



Identidade profissional dos psicólogos clínicos portugueses: A perceção da eficácia no processo de construção identitário

Maria Albertina Grosso dos Santos



UNIVERSIDADE DE ÉVORA | ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Identidade profissional dos psicólogos clínicos portugueses: A perceção da eficácia no processo de construção identitário

Maria Albertina Grosso dos Santos

Orientação: Prof. Doutora Sofia Tavares

Mestrado em Psicologia
Área de especialização: Psicologia Clínica e da Saúde



Escola de Ciências Sociais
Departamento de Psicologia

Mestrado em Psicologia

Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

**Identidade profissional dos psicólogos clínicos portugueses: A
perceção da eficácia no processo de construção identitário**

Maria Albertina Grosso Dos Santos

Orientadora:

Professora Doutora Sofia Tavares

2013

Agradecimentos

A dissertação que hoje termino marca o fim de mais uma de muitas lutas da minha vida. Foi um percurso marcado por alguns momentos de inseguranças, dificuldades, ansiedades, tristezas mas também por vitórias, alegrias, crescimento, aprendizagem, partilha, na companhia de todos aqueles que tornaram possível de alguma forma a realização deste trabalho e do curso. É com o maior reconhecimento, que hoje digo a todos estes o meu muito obrigado por terem tornado possível. E muito especialmente quero homenagear e agradecer:

A todos os docentes do departamento de psicologia da Universidade de Évora que me acompanharam ao longo deste percurso e que permitiram o meu crescimento ao nível profissional.

À professora Doutora Sofia Tavares, pela magnífica forma com que orientou esta dissertação, pela dedicação e empenho que sempre demonstrou no desempenhar do seu papel de professora. Sinto-me especialmente, agradecida pelo grau elevado de exigência e rigor, que me foi sempre exigido ao longo da elaboração deste trabalho e que me permitiu crescer, aprender e sentir que sou capaz...pela forma como aceitou sempre a minha maneira de ser e as minhas imparáveis dificuldades, pela partilha do conhecimento, pela atenção, pelo apoio e sobretudo pela frontalidade e respeito demonstrado. Sem a professora nada disto seria possível, obrigada.

A todos os psicólogos que participaram nesta investigação, pela preciosa colaboração, disponibilidade e pela forma encantadora com que falavam das suas experiências enquanto profissionais.

Às minhas irmãs de curso, Sandra e Neuza. Pelas loucuras inesquecíveis que vivemos juntas, pelos sorrisos que partilhamos, pelas vitórias e sucessos e, especialmente, por estarem lá quando mais precisei e por terem conseguido um lugar muito especial no meu coração. A ti Sandra, por tudo o que aprendi contigo, pela disponibilidade constante, pelo teu companheirismo, apoio, confiança, humildade e especialmente pela tua amizade sincera na hora certa. A ti Neuza, por tudo o que aprendi contigo, pela tua inesgotável compreensão e doçura, pelo companheirismo, frontalidade, amizade e confiança. Sem vocês, esta magnificam viagem não seria a mesma coisa. Obrigada por vos ter conhecido.

Aos meus colegas Anabela e “Manel”, pela sua amizade e apoio.

À minha colega e grande amiga Helena Abreu, pelo seu apoio incondicional, pela sua capacidade de aceitação e de escuta, especialmente pela palavra doce nas horas críticas e por saber que posso confiar. Obrigada “Leninha”.

À minha grande amiga e companheira de dissertação Elisa, com quem tanto partilho e aprendo profissionalmente e pessoalmente. Elisa obrigada pelo concelho mais velho e amigo, pelo apoio, pelas longas conversas de desabafo pelo telefone, pelo facto de me ajudar a ver o lado positivo das coisas, por tudo o que aprendi e aprendo constantemente consigo, pelo conforto, honestidade e amizade incondicional e sobretudo por me ajudar a crescer. Obrigada por fazer parte da minha história.

À minha família....

Especialmente, à minha tia M^ª Antónia Pereira, pela ajuda na elaboração da tese, pela forma acolhedora e simpática com que me recebeu em sua casa ao longo deste percurso, pelo apoio, pela força que me tem dado para o término deste processo, pela sua amizade e carinho e especialmente por se orgulhar de eu ser quem sou. Obrigada tia.

À minha avó Albertina, minha amiga, minha companheira meu modelo de segurança. Avó obrigada, por tomares conta de nós, por estares lá nos momentos mais difíceis, pela tua ajuda e apoio incondicional, pela amabilidade e amizade por nunca te esqueceres de mim nem de nós, apesar da tua idade avançada.....Obrigada por tudo o que aprendo e aprendi contigo e por me ajudares a serem quem sou. Quando precisares estarei aqui para ti. Obrigada, obrigada, obrigada, incondicionalmente, e acima de tudo..... À memória do meu avô Francisco, que nos deixou recentemente e por tudo o que fez por mim e por nós....Obrigado avô.

À memória dos meus avós paternos, Mariana e João. Onde quer que estejam estão felizes e orgulhosos por mim.

Ao meu irmão João, pelo orgulho, fé e confiança que tem em mim. João, agradeço todo o carinho, apoio, todas as experiências que vivi contigo, agradeço por seres quem és e pela tua amizade. Especialmente, estou grata pelo dia em que disseste aos pais, que se eu queria estudar e ir para a universidade era para lá que deveria de ir, independentemente, de tu não teres um curso...se hoje sou formada em psicologia a ti o devo neste sentido, por isso, esta é uma vitória que nos pertence em partes iguais. Obrigado.

Aos meus pais, por alguns sacrifícios que fizeram por mim ao longo desta viagem e pela educação que me deram, pelo apoio. Obrigado.

À minha gata Dáduxa, fiel companheira nas noites de tese a meu lado, dando-me coragem e miminhos muito próprios de gata.....

Por fim, agradeço a Deus e à vida minha melhor professora desde sempre. Agradeço, pela experiência fantástica desta viagem, ao encontro do conhecimento mas também das amizades e do crescimento pessoal e profissional. Agradeço, pela coragem, pela determinação, pela força que me tem dado todos os dias para enfrentar as adversidades, especialmente nestes últimos tempos. E essencialmente, pela menina mulher lutadora, sonhadora e de grande carácter e humildade que hoje sou.....(quem me conhece sabe do que realmente falo) Obrigada.

Obrigada a todos vocês.....!!

Identidade Profissional dos Psicólogos Clínicos Portugueses: A percepção da eficácia no processo de construção identitário

Resumo

A identidade profissional dos psicólogos clínicos é algo pouco estudada. Deste modo, este estudo objetivou explorar a identidade profissional dos psicólogos clínicos portugueses e o papel das dimensões qualidade, eficácia e sucesso terapêutico na mesma. Para tal, foram entrevistados 20 psicólogos clínicos com cinco anos ou mais de prática clínica continuada e os discursos foram analisados através da metodologia qualitativa de análise de conteúdo. Os resultados revelaram que os psicólogos portugueses fazem uma autoavaliação positiva do seu trabalho e que têm os seus pacientes como principais avaliadores dos seus desempenhos profissionais. A percepção que os psicólogos têm dos seus desempenhos e o feedback dos pacientes afiguram-se como dimensões da sua identidade profissional.

Palavras-chave: identidade, identidade profissional, psicólogo clínico, qualidade, eficácia, desempenho.

The professional identity of Portuguese clinical psychologists: The perception of efficiency in the process the identity construction

Abstract

The professional identity of clinical psychologists is something rarely studied. So, this study aimed to explore the professional identity of clinical psychologists and the role of Portuguese dimensions quality, efficiency and therapeutic success in it. To this end, we interviewed 10 clinical psychologists with five or more years of continued clinical practice and speeches were analyzed using qualitative methods of content analysis. The results revealed that the Portuguese psychologists do a positive self-assessment of their work and they have their patients like main evaluators of their professional performances. The perception that psychologists have of their performance and the feedback from patients appear as dimensions of their professional identity.

Keywords: identity, professional identity, clinical psychologist, quality, efficiency and performance.

Índice

Introdução	1
Parte I - Enquadramento teórico	3
Capítulo I- Identidade	3
1. Introdução.....	3
2. O conceito de identidade	4
3. A Teoria do <i>self</i> dialógico como uma abordagem à identidade	6
3.1. Distinção entre I e o Me de acordo com o trabalho de James.....	7
3.2. Natureza narrativa e metafórica	7
3.3. A novela polifónica de Bakhtin e a multiplicidade de autores	9
3.4. O caráter dinâmico de posições do Eu	10
Capítulo II- Identidade profissional	13
1. Introdução.....	13
2. Identidade profissional.....	14
3. Modelos de construção da identidade profissional	15
3.1. Modelo da trajetória da equifinalidade	15
3.2. Modelo multilinear baseado em processos dinâmicos básicos da construção da identidade	16
4. Os significados da construção do “tornar-se psicólogo” e a importância das representações	18
5. Conclusão.....	22
Capítulo III- As questões da eficácia e dos sucessos terapêuticos na identidade do psicólogo	25
1. Introdução.....	25
2. O terapeuta.....	26
3. Eficácia e sucessos das terapias psicológicas	27
4. A importância da aliança terapêutica no resultado do processo terapêutico	31
5. Terapias psicológicas eficazes e de sucesso: Boas terapias ou bons terapeutas? 34	
6. Conclusão.....	37

Parte II- Estudo empírico	39
Capítulo I- Metodologia.....	39
1. Introdução.....	39
2. Tipo de estudo.....	39
3. Objetivos e questões de investigação	40
4. Caracterização da amostra.....	40
5. Instrumento.....	42
6. Procedimentos.....	42
Capítulo II- Apresentação e discussão de resultados	45
1. Introdução.....	45
2. Resultados.....	45
3. Discussão dos resultados	51
4. Conclusão.....	52
Bibliografia	54
Anexos.....	58
Anexo I- Guião da entrevista.....	59
Anexo II- Questionário de Identificação Biográfica	60
Anexo III- Consentimento informado	61
Anexo III- Tabelas da análise de conteúdo com as respetivas temáticas, categorias, subcategorias, unidades de registo (UR), ocorrências	62

Índice de Quadros

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes.....	39
Quadro 2 – Apresentação dos Resultados.....	44

Introdução

Atualmente, em Portugal a profissão do psicólogo é algo muito pouco estudado mas que nos despertou grande curiosidade. Foi esta curiosidade de saber o que é ser psicólogo, que nos levou a estudar a identidade profissional dos psicólogos clínicos portugueses, nomeadamente a perceção que a eficácia, a qualidade e o sucesso terapêuticos têm no processo de construção identitário.

Na sua natureza, a investigação produzida é de carácter exploratório, já que do ponto de vista teórico é uma investigação pioneira em Portugal e que não partiu de hipóteses dedutivas da teoria; bem como de carácter qualitativo, dado que se pretendia estudar e explorar a identidade profissional através dos discursos dos próprios.

Esta dissertação foi estruturada em duas partes. Uma primeira parte, dedicada à revisão da literatura. De forma mais pormenorizada, o primeiro capítulo centrou-se na temática da identidade, onde aparecem algumas conceções do conceito de identidade e algumas abordagens mais especificamente, a abordagem Ericksoniana da identidade e a abordagem dialógica da identidade. No segundo capítulo, revemos as conceções de identidade profissional, bem como alguns modelos de construção da identidade profissional. No seguimento, refletimos sobre o significado de “tornar-se psicólogo” e a importância das representações. A última secção do capítulo foi dedicada à análise da importância que a eficácia e os sucessos terapêuticos desempenham na identidade profissional do psicólogo clínico.

Na segunda parte desta dissertação, encontra-se descrito o estudo empírico realizado. No primeiro capítulo, referente à metodologia, é exposto o tipo de estudo, os objetivos e as questões de investigação, caracterizada a amostra, os instrumentos e os procedimentos utilizados. O segundo capítulo, consiste na apresentação e discussão dos resultados.

Na medida em que se trata de um estudo sobre a identidade profissional dos psicólogos clínicos portugueses, desejamos, de algum modo, poder contribuir para o conhecimento desta classe, bem como, despoletar o interesse de investigações futuras com a mesma.

Parte I - Enquadramento teórico

Capítulo I- Identidade

1. Introdução

O ser humano tem uma estranha e clara necessidade de atribuir significado para se manter vivo (Teixeira, 2004). Quantas vezes, não nos interrogamos sobre “Quem sou eu?”, “Quem somos nós?”, “O que faço aqui?” procurando assim, dar sentido à nossa vida e um significado para a nossa existência. É neste ato de nos interrogarmos a nós próprios que construímos uma identidade (Alte, Petracchi, Ferreira, Cunha & Salgado, 2007). Deste modo, o processo de construção e reconstrução de significado está no topo de qualquer análise da identidade pessoal e do seu desenvolvimento (Tavares, 2008). E os sistemas humanos (por exemplo, indivíduos, grupos, comunidades, sociedades) buscam ativa e incessantemente significados para a sua ação e lugar no mundo (Tavares, 2008). Esta necessidade constante que o ser humano tem de compreender o mundo e, de alguma forma, dar significado à experiência é concretizada através da linguagem. Pois, os seres humanos como seres linguísticos têm a capacidade de usar símbolos, palavras para identificarem os diferentes aspetos que marcam o mundo e é através da linguagem que a pessoa (ou ser humano) tem a possibilidade de dar sentido às suas próprias experiências e de ter consciência de si mesma (Kullasepp, 2006). A linguagem é, assim, a forma conjunta através da qual as pessoas criam e experienciam o significado da sua realidade social e psicológica (Botella, 2001 cit. Tavares, 2008).

Sendo um dos focos deste trabalho a identidade profissional dos psicólogos clínicos portugueses, neste capítulo inicial faz-nos sentido apresentar algumas conceções de “identidade”. No âmbito de alguns modelos de identidade dar-se-á maior relevância à perspetiva do *self* dialógico, por nos fazer sentido Olhar a identidade como um processo de construção de significados e como um processo comunicacional, relacional, dinâmico.

2. O conceito de identidade

O conceito de identidade é um conceito frequentemente utilizado, por vezes, até se torna excessivo. Este é contudo um conceito chave em ciências sociais que em geral acarreta consigo uma variedade de significados (Flum & Kaplan, *in press*, 2012). A natureza multidimensional do conceito torna-se evidente ao revermos a literatura. Na visão de Ciampa (1999), a identidade é um fenómeno social entendido como a síntese de múltiplas e distintas determinações; o homem, como ser-no-mundo, procura o desenvolvimento da sua identidade concreta, que define os homens como iguais a uns e como diferentes dos outros, num constante movimento de mudanças e transformações, realizadas sob condições históricas e sociais igualmente em movimento (Mazer & Silva, 2010). Nesta perspetiva, identidade pode ser concebida como um processo de identificações num interjogo entre o auto-conceito do individuo e das suas representações sociais, ou seja, a representação que ele tem de si próprio inserido numa dada sociedade e aquilo, que a sociedade lhe atribui enquanto características (Ciampa, 1999; Luna, 2003 cit. Mazer & Silva, 2010). Na opinião de Páramo (2008), por identidade entende-se as características que um indivíduo possui e mediante as quais é conhecido. Para este autor a identidade é também um processo construído por diferentes camadas como a raça, idade, classe social, estado de saúde física ou mental, orientação sexual, género, nível de escolaridade, as quais, constituem um conjunto- a identidade (Páramo, 2008). Segundo Zimerman (1999), a identidade é um processo complexo, que ocorre em diferentes planos, tais como, planos sexuais, social, profissional, pessoal, cultural, entre outros (Grubits & Noriega, 2005). De acordo com Selosse (cit. Doron & Parot, 2001), a identidade remete para a dimensão individual, pessoal, do sujeito humano, relativamente é conceção que cada sociedade desenvolve de identidade humana, étnica e cultural, a identidade pessoal resulta da experiência própria de um sujeito, de se sentir existir e ser reconhecido pelo outro, enquanto ser singular mas idêntico, na sua realidade física, psíquica e social. Ao nível individual, a identidade social é o produto e o lugar de síntese das relações dialéticas entre o meu, o Eu, e o Si, incluídos em qualquer relação com outrem, já na visão fenomenológica, a atualização da identidade de si na relação interpessoal gera uma consciência complementar da identidade. Enquanto experiência de si no mundo, apoia-se sobre as representações que um sujeito faz de si próprio na situação, assim como sobre a sua consciência de pertença, a conceção de uma identidade releva de uma construção social, cognitiva, inseparável da consciência do outro (Selosse, cit.

Doron & Parot, 2001). Na visão de Erickson, a identidade inclui o significado individual e social e é vista como um processo de interação entre o indivíduo e sociedade (Flum & Kaplan, *in press*, 2012), logo o mundo pessoal e social são interdependentes. Os processos internos e o desenvolvimento de um sentimento de identidade coerente são pilares centrais para Erickson na noção de formação da identidade e estão interligados com os contextos (Flum & Kaplan, *in press*, 2012). Erickson defendia, que a identidade é um processo localizado no núcleo do indivíduo e também no núcleo da sua cultura comum, um processo que estabelece de facto a identidade, destas duas identidades (Flum & Kaplan, *in press*, 2012). No parecer de Flum e Kaplan (*in press*, 2012), a identidade é como um nicho que a pessoa edifica para si na sociedade, onde é reconhecida e afirmada pelos outros no diálogo com e dentro de uma tipologia significativa para ela. Deste modo, a identidade é o resultado das interrelações entre o indivíduo e o contexto social bem como uma fonte de significações e de produto de criação de significados Flum e Kaplan (*in press*, 2012). Segundo, Kullasepp (2006), a identidade é concebida como um processo dinâmico, que é baseado no relacionamento entre o ambiente social e entre a dimensão pessoal. Pois de acordo com a abordagem sociocultural os mundos pessoais e sociais são dinamicamente interdependentes e como resultado das relações dialógicas entre as pessoas e o meio circundante, o funcionamento psicológico humano acarreta marcas do contexto cultural em que elas próprias se revelam ao longo do tempo (Kullasepp, *in press*). É neste sentido que Hermans (2003) alega que o autoconhecimento e o conhecimento do outro procedem de forma paralela.

Refletindo sobre todas estas visões do conceito de identidade é possível perceber com este uma grande variedade de significados (Flum&Kaplan, *in press*, 2012). Entre os autores revisitados existem os que enfatizam mais a identidade como um processo social, os que dão mais relevância aos aspetos pessoal, profissional e cultural, outros que enfatizam as características dos indivíduos (raça, idade, sexo, entre outros), e ainda os que frisam mais os aspetos relacionais, comunicacionais e experienciais. No entanto, apesar de não existir uma definição única e consensual do conceito, arriscamo-nos a dizer que, de forma geral, todos os autores pretendem responder á questão “quem sou eu?”. Todos os autores acabam por remeter para o carácter do que é o mesmo ou único, bem como para o sentimento e percepção de si mesmo inserido num dado contexto ou ambiente, em que também é reconhecido pelos outros por determinadas características.

Em síntese, partindo das visões do conceito de identidade acima mencionadas, podemos afirmá-lo como um conceito carregado de significados pessoais e sociais e marcado pelas dimensões, relacionais, comunicacionais e dinâmicas. Deixando a identidade de ser vista como algo único, integral e originário como defendiam os essencialistas (Coutinho, Krawulski & Soares, 2007).

3. A Teoria do *self* dialógico como uma abordagem à identidade

Uma teoria recentemente sistematizada sobre a identidade numa abordagem sócioconstrutivista é a teoria do *self* dialógico. Hermans, Kempen e Van loon, em 1992 apresentaram a teoria do *self* dialógica na obra "*The dialogical self: Meaning as Movement*" enraizada no construtivismo, que defende que o conhecimento se baseia na ação sobre o mundo e nas teses dialógicas bakhtinianas, onde o ser humano surge como um autor que se constrói a si próprio em ligação dialogante com os outros, a partir de uma conjugação polifónica de diferentes perspetivas sobre o mundo (Alte, Petracchi, Ferreira, Cunha & Salgado, 2007). Neste sentido a teoria do *self* dialógico constitui uma recente direção da investigação (Hermans, 2001, 2002; Salgado & Hermans, 2005, Tavares, Salgado & Goncalves, 2007, cit. Kullasepp, 2006) e tem vindo progressivamente a concentrar a atenção de teóricos e investigadores das diferentes áreas da psicologia (psicologia clínica, Neuropsicologia, psicologia social, psicologia do desenvolvimento) (Alte, Petracchi, Ferreira, Cunha & Salgado, 2007; Hermans, 2003; Tavares, 2008).

Assim sendo, parece-nos pertinente referir os pressupostos fundamentais da perspetiva dialógica da identidade, tendo sempre como base a linha de pensamento de Hermans e colaboradores. Esses pressupostos segundo a literatura existente podem inspira-se em 4 noções:

1. A distinção entre o I e o Me (esta distinção é feita com base no trabalho de James);
2. Natureza metafórica e narrativa;
3. Novela polifónica de Bakhtin e a multiplicidade de autores;
4. O *self* dialógico e o caráter dinâmico de posições do Eu.

3.1. Distinção entre *I* e o *Me* de acordo com o trabalho de James

Hermans e colaboradores para chegarem à sua concepção de identidade, partiram da clássica divisão, elaborada no século XIX por William James entre *I* (Eu) e *Me* (mim) (Cunha, 2007; Hermans, 1996). Para Hermans o *self* terá uma natureza dual (Cunha, 2007; Hermans, 1996; Hermans, 2003). Por um lado, teremos *I* (Eu) – ou *self* que corresponde ao sujeito - o qual James designa como o agente responsável pelo processo de organização do fluxo da experiência e que assegura a construção de um sentido de continuidade experiencial, diferenciação em relação aos outros e ao mundo (Hermans, 1996). Ou seja o *I* (Eu) corresponderá ao sujeito, à parte conotada com a capacidade de interpretar e organizar as experiências (Tavares, 2008) estando também associado ao sentimento de uma distintividade e continuidade subjetiva ao longo do tempo, da qual resulta um sentido de identidade pessoal enquanto sujeito separado e diferente dos outros (Bertau, 2004; Hermans, 2001b cit. Cunha, 2007; Hermans, 1996). Por outro lado, teremos o *Me* (mim) ou objeto - que está relacionado com tudo o que faz parte da pessoa e que ela pode associar a si mesma e considerar como próprio (como, objetos, história passada, atributos físicos, reputação, amigos) (Hermans, 1996; Hermans, 1996; Hermans & Kempen, 1993 cit. Cunha, 2007). Ou seja, o *Me* (mim) corresponderá a um conjunto de “objetos” sociais, materiais, espirituais que o indivíduo associa a si mesmo (Tavares, 2008). Perante isto, fica claro que o *self* conjuga, assim, duas propriedades simultâneas, em que a pessoa é concebida como o sujeito que conhece e o objeto que daí resulta. Deste modo, a imagem de mim no mundo *Me* (*Mim*) é a base para que *Eu*, enquanto sujeito, possa orientar a minha ação no mundo e para além disso, aquilo que penso sobre mim (produto/*Mim*) revela-me a mim próprio e à minha própria reflexividade e subjetividade (produto/*Eu*) - isto é dizer que me revela que existe um agente em *Mim*, a todo o momento (Cunha, 2007).

3.2. Natureza narrativa e metafórica

Sarbin (1986) veio propor uma releitura da distinção entre o *I* (Eu) e o *Me* (*Mim*) na perspetiva narrativa, em que *I* (Eu) de James passou a ser lido como autor, aquele que no seu percurso ao longo do tempo organiza a experiência numa estrutura narrativa co-construída na interação social com os outros, episódios biográficos nos quais *Mim* é o personagem e protagonista (Cunha, 2007; Hermans, 1996). Ou seja, tal como menciona Tavares (2008 p.164), “nesta reformulação, (*I*) autor tem a

possibilidade de narrar uma história no qual os Mims (Mes) desempenham o papel de personagens”. Simplificado de acordo com a metáfora cinematográfica, o nosso comportamento enquanto atores, geralmente, concorda com a forma como nos concebemos e conceptualizamos enquanto realizadores (Gonçalves, 2004).

Deste modo, é através do processo contínuo e narrativo da história pessoal/autobiográfica, que nos tornamos pessoas e que damos significado às nossas experiências e à nossa existência. Desde muito cedo damos significado às nossas experiências de vida através da narração, para nós e para os outros de histórias, pois é difícil organizar o passado, pensar no presente ou antecipar o futuro sem que seja através da construção de histórias (Gonçalves, 2004). Também ancorado neste pressuposto Hermans e Colaboradores (Hermans, Kempen & Van Loon, 1992) partem para a construção da sua conceção acerca da identidade baseando-se no conceito de história ou narrativa que vai sendo tecida por entre diálogo inter e intra-individuais, nos quais os seres humanos surgem como contadores de histórias (Tavares, 2008). Esta visão metafórica, inclui o indivíduo que dá sentido à sua experiência pessoal e à sua vida através da construção ou narração da sua história autobiográfica, bem como, aquele que a escuta, seja ele real ou imaginário (Tavares, 2008). É neste sentido que Hermans e colaboradores, concebem a autonarrativa como a interação e a co-construção dialógica entre aquele que conta e aquele que escuta (Tavares, 2008). Assim, de acordo com esta visão, o sujeito tem um papel ativo na construção do significado para a sua existência enquanto pessoa, numa relação dialogante com os outros.

Em síntese, “podemos conceber a narrativa identitária como uma organização dos significados da experiência vivida num contínuo temporal historiado de episódios, eventos e ações” (Cunha, 2007, p.30). Para além disto, esta abordagem narrativa vem oferecer a Hermans a metáfora base para a elaboração da sua teoria da identidade pessoal: a história autobiográfica da pessoa narra aspetos de si e da sua vida e não constrói apenas múltiplas auto-imagens ou múltiplas histórias onde desempenhamos diferentes papéis ou personagens, como também assumimos múltiplos autores.

3.3. A novela polifônica de Bakhtin e a multiplicidade de autores

A conceptualização do *self* em termos narrativos expandiu-se a partir do trabalho sobre o dialogismo, da autoria do erudito e literário Russo Mikhail Bakhtin, que contribuiu de forma significativa para a compreensão da natureza dialógica do *self* (Hermans,1996).

Bakhtin (1973), viu na obra de Dostoevsky, um dos mais consagrados inovadores da forma literária, uma forma peculiar de pensamento artístico: a novela polifônica. Nas novelas da autoria de Dostoevsky não existe um autor único mas vários autores (Hermans, 1996). Cada um destes personagens é independente, dotado de uma voz e aparecendo como autor da sua própria ideologia (Hermans, 1996; Kullasepp, 2006). Segundo Bakhtin, não há um mundo objetivo e unificado, marcado por uma visão individual mas uma pluralidade de perspectivas e mundos concebidos como uma polifonia de vozes (Hermans, 1996; Kullasepp, 2006). Como numa composição polifônica, as diversas vozes e instrumentos ocupam diferentes posições no espaço e acompanham-se e opõem-se umas às outras numa relação dialógica (Hermans,1996; Kullasepp, 2006). Ou seja, “o romance polifônico traduz-se na riqueza na função autorial que se traduz na criação de personagens narrativas complexas dotadas de uma voz que entram em conflito com a voz do narrador e das outras personagens”, (Cunha, 2007, p.32) visto que a voz do narrador aparece com mais uma entre muitas vozes que entram em diálogo ao longo da história narrativa, difundindo e contrastando as suas perspectivas particulares sobre o mundo numa tensão dialógica (Cunha, 2007). Deste modo, o autor na novela polifônica é caracterizado pela sua complexidade e pelas múltiplas visões e também pela sua multivocalidade, onde residem várias e diferentes vozes que transmitem diferentes significados e visões sobre o mundo numa pluralidade de consciências (Hermans, 1996; Cunha, 2007).

Estas concepções de polifonia e espaço dialógico levam Hermans, Kempen e Van Loon (cit. Cunha, 2007) a pensar o *self* e a identidade como, mais do que uma multiplicidade interna proveniente de vários papéis e contextos, uma polifonia dialógica em que encontram várias vozes em conflito que traduzem posições existenciais múltiplas num encontro espacial de coexistência e simultaneidade. Assim, estes autores vêm afirmar que para além de desempenharmos múltiplas personagens ao longo das histórias (múltiplos Mim), também o construtor dessas histórias não é único

mas antes múltiplo (múltiplos Eus ou segundo a terminologia de Hermans múltiplas posições do Eu) (Cunha, 2007).

Em síntese, esta perspectiva de Bakhtin veio dar a noção a Hermans, de que tal como nas novelas de Dostoevsky, existe uma pluralidade de consciências, bem como uma pluralidade de mundos que não são idênticos nem articulados mas sim heterogêneos e inclusive opostos (Hermans, 1996), onde se constroem significados pessoais sob a existência de vários pontos de vista, situados em diferentes posições, em diferentes planos do espaço, numa sintonia de várias vozes (Tavares, 2008).

3.4. O carater dinâmico de posições do Eu

O self dialógico está na interface entre James e Bakhtin (Hermans, 2003). Visto que, por um lado temos a abordagem narrativa que defende um único autor que narra a sua história e que ao mesmo tempo se vê a si mesmo, como protagonista ou personagem dela (visão de James reformulada por Sarbin). Por seu turno, temos a metáfora polifónica que nos vem afirmar que somos também múltiplos autores e que estes convivem entre si num espaço relacional (visão polifónica de Bakhtin) (Hermans, 2003). Desta forma, pode ser permitido a um mesmo e único indivíduo viver numa multiplicidade de mundos (ou seja de posições), tendo cada mundo o seu próprio autor contanto uma história relativamente independente dos autores de outros mundos (de outras posições) (Hermans, 1995 cit. Kullasepp, 2006). Para além disso, diversos autores podem entrar em diálogo uns com os outros, interagindo dialogicamente e influenciando-se e expandindo-se mutuamente (Hermans, 2003; Kullasepp, 2006).

De acordo com a teoria do *self* dialógico de Hermans, a identidade é uma multiplicidade dinâmica de posições do Eu. Nesta conceção o Eu tem a capacidade de se mover em função das transformações situacionais e temporais, flutuando entre posições diferentes e inclusive opostas e tem a capacidade de dotar cada posição de voz, essas vozes demonstram diferentes pontos de vista do mundo e de si mesmo (Hermans, 1996; Hermans, 2003; Tavares, salgado & Gonçalves, 2006). As vozes funcionam como personagens de uma história. Uma vez que uma personagem se inicie numa história, esta adquire uma vida e assume uma determinada necessidade narrativa. Cada personagem tem uma história diferente para contar acerca das experiências a partir da sua perspectiva. Como diferentes vozes de diferentes personagens estas trocam informação acerca dos seus respetivos Mim e dos seus mundos, o resultando num *self* complexo e estruturado narrativamente (Hermans,

Kempen & Van Loon, 1992, pp.28-29 cit. Cunha, 2007; Hermans, 2003; Tavares, salgado & Gonçalves, 2006).

Desta forma, a noção de voz, é central no *self* dialógico, e está associada à de posição do Eu, com uma localização espacial e temporal específica (Cunha,2007). O Eu está sempre num movimento de posicionamento e reposicionamento, expressando diferentes vozes associadas a posições espaço temporais específicas de onde surgem diferentes percepções acerca do mundo, tornando a identidade um processo altamente dinâmico (Cunha,2007; Tavares,2008).

O *self* dialógico não é uma entidade estanque, de limites bem definidos com o exterior. Apesar do exterior (outros e o mundo) estar também dentro do *self*, podem distinguir-se domínios internos (como diferentes partes do Eu) e externos (como partes do mundo que são internalizadas) (Hermans, 2003; Hermans, 2001 cit. Cunha, 2007). Assim sendo, os outros significativos (por exemplo, mãe, pai, Irmão) e os aspetos exteriores do mundo que também é meu (minha casa, meu pais) também estão dentro de mim e podem ocupar posições no espaço interno, envolvendo-se no diálogo (Hermans, 2003; Cunha, 2007).

Desta forma, o *self* dialógico tenta romper com os antagonismos da psicologia inerentes à separação exclusiva dos Pólos Eu-Outro, indivíduo-sociedade/cultura, surgindo como delimitado por fronteiras permeáveis que permitem trocas constantes entre o interior e o exterior e aceitando uma sociedade dentro da mente (Hermans, 2001b cit. Cunha, 2007). Dito de outro modo, o *self* inclui trocas mútuas entre a pessoa e o seu ambiente social que garante mudanças contínuas em ambos, visto que nós mesmos não só estamos ligados ao ambiente, como somos também influenciados por ele (Kullasepp, 2006). Nestas interações não está envolvido só a pessoa e o seu ambiente social mas também quem é significativo para a pessoa e quem faz parte do seu ambiente social, ou seja, estas trocas incluem também os outros. Assim sendo, o domínio pessoal está inevitavelmente ligado ao domínio sociocultural, na medida em que ambos se criam e definem mutuamente (Alte, Petracchi, Ferreira, Cunha & Salgado, 2007). É precisamente neste quadro sociocultural que segundo Bertau (2004, cit. Cunha, 2007), iremos encontrar os constrangimentos aos movimentos e à multiplicidade do *self*: as potencialidades de movimento serão influenciadas pelas possibilidades admitidas na sociedade (quer no conformismo ou oposição relativamente ao domínio sociocultural) (Cunha,2007). Desta forma, o *self* dialógico é um *self*, relacionalmente e socioculturalmente baseado, já que parte do estar de

acordo ou estar contra, isto é, do estar com ou de estar contra o(s) outro(s) (Salgado & Hermans, 2005 cit. Cunha, 2007).

Em síntese, o *self* dialógico é um sistema aberto à transformação proveniente da heterogeneidade interna e externa (Hermans, 1996 cit. Cunha, 2007). Este é concebido como um narrador dialógico, espacialmente organizado, corporalizado (que contrasta com concepções baseadas sobre a assunção de uma mente sem corpo ou racionalista) e social com o outro sem estar fora, mas sim na estrutura do *self* (pois outras pessoas ocupam posições no *self*), resultando numa multiplicidade (contrastada com concepções que descrevem as pessoas em termos do um único *self*) de interações dialógicas do Eu (Kullasepp, 2006).

Capítulo II- Identidade profissional

1. Introdução

Após uma abordagem teórica à identidade movemo-nos agora para a exploração do conceito de identidade profissional. A identidade profissional é considerada um dos pilares da identidade pessoal, sendo desta forma um aspeto da identidade do sujeito, que faz parte de um sistema mais amplo que a compreende (Mazer & Silva, 2010).

A identidade profissional do psicólogo revelou-se uma temática pouco estudada internacionalmente. Apesar de escassos, foi possível encontrarmos alguns estudos neste âmbito: Um estudo brasileiro, intitulado de “A identidade profissional do psicólogo: Uma revisão da produção científica no Brasil” de Mazer e Melo-silva (2010); na Colômbia uma tese intitulada de “Aproximações à construção da identidade laboral do psicólogo organizacional através das versões de sete psicólogos organizacionais” de Lilian, Carlos, e Pilar (2003); um estudo no âmbito do doutoramento de Katrin Kullasepp sobre a construção da identidade profissional dos estudantes de psicologia da Estónia.

No que respeita ao estudo da identidade profissional em Portugal, na revisão da literatura que fizemos encontramos estudos sobre a construção de identidade noutras classes profissionais, como é o caso: das educadoras de infância (Sarmiento, 2009), dos animadores sócio-culturais (Barbosa, 2011) ou dos professores (Paula, 2010). No que respeita a estudos portugueses sobre a identidade profissional do psicólogo encontramos unicamente dois estudos relacionados com a temática, o primeiro deles da autoria de Soczka, Vala e Bairrão, de 1981 intitulado de “O perfil socioprofissional dos psicólogos em Portugal: I- Matriz das relações profissionais e áreas de intervenção”; o segundo surge sete anos depois, sendo da autoria de Soczka (1988) e com o título de “Representações sociais, relações intergrupos e identidades profissionais dos psicólogos”. Perante isto, e parafraseando Soczka, Vala e Bairrão (1981) «em casa de ferreiro espeto de pau». Só assim é compreensível o desinteresse que os psicólogos portugueses (mais especificamente aqueles que se dedicam ao estudo das profissões dos outros) têm demonstrado pelo estudo da sua própria situação socioprofissional (Soczka, 1981). Neste trabalho de investigação propomo-nos, precisamente, a estudar a identidade profissional do psicólogo, contrariando deste modo o provérbio. De seguida apresentamos uma revisão da literatura sobre a

identidade profissional, nomeadamente, a identidade profissional dos psicólogos clínicos dentro e fora de fronteiras.

2. Identidade profissional

O conceito de identidade profissional apresenta diversas definições. Por exemplo Mazer e Silva (2010) concebem a identidade profissional como a percepção que o sujeito faz de si mesmo, e que os outros lhe atribuem, no que se refere ao trabalho que realiza. Krawulski (2004) defende que o trabalho ocupa um papel preponderante na construção da identidade profissional do sujeito e que esta pode ser entendida como uma construção social, formada a partir do conjunto de experiências do percurso profissional (Krawulski, cit. Mazer & Silva, 2010; Coutinho, Krawulski, Soares, 2007). Neste sentido, a identidade profissional será aquilo que identifica e apresenta o profissional, a forma como ele se mostra, algo que vai sendo construído com o tempo e com as atividades de trabalho e que conduz à incorporação de um papel (Krawulski cit. Mazer & Silva, 2010). Galindo (2004) entende a identidade, como a forma como o individuo enquanto profissional se reconhece no desempenho de papéis sociais e de como é reconhecido pelos outros no ambiente social, sendo esta estabelecida num jogo de reconhecimento formado por dois extremos, o do autorreconhecimento (como o sujeito que se reconhece) e o do alter reconhecimento (como é reconhecido pelos outros). Carretero e Borrelli (2006) concebem a identidade profissional, como um processo dinâmico, baseado na inter-relação entre o ambiente sociocultural e o individuo (Kullasepp, cit. Carretero & Borrelli, 2006). Kullasepp (2006) perspectiva a identidade profissional como um processo complexo de desenvolvimento e de trajetórias que são baseadas no trabalho e numa série de fatores internos (pessoais) e externos (sociais) (Kullasepp, 2006). Neste sentido, as mudanças da identidade são resultado da coordenação de processos a diferentes níveis: o nível de representações socioinstitucionais (exemplo, conhecimento que os psicólogos devem ter, refletido no currículo); o nível de representações pessoais internalizadas (intra-psicológicas) (em que por exemplo, o estudante ou um psicólogo principiante sente que está mais psicólogo, porque compreende melhor o comportamento humano, relativamente ao que compreendia antes); e o nível dos processos pessoais, que coordenam as dinâmicas do *self* dialógico (Kullasepp, 2006). Ou seja, para Kullasepp (2006), a identidade profissional é um sistema aberto em constante construção e reconstrução (logo sempre em mudança) em que estão envolvidos fatores pessoais, sociais, bem

como, processos de representações ao nível social, institucional e representações ao nível intra-psicológico que vão garantir a mudança e a construção de uma identidade profissional (Kullasepp, 2006).

Refletindo sobre todas estas definições, podemos concluir que o conceito de identidade profissional está diretamente relacionado com o de representação, visto que por um lado nos é passada a ideia de que a nossa identidade profissional é a representação que nós temos daquilo que nós somos e significamos, enquanto profissionais e também daquilo que nós representamos para os outros no nosso papel profissional, num determinado contexto/ambiente social e cultural.

3. Modelos de construção da identidade profissional

Orientados pela linha de pensamento de Kullasepp (2006), que discute a construção da identidade profissional dos estudantes de psicologia da Estónia do ponto de vista dos processos dialógicos e do *self*, e que concebe a identidade profissional como um sistema aberto. Neste trabalho, à luz esta autora, iremos rever no âmbito dos modelos de construção da identidade profissional, o modelo da trajetória da equifinalidade e o modelo multilinear baseado nos processos dinâmicos básicos da construção da identidade (modelo este muito ligado ao caráter representacional da identidade).

3.1. Modelo da trajetória da equifinalidade

O modelo da trajetória da equifinalidade relembra-nos o pensamento sistémico. Por um lado, ao conceber a identidade profissional como um sistema aberto (Kullasepp, 2006), ou seja um conjunto de elementos em inter-relação entre si e o ambiente. Por outro lado, todos os sistemas abertos operam por princípios de equifinalidade (Kullasepp, 2006). A ideia de equifinalidade significa aqui que o mesmo estado pode ser alcançado através de distintas condições iniciais e de distintas formas ao longo do tempo (Kullasepp, *in press*; Kullasepp, 2006). Assim, as trajetórias individuais de desenvolvimento dos sistemas abertos podem convergir no ponto de equifinalidade, mas após a passagem por este ponto, elas também divergem e dentro do ponto de equifinalidade, as mudanças que acontecem podem ser semelhantes nas orientações gerais, mas nunca as mesmas (Kullasepp, *in press*; Kullasepp, 2006).

Assim, de acordo com o pressuposto deste modelo arriscamo-nos a dizer que apesar da formação em psicologia pela qual todos os psicólogos passam, todos eles quiseram tornar-se psicólogos por diferentes motivos pessoais e representações pessoais que tinham numa fase inicial, relativamente à profissão e que, após, a conclusão da sua formação em psicologia, eles podem querer trabalhar no contexto clínico ou organizacional (ou noutro contexto da psicologia) também por diferentes ou idênticos (mas nunca iguais) motivos pessoais ou representações pessoais que se foram transformando/construindo, ao longo dos anos de estudo relativamente ao contexto de trabalho, tendo sempre, assim, a construção da identidade profissional uma significação pessoal e existindo também diferentes vias de “tornar-se/construir-se o sujeito enquanto psicólogo”.

3.2. Modelo multilinear baseado em processos dinâmicos básicos da construção da identidade

Neste modelo a identidade é vista como um processo dinâmico, baseado no relacionamento entre o ambiente social e pessoal e ambos são interdependentes (Kullasepp, 2006). Esta reciprocidade também orienta as representações de internalização e garante as mudanças em níveis distintos de significados subjetivos, portanto, o impacto dos fatores externos na modificação da identidade não precisa de ser subestimado (Kullasepp, 2006). Assim, o desenvolvimento humano compreende os processos de construção da identidade, e é guiado por instituições sociais (por exemplo, no caso dos psicólogos são as universidades), que utilizam diferentes representações sociais para a sua própria finalidade (Kullasepp, 2006). Tomando como base o estudo de Kullasepp, a universidade enquanto instituição social contribui para o desenvolvimento de sentimento de si através das interações sociais, do pensamento narrativo e dos processos de transformação. Os estudantes de psicologia internalizam as sugestões sociais ao nível institucional e criam as suas próprias representações pessoais internalizadas (ou interna ou “institucional social”), que irão guiar o seu pensamento, sentimento e comportamento (Valsiner, 2001 cit. Kullasepp, 2006). Por exemplo, no início dos estudos de psicologia, o conjunto de representações existentes nos estudantes é expectável ser o reflexo da compreensão quotidiana de psicologia, devido à não convivência com o contexto científico/profissional de psicologia (Kullasepp, 2006). É também esperado que a identidade dos estudantes, relativamente, ao papel dos psicólogos seja primeiro estabelecida como um todo

homogéneo e só depois se torne heterogénea ao longo do tempo, através da construção pessoal das representações socioinstitucionais (Kullasepp, 2006). Pois, para uma adaptação eficaz em qualquer ambiente ou situação de atividades novas são necessários processos de coordenação: o discurso oficial (institucional) de psicologia necessita de ser articulado com as representações subjetivas (Kullasepp, 2006). Isto é, incidindo sobre os dois tipos de relacionamentos sociais, os que caracterizam a parte interior da disciplina (colegas estudantes de psicologia e professores) e os que fazem parte dos estudantes, como os encontros com os diversos mundos fora do estudo da psicologia (Kullasepp, 2006). No entanto, é esperado que durante os estudos haja uma notável transformação de representações pessoais (Kullasepp, 2006).

Os pontos de passagem obrigatórios (Valsiner & Sato, 2006 cit. Kullasepp, 2006) são localizações estruturalmente necessárias no campo do desenvolvimento profissional que vão influenciar, simultaneamente, uma divisão dos estudantes (Kullasepp, 2006). Por exemplo, de acordo com o modelo da trajetória da equifinalidade, até mesmo as direções das trajetórias do desenvolvimento permanecem diferentes, mesmo que essas direções possam ser influenciadas pelos mesmos pontos/acontecimentos obrigatórios (por exemplo, escrever artigos no âmbito do curso, fazer exercícios práticos, assistir a palestras, fazer exames), (Kullasepp, 2006). Estes pontos/eventos obrigatórios estão na base visível do sistema de socialização profissional e podem ser descritos no currículo/plano de psicologia de uma dada universidade (sendo o plano/currículo estruturado ao longo dos anos de estudos prescritos) (Kullasepp, 2006). No entanto, cumprir o plano/currículo e pontos obrigatórios do curso de psicologia não significa que nos tornemos ou sejamos automaticamente psicólogos, visto que este plano/currículo descreve meramente os movimentos externos dos estudantes no que respeita à satisfação dos requisitos formais (Kullasepp, 2006). Para uma visão da identidade profissional emergente, necessitamos de verificar como os estudantes refletem e sentem, sobre os significados dos seus estudos e da sua trajetória (Kullasepp, 2006).

4. Os significados da construção do “tornar-se psicólogo” e a importância das representações

Como referimos anteriormente, o ser humano tem uma estranha e uma clara necessidade de atribuir significados às suas experiências para se manter vivo (Teixeira, 2004). No caso particular da nossa investigação interessa perguntar como nos construímos enquanto psicólogos? Procurando assim, uma forma de dar sentido e um significado às nossas experiências profissionais. É neste ato de nos interrogarmos sobre nós próprios que criamos uma identidade (Alte, Petracchi, Ferreira, Cunha & Salgado, 2007), no contexto profissional, a identidade profissional. Assim sendo, o processo de construção e reconstrução de significado está no centro de qualquer análise da identidade pessoal e do seu desenvolvimento (Tavares, 2008) e logo no processo de construção da identidade profissional, visto que esta é uma dimensão não dissociável da identidade pessoal.

O processo de construção da identidade profissional começa a ser gerado quando tomam forma o interesse e o desejo de ter a psicologia como profissão, a partir das primeiras identificações e de algumas representações sobre o exercício da actividade do psicólogo presentes na altura da escolha da situação profissional e que constituem uma base essencial para os primeiros significados atribuídos ao ser psicólogo (Krawulski & Patricio, 2005 cit. Mazer & Silva, 2010). Perante isto, parece-nos claro que falar de construção de identidade profissional é também falar de representações, isto é, daquilo que inicialmente a profissão do psicólogo representa para o estudante de psicologia, daquilo com que o sujeito acha que se identifica na profissão do psicólogo e, posteriormente, da representação que o sujeito tem de si próprio enquanto profissional, e que os outros lhe atribuem relativamente ao seu papel profissional. É neste sentido que as representações são vistas como um processo de reconstrução e criação, em que o indivíduo através da sua actividade reconstrói e inova o conhecimento compartilhado ao nível social, cultural e histórico (Bettoi, 2003). Isto é dizer, que as representações são concebidas, como o conhecimento que se constrói e têm como função organizar uma realidade, na forma como a experimentamos (Duran, 2003 cit. Bettoi, 2003) e essa realidade não tem uma existência que é independente de quem a experimenta e este o faz através da mediação da sua própria construção como sujeito ativo (Bettoi, 2003).

É neste sentido, que consideramos tal como Luzes (1984 cit. Soczka, 1988) as representações como elementos básicos da vida cognitiva e afetiva. Estas permitem

dar à vida mental estabilidade a vários níveis, tais como: o distinguir o Eu do não-Eu; dar constância e permanência aos objetos e conseqüentemente fornecer a noção de continuidade da realidade do *self* (Soczka, 1988). Para Valsiner (2001 cit. Bettoi, 2003) as representações são complexos de pensamento que existem no sistema de comunicação social de uma sociedade e nas mentes dos indivíduos. São estes “complexos de significação” que ligam o social e o pessoal e orientam a construção dos significados que o indivíduo atribuirá aos acontecimentos do seu cotidiano (Valsiner cit. Bettoi, 2003). Valsiner (2001) salienta que a estranheza experimentada pelo homem ao se deparar com a diversidade do mundo é organizada através das representações sociais, pois, são elas que organizam essa diversidade na mente dos indivíduos. Para além desta função organizadora da vida quotidiana e do mundo, elas guiam o pensamento, a afetividade e o comportamento humano, aproximando-os ou afastando-os de certos objetivos (Valsiner, 2001 cit. Bettoi, 2003). As representações sintetizam o conhecimento já existente (socialmente construído e orientado por valores) e as necessidades dos sujeitos de reconstruírem um mundo significativo, tendo assim uma função organizadora e reguladora (Valsiner & Veer, 2000 cit. Bettoi, 2003). Neste sentido, as representações têm função de moldar o conhecimento que demarca a construção de significado dos indivíduos (Bettoi, 2003).

Ao concebermos as representações como elementos de significação do mundo e da vida mental estas influenciam na construção da identidade profissional do psicólogo, na medida em é mediada por um conjunto de significados que o sujeito vai construindo e reconstruindo relativamente à profissão e a si mesmo, enquanto psicólogo e à forma como é visto pelos outros enquanto profissional. Assim sendo, a construção da identidade profissional envolve processos representacionais ao nível socioinstitucional, de internalização e de externalização (Kullasepp, 2006). A instituição académica é uma fonte privilegiada de influências na construção da identidade profissional, visto que é lá que os estudantes confirmam ou não as representações e identificações que tinham anteriormente relativas à profissão. É também lá que eles constroem as significações sobre o que é ser psicólogo, definem o seu caminho e especialização profissional. Todas estas construções são criadas nos estudantes a partir de um discurso ou linguagem oficial da instituição e dos relacionamentos com os colegas estudantes de psicologia e professores (Kullasepp, 2006). No que aos processos de internalização e externalização diz respeito, estes explicam as interações entre o nível pessoal e social (Lawrence & Valsiner, 2003 cit. Kullasepp, 2006) e são os veículos através dos quais os significados socioculturais

são transformados, pelas próprias pessoas, em significados pessoais (Kullasepp, 2006). Ou seja, a internalização e a externalização estão envolvidas num ciclo recíproco, dentro do qual os sentidos pessoais levam à construção de significados que são disponibilizados na dimensão interpessoal (Bettoi, 2003). A internalização é um processo construtivo, em que os significados relacionados com fenómenos ou que sejam sugeridos ao indivíduo pelos “outros sociais”, são modificados construtivamente para o sistema Intrapsicológico (pessoal) do indivíduo. Por sua vez, a externalização enquanto processo recíproco, é representada pelas atividades do indivíduo dentro de novos contextos e do seu ambiente social, com base num conjunto de sentidos cuja natureza, antes social, agora é pessoal (Valsiner, 1998 cit. Bettoi, 2003). Em síntese, a internalização é o processo de análise de conteúdos semióticos existentes externamente e a sua síntese em forma de novidade no domínio intrapsicológico/pessoal, enquanto o processo de externalização é a análise de conteúdos pessoais-culturais (subjetivos), existentes intrapsicologicamente, durante a sua transposição de dentro para fora da pessoa, e a modificação do ambiente externo como forma de nova síntese desses conteúdos (Valsiner, 2001 cit. Bettoi, 2003). Para melhor percebermos estes processos integrados num modelo desenvolvido por Valsiner (Valsiner cit. Kullasepp, 2006), tomemos como exemplo, um jovem de 17 anos a frequentar o ensino secundário, para quem a escolha da profissão ainda não está próxima e como tal é alguém que ainda não presta atenção às sugestões sociais comunicadas/veiculadas na sociedade, que por exemplo “os psicólogos são tolerantes” (Kullasepp, 2006). No entanto, ele pode repetir ou frisar durante uma interação ocasional com um amigo que “os psicólogos são pessoas tolerantes” (Kullasepp, 2006). Neste caso, estamos no primeiro nível ou camada do modelo proposto por Valsiner, no qual existe uma mensagem social irrelevante para o sujeito e à qual ele deu pouca atenção, logo não teve qualquer influência sobre si ou sobre o desenvolvimento do seu *self* e a mensagem social não pode influenciar qualquer aspeto da identidade (Kullasepp, 2006). Num segundo nível/camada, a mensagem é atendida e internalizada e tem o poder de tornar-se uma representação social e de levar à construção da identidade. No exemplo, o mesmo jovem torna-se caloiro de psicologia numa universidade e ouve mais uma vez “os psicólogos são tolerantes”. Para ele esta mensagem social vai deixar de ser irrelevante, porque a articulará com o papel atual de estudante de psicologia (Kullasepp, 2006). O que vai fazer com que este estudante se interrogue: “Eu sou suficientemente tolerante?” (ou seja a mensagem entrou no interior do *self*, e elaborou interiormente que “eu devo ser mais

aberto às diferenças entre as pessoas) (Kullasepp, 2006). Num terceiro nível ou camada, a mensagem social é externalizada, visto que o mesmo estudante de psicologia tenta alterar o seu comportamento na vida quotidiana, tentando agir com os colegas, família e com os pais em casa ou com pessoas de fora, como um psicólogo, ou seja ele tentará ter uma mente mais aberta e não categorizar nem rotular as pessoas, tentando comportar-se como um psicólogo e também de acordo com a forma como os outros esperam que ele se comporte enquanto psicólogo, refletindo assim o seu conhecimento do que “significa ser um psicólogo” (Kullasepp, 2006). O que demonstra que a representação do que é um psicólogo ou do seu papel é apoiado por expectativas pessoais e sociais (Tavares, Salgado & Gonçalves, 2006).

Assim se conclui, que a construção da identidade profissional se inicia antes da entrada na universidade com imagens sociais que o estudante tem acerca da profissão do psicólogo (Iannaccone, 2006), ou seja, com as representações sociais que o estudante tem consigo sobre a profissão. Conclui-se também que, estas representações vão-se construindo e reconstruindo ao longo do tempo, podemos dizer que a representação que o estudante tem sobre os psicólogos vai ser diferente daquela que ele tinha antes de iniciar os seus estudos universitários logo no fim do primeiro ano académico (Iannaccone, 2006) e mesmo quando este terminar a formação académica, a representação social que terá da profissão já será diferente. Este processo de construção e reconstrução das representações existentes sobre a profissão de psicólogo ocorre sobre a orientação institucional, em que a universidade como instituição social é o local de migração dos alunos dentro de um novo ambiente culturalmente organizado que cultiva processos ao nível intrapsicológico, bem como um quadro de experiências que contribui para o desenvolvimento do sentimento do *Self* através de interações sociais, pensamento narrativo e processos de transformação (Kullasepp cit. Iannaccone, 2006).

Assim, a noção de psicólogo é um significado complexo (Kullasepp, *in press*) que emerge do relacionamento entre a pessoa e o ambiente (ambos em desenvolvimento) e que é baseado nos sistemas de significado cultural que têm um papel formativo numa ontogenia do desenvolvimento humano (Valsiner, 1989 cit. Kullasepp, 2006).

5. Conclusão

De forma resumida, para além do conceito de identidade ser abordado de diferentes formas por diferentes autores, em todos e de alguma forma, a identidade surge como o sentimento que o sujeito tem de si mesmo nos diversos contextos da vida, bem como a forma como o sujeito é reconhecido pelos outros devido às suas características pessoais e únicas, demonstrando assim a significação pessoal e social da identidade. Na visão de Erickson, a identidade é concebida como o significado individual e social do sujeito, isto é, como um processo de interação entre o indivíduo e a sociedade num dado contexto e numa dada cultura. Pois, a identidade envolve uma mutualidade entre os significados para o próprio sujeito ou seja, para si mesmo e os significados para os outros, tanto ao nível cognitivo como emocional num dado contexto social e cultural. A perspetiva dialógica concebe a identidade como um jogo de natureza social e linguística em que os seres humanos são seres linguistas, e vão-se construindo a partir de jogo dialógico entre as diferentes vozes ou posicionamentos de pessoas que são para eles significativas. Assim, podemos dizer que a identidade tem uma natureza multifacetada e narrativa e é construída por múltiplas histórias, onde o sujeito desempenha diferentes papéis ou diferentes personagens, onde moram também múltiplos autores envolvidos nos processos dialógicos de nível interno ou externo. Deste modo, podemos afirmar que a identidade acarreta consigo significados pessoais, sociais marcados pelas dimensões relacionais, comunicacionais e dinâmicas.

Quanto à identidade profissional, ela é vista como um elemento da identidade pessoal e à semelhança desta a identidade profissional, é concebida como a representação que o sujeito tem de si mesmo enquanto profissional, e ao que os outros têm do sujeito no papel profissional/profissão que ele desempenha. Neste trabalho, a construção da identidade profissional é também abordada na perspetiva dialógica, em que a identidade profissional é concebida como um sistema aberto e um processo dinâmico baseado na inter-relação entre o ambiente sociocultural e o indivíduo e onde as representações sociais desempenham um papel fundamental na sua construção. É a partir da representação que o sujeito tem sobre a profissão de psicólogo que a decide escolher e esta representação contém influências de fatores pessoais e sociais ligados àquilo que o sujeito pensa (antes de ingressar nos estudos universitários) que é ser psicólogo incluindo, por vezes, as noções do senso comum da psicologia num dado contexto social e cultural. Ao ingressar nos estudos

universitários estes estudantes sob a influência dos conhecimentos que vão adquirindo e dos agentes institucionais como os professores, colegas de curso de psicologia e outros colegas irão neste processo de interação com todos estes agentes institucionais e no respetivo ambiente/contexto cultural e social construir e reconstruir novas representações relativamente ao que é ser um psicólogo, até ao final dos estudos e, posteriormente, com as suas vivências profissionais. Assim, a identidade profissional do psicólogo vai-se construindo na interdependência dos mundos individuais/pessoais e sociais da vida subjetiva do sujeito numa contínua construção e reconstrução. Deste modo, a construção da identidade profissional do psicólogo pode ser concebida como “um conjunto integrado de fatores pessoais e de formação profissional que passa pela questão da escolha da psicologia como profissão e o significado de ser psicólogo, a formação académica e a vivência como profissional” (Mazer & Silva, 2010).

Capítulo III- As questões da eficácia e dos sucessos terapêuticos na identidade do psicólogo

1. Introdução

Segundo Bettoi (2003) “a profissão do psicólogo pode ser considerada como uma instância das ações humanas, entendida como um conjunto de práticas específicas realizadas por seres humanos, em contextos culturais coletivos situados, que se vai construindo e modificando, ao longo do tempo, no próprio exercício profissional” (p.61). Deste modo, ao entender-se a profissão do psicólogo como um conjunto de práticas específicas, acreditamos que, apesar de ser um facto pouco estudado e investigado os nossos psicólogos também se interrogam sobre a qualidade e eficácia das suas práticas e sobre o que consideram ser uma terapia bem-sucedida, visto que “é no ato de nos interrogarmos a nós mesmos que criamos uma identidade” (Alte, Petracchi, Ferreira, Cunha & Salgado, 2007). Estes tentarão também perceber qual o seu papel e contributo dentro do processo terapêutico enquanto psicólogos. Sendo que parece incontestável que a identidade resulta da perceção ou representação que os seres humanos têm de si próprios inseridos numa dada comunidade (Teixeira, 2004) ou contexto. Acreditamos que o significado de tudo isto é importante para a construção da identidade profissional e especialmente para a formação e desenvolvimento destes profissionais.

Alguns clínicos e investigadores, acreditam que o relacionamento que se estabelece entre o terapeuta e o cliente é a essência de um tratamento efetivo (Abreu, 2003) e outros julgam que embora o relacionamento não seja a condição central, ele fornece uma significativa alavanca para que sejam implementadas as técnicas terapêuticas utilizadas na promoção da mudança do paciente (Beck, 1995 cit. Abreu, 2003). No entanto, a literatura a respeito das habilidades e da pessoa do terapeuta é escassa. Deste modo, propomos-nos neste capítulo a rever o que a literatura diz sobre o que está por detrás de um trabalho terapêutico bem-sucedido para, posteriormente, compararmos com os dados do nosso estudo acerca da respetiva temática em questão, uma vez que pretendemos estudar a forma como a perceção da eficácia do trabalho do psicólogo influencia no processo de construção identitário.

2. O terapeuta

A maioria das teorias das psicoterapêuticas assentam no pressuposto que as atitudes do terapeuta e as intervenções técnicas têm um papel fundamental para facilitar ou impedir o progresso terapêutico de um paciente. Ao olhar-se para a volumosa investigação sobre a contribuição do terapeuta na psicoterapia, surpreendentemente nos deparamos com o pouco progresso empírico no que respeita à compreensão de como o terapeuta contribui para o sucesso ou fracasso da psicoterapia (Silberschatz & Curtis, 1993). O que significa que, apesar dos clínicos e investigadores da área da psicoterapia se preocuparem desde há muito tempo com a contribuição do terapeuta para a mudança operada em terapia (Tavares, 2008), no que toca ao processo terapêutico e quando olhamos os diversos artigos que trabalham a temática, percebemos rapidamente que a ênfase recai quase sempre sobre o cliente (Abreu, 2003). A pessoa do terapeuta tem sido muito negligenciada e diversas questões relacionadas com o ambiente criado pelo terapeuta ainda não foram respondidas (Abreu, 2003). Ou seja, tal como menciona Garfield, (1997b, 1998 cit. Tavares, 2008), após mais de meio século de pesquisa científica em psicoterapia, o terapeuta é ainda negligenciado e pouco compreendido (Abreu, 2003; Beutler, Machado & Neufeldt, 1994; Beutler, Malik, Alimohamed, Harwood, Talebi, Noble & Wong, 2004 cit. Tavares, 2008). Visto que poucos estudos têm atendido o papel que este elemento do encontro terapêutico desempenha no desenrolar do mesmo (Tavares, 2008).

Contudo, existem autores, tais como Tavares (2008) ; Vasco, Santos e Silva (2003); Abreu (2003) que defendem a crença clínica de que as qualidades do terapeuta são fundamentais para uma terapia bem-sucedida, assim, a secção seguinte irá debruçar-se sobre o que a literatura nos revela relativamente aos resultados eficazes e aos sucessos terapêuticos das terapias psicológicas, tendo sempre em mente a pessoa do terapeuta.

3. Eficácia e sucessos das terapias psicológicas

A partir da década de 1990, a investigação da efetividade psicoterapêutica têm afirmado que a psicoterapia e as terapias psicológicas produzem resultados significativos para os indivíduos que a elas recorrem, sob as mais diversas modalidades terapêuticas (incluindo, terapia cognitivo comportamental, rogeriana, gestaltista, sistêmica, grupal, comportamental e psicanalista), (Gomes *et al.*, 1988; Gomes, 1990; Gomes *et al.*, 1993; Jardim *et al.*, 2005; Seligman, 1995 cit. Jardim, Souza & Gomes, 2009). No entanto, nem todos os terapeutas se revelam igualmente eficientes, visto que alguns com as suas técnicas (e não as técnicas por si só) obtêm efeitos mais positivos, comparados com outros, cujos resultados obtidos são muito mais modestos, sendo que existirão alguns que prejudicam o nível de ajustamento das pessoas (Garfield, 1995b; Lambert & Bergin, 1994; Lambert & Ogles, 2004; Lambert & Okiishi, 1997 cit. Tavares, 2008). O que significa que os terapeutas diferem no seu grau de eficiência e a investigação ainda não conseguiu estabelecer de forma consensual a proporção do efeito terapêutico que é explicado pelo terapeuta. Sabe-se que os investigadores que incidem sobre este tópico da investigação atribuem de imediato a responsabilidade pelo atual estado do estudo sobre o conhecimento do terapeuta ao facto da investigação produzida estar centrada, há décadas, na testagem da eficácia diferencial das várias abordagens terapêuticas, deixando para trás as eventuais diferenças entre os terapeutas (Garfield, 1995a, 1998; Lambert & Bergin, 1994; Lambert & Okiishi, 1997 cit. Tavares, 2008). O que significa que existe uma preferência pelo estudo das relações entre o tratamento e o resultado da terapia e que o estudo sobre o “terapeuta” é mais desvalorizado.

No entanto, na sequência da pessoa do terapeuta ser um fator ainda pouco investido e compreendido, atualmente, autores consagrados e de relevância no campo da psicoterapia, tais como, Lambert e Ogles (2004), cit. Tavares, 2008, vieram apelar à comunidade científica para o estudo da contribuição da pessoa única do terapeuta para a variação encontrada nos resultados do tratamento (Lambert & Ogles, 2004 cit. Tavares, 2008), com o intento de o terapeuta passar a ser um fator causal em todos os estudos conduzidos sobre os resultados da terapia (Tavares, 2008). Como resposta a este apelo, assistiu-se ao aparecimento de alguns estudos sobre a eficácia e eficiência do terapeuta, Lambert e Bergin (1994. cit. Tavares, 2008) e Lambert e Ogles (2004 cit. Tavares, 2008), que de modo geral vieram sugerir que:

(1) os terapeutas têm um efeito significativo no resultado da terapia (Abreu, 2003; Blatt et al., 1996; Crits-Christoph et al., 1991; Huppert et al., 2001; Lambert, 1989; Luborsky et al., 1985, 1986, 1997; Project MATCH Research Group, 1998, cit. Tavares,2008);

(2) alguns terapeutas obtêm melhores resultados do que outros (e.g., Blatt et al., 1996; Christoph et al., 1991; Crits-Christoph & Mintz, 1991; Lambert, 1989; Luborsky et al., 1985, 1986, 1997; Najavits & Strupp, 1994; Najavits & Weiss, 1994; Orlinsky & Howard, 1980; Project MATCH Research Group, 1998; Shapiro, Firth-Cozens & Stiles, 1987, cit. Tavares,2008);

(3) o contributo do terapeuta para os resultados é superior ao do tipo de tratamento (e.g., Blatt et al., 1996; Crits-Christoph et al., 1991; Crits-Christoph & Mintz, 1991; Lambert, 1989; Luborsky et al., 1985, 1986; Shapiro, Firth-Cozens & Stiles, 1987, cit. Tavares,2008);

(4) nem todos os terapeutas altamente treinados e motivados para aprender são igualmente capazes de atingir um desempenho competente na prática clínica (Rounsaville *et al.*, 1988 cit. Tavares, 2008);

(5) os terapeutas mesmo depois de selecionados, treinados, supervisionados e monitorizados com o mesmo manual apresentam diferentes resultados no efeito que têm nos resultados terapêuticos (e.g., Huppert et al., 2001; Luborsky et al., 1985,1997; Shapiro, Firth-Cozens & Stiles, 1987, cit. Tavares, 2008).

No entanto, após o final desta revisão em 2004 Lambert e Ogles (cit. Tavares, 2008), chegam à conclusão que estes estudos são ainda o princípio de um campo científico que requer uma maior exploração no que respeita à contribuição individual do terapeuta para o resultado terapêutico. Estes estudos apresentaram diversas limitações metodológicas e levaram Lambert e Ogles (2004 cit. Tavares, 2008), a concluírem que ainda não se sabe o suficiente sobre o fator terapeuta para uma especificação de quando e como este faz a diferença nem quando é mais importante do que as técnicas.

Recentemente, o que sabemos referente à eficácia das intervenções psicológicas é que estas são eficazes e produzem efeitos duradouros (Abreu, 2003; Vasco, Santos & Silva, 2003; Jardim, Souza & Gomes, 2009; Cohen, Garcia, Purdie-Vaughns, Apfel, & Brzustoski, 2010, cit. Flückiger, Re & Wampold, Znoj, Caspar & Jorg, 2012; Horvath & Bedi, 2002; Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011; Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske, & Davis, 2000 cit. Re, Flückiger & Horvath, Symonds, Wampold, 2012), mas o principal fator apontado para a efetividade e

sucesso desses tratamentos é a qualidade da relação terapeuta-paciente ou da chamada aliança terapêutica (Abreu, 2003; Vasco, Santos & Silva 2003; Jardim, Souza & Gomes, 2009; Barber & Muran, 2010; Bordin, 1979; Orlinsky, Ronnestad, & Willutzki, 2004, cit. Flückiger, Re & Wampold, Znoj, Caspar & Jörg, 2012; Horvath e Symonds, 1991; Martin, Garske, & Davis, 2000, cit. Taber, Leibert & Agaskar, 2011). Ao pesquisarmos sobre a temática da eficácia e sucessos terapêuticos das terapias psicológicas automaticamente nos deparamos com alguns artigos que assentam no estudo da temática do relacionamento terapeuta-paciente e da importância da aliança terapêutica para os sucessos terapêuticos. Desses estudos reportamos: um estudo de Taber, Leibert e Agaskar (2011) que defende que as terapias psicológicas têm efeitos positivos e duradouros, que o seu fator de sucesso é a aliança terapêutica, e que se debruçou a explorar a relação estabelecida na congruência de personalidade entre o cliente-terapeuta e o impacto que esta tem na aliança terapêutica e nos resultados terapêuticos (Taber, Leibert & Agaskar, 2011). A conclusão é a de que a congruência de personalidades desempenha um papel significativo na aliança de trabalho, pois, o processo terapêutico pode ser facilitado quando duas pessoas (neste caso terapeuta-cliente) têm características de personalidade semelhantes (Taber, Leibert & Agaskar, 2011). No entanto, nem todos os clientes e terapeutas têm a possibilidade de interagir com pessoas com características de personalidade semelhantes à sua, no contexto terapêutico (Taber, Leibert & Agaskar, 2011). Julga-se que a falta de congruência entre cliente e terapeuta pode explicar o facto de alguns clientes terem dificuldade em estabelecer uma aliança terapêutica com o terapeuta. Este estudo concluiu também que a relação entre a congruência e a aliança terapêutica pode refletir o grau em que os clientes se sentiram validados pelos terapeutas e que é significativamente importante que a terapia seja adaptada ao tipo de personalidade do cliente para facilitar a aliança (Taber, Leibert & Agaskar, 2011). Ao compreender como se relacionam as personalidades do cliente-terapeuta em terapia a aliança terapêutica pode ser realizada mais eficazmente (Taber, Leibert & Agaskar, 2011).

Uma outra investigação, recente de Re, Flückiger, Horvath, Symonds e Wampold, (2012) debruçou-se sobre o estudo do efeito do terapeuta na relação entre a aliança e o resultado terapêutico, chegando à conclusão que alguns terapeutas parecem ser consistentemente melhores do que outros, no que toca à formação de alianças com seus pacientes. Tanto estes pacientes como terapeutas apresentam melhores resultados no tratamento e a qualidade da aliança entre eles é, sobretudo, baseada no resultado das ações ou características do terapeuta. Confirmando-se esta hipótese, o

papel do terapeuta tem mais relevância no alcance dos resultados positivos, ou seja, a variabilidade do terapeuta na aliança terapêutica parece ser mais importante que a do paciente para a obtenção de melhores resultados (Re, Flückiger, Horvath, Symonds & Wampold, 2012). Reportamos ainda algumas conclusões de estudos revistos por Re, Flückiger, Horvath, Symonds e Wampold (2012) os quais reforçam a importância da aliança terapêutica nos resultados da terapia.

Desses estudos destacamos: o de Stiles (2004), que conclui que a aliança terapêutica e o resultado têm demonstrado uma associação, extremamente robusta; o de DeRubeis, Brotman, e Gibbons (2005) que demonstra que a forte correlação da aliança terapêutica e dos resultados pode ser devido à contribuição do paciente, às contribuições do terapeuta e à interação entre terapeuta-paciente; os de Baldwin (2007); Dinger (2008); Zuroff (2010), que descobriram que a capacidade do terapeuta para desenvolver alianças com os seus pacientes (ou seja o efeito terapeuta) está associada com o resultado da terapia (Re, Flückiger, Horvath, Symonds & Wampold, 2012).

No entanto, devido à escassez de estudos que investiguem o efeito do terapeuta no que respeita ao relacionamento entre aliança terapêutica e o resultado e às características dos estudos disponíveis, que os investigadores, apesar de se aperceberem que existe uma forte relação entre a aliança terapêutica e os resultados das terapias psicológicas e psicoterapias, tomam as suas conclusões como ténues (Re, Flückiger, Horvath, Symonds & Wampold, 2012). Quer isto dizer que também recentemente, apesar da relação terapêutica (terapeuta-paciente) ser considerada um bom preditor de sucesso e eficácia para o resultado das terapias psicológicas, trata-se de uma área que necessita de mais investigação e aprofundamento sobre a contribuição da pessoa do terapeuta no encontro terapêutico e que o estudo do fator terapeuta continua ainda a ser um pouco esquecido, apesar da relevância e potencial para o processo terapêutico.

Assim, dada a relevância da relação terapeuta-paciente para a eficácia e sucessos terapêuticos, parece-nos pertinente, no tópico que se segue, demonstrar a importância da aliança terapêutica no resultado do respetivo processo terapêutico.

4. A importância da aliança terapêutica no resultado do processo terapêutico

A aliança terapêutica é considerada um elemento importante do tratamento com sucesso e tem sido considerada um preditor consistente dos resultados terapêuticos obtidos em mais de 30 anos de pesquisa em psicoterapia (Horvath & Bedi, 2002; Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011; Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske, & Davis, 2000 cit. Re, Flückiger, Horvath, Symonds & Wampold, 2012), alguns clínicos têm a crença de que o relacionamento que se desenvolve entre o terapeuta e paciente é a chave para um tratamento efetivo, outros acreditam que este relacionamento é um apoio fundamental para que sejam implementadas as técnicas terapêuticas utilizadas na promoção da mudança do paciente, mesmo não sendo ele um elemento básico, independentemente do posicionamento adotado, se a relação é essencial na terapia ou um método para chegar a um fim, existe claramente uma concordância de que a relação indivíduo-profissional/terapeuta-paciente desempenha um papel importante no tratamento psicológico (Abreu, 2003).

Assim, a importância da aliança terapêutica é um aspecto vital da interação entre o terapeuta-cliente e tem sido reconhecida como tal, por psicólogos de diferentes orientações teóricas (Barber & Muran, 2010; Bordin, 1979; Orlinsky, Ronnestad, & Willutzki, 2004, cit. Fluckiger, Re , Wampold, Znoj, Caspar & Jörg, 2012). Pois, a aliança terapêutica é geralmente definida como o acordo entre o cliente e o terapeuta sobre os objetivos e tarefas da terapia, nela se desenvolve o vínculo terapêutico e é constantemente encontrada como preditor robusto de sucesso da terapia (Fluckiger, Re, Wampold, Znoj, Caspar & Jörg, 2012). De acordo com esta opinião está Bordin (1979 cit. Abreu, 2003), que concebeu a aliança terapêutica como um aspecto fundamental nas mais variadas formas de sucesso em psicoterapia, afirmando que ela é uma resultante direta do grau de concordância estabelecido entre o paciente e o terapeuta a respeito da tarefa, da meta e dos vínculos envolvidos no processo clínico da terapia. No entanto, uma aliança positiva pode não ocorrer imediatamente após o início da terapia mas certas investigações sugerem que o seu desenvolvimento é importante e necessário, mesmo antes de se esperar qualquer tipo de êxito no processo de ajuda (Abreu, 2003). E para promover o desenvolvimento da aliança terapêutica é importante o encorajamento e a participação dos clientes na interação terapeuta-cliente (Bordin, 1979 cit. Fluckiger, Re , Wampold, Znoj, Caspar & Jörg, 2012). Assim, podemos pensar na aliança terapêutica como um conjunto de janelas e de oportunidades que se vão abrindo e decrescendo em tamanho a cada sessão,

requerendo alguns ajustes inevitáveis nos procedimentos adotados pelo terapeuta na forma de lidar com os seus clientes (Bordin,1994 cit. Abreu, 2003).

Outro ponto importante a ser considerado é o paralelismo mencionado na literatura e nos estudos sobre impacto da aliança terapêutica nos resultados do processo terapêutico. Por exemplo Horvath e Greenberg (1994 cit. Abreu,2003) nos seus estudos sobre a aliança propõem que quando ocorrem similaridades entre terapeuta-paciente e o terapeuta é capaz de criar uma boa relação com o paciente, os resultados serão inevitavelmente positivos. À semelhança deste estudo temos também o de Taber, Leibert e Agaskar (2011) acima citado, o qual defende que a congruência/harmonia entre as personalidades dos atores do encontro terapêutico (terapeuta-paciente) desempenha um papel significativo para a aliança, visto que personalidades semelhantes estão associadas a mais facilidades no processo terapêutico e, logo, a mais resultados positivos. Outros estudos vêm afirmar que para efetividade do tratamento o elemento essencial é qualidade da aliança terapêutica e que as diferenças entre as técnicas terapêuticas são descritas como um fator de menor importância para os resultados (Araújo & Alvidrez, 2002; Blatt & Ford, 1994; Brownlee, 2007; Charman, 2003; Gard, 2003; Gomes, 1990; Hartman & Zepf, 2003; Hoglend *et al.* 2006; Kaplan, 2007; Metcalfe *et al.*, 2007; Rubinstein, 2007; Seligman, 1995, cit. Jardim, Souza & Gomes, 2009).

Outra perspectiva surpreendente sugere ainda que o terapeuta ao possuir um nível técnico alto, ainda que tal condição não seja uma garantia de que a terapia psicológica ou psicoterapia realmente se tornará efetiva, a menos que o terapeuta seja carinhoso e empático (Abreu, 2003). Desta forma, os resultados positivos estão sempre associados aos pacientes que caracterizam os seus terapeutas como carinhosos, atenciosos, interessados e respeitadores (Abreu, 2003). Num estudo de Bordin (1979), ele vem frisar a importância do vínculo que se estabelece na relação terapêutica, revelando que este é fundamental para a aliança e para o resultado, visto que, o vínculo refere-se ao grau de confiança, respeito e ligação entre terapeuta-cliente considerado necessário para a tarefa ser eficaz (Bordin,1979 cit.Taber, Leibert & Agaskar, 2011). Quanto mais rápido esse vínculo é construído, mais rápido irão diminuir os sintomas (Abreu,2003) e assim aumentar o sucesso terapêutico. Jardim, Souza e Gomes (2009), também frisam a importância do vínculo, dizendo que quanto melhor o vínculo que o cliente estabelece com o terapeuta, melhores serão a adesão e os resultados da terapia.

O paralelismo sobre a interferência da aliança terapêutica nos resultados do processo clínico, elaborado até aqui, tem demonstrado o contributo positivo desta para os resultados, no entanto, a aliança terapêutica ou o vínculo quando não são de boa qualidade (por qualquer que seja o motivo do terapeuta, inclusive de natureza pessoal) também poderá ter resultados negativos para o processo terapêutico. Por exemplo, Henry e Strupp (1994, cit. Abreu, 2003), num estudo descrito por eles relacionado com a aliança terapêutica e o vínculo, veio afirmar que os terapeutas que experienciaram acontecimentos desagradáveis na infância com os seus pais são aqueles que demonstram mais crítica e negligência com os seus pacientes, os mais hostis e dominadores em comparação com outros, fazendo com que os seus pacientes desenvolvam níveis altos de autocritica e, simultaneamente, que toda a tentativa de mudança viesse associada a sentimentos de culpabilização. Desta forma, a atitude pessoal do terapeuta vem contribuir de alguma forma para os resultados finais da terapia (Horvath & Greenberg, 1994 cit. Abreu, 2003) que certamente não serão neste caso os melhores. Outro estudo reportado por Dunkle & Friedlander (1996, cit. Abreu, 2003) demonstrou que a base negativa de estabelecimento na relação terapêutica contribuiu para resultados pobres no fim do processo terapêutico, verificando-se pouca ou nenhuma mudança pessoal. Se assim o é as bases pessoais, tanto terapeuta quanto do cliente, poderão interferir no bom ou no mau resultado do processo terapêutico.

Em síntese, apesar da relevância da aliança terapêutica para alcançar os resultados desejáveis, podemos concluir que pouco se sabe ainda sobre as condições que preparam o caminho para o desenvolvimento de uma aliança terapêutica de sucesso (Castonguay, Constantino, & Grosse, Holtforth, 2006 cit. Taber, Leibert & Agaskar, 2011), assim sendo, este tópico poderá indicar o início de um novo campo de investigação.

5. Terapias psicológicas eficazes e de sucesso: Boas terapias ou bons terapeutas?

Após a revisão da eficácia e do sucesso das terapias psicológicas e da importância da aliança terapêutica no processo clínico, permanecem as grandes questões a que vamos tentar dar resposta: as terapias psicológicas são eficazes e de sucesso? E o que é mais importante para o sucesso delas as boas terapias ou os bons terapeutas?

O estudo da eficácia das psicoterapias é uma temática estudada particularmente desde os anos 70. A partir de 1952 e da publicação do famoso artigo de Eysenck (cit. Vasco, Santos & Silva, 2003) relativo à “ineficácia” da psicoterapia, muita coisa se tornou diferente e mudou, especialmente porque alguns investigadores e autores consideraram a sua crítica de “ineficácia da psicoterapia” como uma provocação, acabando este facto por se tornar um estimulante para a intensificação de estudos controlados relativos à eficácia psicoterapia (Vasco, Santos & Silva, 2003). Na visão de Vasco, Santos e Silva (2003, p.2) “os resultados destes trinta anos de investigação em psicoterapia não deixam grande margem para dúvidas que a psicoterapia de forma geral é eficaz, pelos seguintes factos:

(a) no fim do processo terapêutico, o paciente encontra-se significativamente melhor do que cerca de 80% dos pacientes não submetidos à intervenção psicoterápica;

(b) os resultados da psicoterapia são superiores à ausência de intervenção, bem como às intervenções informais, à remissão espontânea dos sintomas, às listas de espera e aos grupos de controle de placebo” (Lambert & Bergin,1994; Lambert & Ogles,2004, cit. Vasco, Santos & Silva, 2003). Também na opinião de Peuker, Habigzang, Koller & Araujo (2009), a intervenção psicoterapêutica resulta em benefícios aos níveis: da redução de problemáticas sociais, emocionais e comportamentais (como por exemplo, ideação suicida, depressão e medos); da alteração das condições de saúde física (por exemplo, dor, pressão arterial); da potencialização o processo de recuperação de uma cirurgia ou de doenças e de melhoramento da qualidade de vida (Roth & Fonagy, 2005 cit. Habigzang, Koller & Araujo, 2009). Deste modo, a percepção com que ficamos sobre a eficácia da psicoterapia é de que as mesmas são eficazes mas na opinião de Vasco, Santos e Silva (2003) não só a psicoterapia parece ser claramente eficaz como também parece ter efeitos duradouros, o mesmo se verifica na visão de Cohen, Garcia, Purdie-

Vaughns, Apfel, & Brzustoski, 2010, cit, Fluckiger, Re & Wampold, Znoj, Caspar & Jörg, 2012), as intervenções psicológicas mesmo breves produzem benefícios duradouros. No entanto esta durabilidade dos efeitos da psicoterapia parece ser tanto maior, quanto mais os terapeutas se empenham em auxiliar diretamente os pacientes a solidificar os ganhos terapêuticos, a fazer atribuições de controle interior relativamente à mudança e antecipar dificuldades futuras (Vasco, Santos & Silva, 2003).

Para responder à questão: boas terapias ou bons terapeutas?, é importante percebermos quais os determinantes que estão por detrás da eficácia terapêutica. Assim, mencionamos uma estimativa de um estudo de (Beutler et al., 1998 cit. Vasco, Santos & Silva, 2003), que apontou que cerca de 60% da variância poder ser atribuída às características do paciente e do seu meio, cerca de 30 % às características do psicoterapeuta (como por exemplo, responsividade, abertura à experiência, flexibilidade à tolerância e à ambiguidade), acrescentando ainda o facto de que o fator único mais responsável pelo resultado terapêutico ser a qualidade da aliança terapêutica, independentemente da orientação teórica (Nocross, 2002 cit. Vasco, Santos & Silva, 2003), pois, o efeito da aliança terapêutica é associado a um bom e eficaz resultado terapêutico ao ponto de transcender a orientação teórica do terapeuta e os problemas psicológicos do paciente (Horvath & Bedi, 2002, cit., Leibert & Agaskar, 2011) sendo um elemento central no encontro terapêutico. Desta forma, os resultados desta estimativa parecem indicar que os terapeutas mais do que as terapias são o elemento essencial a darem o contributo mais significativo para a eficácia terapêutica (Beutler et al., 1998 cit. Vasco, Santos & Silva, 2003), desta forma, talvez possamos dizer que mais vale escolher bons terapeutas do que boas terapias, para uma psicoterapia eficaz e de sucesso.

Assim, surge também a questão, o que é um bom terapeuta? De certa forma um bom terapeuta poderá apresentar algumas características como:

(a) o cuidar adequadamente da aliança terapêutica no que se refere as ruturas desta nas suas vertentes de laço/vínculo, acordo relativamente a objetivos e a tarefas da terapia (Abreu, 2003; Bordin, 1979; Safran & Muran, 2000, cit. Vasco, Santos & Silva, 2003), e acordo relativamente à representação do problema (Vasco & Conceição, 2002 cit. Vasco, Santos & Silva, 2003), ou seja, podemos dizer que é concordância e a congruência entre terapeuta-paciente relativamente ao tratamento;

(b) ser sensível às diferenças individuais dos pacientes para além do diagnóstico nosológico (Beutler & Harwood, 2000; Prochaska & Norcross, 2002 cit. Vasco, Santos & Silva, 2003);

(c) ajudar o paciente a identificar os seus próprios padrões interpessoais, cognitivos e afetivos (Benjamim, 2003 cit. Vasco, Santos & Silva, 2003);

(d) ajudar a cingir padrões não-adaptativos (Benjamim, 2003 cit. Vasco, Santos & Silva, 2003);

(e) promover a responsabilidade e a vontade para a mudança no paciente (Benjamim, 2003 cit. Vasco, Santos & Silva, 2003);

(f) promover experiências de aprendizagem de novos padrões interpessoais, cognitivos e afetivos (Benjamim, 2003 cit. Vasco, Santos & Silva, 2003);

(g) consolidar as mudanças, reconhecendo os esforços do paciente e antecipar as dificuldades que se avizinham futuramente; e

(h) cumprir uma sequência temporal de objetivos estratégicos (Vasco & Conceição, 2003 cit. Vasco, Santos & Silva, 2003).

Deste modo, uma boa terapia é aquela que tem um bom terapeuta com uma capacidade, de compreender, empatizar, de ajudar na criação de novas formas de pensar, de sentir e de se relacionar, e também com uma capacidade fundamental única que é a de criar um relacionamento terapêutico ou aliança terapêutica, que é considerada a chave da eficácia e do sucesso nas psicoterapias para a dupla terapêutica.

Neste ponto, já percebemos que as terapias psicológicas são eficazes e que a base do sucesso terapêutico está, segundo diversos investigadores, nas correlações entre aliança terapêutica e resultado. Ou seja, os terapeutas que constantemente formam alianças melhores com os seus pacientes de forma geral alcançam melhores resultados nas terapias (Re, Flückiger, Horvath, Symonds & Wampold, 2012). Vários estudos têm investigado o impacto do terapeuta versus variabilidade do paciente na aliança, usando métodos multinível e encontraram evidências que sugerem que a contribuição do terapeuta é mais notada/crítica do que a contribuição do paciente para a correlação entre a aliança e o resultado (Baldwin, Wampold, & Imel, 2007; Dinger, Strack, Leichsenring, Wilmers, & Schauenburg, 2008; Marcus, Kashy, Wintersteen, & Diamond, 2011; Zuroff, Kelly, Leybman, Blatt, & Wampold, 2010 cit. Re, Flückiger, Horvath & Symonds, Wampold, 2012). Embora estas descobertas recentes apoiem a importância dos efeitos do terapeuta na correlação aliança-resultado elas são meramente informativas, pois, esta evidência não pode ser considerada como conclusiva por diversas razões, especialmente porque os estudos que usam modelagem multinível para separar as contribuições do terapeuta e paciente não tem sido amplamente replicados devido a características idiossincráticas dos mesmos

(como por exemplo, a amostra, métodos (Re, Flückiger & Horvath, Symonds, Wampold, 2012).

Assim, ao que parece, a impossibilidade de empiricamente os investigadores verbalizarem ou operacionalizar concretamente o quão importante é o impacto do terapeuta no processo terapêutico, leva por vezes a que o fator terapeuta seja descuidado ou “ignorado” na investigação, mesmo existindo estudos que comprovam que uma proporção da variabilidade nos resultados terapêuticos é devida ao terapeuta (e.g., Blatt et al., 1996; Crits-Christoph et al., 1991; Luborsky et al., 1985, 1986; Project MATCH Research Group, 1998 cit. Tavares, 2008). Desta forma, temos que concordar com Tavares (2008) que refere que ao ignorarem-se os efeitos do terapeuta, os investigadores poderão estar a subestimar a eficiência do tratamento ou, até mesmo, a sua ausência (se o modelo terapêutico for eficaz e se o próprio terapeuta for ele mesmo menos eficaz). Ou seja, isto leva-nos a concluir que ainda que exista consenso na literatura (e em parte também na investigação), relativamente aos benefícios gerados pelas terapias psicológicas, ainda é necessário conhecer em profundidade quais os aspetos do factor terapeuta que favorecem os resultados positivos. Assim sendo, para termos boas terapias e bons terapeutas, os investigadores da área da eficácia e dos sucessos terapêuticos, deveriam aceitar a sugestão de autores como Crits-Christoph e Gallop (2006); Elkin et al. (2006b); Wampold e Bolt, (2006) (cit. Tavares, 2008) que propõem que a estimativa da variabilidade dos resultados terapêuticos atribuíveis ao fator terapeuta de ser procurada em contextos clínicos naturalistas da prática clínica, com amostras maiores e mais informativas.

6. Conclusão

Podemos concluir que a pessoa do terapeuta com as suas atitudes poderá facilitar o progresso da terapia e contribuir para um resultado positivo (ou negativo), no entanto, o fator terapeuta ainda é empiricamente pouco estudado, o que leva a que isto seja apenas uma conclusão de caráter informativo e não conclusivo.

No que respeita à eficácia e aos sucessos das terapias psicológicas, o que podemos concluir é que os terapeutas diferem no seu grau de eficiência, existindo uns com melhor desempenho do que outros como, também não existe investigação que determine a percentagem do efeito da terapia que é explicada pelo terapeuta. Os investigadores parecem descuidar o “fator” terapeuta e dar primazia ao estudo da eficácia das técnicas terapêuticas, as quais podem produzir um melhor resultado

terapêutico, centrando-se assim num modelo mais mecanicista. Para além disto, é também claro na literatura que na base de uma terapia psicológica eficaz e bem-sucedida está a qualidade da aliança terapêutica e que esta é crucial para resultados de sucesso. Assim, esta é um dos elementos centrais do tratamento, porque é nesta aliança que se cria, desde o início, o que se pretende com o tratamento, como se irá fazer e que tarefas terá que realizar para que seja cumprido o objetivo a que a dupla terapêutica se propõe.

É também através desta relação que o paciente revela e compartilha a sua história de vida ao terapeuta e este se coloca como um agente facilitador de um processo de autorrevelação, ou melhor, num processo em que o paciente ao revelar a sua história de vida também reflete sobre ela, logo, pode considerar-se um processo autorreflexivo, de consciencialização e responsabilização.

Quanto à eficácia das terapias psicológicas, parece bem estabelecido que estas são eficazes e têm efeitos duradouros e que de alguma forma, a sua eficácia ou sucesso é determinado por variáveis ou características associadas ao paciente e ao seu meio, por variáveis ou características associadas ao terapeuta, por abordagens terapêuticas de diferentes orientações teóricas mas essencialmente por um fator poderosíssimo e mais responsável pelo sucesso e resultado terapêutico a aliança terapêutica. Assim sendo, é importante que tenhamos boas terapias, mas é muito mais importante que tenhamos bons terapeutas que saibam cuidar e dar qualidade à aliança terapêutica. No entanto, estes resultados apesar de consensuais na literatura, não podem ter um carácter conclusivo, visto que os investigadores ainda não reportaram estudos suficientes que investiguem o impacto do terapeuta, tornando necessário assim um aprofundamento maior sobre a temática em questão.

Em síntese podemos concluir, de forma geral, que existem poucos estudos sistemáticos relativamente ao terapeuta e à aliança terapêutica entre a dupla do processo terapêutico (terapeuta e paciente) que estão diretamente implicadas no fracasso ou no sucesso da terapias psicológicas.

É neste sentido que no capítulo seguinte iremos apresentar o nosso estudo empírico, onde vamos tentar perceber o que na visão dos psicólogos que entrevistamos, é um trabalho terapêutico de qualidade ou como é que avaliam a sua eficácia, enquanto terapeutas e o que é para eles uma terapia bem-sucedida.

Parte II- Estudo empírico

Capítulo I- Metodologia

1. Introdução

O presente capítulo pretende descrever e explicar as opções metodológicas feitas ao longo deste trabalho de investigação. Começamos por uma breve caracterização do nosso estudo, prosseguimos através da enunciação e explicação dos objetivos, bem como das respetivas questões em estudo. Numa fase seguinte debruçamo-nos sobre a caracterização da amostra e sobre os procedimentos tidos em conta neste estudo.

2. Tipo de estudo

Na medida em que pretendemos com este estudo compreender os significados, a perceção ou representação que os psicólogos entrevistados têm da sua profissão e sobre a eficácia, desempenho e qualidade do seu trabalho, o paradigma qualitativo afigurou-se-nos como o enquadramento, naturalmente, adequado.

O paradigma qualitativo tem como princípios teóricos de base: (1) a perspectiva da realidade social como construção e atribuição social de significados; (2) o carácter processual e a reflexão; (3) que as condições objetivas de vida que tornam-se relevantes por meio de significados subjetivos; (4) o carácter comunicativo da realidade social, que permite que o refazer do processo de construção das realidades se torne um ponto de partida para a pesquisa (Flick, Kardorff & Steinke, 2000; cit. Gunther, 2006; Aires, 2011). Desta forma, o investigador e a investigação qualitativa tendem a preocupar-se com o significado e mais, especificamente, em compreender o que é experienciar determinadas condições e como é que as pessoas se sentem perante essas condições. Deste modo, existe um interesse em compreender a forma como as pessoas dão sentido ao mundo e como é que vivenciam nele determinados acontecimentos (Willig, 2001). De uma forma sintética, a investigação qualitativa pretende substituir as noções de explicação, previsão e controlo, pelas de compreensão, de significado e ação através dos quais se procura penetrar no mundo pessoal dos sujeitos (Coutinho, 2004) e “saber como eles interpretam as diversas situações e que significados lhes dão“(Latorre et al,1996; cit. Coutinho, 2004),

tentando compreender o mundo complexo do vivido a partir do ponto de vista de quem vive (Mertens,1998; cit. Coutinho,2004).

3. Objetivos e questões de investigação

Neste trabalho propomo-nos estudar dimensões centrais na identidade profissional dos psicólogos clínicos como sejam as questões da eficácia, da qualidade das suas práticas e do sucesso terapêutico. A ausência de estudos recentes sobre o tema em Portugal e a importância que nas Ciências Sociais e Humanas têm merecido os estudos sobre a identidade faz com, que consideramos pertinente fazê-lo. Especificamente, esperamos através do mesmo, explorar e compreender: as percepções de eficácia, eficiência e qualidade da atividade profissional dos psicólogos clínicos; a influência das necessidades/expetativas sociais, organizacionais ou individuais (clientes) nos mecanismos /padrões de percepção de eficácia da atividade profissional; as influências dos processos/mecanismos de ajustamento, auto-regulação, feedback, entre outros, no exercício/inação da prática profissional.

As questões de investigação que orientam este projeto de investigação são as seguintes:

- 1) Qual a percepção que os psicólogos clínicos têm da qualidade do seu desempenho?
- 2) Como avaliam os psicólogos clínicos a eficácia das suas práticas?
- 3) Como caracterizam os psicólogos clínicos os seus sucessos terapêuticos?

4. Caraterização da amostra

Os participantes deste estudo são 20 psicólogos clínicos que exercem atualmente a sua atividade profissional na área geográfica de Évora e Lisboa. Os psicólogos foram selecionados tendo em conta a sua especialização em psicologia clínica e os anos de prática profissional, que tinham que ter pelo menos 5 anos de prática clínica continuada, pois o objetivo é estudar a identidade profissional dos psicólogos clínicos Portugueses. Desta forma os entrevistados foram selecionados através de processos de amostragem por conveniência, ou seja, em função da acessibilidade aos mesmos.

Os psicólogos entrevistados compreendem idades entre os 30 e os 56 anos e os anos de prática clínica continuada/ experiência profissional enquanto psicólogos clínicos variam entre os 6 e os 23 anos. Quanto ao contexto profissional em que desenvolvem a atividade de psicólogo, podemos verificar os seguintes: clínica privada, centros de saúde, lares e associações de crianças e jovens em risco e em IPSS, oncologia, CRI. (Quadro. 1)

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes

Terapeuta	Idade	Anos de prática profissional	Contexto profissional de desenvolvimento da actividade de psicólogo
T1	44	19	Clinica privada
T2	51	23	Centro de saúde/Clinica privada
T3	52	20	Clinica privada
T4	32	8	Centro de saúde
T5	36	10	Lar de jovens em risco/Clinica privada
T6	32	8	Clinica privada/ Centro de Respostas Integradas
T7	41	15	Clinica privada/Centro de Respostas Integradas
T8	40	15	Centro de saúde
T9	32	8	IPSS/Associação de crianças e jovens em risco
T10	31	6	IPSS/Associação de crianças em risco
T11	44	17	Clinica privada
T12	32	9	Clinica privada
T13	51	19	Clinica privada
T14	38	13	Clinica privada/IPSS
T15	33	7	Serviço de oncologia/Instituto clinico
T16	39	10	Lar
T17	30	7	Clinica privada/IPSS
T18	51	23	Centro de saúde/Clinica privada
T19	42	8	Centro de saúde
T20	56	20	Clinica privada

5. Instrumento

Como instrumento de recolha de dados foi usado um guião de entrevista semiestruturada (anexo I), composto pelas seguintes questões:

Questão 1: Como perceciona a qualidade do seu trabalho?

Questão 2: Como avalia a eficácia do seu trabalho?

Questão 3: O que é para si, uma terapia bem-sucedida?

6. Procedimentos

Numa primeira etapa, os participantes foram contactados por telefone, tendo-lhes sido explicado que se tratava de um estudo sobre a identidade profissional dos psicólogos clínicos portugueses, realizado no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade de Évora e para o qual se solicitou a sua colaboração. Durante este primeiro contato, foram ainda informados que a colaboração na investigação passaria pela realização de uma entrevista gravada com a duração aproximada de 45 minutos. O telefonema bem-sucedido terminava com o agendamento de um encontro para a realização da entrevista. Imediatamente, antes da realização da entrevista, foram explicados e (re)apresentados os objetivos do estudo. A este respeito, foi-lhes dito que este estudo pretende produzir conhecimento sobre a identidade profissional do psicólogo clínico em Portugal, nomeadamente sobre a forma como estes profissionais percecionam a qualidade e eficácia do seu trabalho. Foi também garantido a cada participante que a informação proveniente dos dados recolhidos seria unicamente utilizada para os fins desta investigação assegurado o anonimato dos dados. Cada participante declarou por escrito o carácter voluntário da sua colaboração e deu permissão para a gravação da entrevista através do consentimento informado (Anexo III). As entrevistas foram realizadas no período que decorreu de outubro de 2011 a abril de 2012.

Ao longo do período de recolha de dados e á medida que se foram realizando as entrevistas, as mesmas foram sendo transcritas. Simultaneamente, foi sendo feita uma leitura/releitura do material recolhido e foram sendo anotados aspetos, ideias e passagens significativas que se salientaram e nos foram familiarizando com os dados.

Naturalmente, foram emergindo categorias [i.e. classes que reúnem um grupo de unidades de registo sob um título genérico baseado nas características comuns desses elementos (Bardin,2008)], que se constituíram como “instrumentos” facilitadores da construção do conhecimento. Neste processo de criação de categorias foram tidas em consideração as propriedades a que estas devem obedecer: exaustividade (i.e. deve incluir todo o conteúdo para classificação); a exclusividade (i.e. um elemento/unidade de registo só deverá pertencer a uma categorias); a pertinência (i.e. os documentos devem ser adequados enquanto fonte de informação, para corresponderem ao objetivo do estudo) e a objetividade (i.e. clareza das categorias) (Vala,1986). A análise das mesmas realizou-se de acordo com os procedimentos da análise de conteúdo, que consiste explicitação e sistematização do conteúdo das mensagens (Bardin, 2008), através da seleção de unidades de registo (i.e. um segmento de determinado conteúdo que se caracteriza colocando-o numa dada categoria (Vala, 1986)), que neste estudo corresponde a um extrato de texto no qual a sua informação corresponde a uma categoria.

Capítulo II- Apresentação e discussão de resultados

1. Introdução

Nesta secção, são apresentados e descritos os resultados organizados em termos de temáticas e suas respectivas categorias e subcategorias, que inicialmente surgirão sintetizados num quadro.

2. Resultados

A análise de conteúdo das respostas dos participantes às três questões em estudo resultou num conjunto de categorias e subcategorias associadas às diferentes temáticas correspondentes a cada questão em estudo, tal como sistematiza o quadro que abaixo se segue (Quadro.2). Para além das temáticas, categorias e subcategorias o quadro permite visualizar os padrões nos discursos dos entrevistados, bem como, a identificação do terapeuta, da unidade de registo (T-Terapeuta/UR-unidade de registo) e a ocorrência com que determinado tema foi referido ao longo da entrevista(s).

No que respeita á temática qualidade do trabalho clinico, remete para a perceção que os psicólogos têm da qualidade da sua prática clinica. Neste âmbito foi possível encontrar 3 categorias: auto-conceito profissional, avaliação da qualidade, fatores de qualidade, e cada uma das quais com diferentes subcategorias.

Relativamente á **categoria autoconceito profissional**, surgiu 1 subcategoria:

- (1) Autoavaliação positiva: quando o psicólogo tem a perceção de que o seu trabalho/ autoconceito profissional é positivo (e.g. “ [relativamente á qualidade] tenho uma critica positiva.” (T1/UR1); (...) de uma maneira geral o meu trabalho é bom” (T 6/UR3)).

Esta ideia de autoavaliação positiva, relativamente, ao trabalho que desempenham, emerge no discurso de oito dos vinte entrevistados e alguns deles mencionam esta ideia mais do que uma vez, num total de dez ocorrências.

No que concerne á **categoria avaliação de qualidade**, foram encontradas 2 subcategorias:

- (1) Resultados terapêuticos positivos: quando o paciente é caracterizado com base nos resultados positivos obtidos no processo terapêutico. Esses resultados positivos são: ganhos terapêuticos, alcance dos objetivos,

progressão, melhoras, mudança, bem-estar (e.g. “quando eles alcançam algum objetivo, que estava predestinado e que era difícil alcançar (T5/UR1); “perceciono a partir do bem estar das pessoas, do que sentem e transmitem e a partir da atenuação dos sintomas” (T20/UR1)).

Num universo de vinte psicólogos esta forma de percecioniar/avaliar a qualidade de trabalho, surge no discurso de seis psicólogos num total de dez ocorrências.

- (2) Feedback dos pacientes: quando o psicólogo expressa que a forma de percecioniar a qualidade dos seus desempenhos profissionais é através do feedback dos pacientes (e.g. “... tenho o feedback dos principais, digamos avaliadores, que são os pacientes” (T15/UR2); “pois se eles [pacientes] avaliam positivo e o feedback é positivo eu também perceciono que há qualidade de trabalho através deles” (T11/UR2)).

Esta subcategoria foi identificada por seis dos vinte psicólogos, num total de 9 ocorrências.

Por último, a **categoria fatores de qualidade** apresenta associada a si 2 subcategorias:

- (1) Maturidade/aprendizagem continua: situações nas quais o psicólogo expressa, que os preditores de qualidade do seu trabalho é a sua maturidade profissional e a aprendizagem contínua, como se verificasse um acréscimo de conhecimento contínuo para o psicólogo tanto ao nível pessoal com profissional ao longo do tempo, que será indicador de qualidade do seu desempenho profissional (e.g. “Eu sinto que tenho muito para aprender” (T10/UR1); “ o psicólogo que sou hoje, provavelmente, já não o serei daqui a uns anos, isto significa para mim, que na psicologia a qualidade do nosso trabalho, está também associada ou relacionada com a nossa aprendizagem enquanto processo de evolução ao longo da experiência de trabalho” (T11/UR6)).

Esta percepção emergiu no discurso de 4 psicólogos dos vinte entrevistados, registando um total de 7 ocorrências.

Quadro 2 – Apresentação dos resultados

Temática	Categorias	Subcategorias	Terapeuta/Unidade de Registo	Número de ocorrências
Qualidade do trabalho clínico	Auto-conceito profissional	Auto-avaliação positiva	T1/UR1 e UR3; T3/UR1;T6/UR3; T7/UR1; T8/UR1;T11/UR1; T14/UR1; T15 /UR1 e UR3	10
	Avaliação de qualidade	Resultados terapêuticos positivos	T2/UR1; T5 /UR1 e UR2; T11/UR3, UR4 e UR5;T17/UR1; T19/UR1;T20/UR1 e UR2	10
		Feedback dos pacientes	T4/ UR 1 e UR2; T6/UR1 e UR2; T9/UR1;T11/UR2; T14/UR3 e UR4; T15/UR2	9
	Fatores de qualidade	Maturidade/Aprendizagem contínua	T1/UR2; T10/UR1, UR2 e UR3; T11/UR6; T14/UR2 e UR5	7
		Boa relação terapêutica	T2/UR2 e UR3; T16/UR1 e UR2; T18/UR1	5
Eficácia do trabalho clínico	Avaliação de eficácia	Resultados terapêuticos	T1/UR1,UR2 e UR3; T2 /UR1; T3/UR2; T5/UR1; T11/UR1; T12/UR1 e UR2; T14/UR3 ; T15/UR1; T16/UR2 e UR3; T17/UR1, UR3 e UR4; T18/UR1;T19/UR1; T20/UR1	19
		Feedback dos pacientes	T4/UR1 e UR2; T9/UR1; T11/UR3 e UR4; T14/UR1,UR2 e UR4; T16/UR4; T17/UR2; T20/UR2	11
		Resultados de instrumentos de avaliação	T8/UR1 e UR2; T10/UR1; T11/UR2	4
	Fatores de eficácia	Relação terapêutica	T3/UR4; T7/UR1 e UR2; T11/UR5; T13/UR1; T16/UR1;T17/UR5	7
Representação de sucessos terapêuticos	Indicadores de uma terapia bem-sucedida	Resultados terapêuticos positivos	T1/UR2;T3/UR1 e UR2;T4/UR3 e UR4;T7/UR1;T9/UR2; T14/UR1, UR2 e UR3;T15/UR1,UR3 e UR4;T16/UR3, UR4 e UR5; T17/UR1 e UR2; T20/UR1 e UR2	21
		Alcance de objetivos do contrato terapêutico	T4/UR1 e UR2; T5/UR1; T6/UR1; T8/UR2; T9/UR1;T10/UR3; T11/UR1,UR2,UR3,UR4 e UR5;T16/UR7; T20/UR3	15
		Desenvolvimento pessoal do paciente	T1/UR1;T2/UR1, UR2 e UR3; T3/UR4; T5/UR2; T10/UR1 e UR2; T12/UR1 e UR3; T13/UR1;T16/UR1;T18/UR1	13
		Desenvolvimento de competências de resolução de problemas por parte do paciente	T3/UR3 e UR4; T7/UR2; T8/UR1; T10/UR4; T15/UR2; T16/UR1, UR2 e UR6; T18/UR3	10

(2) Boa relação terapêutica: situações em que o psicólogo revela, que o preditor para a qualidade do seu trabalho é o estabelecimento de uma boa relação terapêutica. (e.g. tenho uma grande capacidade de estar na relação com as pessoas e portanto eu costumo dizer que ganho os meus casos pela relação” (T16/UR1); “Pois eu de fato é mais em termos da própria relação que estabelecem comigo” (T18/UR1)).

Este indicador de qualidade de trabalho, é referido por 3 dos vinte psicólogos, no entanto registou um total de 5 ocorrências.

A temática eficácia do trabalho clínico, pretende compreender a representação que os psicólogos têm da avaliação da eficácia do seu trabalho. Associada a esta temática foram criadas 2 categorias: avaliação de eficácia e fatores de eficácia com subcategorias a elas associadas.

No que respeita á **categoria avaliação da eficácia**, remete para as diversas formas que os psicólogos têm de avaliar a eficácia das suas práticas e permitiu a identificação de 3 subcategorias:

- (1) Resultados terapêuticos: remete para os resultados por excelência obtidos pelos pacientes no processo terapêutico. Estes resultados são: mudança, remissão de sintomas, resultados positivos, sinais de bem-estar, sucessos terapêuticos/casos bem-sucedidos (e.g. “a minha eficácia do meu trabalho avalio muito pelos sinais de bem-estar das pessoas”. (T20/UR1); “ ao ver os resultados [dos pacientes]”. (T17/UR3).

Esta subcategoria apresenta um total de dezanove ocorrências e aparece no discurso de treze dos vinte psicólogos.

- (2) Feedback dos pacientes: quando o psicólogo menciona, que a forma de avaliar a eficácia do seu trabalho é através do feedback dos pacientes (e.g. “...pelos utentes, pela forma como os utentes se apresentam e por aquilo que eles me dizem pelo feedback que eles me dão (T4/UR1);“ no meu caso acho que é muito o feedback das pessoas” (T17/UR2)).

Esta forma de avaliar a eficácia de trabalho, num universo de vinte psicólogos aparece no discurso de 7 num total de onze ocorrências.

- (3) Resultados de instrumentos de avaliação: Situações nas quais o psicólogo diz avaliar a eficácia do seu desempenho profissional através do resultado instrumentos de avaliação, como escalas, instrumentos formais de avaliação de trabalho, protocolos de avaliação, testes de sintomatologia psiquiátrica (e.g “Portanto, eu ainda utilizo algumas escalas, que me permitem aferir a eficácia, portanto uso em alguns momentos do processo terapêutico...” (T11/UR2); “...bem existem no meu trabalho, nós temos uma série de instrumentos formais para realmente o avaliar” (T10/UR1)).

Em vinte dos nossos psicólogos existem 3 dos quais referem esta ideia no seu discurso, verificando-se um total de 4 ocorrências.

Relativamente, á **categoria fatores de eficácia**, remete para os preditores de eficácia de trabalho apontados pelos psicólogos e associada a esta surgiu 1 subcategoria:

- (1) Relação terapêutica: situações em que o psicólogo indica a eficácia do seu trabalho como dependente do fator/preditor relação terapêutica. Ou seja, a eficácia do trabalho depende da relação que é estabelecida entre si e os seus pacientes. (E.g. “O meu trabalho só se vê se o paciente colaborar na relação, caso contrário não é possível, não há” (T7/UR2); “...sem o outro não é possível [existir eficácia] por muito boa psicóloga que eu seja ... se o outro não estiver apto capaz de fazer todo um processo e de entrar neste processo psicoterapêutico, nesta relação terapêutica”. (T16/UR1)).

Esta subcategoria foi identificada no discurso de 6 dos 20 psicólogos, num total de 7 ocorrências.

A temática representação de sucessos terapêuticos, pretende descrever as representações que os psicólogos têm de uma terapia de sucesso. Associado a esta temática foi identificada a **categoria indicadores de uma terapia bem-sucedida**, á qual estão articuladas 4 subcategorias:

- (1) Resultados terapêuticos positivos: quando o paciente é descrito com base nos resultados positivos que obteve no processo terapêutico e em que os indicadores de sucesso terapêutico são a mudança, diminuição do sofrimento, melhoria da qualidade de vida do paciente, resultados positivos (e.g. “[a terapia bem-sucedida] traduz-se (...) no bem-estar que as pessoas avaliam em si mesmas”.(T14/UR3); “então uma terapia bem-sucedida, enquanto psicólogo é aquela terapia em que ... nós próprios sentimos, que a pessoa que nós vemos tem resultados e vemos evolução na pessoa”. (T4/UR3)).

Esta visão é partilhada por dez dos vinte entrevistados, verificando-se um total de vinte ocorrências.

- (2) Alcance de objetivos do contrato terapêutico: Situações em que o psicólogo considera como indicador de uma terapia bem-sucedida o alcance dos objetivos estabelecidos/negociados no contrato terapêutico, por parte do paciente (e.g. Uma terapia bem-sucedida é, quando como eu dizia á bocado há um entendimento comum, de se ter atingido os objetivos (T11/UR1); “Do ponto de vista do paciente a terapia bem-sucedida é quando

a pessoa sente cumpriu os objetivos, pelos quais veio á consulta” (T4/UR2)).

No conjunto dos vinte psicólogos este aspeto foi referido por 9 deles num total de catorze ocorrências.

- (3) Desenvolvimento pessoal do paciente: quando o psicólogo revela que a terapia bem-sucedida ocorre quando é verificado um desenvolvimento pessoal do paciente no sentido em que este, se sente melhor com ele próprio; atinge um nível de autoconhecimento pessoal; se encontra enquanto pessoa; se sente mais liberto, feliz, satisfeito e mais dono de si próprio (e.g. Uma terapia bem sucedida eu acho que é a que liberta a própria pessoa, que a transpõem (T2/UR1); “Eu acho que uma terapia bem-sucedida é quando...o sujeito que está connosco consegue chegar a um nível de autoconhecimento e à descoberta de si próprio e quando consegue conhecer-se melhor, perceber-se melhor a si próprio” (T16/UR1)).

Esta opinião emergiu no discurso de 9 dos vinte psicólogos, num total de treze ocorrências.

- (4) Desenvolvimento de competências de resolução de problemas por parte do paciente: situações nas quais o psicólogo revela que a terapia bem-sucedida é quando o paciente consegue adquirir estratégias, instrumentos ou competências, para a resolução dos seus problemas mesmo após o término da terapia (e.g. “quando os pacientes já são capazes de os resolver os seus problemas”. (T3/UR4); “Eu acho que uma terapia bem-sucedida é quando o sujeito que está connosco consegue encontrar novas estratégias para lidar com situações”. (T16/UR1)).

Num total de vinte psicólogos este parecer foi referido por 7, num total de dez ocorrências.

3. Discussão dos resultados

De um modo geral, através deste estudo foi possível verificar que os psicólogos se autoavaliam, positivamente, ao considerarem como boa a qualidade do seu trabalho. Podemos constatar que os psicólogos avaliam a qualidade das suas práticas profissionais através dos resultados terapêuticos positivos e do feedback positivo dos seus pacientes. Verificamos que para os psicólogos um forte indicador de qualidade de trabalho é o processo de maturidade e aprendizagem contínua. Este resultado vai no sentido do trabalho de Mazer e Silva (2010), onde a identidade profissional dos psicólogos surge como uma construção social, formada a partir do conjunto de experiências do percurso profissional (Krawulski, 2004 cit. Mazer & Silva, 2010). Embora os componentes base da identidade profissional referidos sejam: a formação académica, os estágios, a supervisão e a própria experiência pessoal, esta vai sendo construída e consolidada na prática do exercício da profissão através das possibilidades e limitações oferecidas pela trajetória e pelo quotidiano do trabalho dos psicólogos (Aguirre et al., 2000; Krawulski, 2004; Krawulski & Patrício, 2005; Melo-Silva, 1999; Melo-Silva & Santos, 2003 cit. Mazer & Silva, 2010). No que respeita à qualidade do trabalho, os psicólogos estudados consideram que para qualidade do seu trabalho em muito contribui uma boa relação terapêutica. Este resultado vai de encontro à literatura revista, onde a aliança terapêutica é constantemente referida como um preditor robusto de sucesso terapêutico (Flückiger, Re, Wampold, Znoj, Caspar & Jörg, 2012) o principal fator de sucesso das terapias (Abreu, 2003; Vasco, Santos & Silva, 2003; Jardim, Souza & Gomes, 2009; Barber & Muran, 2010; Bordin, 1979; Orlinsky, Ronnestad, & Willutzki, 2004, cit. Flückiger, Wampold, Znoj, Caspar & Jörg, 2012; Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske, & Davis, 2000, cit. Taber, Leibert & Agaskar, 2011).

No que respeita à eficácia os psicólogos avaliam a mesma através dos resultados terapêuticos, do feedback ou opinião dos seus pacientes, bem como, através dos resultados de instrumentos de avaliação. Por fim, verificamos que os psicólogos consideram que a eficácia do trabalho depende da relação que é estabelecida entre si e os seus pacientes.

Quanto à representação que os psicólogos têm de uma terapia bem-sucedida, parece que esta se baseia em resultados terapêuticos positivos, no alcançar dos objetivos negociados no contrato terapêutico, no desenvolvimento pessoal do paciente

e no desenvolvimento de competências de resolução de problemas por parte do paciente.

Dada a escassez de estudos em torno dos psicólogos clínicos portugueses sugerimos que futuramente mais investigadores dirijam os seus esforços de investigação em para compreender melhor «o que somos?», «quem somos?», «Como nos vemos?», «Como vemos o que fazemos?», «Como nos construímos enquanto psicólogos clínicos/terapeutas?». Este estudo, sendo uma primeira abordagem à temática da representação interna que os psicólogos clínicos portugueses têm relativamente aos seus desempenhos profissionais (em termos de qualidade, eficácia e sucessos terapêuticos) e à forma como esta vai interferir no seu autoconceito/identidade profissional, é insuficiente para responder às questões acima referidas.

4. Conclusão

O seguinte estudo deu-nos a possibilidade de percebermos qual a perceção que os nossos psicólogos clínicos têm das suas práticas profissionais (em termos de qualidade, eficácia e sucessos terapêuticos) e como esta perceção influencia a sua identidade profissional enquanto psicólogo clínico. Os resultados deste estudo vêm mostrar que, de forma geral, os psicólogos têm uma perceção positiva dos seus desempenhos profissionais (em termos de qualidade, eficácia e sucessos terapêuticos), sendo os principais avaliadores e indicadores dos seus desempenhos profissionais os pacientes.

Especificamente, quanto à qualidade do trabalho clínico o estudo revelou que os psicólogos percecionam a mesma pelos resultados terapêuticos positivos que os seus pacientes manifestam na terapia e através do feedback dos mesmos relativamente, à terapia. Para além disto, parece que o sentimento de maturidade e aprendizagem contínua é indicador de qualidade de trabalho e influencia a perceção que os psicólogos têm das suas práticas profissionais e a imagem que têm de si enquanto profissionais; no sentido em que quanto mais experiência/maturidade profissional mais aprendizagem e melhor se esperará que seja o trabalho terapêutico. Ainda outro indicador de qualidade de trabalho, manifestado pelos psicólogos é o estabelecimento de uma boa relação terapêutica com os seus pacientes.

Relativamente, à eficácia de trabalho clínico concluímos que os psicólogos dizem prelecioná-la essencialmente: pelos resultados terapêuticos obtidos pelos seus

pacientes, que à partida são fruto do trabalho do psicólogo com o respetivo paciente; pelo feedback dado pelos pacientes; pelos resultados de instrumentos de avaliação. E que a eficácia do seu trabalho clínico depende do preditor essencial a relação terapêutica. Por fim, o estudo demonstrou que para os psicólogos portugueses os indicadores de sucesso terapêutico são: os resultados terapêuticos positivos relatados pelos seus pacientes; alcance dos objetivos estabelecidos no contrato terapêutico; desenvolvimento pessoal do paciente; desenvolvimento e aquisição de competências de resolução de problemas por parte do paciente.

Deste modo, estas formas de avaliação são internalizadas pelos psicólogos e contribuem para a perceção que os psicólogos têm do seu trabalho, interferindo no seu autoconceito profissional ou na forma como se concebem a si mesmos enquanto profissionais. Ou seja, é neste jogo de perceções que os psicólogos portugueses manifestaram de si próprios, que emerge a identidade profissional de cada um, que foi sendo construída na interação com os seus pacientes.

Por fim a constatação da incompreensivelmente pouca investigação desenvolvida sobre os psicólogos em Portugal. Contrariando esta tendência, esperamos contribuir com este estudo para despertar o interesse dos psicólogos e investigadores em Psicologia para o estudo desta classe profissional, que é afinal a sua.

Bibliografia

- Abreu, C. (2003). A pessoa do terapeuta e o processo de mudança em psicoterapia. In Abreu, C. & Roso, M. (Org), *Psicoterapias cognitivas e construtivistas novas fronteiras da prática clínica* (pp.325-335). Porto Alegre: Artmed.
- Aires, L. (2011). *Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional*. Universidade Aberta.
- Barbosa, M. (2011). A construção da identidade profissional dos animadores socioculturais. Trabalho apresentado no *Primeiro Congresso Nacional de Animação Sociocultural*, Aveiro.
- Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo*. Lisboa: edições 70.
- Bettoi, W. (2003). *Natureza e representações sobre a profissão na cultura profissional dos psicólogos*. Dissertação apresentada à Universidade de São Paulo para obtenção de doutor. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Carretero, M., & Borrelli, M. (2006). Processes and contexts of the construction of professional identity. *European Journal of School Psychology*, 4, 295-302.
- Coutinho, C. (2004). *Quantitativo versus qualitativo: Questões paradigmáticas na pesquisa em avaliação*. Atas apresentadas no XVII Colóquio ADMEE-Europa sobre a avaliação de competências. Reconhecimento e validação das aprendizagens adquiridas pela experiência, Universidade do Minho.
- Coutinho, M., Krawulski, E., & Soares, D. (2007). Identidade e trabalho na contemporaneidade: repensando articulações possíveis. *Psicologia & Sociedade*, 19 (1), 29-37.
- Cunha, C. (2007). *Processos dialógicos de auto-organização e mudança: Um estudo microgenético*. Dissertação apresentada à Universidade do Minho para obtenção do grau de mestre. Braga: Universidade do Minho.
- D'Alte, I., Petracchi, P., & Ferreira, T., Cunha, C., Salgado, J. (2007). Self dialógico: Um convite a uma abordagem alternativa ao problema da identidade pessoal. *Interacções*, (6), 8-31.
- Doron, R., & Parot, F. (2001). *Dicionário de psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Fluckiger, C., Del Re, A.C., Wampold, B., Znoj, H., Caspar, F., & Jörg, U. (2012). Valuing clients perspective and the effects on the therapeutic alliance: A randomized controlled study of an adjunctive instruction. *Journal of Counseling Psychology*, 59 (1), 18-26.
- Flum, H., & Kaplan, A. (*in press*). Identity formation in educational settings: A contextualized view of theory and research in practice. *Contemporary Educational Psychology*.
- Galindo, W. (2004). A construção da identidade profissional docente. *Psicologia ciência e profissão*, 24 (2), 14-23.
- Gonçalves, M. (2004). Identidade e narrativa pessoal. In F. Teixeira. (Eds.), *Identidade pessoal caminhos e perspectivas* (pp.165-179). Coimbra: Quarteto.
- Grubits, S. & Noriega, V. (2005). Construcción de la identidad y la ciudadanía. *Ra Ximhai*, 1, 471-488.
- Gunther, H. (2006, Agosto). Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: Esta é a questão?. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 22 (2), 201-210.
- Hermans, H. (1996). El sí mismo ampliado y diseminado: Introducción a la teoría de la valoración. *Revista de Psicopatología e Psicología Clínica*, 1 (3), 205-221.
- Hermans, H. J. M. (2003). The construction and reconstruction of dialogical self. *Journal of Constructivist Psychology*, 16, 89-130.
- Iannaccone, A. (2006). Becoming a professional psychologist: Entering a new cultural world. *European Journal of School Psychology*, 4 (2), 301- 310.
- Jardim, A., Souza, M., & Gomes, W. (2009). O self dialógico e a psicoterapia: Uma compreensão dialógica da relação terapeuta-paciente. *Contextos clínicos*, 2 (1), 1-10. Doi: 10.4013/ctc.2009.21.01.
- Kullasepp, K. (2006). Becoming professional: External and intrapsychological level in the service of professional identity construction of psychology students. *European Journal of School Psychology*, 4 (2), 335-345.
- Kullasepp, K. (2006). Identity construction of psychology students: Professional role in the making. *European Journal of School Psychology*, 4 (2), 249-280.

- Kullassep, K. (*in press*). Creating my own way of being a psychologist. *The Japanese Journal of personality*.
- Lilian, C., Carlos, S., & del Pilar, P. (2003). *Aproximaciones a la construcción de la identidad laboral del psicólogo organizacional a través de las versiones de siete psicólogos organizacionales*. Dissertação apresentada à Universidad Javeriana para a obtenção do grau de psicólogo. Bogota D. C: Pontificia Universidad Javeriana.
- Mazer, S., & Melo-Silva, L. (2010, Junho). A identidade profissional do psicólogo: Uma revisão da produção científica no Brasil. *Psicologia Ciência e Profissão*, 30 (2), 276-295.
- Paula, L. (2010). O processo da identidade do professor. *Revista de Educação, Linguagem e Literatura*, 2, 7-10.
- Páramo, P. (2008). La construcción psicosocial de la identidad y del self. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40 (3), 539-550.
- Peuker, A., Habigzang, L., Koller, S., & Araujo, L. (2009). Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: Uma revisão. *Psicologia em estudo*, 14 (3), 439-445.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2005). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Grávida.
- Del Re, A.C., Flückiger, C., Horvath, A., Symonds, D., & Wampold, B. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 1-36. Doi: 10.1016/j.cpr.2012.07.002
- Sarmiento, T. (2009). As identidades profissionais em educação de infância. *Locussocial*, 2, 46-64.
- Silberschatz, G., & Curtis, J. (1993). Measuring the therapists impact on the patients therapeutic progress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (3), 403-411.
- Soczka, L. (1988, Fevereiro). *Representações sociais, relações intergrupos e identidades profissionais dos psicólogos*. Trabalho apresentado na *Primeira Conferência Nacional dos Psicólogos Portugueses*, Lisboa.

- Soczka, L., Vala, J., & Bairrão, J. (1981). O perfil sócio-profissional dos psicólogos em Portugal: I-Matriz das relações profissionais e áreas de intervenção. *Psicologia*, 2 (3), 221-226.
- Taber, B., Leibert, T., & Agaskar, V. (2011, Maio). Relationships among client-therapist personality congruence, working alliance, and therapeutic outcome. *Psychotherapy*, 48 (4), 376-380. Doi: 10.1037/a0022066.
- Tavares, S. (2008). *Um perspectiva dialógica do papel social do psicoterapeuta*. Dissertação apresentada à Universidade do Minho para obtenção do grau de doutor. Braga: Universidade do Minho.
- Tavares, S., Salgado, J., & Gonçalves, M. (2006). The psychotherapist's social role under a dialogical perspective: A study of the personal construction of 'I as psychotherapist'. *European Journal of School Psychology*, 4 (2), 349-372.
- Teixeira, F. (2004). Identidade pessoal e experiência humana. In F. Teixeira (Eds.), *Identidade pessoal caminhos e perspectivas* (pp.9-27). Coimbra: Quarteto.
- Vala, J. (1986). A Análise de Conteúdo. In Silva, A. S., & Pinto, J. M. (Eds.), *Metodologia das Ciências Sociais* (pp.101-128). Porto: Edições Afrontamento.
- Vasco, A., Santos, O., & Silva, F. (2003). *Psicoterapia sim!: Eficácia, efetividade e psicoterapeutas (em Portugal)*. Artigo apresentado na conferência no âmbito dos "encontros com a psicologia", Lisboa.
- Willig, C. (2001). *Introducing qualitative research in psychology adventures in theory and method*. Philadelphia: Open University press.

Anexos

Anexo I- Guião da entrevista

1 – Como perceciona a qualidade do seu trabalho?

2- Como avalia a eficácia do seu trabalho?

3- O que é para si uma terapia bem sucedida?

Anexo II- Questionário de Identificação Biográfica

I. Identificação pessoal

Sexo: _____

Data de nascimento: _____

Local de residência: _____

II. Identificação profissional

Ano da licenciatura: _____ Universidade da licenciatura: _____

Especialização (ao nível da licenciatura): _____

Outro(s) grau(s) académico(s): _____

Tipo de formação em psicoterapia: _____

Tempo de formação em psicoterapia (horas e/ou anos): _____

Filiação em sociedade ou associação profissional: _____

_____ Desde: _____

Formação realizada no âmbito da mesma: _____

Orientação ou escola teórica de referência: _____

Anos de prática terapêutica: _____

N.º aprox. de horas de prática clínica/terapêutica por semana: _____

Local onde exerce a actividade terapêutica: _____

Principal(ais) actividade(s) desenvolvida(s): _____

Anexo III- Consentimento informado

Consentimento informado

No âmbito da colaboração na investigação de mestrado sobre *Identidade Profissional dos Psicólogos clínicos Portugueses*, declaro que autorizo unicamente para o efeito a gravação de voz da entrevista que vou ceder á investigadora.

Psicólogo(a)

Investigador(a)

**Anexo III- Tabelas da análise de conteúdo com as respetivas
temáticas, categorias, subcategorias, unidades de registo (UR),
ocorrências**

Temática: Qualidade de trabalho			
Categoria: Autoconceito profissional			
Sub-categoria: Autoavaliação positiva			
Identificação do terapeuta	Unidade de registo	Nº da UR	Nºde ocorrências
T 1	“(…) [relativamente á qualidade] tenho uma critica positiva, não é ?!” “(…) acho que o trabalho é relativamente bom, sim”	UR1 UR3	2
T 3	“[A qualidade] acho que é bastante (…)”	UR1	1
T 6	“(…) eu acho que de uma maneira geral o meu trabalho é bom”.	UR3	1
T 7	“Acho que é boa, acho que é uma coisa que sei fazer mesmo bem feito Pelo menos sou dedicada” .	UR1	1
T 8	“(…)contudo, eu sei que faço um bom trabalho... Sei que faço um bom trabalho...”	UR1	1
T 11	“Bem...eu julgo que atualmente posso considerar a qualidade do meu trabalho boa”.	UR1	1
T 14	“Enfim, eu acho que o trabalho que tenho vindo a desenvolver, acho que tem qualidade”.	UR1	1
T15	“A qualidade do meu trabalho ... perceciono como boa.....de forma muito clara e muito direta, no mínimo é boa (...)! “Mas faço a minha própria avaliação em termos de condições de trabalho (...)globalmente é boa, em todos os aspetos e em todos os sentidos”.	UR1 UR3	2
Total de ocorrências			10

	Temática: Qualidade de trabalho		
	Categoria: Avaliação de qualidade		
	Sub-categoria: Resultados terapêuticos positivos		
Identificação do do terapeuta	Unidade de registo	Nº da UR	Nºde ocorrências
T2	“(…) e portanto acho que aqui a qualidade a qualidade do trabalho é no sentido de poder ser útil e haver um ganho com a terapia para aquela pessoa”	UR1	1
T5	“Portanto, quando eles alcançam algum objetivo, que estava predestinado e que era difícil alcançar..., para mim é um fator de sucesso e indica-me a mim, que a terapia, está a sortir efeito”. “(…) cada pequenos passo, que as pessoas dão ou que estas crianças dão no sentido de progredir, para mim é um indicador que estou a ir por um bom caminho”	UR1 UR2	2
T 11	“Mas no fundo como posso avaliar a qualidade do meu trabalho, (....) a minha terapia for adaptada ao paciente e se existir melhoras no paciente e se eu sentir que ajudei a pessoa, e que a pessoa se sente melhor desde que está comigo em terapia ai poderei dizer que a qualidade do meu trabalho é boa”. “Portanto, quando consigo contribuir para o bem-estar e ajudar a pessoa, então foi porque fiz um bom trabalho”. “(…) em psicologia a qualidade do nosso trabalho esta muito associada aos resultados positivos obtidos pelos nossos pacientes (...)	UR3 UR4 UR5	3
T 17	“Além de ir observando e ouvindo da parte das pessoas, todas as questões da mudança, também em termos da qualidade de vida que é percecionada na relação dessa pessoa com os outros” .	UR1	1
T 19	“Quando vejo as pessoas a caminhar.... e quando eu as vejo a mudar a pensar coisas diferentes, a arriscar a fazer de maneira diferente, sobretudo isso arriscar de fazer de maneira diferente, se pensar de maneira diferente e depois sentir de maneira diferente ... e por aí !”	UR1	1
T 20	“perceciono a partir do bem estar das pessoas, do que sentem e transmitem e a partir da atenuação dos sintomas”. “[Perceciono] em termos de mudanças mais estruturadas, em termos da pessoa passar a usufruir melhor da vida .”	UR1 UR2	2
Total de ocorrências			10

	Temática: Qualidade de trabalho		
	Categoria: Avaliação de qualidade		
	Subcategoria: Feedback positivo dos pacientes		
Identificação do terapeuta	Unidade de registo	Nº da UR	Nºde ocorrências
T 4	“...A qualidade do meu trabalho eu vou conseguido ir percecionando através dos meus utentes, porque são os melhores avaliadores do nosso trabalho” “Fundamentalmente pelos utentes, porque aquilo que nós sabemos sobre cada intervenção tem muito a ver com o feedback do utente”	UR1 UR2	2
T6	“(....) Bem isso é uma pergunta complicada, é mais fácil perguntar aos meus utentes” “...Eu acho que a avaliação do nosso trabalho, vem do que nos chega...dos utentes e daquilo que o outro nos diz, e já foram alguns utentes que me disseram que a coisa correu bem e que acharam que foi um trabalho proveitoso e acharam que foi muito importante na vida deles puder ter este espaço, puder ter no fundo esta co-construção”	UR1 UR2	2
T9	“Eu acho que de uma forma global e estou na Associação desde o início...tentamos sempre fazer uma avaliação da perspectiva que os utentes têm da nossa intervenção.. ..a minha qualidade é a deles, a qualidade, que eles sentem do que eu lhes presto de uma forma global e é boa .	UR1	1
T11	“pois se eles [pacientes] avaliam positivo e o feedback é positivo eu também perceciono que há qualidade de trabalho através deles”.	UR2	1
T14	“Portanto, eu tenho para mim que é mais fácil termos o feedback dos outros que estão connosco. O feedback que vou tendo [dos pacientes] até agora tem sido maioritariamente positivo”.	UR3 UR4	2
T15	“... tenho o feedback dos principais , digamos avaliadores, que são os pacientes” (UR2).	UR2	1
Total de ocorrências			9

	Temática: Qualidade de trabalho		
	Categoria: Fatores de qualidade		
	Subcategoria: Maturidade/Aprendizagem contínua		
Identificação do terapeuta	Unidade de registo	Nº da UR	Nºde ocorrências
T 1	“Acho sempre que tenho ainda muita coisa para aprender, mas sinto que sou muito dedicada ao que faço e que também tenho estado sempre continuamente a aprender”.	UR2	1
T10	Eu sinto que tenho muito para aprender”. “sinto que fiz uma evolução já faço uma boa análise dos casos, nem sempre ago tão bem quanto aquilo que eu gostaria e daí eu sentir mesmo que tenho um grande percurso, tenho muito para aprender”. “ (...) mas quer dizer eu acho que 7 anos de prática também já me deram assim uma.....e foi sobretudo a prática para além da questão da formação.... foi sobretudo realmente, e mais do que a prática a experiência de vida já me deram assim um olhar...um olhar diferente sobre as coisas e também se traduz nalguma qualidade” .	UR1 UR2 UR3	3
T11	“ o psicólogo que sou hoje, provavelmente, já não o serei daqui a uns anos, isto significa para mim, que na psicologia a qualidade do nosso trabalho, está também associada ou relacionada com a nossa aprendizagem enquanto processo de evolução ao longo da experiência de trabalho”.	UR6	1
T14	não considero que seja obviamente uma obra acabada, sinto muito que estou sempre a evoluir e que estou a aprender coisas novas”. “Acho que no momento em que o faço, procuro fazer o melhor que posso e sei, sinto que nunca é um percurso acabado.... Certamente que há dez anos atrás não era a mesma pessoa e não me colocava nas situações da mesma maneira, hoje já o faço de uma maneira diferente e daqui a outros dez já o farei certamente de outra maneira.”	UR2 UR5	2
Total de ocorrências			7

	Temática: Qualidade de trabalho		
	Categoria: Fatores de qualidade		
	Sub-categoria: Boa relação terapêutica		
Identificação do terapeuta	Unidade de registo	Nº da UR	Nºde ocorrências
T 2	<p>“Pois de qualidade é se evolui é porque há relação positiva.... às vezes, a maior parte das pessoas até falam de como é que nos sentem na própria relação, se pensou em nós se pensou naquilo que lhe dissemos ,(....).se tem um medo qualquer e lembrei-me do que me disse e até consegui fazer”.</p> <p>“Quando há qualidade é porque, se calhar a relação é de boa qualidade e é porque a pessoa sente que nós nos interessamos verdadeiramente por ela”.</p>	UR2 UR3	2
T 16	<p>“ (...) tenho uma capacidade e desculpe-me a minha pouca humildade mas acho que tenho uma grande capacidade de estar na relação com as pessoas e portanto eu costumo dizer que ganho os meus casos pela relação” .</p> <p>“ Quando eu estou disponível para o outro, quando eu tenho a capacidade de estar com o outro, quando eu tenho a capacidade de pensar com o outro e que com ele encontrar soluções, outras formas de estar, de pensar, de se relacionar e se alteram comportamentos, eu acho que isso revela um pouco a qualidade deste trabalho, são os chamados casos de sucesso”</p>	UR1 UR2	2
T 18	“Pois eu de fato é mais em termos da própria relação que estabelecem comigo”.	UR1	1
Total de ocorrências			5

	Temática: Eficácia do trabalho clínico		
	Categoria: Avaliação da eficácia		
	Sub-categoria: Resultados terapêuticos		
Identificação do terapeuta	Unidade de registo	Nº da UR	Nº de ocorrências
T1	A eficácia tem sempre muito a ver com o outro lado, com o resultado, com o resultado em termos daquilo que as pessoas nos dão. “Do que nós vamos observando em termos do desenvolvimento da pessoa e depois das mudanças que a pessoa vai fazendo na sua vida ao longo de todo o processo terapêutico, porque eu acho que é importante que se vão fazendo algumas mudanças”. “A avaliação da eficácia é muito por ai, por o número se calhar de pessoas que nós conseguimos ajudar ou modificar a vida ou que conseguem aprender a viver melhor consigo próprias”.	UR1 UR2 UR3	3
T2	Á pois, então isto agora da eficácia é assim...às vezes a eficácia é qualquer coisa de imediato como a remissão dos sintomas”.	UR1	1
T3	“[avalio a eficácia] pela compreensão das situações, a compreensão do mundo interno a compreensão da forma de funcionar e de estar, no fundo uma análise mais profunda que leva á mudança do que leva a mudanças reais do comportamento”.	UR1	1
T5	“...é através dos resultados, que os meus pacientes vão mostrando alcançar”.	UR1	1
T11	“Avalio pelo seguinte: eu trabalho muito em obesidade e é a doença crónica que eu acompanho mais..., há uma avaliação objetiva, que é a redução de peso ou controlo de peso, muitas vezes, não é a redução, há controlo de peso é uma coisa muito objetiva, quando trabalho com diabetes a mesma coisa, há indicadores objetivos da nossa atividade....Níveis de glicemia, tensão arterial e por ai fora mas depois também, há indicadores mais psicológicos indicadores de melhoria, em que passam por, auto-estima, perceção de controlo, por....o humor das pessoas .Por exemplo, se o humor das pessoas está menos deprimido ou menos ansioso.”	UR1	1
T12	“Pois...Não avalio...Aquilo que eu tenho é a minha perceção, que eu acho que vai sendo eficaz de alguma forma, daquilo que eu vejo, porque vejo os resultados, mas só porque vejo os resultados é que eu sei, que é eficaz”. “E acho que, para chegar a um trabalho mais eficaz nós temos, que ter essa perspectiva do que é, que estamos a tentar desenvolver e nesse sentido eu acho que avalio positivo, porque acho que tenho conseguido atingir os resultados a que me tenho proposto” (...).	UR1 UR2	2
T14	“..quando as pessoas sentem o problema de uma forma mais intensa são muito regulares nas sessões e quando nós começamos a sentir que a intensidade dos sintomas diminuiu e está a começar a haver ganhos, começa a haver faltas ... E isto é eficácia”.	UR3	1
T15	“A eficácia do meu trabalho é uma eficácia muito positiva, tenho resultados objetiváveis, outros que não são muito objetiváveis que não são pelo menos para os outros, mas que eu mas que os doentes acabam por direta ou indiretamente acabam por transmitir essa eficácia como positiva”.	UR1	1
T16	Eu acho que tem a ver quando vemos que a intervenção foi bem-sucedida e conseguimos efetivamente avaliar e analisar mudanças muito concretas e objetivas que são muito mérito da minha utente, que obviamente foram promovidas e facilitadas por mim, enquanto técnica...”. “Portanto, eu acho que essa avaliação de eficácia prende-se com aqueles casos bem-sucedidos que surgem aqui nesta minha prática profissional”.	UR2 UR3	2
T17	Exatamente ... portanto a eficácia através das pessoas que beneficiam do nosso trabalho de fato se os processos terapêuticos são consolidados com sucesso”. ao ver os resultados [dos pacientes]”. “...mas todas as mudanças, todas as melhorias fazem parte da avaliação da eficácia, acho que é uma forma de se avaliar se correu bem ou não”	UR1 UR3 UR4	3
T18	“Pois(...) pode avaliar-se pela remissão dos sintomas”.	UR1	1
T19	“Muitas vezes eu saio daqui e vou pensando nas pessoas que acompanhei e vou avaliando para mim quais é que são as mudanças que houve e é assim avaliada a eficácia...”.	UR1	1
T20	“a minha eficácia do meu trabalho..avalio muito pelos sinais de bem-estar das pessoas”.	UR1	1
Total de ocorrências			19

	Temática: Eficácia do trabalho clínico		
	Categoria: Avaliação da eficácia		
	Sub-categoria: Feedback dos pacientes		
Identificação do terapeuta	Unidade de registo	Nº da UR	Nºde ocorrências
T 4	“...pelos utentes, pela forma como os utentes se apresentam e por aquilo que eles me dizem pelo feedback que eles me dão”. “Ou mesmo aquilo, que as pessoas expressam mesmo sobre a consulta é que nos vai dando....um nível de eficácia do trabalho”.	UR1 UR2	2
T 9	“Nós fazemos periodicamente as avaliações com os utentes do serviço, que de alguma forma vão nos dando feedback de como é que eles sentem a nossa intervenção”.	UR1	1
T 11	“...para mim há uma um indicador fundamental para avaliar a eficácia do meu trabalho, primeiro é a perceção de melhoria do próprio.” “(...) se a pessoa me diz que está melhor eu não preciso, de estar a avaliar escalas, nem a usar escalas para perceber isso [da eficácia]”	UR3 UR4	2
T14	“E quando as pessoas dizem para mim está bem assim é o seu ponto de equilíbrio”. “A minha avaliação de eficácia é essa, portanto é quando alguém diz eu sinto-me bem assim!” “a minha avaliação de eficácia é essa ... quando me dizem que se sentem melhor comparativamente aquilo que as trouxe, quando esse sentimento é mais positivo e quando sentem ... eu dou bem conta da minha vida assim”.	UR1 UR2 UR4	3
T16	“Eu acho que se pode perceber um bocadinho a eficácia e a sua avaliação com o feedback que as nossas mulheres nos vão dando sobre as sessões, às vezes até já passado algum tempo, ficou lá qualquer coisa e aí efetivamente o trabalho foi feito”	UR4	1
T17	“... no meu caso acho que é muito o feedback das pessoas”.	UR2	1
T20	“...é a avaliação em termos do bem-estar que a pessoa vai tendo, às vezes são mesmo as pessoas que dizem “olhe eu acho que já estou melhor, já lido melhor com esta situação, já de fato me sinto melhor comigo próprio e com os outros” a apreciação é uma apreciação qualitativa, de fato tem a ver com a nossa perceção e perceção que o outro nos transmite em termos de qualidade de vida”.	UR2	1
Total de ocorrências			11

Temática: Eficácia do trabalho clínico			
Categoria: Avaliação de eficácia			
Sub-categoria: Resultados de instrumentos de avaliação			
Identificação do terapeuta	Unidade de registo	Nº da UR	Nºde ocorrências
T8	“...comecei à relativamente pouco tempo, e há um programa específico protocolado que é o gato habilidoso e que eu tenho tentado a andar fazer com os miúdos e de facto resulta, resulta a gente aplica fazemos e á uma eficácia naquele instrumento e no modo como nós abordamos a situação”. “Por isso em termos de eficácia eu ás vezes também utilizo a sintomatologia psiquiátrica, ou seja o SCL-90, faço logo na primeira consulta tento fazer uma avaliação em alguns casos e passado algum tempo faço uma reavaliação e tento perceber se as coisas melhoraram ou não”	UR1 UR2	2
T 10	“...bem existem no meu trabalho, nós temos uma série de instrumentos formais para realmente o avaliar”.	UR1	1
T 11	“ Portanto, eu ainda utilizo algumas escalas, que me permitem aferir a eficácia, portanto uso em alguns momentos do processo terapêutico...”	UR2	1
Total de ocorrências			4

Temática: Eficácia do trabalho clínico			
Categoria: Fatores de eficácia			
Sub-categoria: Relação terapêutica			
Identificação do terapeuta	Unidade de registo	Nº da UR	Nºde ocorrências
T3	“Acho que resulta muito da relação com o paciente e da disponibilidade e do desejo que o próprio cliente tem de ir e ai nem sempre é fácil acertar ou dar á pessoa aquilo que ela realmente pretende”.	UR4	1
T 7	“O meu trabalho não depende só de mim, é um trabalho de equipa em que depende muito do paciente se ele quer ou não quer, como é a interagida ... pronto muitas vezes como eu costumo dizer fazer o outro olhar para dentro de si é complicado e também tem a ver com as capacidades do outro a capacidade de insight do outro de perceber o que eu lhe digo, (...) mas é um trabalho que pode ser minimamente positivo desde que o outro colabore sozinha não faço nada”. “O meu trabalho só se vê se o paciente colaborar na relação, caso contrário não é possível, não há”.	UR1 UR2	2
T11	“para mim há um indicador fundamental para avaliar a eficácia do meu trabalho...a qualidade da aliança terapêutica...”	UR5	1
T13	“Pela relação (...)”.	UR1	1
T16	“...sem o outro não é possível [existir eficácia] por muito boa psicóloga que eu seja ... se o outro não estiver apto capaz de fazer todo um processo e de entrar neste processo psicoterapêutico, nesta relação terapêutica”.	UR1	1
T17	acho que acima de tudo tem que se perceber o que se está a fazer, fazer-se uma boa avaliação, estabelecermos para nós de preferência em conjunto com a pessoa estes são os nossos objetivos de trabalho estamos a caminhar neste sentido e depois obviamente que o processo depende daquilo que implementamos estratégias da relação terapêutica”.	UR5	1
Total de ocorrências			7

	Temática: Representação de sucessos terapêuticos		
	Categoria: Indicadores de uma terapia bem-sucedida		
	Sub-categoria: Resultados terapêuticos positivos		
Identificação do do terapeuta	Unidade de registo	Nº da UR	Nº de ocorrências
T1	“A terapia bem sucedida é essa (...) relacionada com a percepção da pessoa sobre as mudanças na sua vida e sobre aquilo em que a terapia interferiu no sentido da pessoa poder viver melhor com ela própria e ter uma vida mais feliz”.	UR2	1
T3	“Eu estava a pensar [quanto aos sucessos terapêuticos] que na minha prática acontece muitas vezes as pessoas vêm e...ao fim de um determinado período de tempo as pessoas consegue um conjunto de mudanças e sobretudo conseguem um alívio grande para o seu sofrimento e conseguem um conjunto de mudanças minimamente aceitáveis na sua vida e muitas vezes falam em terminar”. “Para mim sinto que tem mais sucesso e é mais significativo em duas dimensões por um lado quando a pessoa é capaz de mudar a sua vida e de a transformar”.	UR1 UR2	2
T4	“uma terapia bem-sucedida, enquanto psicólogo é aquela terapia em que ... nós próprios sentimos, que a pessoa que nós vemos tem resultados e vemos evolução na pessoa”. “ A partir do momento, em que nós vemos evolução na pessoa e que essa evolução se torna efetiva nós aí conseguimos perceber que a terapia foi bem sucedida..”.	UR3 UR4	2
T7	“É todo o paciente que enceta um percurso e que no final do percurso vê mudanças em si e que há mudanças em determinados comportamentos”.	UR1	1
T9	“Bem.... uma terapia bem sucedida será aquela que desde que a pessoa sinta que está a ganhar algo de positivo com aquela intervenção ela já é bem sucedida”.	UR2	1
T14	“uma terapia bem-sucedida é aquela em que a pessoa que temos connosco nos diz ... obrigada eu sinto-me melhor”. “...a terapia bem-sucedida é aquela pode decorrer de uma alteração minúscula da vida das pessoas, pode decorrer de processos de mudança muito profundos, mas para mim traduz-se nisso(...)”. “[a terapia bem-sucedida] traduz-se (...) no bem-estar que as pessoas avaliam em si mesmas”.	UR1 UR2 UR3	3
T15	“Uma terapia bem-sucedida é uma terapia em que o doente ou o paciente nos dá um feedback positivo e nos diz que conseguimos ou consegui melhorar neste ou outro aspeto, consegui modificar esta questão, consegui atingir este e o outro objetivo ...”. “Em primeira instância será o paciente que nos diz que foi positivo que foi benéfico, porque consegui promover a mudança, consegui melhorar, consegui estabelecer relações, consegui deixar de ter ataques de pânico, consegui, consigo agora controlar muito melhor a minha ansiedade, deixei de estar triste ou deprimido, conseguimos concluir um processo de luto”. “Uma terapia bem-sucedida é quando nós oferecemos aquilo que temos a oferecer, fazemos aquilo que achamos que deve ser feito e nalguns casos aquilo que objetivamente tem que ser feito, o ideal é ter atingido os resultados todos, os objetivos todos”.	UR1 UR3 UR4	3
T16	[terapia bem-sucedida é] “quando este sujeito também consegue perceber e mostrar que tem capacidade de mudança e uma mudança que ocorre num registo da sua psicologia interna, dos seus estados psicológicos, da sua realidade própria (...)”. “quando o individuo consegue aumentar a sua qualidade de vida, quando consegue diminuir os seus níveis de sofrimento eu acho que este conjunto de coisas permitem-nos de facto dizer que esta terapia foi bem-sucedida”. “(…)quando consegue solucionar problemas que era coisa que nem isso conseguia e hoje já consegue e tem preocupações e tem soluções que foram identificadas numa fase inicial e que hoje são de facto ultrapassadas ... melhoramos a saúde da pessoa, melhoramos a qualidade de vida deste sujeito, só pode ter havido aqui uma terapia bem-sucedida e uma boa intervenção”.	UR3 UR4 UR5	3
T17	“[terapia bem-sucedida] Quando há remissão dos sintomas”. “Quando uma terapia é bem-sucedida tem a ver na minha perspectiva com o bem-estar a melhoria do bem-estar da pessoa o equilíbrio da pessoa, no fundo a pessoa sente-se mais feliz consigo ou na relação com os outros”.	UR1 UR2	2
T20	“uma terapia bem sucedida é também o resultado de um trabalho de equipa (entre psicólogo e paciente) e de uma grande motivação de parte a parte -do psicólogo mas também do paciente”. “Para um trabalho ou terapia ser bem conseguido é muito importante que haja motivação para a mudança e tudo isto fará parte certamente da aliança que se consegue criar com a pessoa”.	UR1 UR2	2
Total de ocorrências			20

Temática: Representação de sucessos terapêuticos			
Categoria: Indicadores de uma terapia bem-sucedida			
Sub-categoria: Alcance de objetivos do contrato terapêutico			
Identificação do Terapeuta	Unidade de registo	Nº da UR	Nº de ocorrências
T4	“Uma terapia bem-sucedida é aquela, que nós vemos que em termos de satisfação dos utentes corresponde aquilo que foram os objetivos alcançados para essa terapia”. “Do ponto de vista do paciente a terapia bem-sucedida é quando a pessoa sente cumpriu os objetivos, pelos quais veio á consulta.”	UR1 UR2	3
T5	“É quando a pessoa alcança, ao que se propõe ou que nós estabelecemos como contrato terapêutico no início, de acordo com a problemática que a pessoa nos traz, chegamos a um acordo e definimos, mais ou menos um período de tempo, em que vai durar a psicoterapia”.	UR1	1
T6	“Eu penso que uma terapia bem-sucedida é aquela que vai de acordo com o tal plano que é estabelecido no princípio , entre psicólogo e paciente ... e no fim desse plano com as datas que foram estabelecidas, com os instrumentos que era suposto serem utilizados, com as técnicas que deveriam ser usadas e se chega no fundo ao trabalho final, quando a pessoa nos diz conseguimos alcançar ...eu acho que o sucesso da nossa intervenção passa um bocadinho por isso”.	UR1	1
T8	“Uma terapia bem-sucedida essencialmente é a pessoa vir e eu poder dar qualquer coisa que faz com que melhor e estamos a falar de conseguir estabelecer uma relação terapêutica e atingir os objetivos do paciente valorizando a pessoa aumentando auto-estima”.	UR2	1
T9	“Bem uma terapia bem sucedida será aquela que ao longo do tempo vai mostrando evidências de que a pessoa está a aderir....e que nos vai dando algum feedback positivo, ou seja, vai atingindo os objetivos que nós ao longo do tempo vamos traçando, portanto, desde que a pessoa adira, desde que a pessoa sinta que está a ganhar algo de positivo com aquela intervenção ela já é bem sucedida”.	UR1	1
T10	“...podemos falar de uma terapia bem-sucedida de acordo também com os objetivos, que o nosso cliente tem....o que é que ele quer e ai se calhar, estamos a falar de uma terapia bem sucedida para o cliente e de uma terapia bem-sucedida para o psicólogo” .	UR3	1
T11	“Uma terapia bem-sucedida é, quando como eu dizia á bocado há um entendimento comum, de se ter atingido os objetivos que se propuseram”. “Uma terapia bem-sucedida é quando há um entendimento mutuo, de que....e isto para mim é sempre um negociação, de que de fato a pessoa chegou ao objetivo pretendido, ou que o objetivo inicial no final não se revela, assim tão fundamental.” “Portanto, eu acho que é muito importantes nós termos uma noção e lucidez, sobre objetivos e formas de medir esses objetivos e o mais concreto possível, e o mais operacionalizavel possível, e portanto, eu acho que se fizermos isso é mais fácil percebermos qual é o nosso papel naquela relação....que é essencial para o sucesso”. “O que eu acho é, que precisamos mesmo de ter objetivos e medir os objetivos e esses objetivos têm que ser negociados, e porque é que eu digo isto e repito, é porque falo de saúde física e temos, que ter a noção de que a pessoa até, pode achar que o objetivo é suficiente, mas se á risco de vida, por não atingir determinado objetivo, nós temos que partilhar isso com a pessoa essa preocupação e a pessoa até pode decidir, que quer assumir esse risco de vida, mas isto tem que ser tudo negociado e só há uma boa aliança terapêutica, quando nós temos um acordo entre ambas as partes, relativamente às tarefas, á representação de doença e tratamento portanto, isto tem que ser tudo partilhado [para uma terapia bem-sucedida]”. “Uma terapia bem-sucedida, é quando há uma negociação bem-sucedida, sobre o que é o tratamento e a patologia em causa e qual é a disfunção e chegamos a um momento em que os objetivos principais foram alcançados e em que ambas as partes sabem, que está na altura de terminar”.	UR1 UR2 UR3 UR4 UR5	5
T16	“...quando se consegue atingir determinados objetivos e valores pessoais melhoramos a saúde da pessoa, melhoramos a qualidade de vida deste sujeito, só pode ter havido aqui uma terapia bem-sucedida e uma boa intervenção” .	UR7	1
T20	“eu acho que sem uma aliança terapêutica e sem objetivos não há trabalho que seja possível, a aliança e os objetivos, a confiança que se estabelece com a pessoa que os dois estabelecem e é uma coisa preciosa que por outro lado também é um indicador de uma terapia mais bem sucedida”.	UR3	1
Total de ocorrências			15

Temática: Representação de sucessos terapêuticos			
Categoria: Indicadores de uma terapia bem-sucedida			
Sub-categoria: Desenvolvimento pessoal do paciente			
Identificação do terapeuta	Unidade de registo	Nº da UR	Nºde ocorrências
T1	“A terapia bem-sucedida é essa, é a que vai no sentido do desenvolvimento da pessoa e no sentido da pessoa se sentir melhor com ela própria e com a vida dela”.	UR1	1
T2	Uma terapia bem sucedida eu acho que é a que liberta a própria pessoa, que a transpõem”. Uma terapia bem sucedida será também conhecer-se bastante melhor a si próprio e bastante melhor aqueles que a rodeiam e que são ou foram significativos para a vida de cada um, e também ser capaz sobretudo de ficar mais livre”. “Por exemplo agora tenho um rapaz com 23 anos que quase não consegue sair de casa porque acha que estão todos a por-lhe defeitos portanto neste caso será ser capaz de lidar com a vida de outra maneira, ser mais satisfeito já não direi mais feliz consigo próprio”.	UR1 UR2 UR3	3
T3	“Portanto eu diria de certa forma que para mim o sucesso é quando o outro se torna, como senhor da sua própria vida e é capaz de construir o seu próprio futuro a sua própria vida da sua capacidade de gerir a sua própria vida e seguir por si própria”.	UR4	1
T5	“Sim, exatamente, quando a pessoa consegue reestabelecer e viver e sentir-se bem em todas as áreas da sua vida, é sinal de que a coisa correu bem”.	UR2	1
T10	“Bem,...eu acho que é quando a outra pessoa se encontrou realmente”. “A terapia bem-sucedida para mim é quando sinto que o paciente ultrapassou uma série de dificuldades que tinha, muitas delas nem sequer tinha consciência surgiu a consciência delas durante a terapia e quando a pessoa se sente realmente a crescer”.	UR1 UR2	2
T12	“Eu acho, que é conseguir que a pessoa se sinta satisfeita com ela própria”. “E quando a pessoa diz aquilo, por o que vim ter consigo já não faz sentido cá continuar, porque acho que, já está tudo bem, porque acho que já está tudo resolvido e porque acho que já consigo caminhar. Acho que, quando a pessoa consegue verbalizar uma coisa deste tipo é sinal, que teve sucesso”.	UR1 UR3	2
T13	“Uma terapia bem-sucedida, é a pessoa conhecer-se, perceber como chegou até aqui e o que é que quer para ela independentemente da ideia dos outros, das influências dos outros.”	UR1	1
T16	“Eu acho que uma terapia bem-sucedida é quando...o sujeito que está connosco consegue chegar a um nível de autoconhecimento e à descoberta de si próprio e quando consegue conhecer-se melhor, perceber-se melhor a si próprio”.	UR1	1
T18	“ Uma terapia bem-sucedida é um bocado isto [quando] o paciente sai com mais consciência do que se passa consigo próprio, a conseguir refletir, a conseguir... claro com mais capacidade para lidar com as vicissitudes e com as contrariedades da no fundo a conhecer-se melhor a si próprio”.	UR1	1
Total de ocorrências			13

	Temática: Representação de sucessos terapêuticos		
	Categoria: Indicadores de uma terapia bem-sucedida		
	Sub-categoria: Desenvolvimento de competências de resolução de problemas por parte do cliente		
Identificação do terapeuta	Unidade de registo	Nº da UR	Nºde ocorrências
T3	“Para mim sinto-me que sinto que tem mais sucesso quando o paciente é capaz de adquirir os instrumentos necessários, instrumentos emocionais, relacionais, internos, de compreensão do seu mundo interno”. “[terapia bem-sucedida] é quando os pacientes já são capazes de os resolver os seus problemas”.	UR3 UR4	2
T7	“No fundo é adaptar à pessoa ao mundo, a aceitar-se e ela sair com um melhor conhecimento de si a adaptar-se e a saber resolver os problemas a psicoterapia [bem-sucedida] é um bocado isso”.	UR2	1
T8	“Uma terapia bem-sucedida essencialmente é se determinado problema se conseguiu resolver por aquilo que eu vou aconselhando á pessoa é quando a pessoa tem capacidade depois de resolver o problema ao longo da vida com as estratégias práticas que eu dou”.	UR1	1
T10	“Quando a pessoa se sente realizada ou pelo menos, quando sente que já tem as ferramentas necessárias para se realizar, para se concretizar, para concretizar o seu potencial enquanto pessoa eu acho que isso é realmente o fundamental, mesmo que a pessoa não se realize por decisão sua, desde que ela tenha os recursos e que saiba identificar os seus próprios recursos pessoais e que consiga lidar de uma forma confortável com a sua própria história, é sem dúvida nenhuma uma terapia bem-sucedida” .	UR4	1
T15	Uma terapia bem-sucedida é uma terapia em que eu enquanto psicólogo consegui oferecer tudo aquilo que me era possível, em termos de prática clínica e forneci-lhe as ferramentas e os instrumentos necessários ao paciente, para que ele possa promover a mudança e lidar com os seus problemas ao longo da doença e da vida.	UR2	1
T16	“Eu acho que uma terapia bem-sucedida é quando o sujeito que está connosco consegue encontrar novas estratégias para lidar com situações”. “Quando há um processo, há um percurso e agente no fim da nossa intervenção percebe....que se promoveu outras capacidades no sujeito que ele hoje tem outras ferramentas, outros mecanismos mais ajustados para lidar noutras situações, sem dúvida alguma que eu acho que aí a terapia foi bem sucedida. “...Quando o paciente consegue hoje superar de outra forma muito mais ajustada e muito menos desestruturante as situações que surgem e os problemas do dia-a-dia que hoje dia e que vai encontrando ao longo da sua vida, quando consegue solucionar problemas só pode ter havido aqui uma terapia bem-sucedida e uma boa intervenção”.	UR1 UR2 UR6	3
T18	“Pois, olhe uma terapia bem-sucedida é conseguir lidar com mais competências para fazer face às dificuldades que surgem, continuam sempre a surgir problemas, claro que acaba uma terapia e os problemas continuam a existir ... e também a ser capaz de perseguir com persistência, com mais confiança aquilo que pretende para a sua vida”.	UR3	1
Total de ocorrências			10