1), 3–13.

<https://doi.org/10.7342/ismt.rpics.2016.2.1.28>

Pace, B., Song, J., Suvak, M., Shields, N., Monson, C., & Stirman, S. (2020). Therapist Self-Efficacy in Delivering Cognitive Processing Therapy in a Randomized Controlled Implementation Trial. *Cognitive and Behavioral Practice*.

<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.08.002>

Pajares, F. (1996). Self-Efficacy Beliefs in Academic Settings. *Review of Educational Research*, 66(4), 543–578. <https://doi.org/10.3102/00346543066004543>

Pajares, F. (2002). Gender and perceived self-efficacy in self-regulated learning. *Theory Into Practice*, 41(2), 116–125. [https://doi.org/10.1207/s15430421tip4102\\_8](https://doi.org/10.1207/s15430421tip4102_8)

Robinson, K. A., Perez, T., White-Levatich, A., & Linnenbrink-Garcia, L. (2020). Gender differences and roles of two science self-efficacy beliefs in predicting post-college outcomes. *The Journal of Experimental Education*, 90(2), 344–363.

<https://doi.org/10.1080/00220973.2020.1808944>

Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.

Santos, A. B. N. D., Cunha, M., Novo, M., Massano-Cardoso, I., & Galhardo, A. (2022). Validação da versão portuguesa da Social-Emotional Expertise Scale. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental E Social*, 8(1), 1–17.

<https://doi.org/10.31211/rpics.2022.8.1.245>

Stamm, B. (2010). *The concise manual for the professional quality of life scale*.

Usher, E. L., & Pajares, F. (2006). Sources of academic and self-regulatory efficacy beliefs of entering middle school students. *Contemporary Educational Psychology*, 31(2), 125–141. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2005.03.002>

Wampold, B. E. (2012). Humanism as a common factor in psychotherapy. *Psychotherapy*, 49(4), 445–449. <https://doi.org/10.1037/a0027113>

- Wolf, E. J., Harrington, K. M., Clark, S. L., & Miller, M. W. (2013). Sample Size Requirements for Structural Equation Models: An evaluation of power, bias, and solution propriety. *Educational and Psychological Measurement*, 73(6), 913–934. <https://doi.org/10.1177/0013164413495237>
- Zhang, L., Ren, Z., Jiang, G., Hazer-Rau, D., Zhao, C., Shi, C., Lai, L., & Yan, Y. (2021). Self-Oriented Empathy and Compassion Fatigue: The Serial Mediation of Dispositional Mindfulness and Counselor’s Self-Efficacy. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.613908>.
- Zimmerman, B. J. (2000). Self-Efficacy: An Essential Motive to Learn. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 82–91. <https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1016>

## **Anexos**

### **Anexo A - Revisão de literatura**

#### **Autoeficácia**

A autoeficácia é um conceito importante na psicologia e trata das crenças individuais relativamente à capacidade de execução de tarefas que visam alcançar com sucesso um objetivo específico (Bandura, 1977). É importante referir que estas crenças podem não ser um reflexo da eficácia real, ao ser um conceito dinâmico e subjetivo, influenciado por diversos fatores que serão referidos à *posteriori*.

De acordo com a Teoria Social Cognitiva de Bandura (1986) a autoeficácia tem um papel importante na regulação comportamental e nos processos de aprendizagem humana. Esta capacidade humana tem em conta que somos agentes ativos no nosso desenvolvimento e que como base previsões, a autoeficácia percebida desempenha um papel central nos processos cognitivos, como na interpretação de situações; motivacionais, se se persiste ou desiste; emocionais, afetando a confiança, medo ou ansiedade; e de tomada de decisão , para evitar ou

enfrentar dificuldades (Bandura, 1977; 1986; 1993), afetando ativamente reações comportamentais.

Bandura (1986) defende ainda que a autoeficácia é determinada por quatro fontes. Em primeiro lugar e com mais influencia as experiências passadas. Estas experiências ao serem bem sucedidas reforçam a crença de uma pessoa na sua capacidade em executar essa atividade de forma eficaz. Em seguida, a modelagem social ou experiência vicariante, dado que os indivíduos são sociais e não operam de forma isolada, a observação do sucesso de outros em contextos semelhantes pode estimular uma percepção positiva das próprias capacidades. Por outro lado, a persuasão social obtida através de supervisão e feedback externo, podem também contribuir para a construção de crenças de eficácia. Ainda, o julgamento subjetivo de reações fisiológicas e estados emocionais, durante a execução de uma tarefa, constitui uma outra fonte de influência, uma vez que respostas como níveis elevados de ansiedade ou sinais de calma e controlo podem condicionar as percepções de competência em cenários futuros (Bandura, 2000). Assim, estas diferentes vias de formação da autoeficácia são determinantes para o desempenho para a prática terapêutica.

### **Counselor Activity Self-Efficacy Scale**

A *Counselor Activity Self-Efficacy Scale* (CASES) pretende preencher lacunas em conjunto com literatura existente e experiências profissionais dos autores, seguindo o modelo Competências Básicas de Ajuda de Clara Hill (2020). Modelo este que estrutura o processo de ajuda em três fases sequenciais, a Exploração, o *Insight* e a Ação. As Competências Básicas de Ajuda já influenciam formações e treino de psicoterapeutas, tendo estas resultados significativamente melhores relativamente à aquisição de competências essenciais aos mesmos, independentemente da experiência dos formandos (Hill & Kellems, 2002).

A escala é então estruturada em três domínios. O primeiro, Competências Básicas de Ajuda, divide-se nos subdomínios Exploração, *Insight* e Ação (Lent et al., 2003).

A Exploração, requer facilidade do terapeuta em explorar pensamentos e sentimentos que o cliente traga à terapia, através de competências do terapeuta como a comunicação não verbal, o uso de questões abertas e reflexão de sentimentos do cliente.

Já a capacidade de *Insight*, por outro lado, exige que o terapeuta consiga promover a consciência dos clientes sobre os seus próprios pensamentos e sentimentos facilitando a sua visão, compreensão e atribuição de significado pelo cliente.

Por fim, a Ação pretende promover mudança no cliente através de um trabalho coletivo com o terapeuta. Para tal, é necessário a partilha e exploração de ideias acerca dessa mudança, a aquisição de habilidades necessárias no cliente para implementá-la e a avaliação do progresso. Aqui o papel do terapeuta acaba por dar orientação e apoio às alterações positivas na vida do cliente, nunca ditando soluções (Hill, 2020).

O segundo domínio, Gestão de Sessão, diz respeito à capacidade organização do terapeuta na aplicação das referidas competências básicas de ajuda durante sessões. Enquanto a primeira parte da *CASES* se refere à capacidade do terapeuta aplicar as mesmas, neste domínio refere-se à gestão de integração dessas habilidades ao longo das sessões, como exemplo, “Manter-se consciente das suas intenções (i.e., os propósitos das suas intervenções) durante as sessões”.

Já a terceira e última dimensão do instrumento, Desafios Terapêuticos, abrangem competências aplicadas em situações bastante exigentes para os profissionais, exigindo habilidades mais avançadas de resolução de problemas que permita lidar com clientes resistentes ou emocionalmente perturbados. Este grupo de competências distingue-se das anteriormente referidas, principalmente pela maior complexidade e conta com as subescalas Conflitos Relacionais e *Distress* do Cliente (Hanh et al., 2021; Lent et al., 2003).

A primeira subescala, Conflitos Relacionais, objetiva avaliar a percepção do terapeuta relativamente a situações de tensão interpessoal, entre o cliente e terapeuta, que possam levar a obstáculos na relação terapêutica.

Por fim, a última subescala, *Distress* do Cliente, refere-se à auto percepção do terapeuta em trabalhar com dificuldades do cliente que afetem o processo terapêutico em questão, como sintomatologia ou até diagnósticos do mesmo.

## **CASES - R**

Hahn e colaboradores (2021) ao adaptarem a *CASES-R* preservaram a estrutura geral da escala original, mantendo os três domínios principais: Competências Básicas de Ajuda, Gestão de Sessão e Desafios Terapêuticos. No entanto, foi feita uma reestruturação das subescalas, de modo a otimizar e reduzir redundâncias sem comprometer a validade do instrumento. Enquanto a versão original a *CASES* (Lent et al., 2003) contém os já referidos seis fatores (Exploração, *Insight*, Ação, Gestão de Sessão, Conflitos Relacionais e *Distress* do Cliente), a *CASES-R* resultou em cinco fatores: Exploração e *Insight*, agora consolidados numa dimensão, Ação, Gestão de Sessão, Conflitos Relacionais e *Distress* do Cliente.

Com esta alteração também os itens sofreram de uma redução para uma escala mais breve, passando a ter apenas 27 itens, tornando a escala mais concisa e eficiente. A primeira parte da escala é composta pelas competências de ajuda com seis itens para a Exploração e *Insight* e três para Ação. A segunda parte, direcionada para as capacidades de Gestão de Sessão conta com seis itens. Por fim, a terceira parte é composta por três itens para Conflitos Relacionais e nove itens para o *Distress* do Cliente, avaliando assim desafios terapêuticos mais complexos (Hahn et al., 2021; Hunsmann et al., 2024). Fundamentada em análises psicométricas, a eliminação dos itens não comprometeram a validade da escala, mantendo os seus bons indicadores psicométricos (Hahn et al., 2021; Hunsmann et al., 2024). A *CASES-R* mostra não ser apenas uma versão reduzida da escala original, mas uma versão otimizada.

No estudo de validação para a população alemã, Hahn et al. (2021) obtiveram uma consistência interna boa da escala total, com um coeficiente ómega hierárquico de  $\omega_H = 0.79$ , no entanto relativamente às subescalas houve valores baixos de  $\omega_H=0.36$  para Exploração e *Insight*,  $\omega_H = 0.64$  para Competências de Ação,  $\omega_H = 0.31$  para a Gestão de Sessão,  $\omega_H = 0.43$  para *Distress* do Cliente e  $\omega_H = 0.32$  para Conflitos Relacionais.

### **Competências Sócio-emocionais nos terapeutas**

Embora a formação teórica seja essencial para uma prática de sucesso no contexto terapêutico, esta por si só não é suficiente para assegurar a eficácia da terapia é então fundamental aprofundar acerca do desenvolvimento de certas competências no terapeuta (Wampold, 2012). Nestas, as competências sócio-emocionais destacam-se, conhecidas como características desenvolvidas através de vivências sociais e afetivas, que permitem comportamentos emocionais e sociais ajustados ao ambiente e interações sociais (McBrien et al., 2020; Santos et al., 2022).

Estas competências não abordam apenas a capacidade de reconhecer e compreender emoções como a conhecida inteligência emocional, mas incluem também uma dimensão comportamental dando capacidade de agir perante as emoções de modo adequado, preservando o bem-estar pessoal (Gondim et al., 2014). Estas competências permitem uma boa gestão emocional, capacidade de tomada de decisões, fomentar relações positivas com outros e a capacidade de alcançar objetivos.

As competências sócio-emocionais apresentam cinco componentes: (1) consciência emocional, ter noção das próprias emoções como a dos outros; (2) regulação emocional, a gestão dessas emoções recorrendo a estratégias que aumentem as emoções positivas; (3) autonomia emocional, que implica uma visão positiva de si, autoestima e capacidade de saber pedir ajuda caso necessário; (4) habilidades sociais, capacidade comunicativa assertiva e de

respeito; habilidades de bem-estar, capacidade de adaptar o comportamento à situação de modo a manter o bem-estar pessoal (Gondim et al., 2014).

McBrien e colaboradores (2020), ao desenvolvimento da escala utilizada neste estudo para medir as competências sócio-emocionais, abordam as mesmas num modelo diferente e com a noção de que estas devem ser entendidas como expertise, portanto uma performance automática, eficaz e adaptável. Estas funcionam através do fator adaptabilidade, que se refere ao ajustamento de pensamentos, emoções e comportamentos de modo adequado ao contexto e pessoas com quem se interage. Este inclui a leitura do ambiente e timing adequado, em terapia um bom exemplo seria a adaptação da temática abordada na sessão de acordo com a fase do processo terapêutico e estado emocional do cliente. O outro fator é a expressividade, que abrange a comunicação sobre emoções e intenções de modo claro, apropriado e eficaz. Através de expressões faciais, linguagem corporal e entoação congruente, tem-se o exemplo de transmitir empatia por postura acolhedora nas sessões.

Ao serem competências possíveis de serem treinadas e que implicam certas aptidões pessoais e sociais, o processo de desenvolvimento das mesmas passa por sentimentos de insegurança e ansiedade em situações novas e desconhecidas, onde ainda não há confirmação de capacidade eficaz para tal (Boyatzis, 2009). No entanto, semelhante à autoeficácia, as estas permitem adquirir autoconfiança em tarefas, em relações que podem ser importantes para o trabalho e ainda no desenvolvimento de competências profissionais com atenção à promoção ou manutenção do bem estar no trabalho. As competências sócio-emocionais estão associado a maior autoestima, perceção de controlo e consequentemente à obtenção de novas aprendizagens. Mostrando ainda um impacto positivo no desempenho académico, na capacidade de lidar com o stress no ambiente profissional, na qualidade de relações interpessoais e na perceção de si mesmo, promovendo o bem-estar psicológico e afetos positivos (Gondim et al., 2014).

Em contexto terapêutico as competências sócio-emocionais, ao promoverem interações adequadas, facilitam a relação terapêutica, promovem a aplicação de técnicas que incentivam mudanças eficazes e fortalecem a resiliência emocional, levando a melhor habilidade em lidar com frustrações e percalços em sessões (Santos et al., 2022). Neste sentido, é notório a importância das competências sócio-emocionais nos terapeutas, ao promoverem flexibilidade nos mesmos tendo em conta as necessidades específicas de cada cliente, tal como a gestão de desafios em sessão e a construção da relação terapêutica sólida (Larson & Daniels, 1998).

Diversos estudos referem que competências sócio-emocionais estão positivamente correlacionadas com autoeficácia (Salavera et al., 2017; Carmen et al., 2022; Loeb et al., 2016). Relativamente à autoeficácia específica de terapeutas e competências sócio-emocionais, observa-se uma ausência de estudos que pretendam investigar a possibilidade de uma relação direta entre estes conceitos. Assim, verificando a possível importância destas competências na prática clínica, pretende-se responder a esta lacuna de informação.

### **Empatia nos terapeutas**

Tal como as competências sócio-emocionais, a empatia tem relevância no desenvolvimento profissional de um terapeuta. Rogers (1980) define empatia como um conceito complexo que implica a habilidade de um terapeuta em compreender com sensibilidade os pensamentos, emoções e pontos de vista do cliente, adotando essa realidade como referência no processo terapêutico. Davis (1983) acrescenta que este construto é uma resposta interna, inata e genuína de cuidado e preocupação com o outro, sem a contaminação de julgamentos externos.

Davis (1983) propõe um modelo multidimensional para a empatia, que compreende duas componentes principais, uma afetiva que já pelo nome remete para uma vertente de sentir com o outro, e uma cognitiva que remete para a compreensão do outro. Com quatro

fatores, o modelo permite compreender diferentes processos relacionados com a empatia. Estes fatores correspondem à tomada de perspectiva, fantasia, preocupação empática e desconforto pessoal.

A tomada de perspectiva, a tendência espontânea de adotar a realidade da outra pessoa. Pertencente à componente cognitiva, está associada à autoestima, competências sociais e abertura interpessoal, importante por ser um facilitador social.

A fantasia, a tendência para se identificar com personagens fictícias revelando sensibilidade emocional e empatia projetiva. Não estando diretamente ligada ao contexto de interação social, acaba por indicar uma predisposição emocional mesmo que em situações fictícias.

A preocupação empática, indica sentimentos de compaixão e preocupação com outros, mais associada à componente afetiva, relacionada com altruísmo e sensibilidade para o outro. Por fim, o último fator é o desconforto pessoal, que é a tendência de sentir desconforto e ansiedade perante o sofrimento de outra pessoa. Esta é uma resposta desadaptativa da empatia, associada à componente afetiva, que não tem como resposta a disposição de ajuda a quem está em sofrimento, baixando os níveis de autoestima.

Tendo em conta o contexto terapêutico, a empatia torna-se uma aptidão importante para o desenvolvimento de uma relação terapêutica eficaz (Nienhuis et al., 2016; Elliot et al., 2001), através do reconhecimento de emoções do cliente (Hill, 2020; Elliott et al., 2011). Devido a este impacto relacional, a empatia contribui diretamente para o processo do trabalho clínico do terapeuta. Elliot e colaboradores (2011) identificam três modos de atuação da empatia no contexto terapêutico, contando com o *empathic rapport*, a criação de uma conexão segura e afetiva com o cliente; *communicative attunement*, que remete para o acompanhamento emocional do cliente; *person empathy*, a compreensão profunda da experiência do outro para além do explicado pelo mesmo.

A empatia torna-se então um possível facilitador no progresso do cliente, apesar do autorrelato por terapeutas diferir da empatia percebida pelos pacientes quando se fala de resultados terapêuticos (Elliott et al., 2011). Esta avaliação de empatia, a percebida por clientes, é, no entanto, importante, por levar a uma percepção de compreensão e validação, sendo este o maior preditor do sucesso terapêutico (Elliot et al., 2001). Uma curiosidade relativamente ao impacto da empatia nos resultados terapêuticos é ser maior em profissionais juniores relativamente a terapeutas com mais experiência clínica (Elliot, 2001; 2011). Este efeito foi também observado quando se trata de clientes com sintomatologia.

No entanto, a empatia pode também causar um efeito negativo ao terapeuta, devido ao fator desconforto pessoal (Zhang et al., 2021). Eisenberg e Miller (1987), estudaram a possibilidade de relação entre a empatia e comportamentos pró-sociais, concluindo que apenas de baixa a moderada, existe uma relação positiva entre os conceitos. Retira-se então que a empatia pode ser incentivo às pessoas ajudarem outros, no entanto, este pode resultar também em desconforto pessoal. Este efeito permite que comportamentos pró-sociais, portanto de ajuda e cooperação, percam a essência genuína da empatia e sejam aplicados em função de um alívio ao próprio mal-estar causado pelo sofrimento do outro, ou até a evitar a situação (Eisenberg & Miller, 1987).

Apesar da literatura ser limitada quanto à relação entre a empatia e a autoeficácia especificamente em terapeutas, Aparicio-Flores e colaboradores (2020) investigaram a relação da empatia com a autoeficácia académica, sugerindo que a autoeficácia está relacionada positivamente com a tomada de perspetiva, fantasia e preocupação empática, e que está negativamente correlacionada com o desconforto pessoal. No mesmo sentido, terapeutas com maior tomada de perspetiva e menos desconforto pessoal exibem maior autoeficácia em possíveis situações complexas durante a terapia (Chiu & Liu, 2021).

## Qualidade de Vida no Trabalho

A qualidade de vida no trabalho dos terapeutas, compreendida como o bem-estar no contexto profissional, tem a sua importância pela influência na autoeficácia nos terapeutas (Bozgeyikli, 2012; Chen et al., 2024; Heinonen et al., 2022). Um ambiente de trabalho positivo, que não seja propício ao stress e que promova a sensação de bem-estar e satisfação no trabalho, pode afetar a percepção de eficácia nas pessoas através das condições de trabalho (Lent et al., 2011).

A qualidade de vida no trabalho é também abordada por Stamm (2010) através de um modelo de três dimensões do bem-estar profissional em contexto de apoio: (1) satisfação por compaixão, correspondente a sentimentos positivos no contexto profissional de realização e prazer em ser possível ajudar e ter impacto positivo; (2) *burnout*, remete para a exaustão, frustração e sintomatologia como desmotivação e dificuldades em ser eficaz no trabalho; (3) stress traumático secundário, um sentimento negativo de medo relativamente ao trabalho, devido a situações stressantes e traumáticas vividas nesse ambiente, causando sintomas com dificuldades em dormir e evitamento. O *burnout* e stress traumático secundário constituem o componente negativamente correlacionada com a satisfação por compaixão, a fadiga por compaixão. A fadiga por compaixão causa sofrimento psicológico e menos envolvimento profissional (Stamm, 2010; Sprang et al., 2007).

A relação entre a qualidade de vida no trabalho e a autoeficácia já foi verificada por vários autores (Bozgeyikli, 2012; Chen et al., 2024; Lent et al., 2011). Bozgeyikli (2012), demonstra que terapeutas psicólogos que apresentaram níveis elevados de autoeficácia experienciam mais satisfação por compaixão, tal como baixos níveis de autoeficácia correspondem a altos níveis de fadiga por compaixão, portanto *burnout* e stress traumático secundário. Outros estudos como de Heinonen e colaboradores (2022) demonstram que a qualidade de vida de terapeutas em formação encontra-se diretamente associada à percepção

de apoio, equilíbrio entre vida pessoal e profissional e de percepção de autoeficácia. No entanto, trabalho excessivo e pouca supervisão se relacionam com mal-estar e menor satisfação no trabalho. Tal como num estudo mais recente (Chen et al., 2024) a autoeficácia geral mostrou ser um mediador parcial entre o ambiente de trabalho e a fadiga por compaixão. Deste modo, ambientes mais favoráveis estão associados a maior autoeficácia e satisfação por compaixão, o que reduz desgaste emocional pelos profissionais. Lent et al. (2011) também demonstram que a autoeficácia se relaciona com a satisfação no trabalho através da percepção de condições positivas no trabalho. Neste estudo, o modelo proposto por Lent e Brown (2006, 2008), a Teoria Social Cognitiva (Bandura, 1986) foi aplicada na área vocacional, tendo sido encontradas relações diretas e indiretas entre a autoeficácia e a qualidade de vida no trabalho. Esta, prediz o progresso em objetivos pessoais no trabalho, tal como influência indiretamente a satisfação no trabalho, através da percepção de condições de trabalho, e ainda a satisfação com a vida, portanto o bem-estar geral.

Os dados apresentados, juntamente ao nível de exigência emocional que os terapeutas enfrentam (Hunter, 2012), permitem considerar a importância da qualidade de vida no trabalho em profissionais de saúde mental como influencia à autoeficácia. No mesmo sentido, é importante a fomentação de condições de trabalho saudáveis em profissionais de saúde mental, de modo a prevenir *burnout*, stress traumático secundário e a aumentar a percepção de autoeficácia nestes.

### **Variáveis Sociodemográficas**

Estudos realizados em contextos académicos e profissionais fornecem informações relevantes sobre possíveis diferenças de género na autoeficácia. Pajares (2002) analisou a relação do género com a autoeficácia, obtendo resultados que defendem que apesar de mulheres obterem melhor desempenho real no geral, os homens tendem a obter maiores níveis de autoeficácia. Tal pode ser justificado pelas expectativas de género estereotipadas

socialmente relativamente a competências profissionais (Huang, 2013). Além disso, mulheres tendem a desenvolver autoeficácia através de meios sociais, como o julgamento por outras pessoas das suas capacidades, que é facilmente interpretado como uma avaliação de capacidades, enquanto os homens baseiam-se mais no próprio desempenho ou habilidade (Usher & Pajares, 2006). Este efeito surge também em estudos com populações mais jovens, em que raparigas apresentam níveis de autoeficácia inferiores aos rapazes, apenas após o papel mediados do feedback este fenómeno desaparece, deixando de existir disparidades de autoeficácia entre os géneros (Schunk & Lilly, 1984).

Assim, no contexto da prática terapêutica, este padrão pode influenciar o modo como homens e mulheres desenvolvem as suas perceções de competência clínica, principalmente e início de carreira. É então relevante o papel desempenhado pelo feedback na autoeficácia e a supervisão, que leva a um equilíbrio de género na perceção da própria eficácia, tal como pode fornecer uma boa orientação aos terapeutas.

Relativamente à experiência prévia dos profissionais, esta tem uma influência indiscutível no que toca à autoeficácia . Literatura indica existir uma relação significativa entre a prática profissional e a autoeficácia no contexto profissional (Larson & Daniels, 1998). A experiência clínica contribui para o desenvolvimento de competências profissionais, tal como da autoeficácia em terapeutas e formandos. Apesar de não ser o único fator influenciador, terapeutas mais experientes tendem a obter resultados clínicos mais eficazes, mesmo em situação de clientes com sintomatologia (Rønnestad et al., 2019).

## Referências

- Aparicio-Flores, M., Esteve-Faubel, J., Esteve-Faubel, R., & Álvarez-Teruel, J. (2020). High Academic Self-Efficacy and Dispositional Empathy in Future Teachers. *Sustainability*, 12, 6728. <https://doi.org/10.3390/su12176728>.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1993). Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. *Educational Psychologist*, 28, 117-148. [https://doi.org/10.1207/S15326985EP2802\\_3](https://doi.org/10.1207/S15326985EP2802_3)
- Bandura, A. (2000). Self-efficacy. In *Encyclopedia of psychology*, Vol. 7. (pp. 212–213). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1037/10522-094>
- Boyatzis, R., & Boyatzis, R. E. (2009). Competencies as a behavioral approach to emotional intelligence. *Journal of management development*, 28(9), 749-770.
- Bozgeyikli, H. (2012). Self efficacy as a predictor of compassion satisfaction, burnout, compassion fatigue: A study on psychological counselors. *African Journal Of Business Management*, 6(2), 646-651.
- Carmen, R. G., Olga, B. G., & Beatriz, M. (2022). Socio-Emotional Competence and Self-Efficacy of Future Secondary School Teachers. *Education Sciences*, 12(3), 161. <https://doi.org/10.3390/educsci12030161>
- Chen, X., Li, J., Arber, A., Qiao, C., Wu, J., Sun, C., Han, X., Wang, D., Zhu, Z., & Zhou, H. (2024). The impact of the nursing work environment on compassion fatigue: The mediating role of general self-efficacy. *International Nursing Review*, 72(2). <https://doi.org/10.1111/inr.13044>

- Chui, H., & Liu, F. (2021). Emotional experience of psychotherapists: A latent profile analysis. *Psychotherapy*, 58(3), 401-413. <https://doi.org/10.1037/pst0000379>.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113–126. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>
- Eisenberg, N., & Miller, P. A. (1987). The relation of empathy to prosocial and related behaviors. *Psychological Bulletin*, 101(1), 91–119. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.101.1.91>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43–49. <https://doi.org/10.1037/a0022187>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2001). Empathy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 380–384. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.380>
- Gondim, S., Morais, F., & Brantes, C. (2014). Competências socioemocionais: fator-chave no desenvolvimento de competências para o trabalho. *Revista Psicologia Organizações E Trabalho*, 14(4), 394–406.
- Hahn, D., Weck, F., Witthöft, M., & Kühne, F. (2021). Assessment of Counseling Self-Efficacy: Validation of the German Counselor Activity Self-Efficacy Scales-Revised. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.780088>
- Heinonen, E., Orlinsky, D. E., Willutzki, U., Rønnestad, M. H., Schröder, T., Messina, I., Löffler-Stastka, H., & Hartmann, A. (2022). Psychotherapist Trainees' Quality of Life: Patterns and Correlates. *Frontiers in Psychology*, 13(1664-1078). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.864691>
- Hill, C. E. (2020). *Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action* (5<sup>a</sup> ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000148-000>

- Hill, C. E., & Kellems, I. S. (2002). Development and use of the helping skills measure to assess client perceptions of the effects of training and of helping skills in sessions. *Journal of Counseling Psychology, 49*(2), 264–272. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.49.2.264>
- Huang, C. (2013). A meta-analysis of the relationship between academic self-efficacy and gender. *Journal of Educational Psychology, 105*(1), 270–282. <https://doi.org/10.1037/a0031666>
- Hunsmann, J. J., Ay-Bryson, D. S., Kobs, S., Behrend, N., Weck, F., Knigge, M., & Kühne, F. (2024). Basic counseling skills in psychology and teaching: validation of a short version of the counselor activity self-efficacy scales. *BMC Psychology, 12*(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01506-7>
- Hunter, S. V. (2012). Walking in Sacred Spaces in the Therapeutic Bond: Therapists' Experiences of Compassion Satisfaction Coupled with the Potential for Vicarious Traumatization. *Family Process, 51*(2), 179–192. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2012.01393.x>
- Larson, L. M., & Daniels, J. A. (1998). Review of the counseling self-efficacy literature. *The Counseling Psychologist, 26*(2), 179–218. <https://doi.org/10.1177/0011000098262001>
- Lent, R. W., & Brown, S. D. (2006). Integrating person and situation perspectives on work satisfaction: A social-cognitive view. *Journal of Vocational Behavior, 69*(2), 236–247. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2006.02.006>
- Lent, R. W., & Brown, S. D. (2008). Social cognitive career theory and subjective well-being in the context of work. *Journal of Career Assessment, 16*(1), 6–21. <https://doi.org/10.1177/1069072707305769>

- Lent, R. W., Hill, C. E., & Hoffman, M. A. (2003). Development and validation of the Counselor Activity Self-Efficacy Scales. *Journal of Counseling Psychology*, 50(1), 97–108. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.50.1.97>
- Lent, R. W., Nota, L., Soresi, S., Ginevra, M. C., Duffy, R. D., & Brown, S. D. (2011). Predicting the job and life satisfaction of Italian teachers: Test of a social cognitive model. *Journal of Vocational Behavior*, 79(1), 91–97. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2010.12.006>
- Loeb, C., Stempel, C., & Isaksson, K. (2016). Social and emotional self-efficacy at work.. *Scandinavian journal of psychology*, 57 2, 152-61 . <https://doi.org/10.1111/sjop.12274>.
- McBrien, A., Wild, M., & Bachorowski, J. A. (2020). Social-Emotional Expertise (SEE) Scale: Development and Initial Validation. *Assessment*, 27(8), 1718–1730. <https://doi.org/10.1177/1073191118794866>
- Nienhuis, J. B., Owen, J., Valentine, J. C., Winkeljohn Black, S., Halford, T. C., Parazak, S. E., Budge, S., & Hilsenroth, M. (2016). Therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual adult psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 28(4), 593–605. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1204023>
- Pajares, F. (2002). Gender and perceived self-efficacy in self-regulated learning. *Theory Into Practice*, 41(2), 116–125. [https://doi.org/10.1207/s15430421tip4102\\_8](https://doi.org/10.1207/s15430421tip4102_8)
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rønnestad, M.H., Nissen-Lie, H.A., Oddli, H.W. *et al.* Expanding the Conceptualization of Outcome and Clinical Effectiveness. *J Contemp Psychother* **49**, 87–97 (2019). <https://doi.org/10.1007/s10879-018-9405-z>

- Salavera, C., Usán, P., & Jarie, L. (2017). Emotional intelligence and social skills on self-efficacy in Secondary Education students. Are there gender differences?. *Journal of adolescence*, 60, 39-46 . <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.07.009>.
- Santos, A. B. N. D., Cunha, M., Novo, M., Massano-Cardoso, I., & Galhardo, A. (2022). Validação da versão portuguesa da Social-Emotional Expertise Scale. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental E Social*, 8(1), 1–17. <https://doi.org/10.31211/rpics.2022.8.1.245>
- Schunk, D. H., & Lilly, M. W. (1984). Sex Differences in Self-Efficacy and Attributions: Influence of Performance Feedback. *The Journal of Early Adolescence*, 4(3), 203–213. <https://doi.org/10.1177/0272431684043004>
- Sprang, G., Clark, J. J., & Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Burnout: Factors Impacting a Professional’s Quality of Life. *Journal of Loss and Trauma*, 12(3), 259–280. <https://doi.org/10.1080/15325020701238093>
- Stamm, B. (2010). The concise manual for the professional quality of life scale.
- Usher, E. L., & Pajares, F. (2006). Sources of academic and self-regulatory efficacy beliefs of entering middle school students. *Contemporary Educational Psychology*, 31(2), 125–141. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2005.03.002>
- Wampold, B. E. (2012). Humanism as a common factor in psychotherapy. *Psychotherapy*, 49(4), 445–449. <https://doi.org/10.1037/a0027113>
- Zhang, L., Ren, Z., Jiang, G., Hazer-Rau, D., Zhao, C., Shi, C., Lai, L., & Yan, Y. (2021). Self-Oriented Empathy and Compassion Fatigue: The Serial Mediation of Dispositional Mindfulness and Counselor’s Self-Efficacy. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.613908>.

## **Anexo B - Questionários**

### **Código de emparelhamento**

Três primeiras letras do

- nome do seu primeiro animal de estimação: \_\_\_\_\_

- segundo nome da mãe: \_\_\_\_\_

- nome da escola primária: \_\_\_\_\_

### **Dados Sociodemográficos**

- Idade: \_\_\_\_\_
- Sexo: 1 feminino, 2 masculino, 3 outro/não binário
- Estado Civil: 1 casado/união de facto, 2 divorciado/separado, 3 viúvo, 4 solteiro
- Escolaridade: 1 licenciatura/bacharelato, 2 mestrado 3 doutoramento
- Nacionalidade: 1 Portuguesa, 2 Outra
- Distrito de residência atual: 1 Beja, 2 Braga, 3 Bragança, 4 Castelo Branco, 5 Coimbra, 6 Évora, 7 Faro, 8 Guarda, 9 Leiria, 10 Lisboa, 11 Portalegre, 12 Porto, 13 Santarém, 14 Setúbal, 15 Viana do Castelo, 16 Vila Real, 17 Viseu, 18 Madeira, 19 Açores, 20 Outro
- Excluindo o desenvolvimento pessoal da APTCCI realizou psicoterapia pessoal enquanto cliente: 1 Sim, 2 Não, 3 Prefiro não responder
- Se sim, há quantos anos realizou terapia pessoal (indique 0 se há menos de 1 ano ou se presentemente realiza): \_\_\_\_\_
- Se sim, tempo durou a sua terapia pessoal: Anos \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_

### **Formação Profissional**

- Formação de inicial: 1 psicologia, 2 medicina,
- Anos de experiência profissional (desde a conclusão da formação inicial): \_\_\_\_\_
- Anos de experiência clínica (i.e., acompanhamento psicológico/médico em contexto clínico): \_\_\_\_\_
- Especialidade: 1 psicologia clínica e da saúde (OPP), 2 psicologia social do trabalho e das organizações (OPP), 3 psicologia educacional (OPP) 4 Psiquiatria ou pedopsiquiatria, 5 Outra especialidade médica, 6 Sem especialidade ou em formação
- Como descreve presentemente a sua orientação teórica profissional (0 nada, 5 muito):
  - Cognitivo-comportamental 0 1 2 3 4 5
  - Psicanalítica/Psicodinâmica 0 1 2 3 4 5
  - Humanista ou centrada no cliente 0 1 2 3 4 5
  - Fenomenológica ou Existencial 0 1 2 3 4 5
  - Sistémica ou familiar 0 1 2 3 4 5
  - Experiencial (e.g., Gestalt, EFT) 0 1 2 3 4 5
  - Integrativa ou eclética 0 1 2 3 4 5
  - Outra [especifique]: \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5
- Como caracteriza a sua orientação teórica profissional predominante: 1 Cognitivo-comportamental, 2 Psicanalítica/Psicodinâmica, 3 Humanista ou centrada no cliente, 4 Fenomenológica ou Existencial, 5 Sistémica ou familiar, 6 Experiencial (e.g., Gestalt, EFT), 7 Integrativa ou eclética, 8 Outro

### Situação Profissional

- Estatuto profissional (assinale quantos for necessário): 1 a trabalhar a tempo inteiro, 2 a trabalhar a tempo parcial, 3 desempregado, 4 estudante, 5 reformado/pensionista
- Número médio de horas de trabalho (qualquer) por semana: \_\_\_\_\_
- Número médio de horas de consulta ou psicoterapia por semana: \_\_\_\_\_

- Contexto de trabalho: 1 exclusivamente institucional, 2 institucional e prática privada, 3 exclusivamente prática privada, 4 outra
- Tipo de acompanhamentos que realiza (assinale os que se aplicam a si): 1 acompanhamento individual, 2 acompanhamento de casal, 3 acompanhamento familiar, 4 acompanhamento de grupo.
- Grupos etários que acompanha (assinale os que se aplicam a si): 1 crianças, 2 adolescentes, 3 adultos e idosos.
- Como considera a sua situação profissional atual: 1 desemprego/inatividade, 2 precária, 3 com alguma estabilidade, 4 com muita estabilidade (e.g., efetivo ou condições de segurança elevadas)

## CASES-G

**Instruções gerais:** O seguinte questionário subdivide-se em três partes. Cada uma das partes aborda as suas crenças acerca da sua capacidade de desempenhar vários comportamentos terapêuticos ou, lidar com questões terapêuticas particulares. Agradecemos que seja honesto e franco nas respostas para que estas melhor retratem as suas crenças acerca das suas capacidades actuais, em vez de como gostaria de ser visto agora, ou no futuro. Não existem respostas certas ou erradas às questões apresentadas. Coloque um círculo em volta do número que melhor reflecte a sua resposta a cada questão.

**Parte I.** Instruções: Quão confiante se sente na sua capacidade de utilizar as seguintes competências de ajuda, de forma eficaz, com a **maioria** dos seus clientes, durante a próxima semana?

	Nenhuma confiança			Alguma confiança				Muita confiança		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Quão confiante se sente na sua capacidade de utilizar as seguintes competências gerais, de forma eficaz, com a <u>maioria</u> dos seus clientes, durante a próxima semana?</b>										
1. <b>Prestar atenção</b> (orientar-se fisicamente para o/a cliente).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. <b>Escuta activa</b> (captar e compreender as mensagens que os clientes comunicam).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. <b>Reformular</b> (repetir ou parafrasear o que o/a cliente disse, de forma sucinta, concreta e clara).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. <b>Questões abertas</b> (levantar questões que ajudem os clientes a clarificar ou explorar os seus pensamentos ou sentimentos).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. <b>Reflexão de sentimentos</b> (repetir ou parafrasear afirmações do cliente com uma ênfase nos sentimentos dele/a).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. <b>Auto-revelação para explorar</b> (revelar informação pessoal, acerca da sua história, credenciais ou sentimentos).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. <b>Silêncio intencional</b> (utilizar o silêncio de forma a permitir que o cliente entre em contacto com os seus pensamentos ou sentimentos).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. <b>Desafios</b> (apontar discrepâncias, contradições, defesas ou crenças irracionais das quais o cliente não tem consciência ou que ele/ela não quer ou não consegue mudar).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9. <b>Interpretar</b> (fazer afirmações que vão além do que o cliente disse explicitamente e que devolvem ao cliente uma nova forma de ver o seu comportamento, pensamentos ou sentimentos).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10. <b>Auto-revelação para promover insight</b> (revelar experiências passadas suas em que ganhou algum insight pessoal).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11. <b>Imediaticidade</b> (revelar sentimentos <i>imediatos</i> que tem acerca do cliente, da relação terapêutica ou de si em relação com o/a cliente).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12. <b>Dar informação</b> (ensinar ou fornecer ao/à cliente dados opiniões, factos, recursos, ou respostas a questões).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Parte I (cont.)

	Nenhuma confiança			Alguma confiança				Muita confiança		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Quão confiante se sente na sua capacidade de utilizar as seguintes competências gerais, de forma eficaz, com a maioria dos seus clientes, durante a próxima semana?</b>										
13. <b>Orientação directa</b> (dar sugestões, directrizes ou conselhos ao/à cliente sobre o curso de acção a tomar)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14. <b>Role Play e ensaio comportamental</b> (auxiliar o/ a cliente a interpretar papéis ou a ensaiar comportamentos em sessão).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15. <b>Trabalho de casa</b> (desenvolver e prescrever tarefas terapêuticas para os/as clientes experimentarem entre as sessões).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

**Parte II. Instruções:** Quão confiante se sente na sua capacidade de utilizar as seguintes tarefas específicas, de forma eficaz, com a maioria dos seus clientes, durante a próxima semana?

	Nenhuma confiança			Alguma confiança				Muita confiança		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Quão confiante se sente na sua capacidade de utilizar as seguintes tarefas específicas, <u>de forma eficaz</u>, com a maioria dos seus clientes, durante a próxima semana?</b>										
1. Manter as sessões orientadas e focadas.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. Responder com a melhor competência de ajuda, em função do que o seu/ a sua cliente necessita em determinado momento.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. Ajudar o seu/ a sua cliente a explorar os seus pensamentos, sentimentos e acções.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. Ajudar o seu/ a sua cliente a falar das suas preocupações a um nível profundo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. Saber o que dizer ou fazer a seguir ao seu/à sua cliente falar.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. Ajudar o seu/ a sua cliente a estabelecer objectivos terapêuticos realistas.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. Ajudar o seu/ a sua cliente a compreender os seus pensamentos, sentimentos e acções.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. Construir uma conceptualização clara do seu/ da sua cliente e das suas dificuldades.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9. Manter-se consciente das suas intenções (i. e, os propósitos das suas intervenções) durante as sessões.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10. Ajudar o seu/ a sua cliente a decidir que acções empreender relativamente aos seus problemas.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

**Parte III. Instruções:** Quão confiante se sente na sua capacidade de trabalhar de forma eficaz, durante a próxima semana, com um cliente que...

	Nenhuma confiança			Alguma confiança				Muita confiança		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Quão confiante se sente na sua capacidade de trabalhar de forma eficaz, durante a próxima semana, com um cliente que...</b>										
1. Está clinicamente deprimido/a.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. Foi abusado/a sexualmente.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. Está suicida.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. Experienciou recentemente um acontecimento de vida traumático (e.g., dano ou abuso físico ou psicológico).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. Está extremamente ansioso/a.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. Mostra sinais de pensamento severamente perturbado.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. Considera sexualmente atraente.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. Está a lidar com assuntos que você pessoalmente considera difíceis de lidar.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9. Tem um conjunto de valores ou crenças que entram em conflito com os seus (e.g., relativamente a religião, papéis e género).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10. Difere de si de forma ou formas significativas (e.g., raça, etnia, género, idade, classe social).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11. Não tem gramática psicológica nem é introspectivo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12. Está sexualmente atraído/a por si.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13. Perante o qual tem reacções negativas (e.g., aborrecimento, irritação).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14. Está num impasse em terapia.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15. Quer mais de si do que aquilo que você está disposto/ a dar (e.g., em termos de frequência de contactos ou prescrições de resolução de problemas).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16. Demonstra comportamentos manipuladores em sessão.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

(Lent, Hill & Hoffman, 2003); (Tradução Portuguesa: Lmares, I. & Conceicao, N., 2012)

**SEE (McBrien, A., Wild, M., & Bachorowski, J., 2018)**

(Tradução e adaptação de Ana Beatriz Santos, Marina Cunha & Mariana Novo, 2020)

**Responda a cada um dos itens, colocando um círculo à volta da resposta que melhor descreve a sua experiência.**

	N unca		N eutro		S empre
1- Faço bem contato visual.	1	2	3	4	5
2- Consigo falar facilmente com diferentes pessoas (crianças, colegas, professores, etc.).	1	2	3	4	5
3- Uso a linguagem corporal das pessoas como forma de me ajudar a reagir.	1	2	3	4	5
4- Nas interações sociais, as minhas expressões faciais estão perfeitamente sincronizadas.	1	2	3	4	5
5- Sou bom/boa a confrontar as pessoas sobre situações delicadas sem as fazer sentir constrangidas ou desrespeitadas.	1	2	3	4	5
6- Posso mostrar o meu aborrecimento sem deixar as pessoas chateadas ou magoadas.	1	2	3	4	5
7- Sou cuidadoso/a na forma como uso o toque nas minhas interações sociais.	1	2	3	4	5
8- Quando estou a conversar, os meus gestos com as mãos são úteis e não distraem.	1	2	3	4	5
9- Posso recorrer às minhas diversas competências sociais, utilizando-as de acordo com as características da situação.	1	2	3	4	5
10- Fico animado/a quando estou a falar.	1	2	3	4	5
11- Sou bom/boa a ler expressões faciais.	1	2	3	4	5
12- Em eventos sociais (por ex., festas), as pessoas costumam vir ter comigo e apresentar-se.	1	2	3	4	5
13- Sei exatamente o que dizer e fazer quando alguém que conheço está triste, desiludido.	1	2	3	4	5
14- Uso as qualidades da minha voz para influenciar os outros.	1	2	3	4	5
15- Consigo tornar as interações sociais constrangedoras em situações mais confortáveis.	1	2	3	4	5
16- Eu sorrio de forma “certa” nos momentos certos.	1	2	3	4	5
17- Se as pessoas me observassem num grupo, diriam que sou o/a mais dotado/a socialmente.	1	2	3	4	5
18- Consigo coordenar as minhas respostas emocionais com as emoções dos outros de uma forma natural.	1	2	3	4	5
19- Tenho uma postura corporal aberta e relaxada quando converso com as pessoas.	1	2	3	4	5
20- Pode dizer-se que tenho um rosto expressivo.	1	2	3	4	5
21- As pessoas são influenciadas pelos meus sinais emocionais.	1	2	3	4	5

22- Uso a minha voz para mostrar as minhas emoções.	1	2	3	4	5
23- Eu aceno com a cabeça as vezes suficientes para que os outros percebam que estou a ouvir.	1	2	3	4	5
24- Sei como acalmar uma conversa difícil, acesa.	1	2	3	4	5
25- Consigo facilmente utilizar o riso para fazer com que as pessoas se sintam bem.	1	2	3	4	5

## Índice de Reactividade Interpessoal

Mark Davis, 1983<sup>1</sup>

Adaptação portuguesa de Teresa Limpo, Rui A. Alves e São Luís Castro, 2010<sup>2</sup>

Sexo: Masculino  Feminino  Idade: \_\_\_\_ anos

As afirmações seguintes referem-se a pensamentos e sentimentos que poderá ter tido em diversas situações. Indique em que medida cada item o/a descreve a si escolhendo o número apropriado na escala abaixo, desde **0** (não me descreve bem) a **4** (descreve-me muito bem). Leia atentamente cada item antes de responder no espaço correspondente. É importante que as suas respostas sejam francas e honestas. Obrigado.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Não me descreve bem				Descreve-me muito bem

\_\_\_\_\_ 1. Tenho muitas vezes sentimentos de ternura e preocupação pelas pessoas menos afortunadas do que eu. [PE]

\_\_\_\_\_ 2. De vez em quando tenho dificuldade em ver as coisas do ponto de vista dos outros. [TP] [i]

\_\_\_\_\_ 3. Às vezes, não sinto muita pena quando as outras pessoas estão a ter problemas. [PE] [i]

---

<sup>1</sup> Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113-126.

<sup>2</sup> Laboratório de Fala, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto ([www.fpce.up.pt/labfala](http://www.fpce.up.pt/labfala); [labfala@fpce.up.pt](mailto:labfala@fpce.up.pt))

- \_\_\_\_\_ 4. Facilmente me deixo envolver nos sentimentos das personagens de um romance. [F]
- \_\_\_\_\_ 5. Em situações de emergência, sinto-me desconfortável e apreensivo/apreensiva. [DP]
- \_\_\_\_\_ 6. Habitualmente mantenho a objectividade ao ver um filme ou um teatro e não me deixo envolver por completo. (F) [i]
- \_\_\_\_\_ 7. Quando há desacordo, tento atender a todos os pontos de vista antes de tomar uma decisão. [TP]
- \_\_\_\_\_ 8. Quando vejo que se estão a aproveitar de uma pessoa, sinto vontade de a proteger. [PE]
- \_\_\_\_\_ 9. Por vezes tento compreender melhor os meus amigos imaginando a sua perspectiva de ver as coisas. [TP]
- \_\_\_\_\_ 10. É raro ficar completamente envolvido/envolvida num bom livro ou filme. [F] [i]
- \_\_\_\_\_ 11. Quando vejo alguém ficar ferido, tendo a permanecer calmo/calma. [DP] [i]
- \_\_\_\_\_ 12. As desgraças dos outros não me costumam perturbar muito. [PE] [i]
- \_\_\_\_\_ 13. Depois de ver um filme ou um teatro, sinto-me como se tivesse sido uma das personagens. [F]
- \_\_\_\_\_ 14. Estar numa situação emocional tensa assusta-me. [DP]
- \_\_\_\_\_ 15. Geralmente sou muito eficaz a lidar com emergências. [DP] [i]
- \_\_\_\_\_ 16. Fico muitas vezes emocionado/emocionada com coisas que vejo acontecer. [PE]
- \_\_\_\_\_ 17. Acredito que uma questão tem sempre dois lados e tento olhar para ambos. [TP]

- \_\_\_\_\_ 18. Descrever-me-ia como uma pessoa de coração mole. [PE]
- \_\_\_\_\_ 19. Quando vejo um bom filme, consigo facilmente pôr-me no lugar do protagonista.  
[F]
- \_\_\_\_\_ 20. Tendo a perder o controlo em situações de emergência. [DP]
- \_\_\_\_\_ 21. Quando estou aborrecido/aborrecida com alguém, geralmente tento pôr-me no seu lugar por um momento. [TP]
- \_\_\_\_\_ 22. Quando estou a ler uma história ou um romance interessante, imagino como me sentiria se aqueles acontecimentos se tivessem passado comigo.[F]
- \_\_\_\_\_ 23. Quando vejo alguém numa emergência a precisar muito de ajuda, fico completamente perdido/perdida. [DP]
- \_\_\_\_\_ 24. Antes de criticar alguém, tento imaginar como me sentiria se estivesse no seu lugar.  
[TP]

Legenda:

- [i] - item invertido.
- [TP] - Tomada de Perspectiva
- [PE] - Preocupação Empática
- [DP] - Desconforto Pessoal
- [F] - Fantasia

**ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL (PROQOL 5; Stamm, 2009) ©**

SATISFAÇÃO POR COMPAIXÃO E FADIGA POR COMPAIXÃO - Versão Portuguesa (Carvalho e Sá, 2011) ©

Quando *[ajuda]* pessoas, fica em contacto directo com as suas vidas. Como pode já ter descoberto, a sua compaixão por aqueles que *[ajuda]* pode afectá-lo(a) de forma positiva ou negativa. Em seguida encontra algumas questões acerca das suas experiências, positivas e negativas, como *[ajudante]*. Considere cada questão de forma pessoal e relacione-a com o seu contexto de trabalho. Selecciono o número que realmente reflecte a frequência com que experienciou cada um destes aspectos **nos últimos 30 dias**.

1=Nunca	2=Raramente	3=Por Vezes	4=Frequentemente	5=Muito Frequentemente
---------	-------------	-------------	------------------	------------------------

1.	Sinto-me feliz.			
2.	Estou preocupado(a) com mais de uma pessoa que eu <i>[ajudo]</i> .			
3.	Sinto satisfação por poder <i>[ajudar]</i> as pessoas.			
4.	Sinto-me ligado(a) aos outros.			
5.	Assusto-me ou fico surpreendido(a) com sons inesperados.			
6.	Sinto-me revigorado(a) depois de trabalhar com aqueles que <i>[ajudo]</i> .			
7.	Sinto que é difícil separar a minha vida pessoal da minha vida como <i>[ajudante]</i> .			
8.	Não sou tão produtivo(a) no meu trabalho porque perco o sono revivendo as experiências traumáticas de uma pessoa que eu <i>[ajudo]</i> .			
9.	Penso que posso ter sido afectado(a) pelo stress traumático daqueles que eu <i>[ajudo]</i> .			
10.	Sinto-me encurralado(a) pelo meu trabalho como <i>[ajudante]</i> .			
11.	Por causa da minha <i>[ajuda]</i> , já me senti "no limite" em relação a várias coisas.			
12.	Gosto do meu trabalho de <i>[ajudante]</i> .			
13.	Sinto-me deprimido(a) por causa das experiências traumáticas das pessoas que eu <i>[ajudo]</i> .			
14.	Sinto-me como se estivesse a viver o trauma de alguém que tenha <i>[ajudado]</i> .			
15.	Tenho crenças que me suportam.			
16.	Estou satisfeito(a) com a forma como sou capaz de manter o uso das técnicas e protocolos de <i>[ajuda]</i> .			
17.	Sou a pessoa que sempre quis ser.			
18.	O meu trabalho faz-me sentir satisfeito(a).			
19.	Sinto-me exausto(a) por causa do meu trabalho como <i>[ajudante]</i> .			
20.	Tenho pensamentos e sentimentos felizes acerca daqueles que <i>[ajudo]</i> e de como os poderia ajudar.			
21.	Sinto-me esgotado(a) porque a minha carga de trabalho parece nunca acabar.			
22.	Acredito que posso fazer a diferença através do meu trabalho.			
23.	Evito certas actividades ou situações porque me fazem lembrar experiências assustadoras vividas pelas pessoas que eu <i>[ajudo]</i> .			
24.	Orgulho-me daquilo que posso fazer para <i>[ajudar]</i> .			
25.	Como resultado da minha <i>[ajuda]</i> , tenho pensamentos invasivos e assustadores.			
26.	Sinto-me limitado(a) pelo sistema.			
27.	Tenho pensamentos de que sou um "sucesso" como <i>[ajudante]</i> .			
28.	Não consigo recordar-me de partes importantes do meu trabalho com pessoas traumatizadas.			
29.	Sou uma pessoa muito atenciosa.			
30.	Estou feliz por ter escolhido este trabalho.			

**Anexo C** - Tabela de Comparação do Ajuste do Modelo com e sem o Item 13.1

	<i>N</i>	$\chi^2/\text{gl}$	<i>p</i>	CFI	TLI	RMSEA	SRMR
Modelo 1	213	1.92	0.000	0.90	0.89	0.07 [0.006-0.007]	0.06
Modelo 2	213	1.90	0.000	0.91	0.89	0.06 [0.006-0.007]	0.06

**Nota.** N = tamanho da amostra;  $\chi^2$  = qui-quadrado; gl = graus de liberdade; *p* = p-value; CFI = Índice de Ajuste Comparativo; TLI = Índice de Tucker-Lewis; RMSEA = Erro Quadrático Médio da Aproximação; SRMR = Resíduo Quadrático Médio Padronizado; Modelo 1 = estrutura do instrumento original; Modelo 2 = estrutura do instrumento sem o item 13.1.