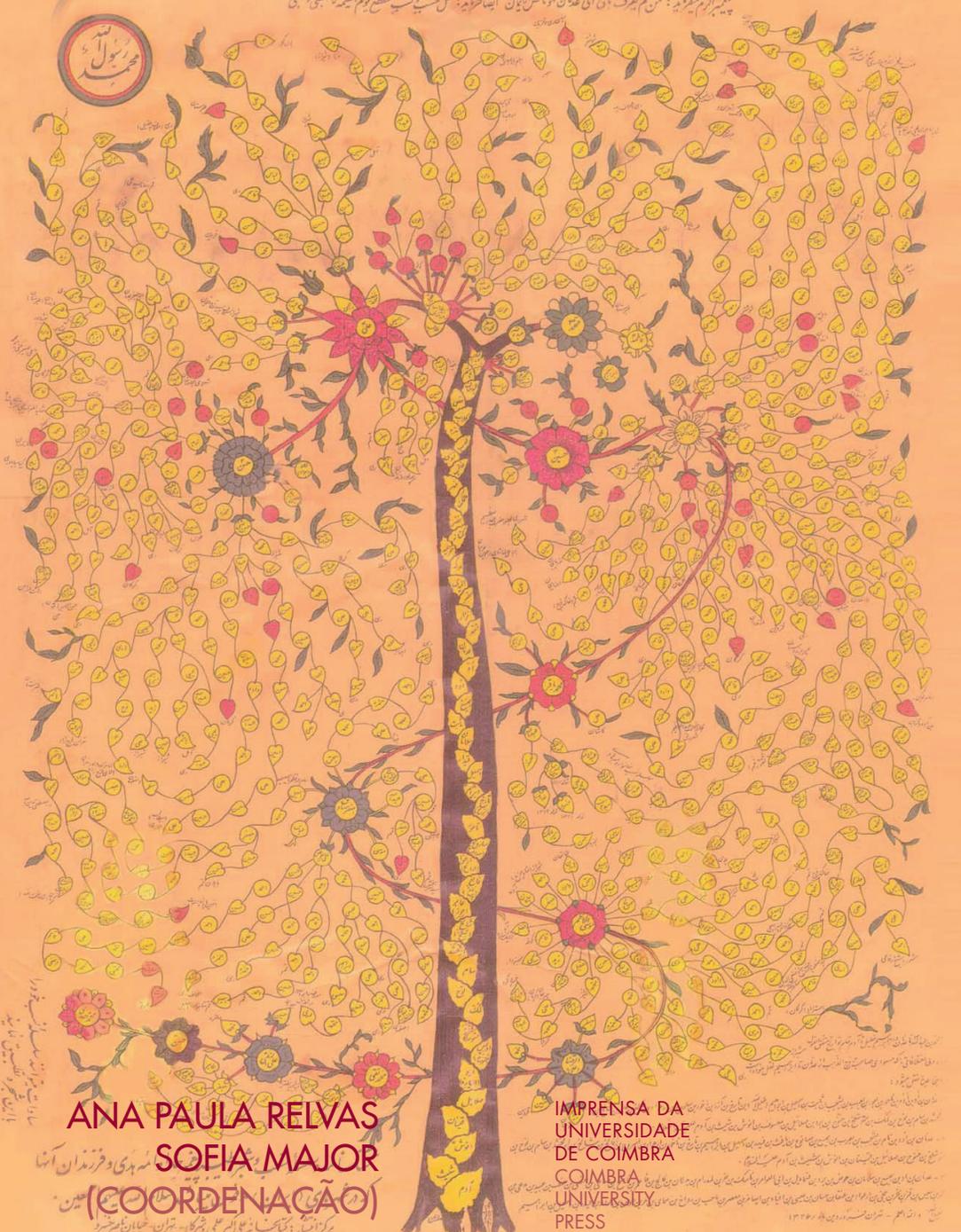


# AVALIAÇÃO FAMILIAR

FUNCIONAMENTO E  
INTERVENÇÃO  
VOL. I

چهارم از مجموعه: فن نامه‌های آبی الی عدنان، قوام‌الایان، ایضا، فایده: گل خسیه و گل منقش بود امیرالاشرف و قتی



ANA PAULA RELVAS  
SOFIA MAJOR  
(COORDENAÇÃO)

IMPRENSA DA  
UNIVERSIDADE  
DE COIMBRA  
COIMBRA  
UNIVERSITY  
PRESS

این کتاب شامل مجموعه‌ای از مقالات علمی است که در زمینه‌های مختلف روانشناسی و علوم تربیتی به بحث پرداخته شده است. این کتاب به عنوان یک منبع ارزشمند برای دانشجویان و محققان در این زمینه‌ها شناخته می‌شود. همچنین، این کتاب به دلیل استفاده از تصاویر زیبا و جذاب، برای علاقه‌مندان به هنر و طراحی نیز مناسب است.

این کتاب به عنوان یک منبع ارزشمند برای دانشجویان و محققان در این زمینه‌ها شناخته می‌شود.

## ESCALA DE OBJETIVOS ATINGIDOS (GAS)

Luciana Sotero  
Ana Paula Relvas

“...GAS is not only a technique for measuring outcomes  
but perhaps also a facilitator of goal attainment.”

(Schlosser, 2004, p. 225)

### Resumo

A Escala de Objetivos Atingidos é a versão Portuguesa da *Goal Attainment Scaling* (GAS; Kiresuk & Sherman, 1968) e pode ser utilizada na investigação ou na prática clínica como um método de avaliação dos resultados obtidos na terapia familiar, num programa de intervenção ou noutra tipo de serviço de apoio orientado para a família. Esta versão é adaptada ao contexto de intervenção familiar, embora a GAS possa ser utilizada numa diversidade de populações e contextos. No início do processo de intervenção, este método permite identificar os objetivos que se pretendem atingir, analisando-se posteriormente em que medida foram atingidos enquanto resultado da intervenção. Com base numa amostra aleatória de 40 processos de Terapia Familiar Sistémica foram realizados estudos de fiabilidade (acordo interavaliadores) e validade (conteúdo e social). As vantagens e limitações na aplicação deste método de avaliação são exploradas, tal como são feitas algumas recomendações com vista a promover uma implementação apropriada.

**Palavras-chave:** resultados terapêuticos, objetivos terapêuticos, intervenção familiar, GAS.

## **Abstract**

The Portuguese version of the Goal Attainment Scaling (GAS; Kiresuk & Sherman, 1968) is the *Escala de Objetivos Atingidos* and can be used in research or clinical practice as a method for evaluating the results obtained in family therapy, in an intervention program or in other support services oriented to the family group. This version is adapted to the context of family intervention, although the GAS can be used in several populations and contexts. At the beginning of the intervention, this method allows to identify the goals to be achieved, later analyzing the extent to which they were achieved as a result of the intervention. Based on a random sample of 40 cases of Systemic Family Therapy studies of reliability (interrater agreement) and validity (content and social) were performed. The advantages and limitations of using this method of evaluation are explored and some recommendations are made to promote an appropriate implementation.

**Keywords:** therapeutic outcomes, therapeutic goals, family intervention, GAS.

## 1. Instrumento

### O que é, o que avalia e a quem se aplica?

No Quadro 1 encontra-se a ficha técnica relativa à *Escala de Objetivos Atingidos*, versão portuguesa da *Goal Attainment Scalling* (GAS; Kiresuk & Sherman, 1968).

Quadro 1.

Ficha técnica da GAS

O que é?	A <i>Escala de Objetivos Atingidos</i> é a versão portuguesa, adaptada ao contexto de intervenção familiar, da <i>Goal Attainment Scalling</i> (GAS) publicada em 1968 por T. J. Kiresuk e R. E. Sherman. Em concreto, a versão aqui apresentada é baseada na versão desenvolvida pela Unidade de Intervenção Familiar da Universidade da Corunha – Espanha (López & Escudero, 2003) e pelo Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade de Durham (Inglaterra)		
O que avalia?	A GAS foi concebida originalmente na área da saúde mental com o objetivo de avaliar os resultados de uma determinada intervenção, de acordo com objetivos específicos previamente definidos. É uma abordagem de avaliação individualizada, i.e., centrada no cliente ou grupo (Young & Chesson, 1997) e que permite avaliar longitudinalmente a mudança (Ottenbacher & Cusick, 1990). O processo proposto consiste na identificação prévia dos objetivos a atingir com a intervenção e na avaliação posterior do grau em que estes foram alcançados. A versão da GAS aqui apresentada é constituída por cinco níveis de mudança (+2, +1, 0, -1, -2), para cada uma das metas definidas (geralmente três), podendo ser adicionalmente calculado um índice global de mudança (entre +6 e -6) que traduz a evolução do caso, atendendo ao conjunto das metas pré-estabelecidas		
	<b>Estrutura da GAS</b>		
	<b>Níveis de Mudança</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Metas</b>
	Melhoria Acentuada	+2	As metas devem ser: - formuladas de modo colaborativo entre a família e o interventor;
	Melhoria Moderada	+1	- representativas do que é esperado alcançar-se;
	Situação Atual	0	- pelo menos duas e menos de quatro;
	Agravamento Moderado	-1	- realistas, relevantes e a sua concretização deve poder ser avaliada
	Agravamento Acentuado	-2	e escalonada
A quem se aplica?	Esta versão é aplicável no contexto da intervenção familiar, podendo ser utilizada para avaliar os resultados obtidos com uma terapia familiar, programa de intervenção ou outro tipo de serviço de apoio orientado para a família, embora a GAS possa ser utilizada numa diversidade de populações (e.g., doentes com lesões cerebrais, doentes crónicos, idosos, crianças) e contextos (e.g., reabilitação, educação, pediatria, cuidados de enfermagem, terapia ocupacional)		

---

Como ter acesso?

O acesso à GAS pode ser efetuado através da página <http://www.fpce.uc.pt/avaliacaofamiliar> que contém todos os instrumentos de avaliação apresentados neste livro. Os utilizadores deverão facultar os contactos pessoais e institucionais, bem como dados acerca do propósito da utilização da GAS (e.g., investigação, prática clínica) e concordar com as condições de utilização e de partilha dos resultados com os autores da versão portuguesa

---

### ***Fundamentação e história***

A avaliação do impacto de uma intervenção é uma questão de longa data (Simeonsson, Bailey, Huntington, & Brandon, 1991), continuando hoje em dia a ser debatida a sua eficácia e eficiência. Avaliar os resultados de uma intervenção é importante por razões práticas e éticas (Simeonsson et al., 1991). Em termos práticos porque permite identificar as intervenções que possibilitam alcançar os resultados previstos, de modo a poder replicar e generalizar essas intervenções. Do ponto de vista ético porque viabiliza um compromisso entre cliente e interventor que clarifique e informe sobre os propósitos da intervenção, a natureza dos problemas em causa e a duração da intervenção.

Segundo Kiresuk e Sherman (1968), a avaliação das intervenções oferecidas pelos serviços de saúde mental é especialmente pertinente porque, apesar de se considerar útil a diversidade de modelos teóricos, terapias e técnicas na área da saúde mental, a multiplicidade de opções intensifica a necessidade de programas de avaliação que permitam justificar a utilização de recursos económicos e humanos numa determinada terapia em particular. No entanto, o problema central é determinar um *design* de investigação e um método de avaliação que seja aplicável às diferentes intervenções (Kiresuk & Sherman, 1968).

Apesar de nos anos 60 ser prática comum a tendência para usar uma bateria fixa de instrumentos, independentemente das características dos clientes e dos problemas em causa, esta levantava a objeção dos clínicos que argumentavam acerca da irrelevância de determinadas variáveis que eram avaliadas em detrimento de outras (Kiresuk & Sherman, 1968). Foi com o objetivo de dar resposta a estas considerações que Kiresuk

e Sherman criaram um método de avaliação dos resultados que permite relacionar diretamente a intervenção desenvolvida com objetivos claramente definidos e, posteriormente, demonstrar o nível em que foram atingidos. Designada por *Goal Attainment Scalling* (GAS), o procedimento de medida descrito é simultaneamente um método de definição de metas e de avaliação do cumprimento das mesmas, o qual permite determinar a extensão em que essas metas são alcançadas e comparar a eficácia relativa das intervenções utilizadas para as atingir. Segundo o procedimento original, são definidos pelo interventor (ou por uma equipa - *goal selection committee*) os objetivos a atingir e a escala de resultados prováveis, organizada dos mais (+2) para os menos favoráveis (-2). Numa fase posterior, após um intervalo temporal predeterminado (e.g., 6 meses após o início da intervenção), interventor e clientes avaliam o progresso que foi feito em direção aos objetivos anteriormente determinados. A escala é composta por uma gradação de resultados prováveis relacionados com os objetivos. Por exemplo, para um cliente cujo objetivo é alcançar uma maior independência da mãe, um dos níveis da escala pode ser regressar à escola ou realizar atividades que não envolvam a participação da mãe. É importante que os diferentes níveis de mudança sejam identificados em termos da presença ou ausência de determinados eventos, os quais possam ser facilmente verificados. Como se verá adiante, a aplicação da GAS em múltiplos contextos fez com que fossem surgindo novas variantes do procedimento original, encontrando-se estudos em que a definição dos objetivos e/ou a própria avaliação dos resultados foi conduzida por profissionais, clientes, avaliadores externos ou diferentes combinações destas possibilidades.

Composto por três etapas, o método originalmente proposto inclui a técnica de escalonamento e um *design* de avaliação comum a todas as modalidades de terapia: (1) seleção dos objetivos e escalonamento; (2) distribuição aleatória dos pacientes por uma das modalidades de tratamento; e (3) avaliação, após a intervenção, dos objetivos e níveis da escala atingidos. A medida em que as metas são atingidas é avaliada através de análise visual ou análise estatística (Schlosser, 2004). A análise visual envolve a comparação do desempenho inicial com o nível de realização

atingido por objetivo e no conjunto dos objetivos após a intervenção. A análise estatística compreende o cálculo de uma pontuação global (somatório das pontuações) e a sua conversão num valor padronizado (Resultado  $T$ ;  $M=50$ ;  $DP=10$ ), através de uma fórmula matemática (Kiresuk & Sherman, 1968; Kiresuk, Smith, & Cardillo, 1994) ou da consulta de tabelas de referência, possibilitando então efetuar comparações.

Apesar de a ideia central da GAS não ser completamente nova no contexto clínico, a avaliação dos resultados a partir da definição de objetivos não estava claramente estabelecida. A definição demasiado vaga ou global dos objetivos dificultava, na maior parte das vezes, a avaliação e medição dos objetivos alcançados. Neste sentido, a GAS veio providenciar um enquadramento teórico e metodológico para o desenvolvimento de objetivos realistas, relevantes, compreensíveis, mensuráveis, atingíveis, limitados no tempo, socialmente funcionais e contextualmente relevantes (King, McDougall, Palisano, Gritzan, & Tucker, 1999; Ottenbacher & Cusick, 1990). Para além disso, proporciona um índice quantitativo de progressão que pode possibilitar a comparação do desempenho de um mesmo paciente ao longo do tempo ou a comparação dos desempenhos de diferentes pacientes sujeitos à mesma intervenção.

Pouco depois de ter sido desenvolvida, a GAS foi considerada a técnica de avaliação dos resultados mais popular no campo das ciências humanas (Cytrynbaum, Birdwell, Birdwell, & Brandt, 1979; King et al., 1999) e, desde então, tem sido aplicada com sucesso em diversas áreas: na saúde mental e psicoterapia (Grey & Moore, 1982; Kiresuk et al., 1994; Lewis, Spencer, Haas, & DiVittis, 1987), na educação (MacKay, Somerville, & Lundie, 1996), na reabilitação (Hurn, Kneebone, & Cropley, 2006; King et al., 1999; Rushton, & Miller, 2002), na terapia ocupacional (Ottenbacher & Cusick, 1990), na terapia da fala (Schlosser, 2004), na gerontologia (Stolee, Stadnyk, Myers, & Rockwood, 1999), entre outras áreas. Provavelmente existem várias razões que justificam a proliferação deste método de avaliação dos resultados, destacando-se entre esses argumentos (King et al., 1999; Ottenbacher & Cusick, 1990; Schlosser, 2004): (a) o facto de ser um procedimento bastante flexível que permite avaliar indivíduos ou grupos numa variedade de áreas; (b) proporcionar

um sistema de avaliação que não é circunscrito a nenhuma orientação teórica ou terapia em particular; (c) revelar utilidade clínica, no sentido em que pode facilitar a concretização dos objetivos, uma vez que existem estudos (e.g., Smith, 1976) que sugerem um efeito promotor na motivação com vista à mudança aliado à tarefa de definir objetivos comportamentais relevantes; (d) permitir a seleção e definição de objetivos individualizados e específicos de modo a representar mudanças realistas e expectáveis.

A capacidade da GAS para possibilitar a avaliação de mudanças clínicas significativas (Kiresuk et al., 1994) que, muitas vezes, não são captadas por instrumentos estandardizados é provavelmente uma das suas maiores potencialidades (King et al., 1999). O facto de ter como referência critérios, em detrimento de normas, torna-a particularmente sensível a potenciais mudanças subtis que são percebidas como significativas no funcionamento do dia-a-dia. Em contrapartida, os instrumentos padronizados (e.g., *Family Needs Survey*; Bailey & Simeonsson, 1988) são frequentemente concebidos para avaliar uma vasta gama de áreas e algumas dessas áreas podem não refletir os objetivos terapêuticos, ou podem ser particularmente irrelevantes num determinado contexto de intervenção (King et al., 1999). A este propósito, diversos estudos têm evidenciado correlações baixas a moderadas entre a GAS e medidas padronizadas paralelas (King et al., 1998; Palisano, 1993; Simeonsson et al., 1991), havendo autores que defendem a utilização conjunta da GAS e de instrumentos estandardizados (King et al., 1998), com vista a fornecer uma avaliação formal mais abrangente dos resultados.

Apesar da versatilidade deste método de planeamento e avaliação da intervenção, existem limitações inerentes à sua aplicação que devem ser consideradas (King et al., 1999; Schlosser, 2004; Simeonsson et al., 1991; Smith, 1994), designadamente: (a) o enviesamento no escalonamento dos objetivos e na sua classificação (e.g., na definição de objetivos que são facilmente alcançáveis ou na consideração de melhorias que não são de facto reais); (b) o facto do treino e da implementação de procedimentos padronizados serem demorados mas essenciais quando os terapeutas não estão familiarizados com a GAS; (c) a impossibilidade de os terapeutas modificarem no decurso da intervenção os objetivos que foram previamente definidos, uma vez que o período de intervenção pode não ser

suficientemente longo para que ocorra a mudança esperada a respeito de um objetivo novo ou modificado. Para além disso, os terapeutas não devem mudar os objetivos que percebem que não vão conseguir atingir, desvirtuando um dos pressupostos da GAS – a metodologia determina que os critérios de classificação para cada um dos níveis possíveis de mudança sejam pré-definidos e não especificados ao longo ou depois da intervenção; (d) fazer comparações justas e equitativas entre as metas e os indivíduos implica considerar a maneira como foram estabelecidas as metas. Ou seja, não é adequado comparar indivíduos para quem os objetivos foram definidos pelos profissionais, com indivíduos que estabeleceram eles próprios os objetivos, ou ainda com indivíduos que co-construíram as metas juntamente com os clínicos.

Neste sentido, a utilização apropriada da GAS depende muito da compreensão clara das suas potencialidades e limitações e da tomada de decisões refletidas a respeito da sua aplicação em contextos particulares. Contudo, existem linhas gerais orientadoras para a sua utilização (King et al., 1999; Kiresusk et al., 1994), devendo estas ser adaptadas a populações e contextos específicos, dos quais decorrem dificuldades e preocupações exclusivas.

A fiabilidade e validade da GAS podem assim ser melhoradas através do treino dos avaliadores, da adequada definição dos níveis de objetivos a atingir e da utilização de múltiplos avaliadores (Kiresuk et al., 1994). King e colaboradores (1999) também definem alguns procedimentos e ferramentas que ajudam a incrementar as qualidades psicométricas da GAS, nomeadamente: (a) utilizar avaliadores/terapeutas com um mínimo de experiência clínica, de modo a que sejam hábeis na definição de metas realistas; (b) recorrer à revisão por pares na fase de seleção dos objetivos; (c) assegurar uma boa descrição dos objetivos através do treino; (d) adotar procedimentos padrão e *checklists* (e.g., *Goal Review Procedure, Common Errors in Creating GAS Scales*); e (e) recorrer a avaliadores independentes (i.e. avaliadores que não têm um investimento pessoal nos resultados).

Ainda que exista evidência crescente de que a GAS é uma forma útil de avaliar a mudança terapêutica, há questões que são frequentemente levantadas acerca da sua validade e fiabilidade (King et al., 1999). No que concerne à validade, e apesar de vários estudos terem demonstrado que

este procedimento é válido em termos de conteúdo (Shefler, Canetti, & Wiseman, 2001; Stolee et al., 1999), constructo e critério (Shefler et al., 2001), esta deve ser avaliada caso a caso, atendendo às singularidades de cada contexto, problemática e/ou intervenção. Segundo Schlosser (2004), a evidência relativa à fiabilidade da GAS é escassa mas a que existe é incentivadora. Diversos estudos reportam assim bons níveis de acordo inter-juízes, com coeficientes de correlação intraclasse a variar entre .88 a .93 (Shefler et al., 2001; Stolee et al., 1999). Os resultados positivos encontrados foram atribuídos à utilização de indicadores claros, concretos e mensuráveis nas escalas de objetivos. Uma das críticas feitas aos dados da fiabilidade da GAS relaciona-se com, o facto desta análise retratar apenas a consistência dos resultados finais, sem atender ao processo de construção de orientações na avaliação final. Assim, uma das maiores críticas é que os resultados da GAS reflitam o conhecimento e a competência (ou a sua falta) e/ou os enviesamentos daqueles que constroem as escalas, tanto quanto refletem os resultados dos clientes (Cytrynbaum et al., 1979; Simeonsson et al., 1991). Estudos realizados para examinar as semelhanças entre escalas construídas por diferentes juízes para o mesmo cliente, revelaram resultados divergentes (Kiresuck, 1973; Shefler et al., 2001). Neste sentido, apesar de não ser um requisito de fiabilidade da GAS a construção de objetivos idênticos, até porque diferentes objetivos podem emergir do mesmo problema ou domínio a partir de avaliadores distintos (Smith, 1994), é contudo natural que a fiabilidade enfraqueça quando isso ocorre. A utilização de uma equipa de avaliadores e o seu treino adequado são elementos que poderão, provavelmente, reduzir esses enviesamentos (Bailey & Simeonsson, 1988). Outra recomendação (Schlosser, 2004) com vista a minimizar este viés é recorrer a diversas fontes de informação, quer baseadas em dados subjetivos (e.g., notas nos processos clínicos), quer sustentadas em dados objetivos (e.g., observação direta). Desta forma, para além do julgamento clínico, subjetivo, idiossincrático inerente às tarefas de determinar as potenciais mudanças e as mudanças alcançadas, os avaliadores deverão recorrer também a dados verificáveis e, por isso, mais objetivos. Neste contexto, a supervisão ou revisão por pares é também útil, apreciada e necessária (King et al., 1999).

A GAS pode então ser utilizada no contexto da prática clínica e na investigação realizadas sobre os resultados terapêuticos. A aplicação da GAS na prática clínica é direta, enquanto técnica para medir o progresso em direção a metas únicas e individualizadas, embora clínicos e terapeutas devam treinar a sua utilização. Em termos de investigação, a GAS por si só não é uma metodologia de investigação que permita estabelecer inferências causais entre variáveis independentes e dependentes (Schlosser, 2004). A utilização da GAS na investigação sobre os resultados terapêuticos implica assim a utilização de um *design* experimental (ou quase-experimental) que minimize as ameaças à validade interna (Ottenbacher & Cusick, 1990). Ainda em relação à utilização da GAS na investigação, é importante notar que decisões relativas à eficácia de uma intervenção não devem ser tomadas com base num único estudo, necessitando ser fundamentadas num conjunto sólido de estudos ou em meta-análises (Schlosser, 2004).

A aplicação da GAS no contexto da terapia familiar foi sugerida pela primeira vez por Olson (1988, citado em Towns & Seymour, 1990), com vista à definição de objetivos terapêuticos por parte dos elementos da família e terapeutas. Segundo o autor, este procedimento permite aos terapeutas e clientes chegarem a um acordo sobre os objetivos específicos que pretendem atingir durante a terapia. Apesar disso, a sua utilização pode revelar-se difícil de operacionalizar e morosa, sobretudo com famílias com múltiplos pontos de vista. Não obstante, em *settings* cujo modelo colaborativo é preconizado (uma característica comum à maioria dos serviços centrados na família) a GAS revela-se um procedimento que ajuda a garantir que os objetivos estabelecidos e os níveis de mudança operacionalizados são significativos para a família, dado que implicam o seu envolvimento. Neste sentido, é muito relevante que a definição de metas não seja uma imposição, mas antes uma parte da intervenção feita para e com a família (López & Escudero, 2003). Por esta razão, o processo de identificação de problemas/necessidades e o estabelecimento de uma escala para avaliar os objetivos atingidos não é em absoluto uma tarefa técnica ou “alheia” à família, constituindo-se pois como uma fase fundamental do processo de mudança.

As metas e objetivos concretos que se esperam alcançar com a intervenção baseiam-se assim no reconhecimento de necessidades e dificuldades

por parte da família. O problema surge quando, por vezes, a definição que a família faz da situação que levou à intervenção, dificulta a definição de objetivos. Por exemplo, nos casos em que outros serviços (e.g., escolas, serviços de proteção de menores, tribunais) requerem a terapia, é bastante frequente encontrar clientes involuntários e mandatados (Sotero & Relvas, 2012). A paradoxalidade nestes contextos de intervenção surge quando os profissionais se deparam com “clientes” que não respondem como tal: “não temos nenhum problema”; “temos um problema mas não podemos fazer nada para resolvê-lo”; “não temos nenhum problema, os outros (profissionais) é que têm” ou “o problema é outro ou de outras pessoas que não estão aqui” (Escudero, 2009). Nestas circunstâncias a GAS é particularmente valiosa, uma vez que o processo permite a participação do sistema familiar e do terapeuta, capacitando ambos na identificação de áreas problema e no estabelecimento de diferentes níveis ou degraus de mudança. Ao disponibilizar-se um serviço de ajuda para que a família mude deve necessariamente contar-se com ela, com a sua visão do problema, com os seus recursos, com as suas reações emocionais e também com a sua reação face à própria intervenção, podendo a aplicação da GAS ser útil ao permitir desbloquear um trabalho orientado para a definição de objetivos com a família.

## **2. Estudos em Portugal**

### **Como foi desenvolvido/adaptado e validado?**

Conforme referido, a tradução e aplicação da GAS aqui apresentadas foram desenvolvidas a partir da versão do procedimento utilizada pela *Unidade de Intervenção Familiar da Universidade da Corunha* (Espanha) (López & Escudero, 2003) e pelo *Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade de Durham* (Inglaterra). Neste sentido, existem algumas diferenças face ao método original que importa explicitar. Designadamente, o facto de o procedimento adotado propor um escalonamento em que o nível zero (0) corresponde à situação atual da família, em vez de representar a mudança esperada ou os resultados esperados, conforme

indicado na versão original. Não obstante, tal como na versão original, o nível +2 corresponde aos melhores resultados esperados e o nível -2 aos piores. Relativamente aos objetivos definidos, esta alteração permite assim definir um *continuum* de mudanças possíveis entre dois extremos (+2 e -2), a partir do nível de funcionamento atual da família (nível 0 – linha de base). Esta alteração na representação do nível 0 torna inviável a utilização dos valores padronizados (*T-scores*) (Cardillo, 1994).

Os estudos de validade e fiabilidade apresentados têm por base uma amostra aleatória de 40 processos finalizados e arquivados de Terapia Familiar Sistémica, conduzidos no Centro de Prestação de Serviços à Comunidade da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (CPSC-UC) e no Centro Integrado de Terapia Familiar de Coimbra (CEIFAC), entre 2000 e 2009. Os processos analisados reportam-se a problemáticas centradas em questões familiares (e.g., conflitos intrafamiliares, dificuldades parentais, problemas comunicacionais) em que estiveram presentes, pelo menos, dois elementos familiares, dois co-terapeutas e uma equipa de observação atrás de um espelho unidirecional. Em todos os casos foi adoptado um modelo integrativo de terapia familiar breve (6 a 9 sessões, espaçadas de 3 a 4 semanas), o qual propõe uma visão epistemológica de segunda ordem, uma postura de curiosidade, de articulação de visões múltiplas e assente na conversação terapêutica (Ausloos, 2003; Nichols & Schwartz, 2006; Relvas, 2003). A amostra é constituída por 27 processos clínicos terminados (i.e. clientes e terapeutas concordam que chegou ao fim o contrato terapêutico) e 13 processos clínicos em que houve *dropout* (i.e. ocorre uma desistência por parte da família na sua participação na terapia). Atendendo à etapa do ciclo vital da família, e de acordo com a categorização proposta por Relvas (1996), a maioria da amostra é constituída por famílias com filhos adolescentes (35%) e famílias com filhos na escola (35%). Os 131 clientes que participaram nos casos clínicos analisados têm entre 5 e 70 anos de idade ( $M=28.92$ ,  $DP=16.45$ ) e incluem mães (39), pais (25), crianças e adolescentes (39), entre outros elementos familiares (avô, companheira/namorada).

A aplicação da GAS decorreu entre janeiro e abril de 2010 e permitiu analisar retrospectivamente os processos clínicos arquivados (Miranda,

2011). Cada processo foi avaliado por 2 elementos da equipa de investigação (3 doutorandos com experiência clínica e formação em Terapia Familiar e 2 mestrandos da subárea de especialização em Sistémica, Saúde e Família). Numa primeira fase, através da avaliação da 1ª e/ou 2ª sessões terapêuticas (gravações em vídeo e relatórios de sessão), ambos os investigadores procederam conjuntamente à identificação dos objetivos terapêuticos acordados entre a família e os terapeutas. Numa segunda fase, os investigadores avaliaram de forma independente a última sessão do contrato terapêutico ou a sessão antes do *dropout*, mais uma vez através das gravações das sessões e relatórios, de modo a identificarem as mudanças e metas alcançadas pela família ao longo do processo terapêutico. A utilização da GAS teve como finalidade avaliar até que ponto a terapia foi eficaz para cada família, na medida em que ajudou a alcançar os objetivos terapêuticos que motivaram o pedido de ajuda.

### ***Estudos de precisão***

Segundo King e colaboradores (1999), a medida de evidência de precisão mais apropriada à GAS é a fiabilidade interavaliadores, a qual consiste na realização de duas avaliações independentes, efetuadas na mesma ocasião por dois avaliadores, ao nível das metas alcançadas. Designadamente, através do cálculo do coeficiente de correlação intraclasse (*Intraclass Correlation Coefficient, ICC*), o qual verifica a igualdade das classificações médias atribuídas por vários sujeitos (Pestana & Gageiro, 2005).

Pelas razões apontadas foi considerada no estudo desenvolvido a fiabilidade interavaliadores, como forma de verificar a generalização das avaliações efetuadas por ambos os juizes externos. Relativamente à classificação final da GAS nos 40 processos terapêuticos analisados, por parte de dois avaliadores independentes, o *ICC* obtido foi de .97 e para cada uma das metas foi .96, .94 e .96 (cf. Quadro 2). Os valores do *ICC* encontrados evidenciam um elevado nível de concordância entre os avaliadores, quer na pontuação de cada uma das metas, quer na pontuação final. De notar que estes valores são próximos aos encontrados

noutros estudos em que foi utilizado o mesmo procedimento de avaliação da fiabilidade interavaliadores ( $ICC=.98$ , King et al., 1999;  $ICC=.93$ , Stolee et al., 1999).

Quadro 2.

*Fiabilidade interavaliadores: GAS*

	<i>Coefficiente de Correlação Intraclasse (ICC)</i>
Avaliação na Meta 1	.96
Avaliação na Meta 2	.94
Avaliação na Meta 3	.96
Avaliação Final	.97

Principalmente no contexto de investigação é bastante relevante assegurar uma boa fiabilidade interavaliadores, pelo que existem algumas recomendações na literatura que importa ressaltar (King et al., 1999; Lewis et al., 1987; Schlosser, 2004). Em primeiro lugar, considera-se a utilização de uma equipa de avaliadores externos como uma forma eficaz de promover a fiabilidade (Miranda, 2011), na medida em que: (a) os seus elementos apresentam diferentes níveis de formação e experiência clínica, o que permite assegurar uma maior acuidade no trabalho desenvolvido; (b) o facto de trabalharem de forma conjunta na definição das metas implica um consenso nas decisões tomadas entre ambos os avaliadores (vs. a decisão de um só avaliador); e (c) os avaliadores são externos, ou seja, não participaram em nenhum dos processos que analisaram, o que promove uma maior clareza e imparcialidade na avaliação.

Para além disso, o treino adequado da equipa de avaliadores e a utilização de diversas fontes de informação, isto é, não só de material escrito constante do processo clínico, mas também de dados resultantes de observação direta (como é o caso dos vídeos das sessões), são recomendações adicionais com vista a minimizar enviesamentos. Contudo, o carácter idiossincrático da GAS não pode ser removido completamente (provavelmente nem deve), uma vez que este se constitui como um dos seus pontos fortes. De notar que as evidências de fiabilidade encontradas em estudos prévios, não dispensam esta análise caso-a-caso.

## ***Estudos de validade***

Tal como a fiabilidade, a evidência de validade deste método de avaliação dos resultados terapêuticos deve também ser estudada caso-a-caso. Ou seja, apesar de outros estudos terem demonstrado que este procedimento é válido em termos de validade de conteúdo, constructo e social (Schlosser, 2004), é imprescindível a sua avaliação em cada caso particular.

### ***Validade de conteúdo***

Um dos estudos efetuados prende-se com a evidência de validade de conteúdo, através do qual se pretende saber se o conteúdo da medida (neste caso da GAS) abrange todos os aspetos ou elementos de interesse do atributo a ser medido (Portney & Watkins, 2000). Assim, para demonstrar a evidência de validade de conteúdo deve haver congruência entre os conteúdos da GAS e a opinião de especialistas e/ou uma relação direta entre a medida e a teoria (Tickle-Degnen, 2002). Neste sentido, foi realizado um estudo com vista a analisar a validade de conteúdo através da identificação das áreas dos objetivos definidos. Do ponto de vista teórico, as abordagens de terapia familiar assumem que os problemas apresentados são um produto do processo de interações entre sistemas. Como consequência, os investigadores reconhecem que é importante avaliar os problemas em diferentes níveis do sistema, nomeadamente, ao nível individual, ao nível das díades (conjugal e/ou pais-filhos), ao nível familiar e também ao nível comunitário (Olson, 1988, citado em Towns & Seymour, 1990). Deste modo, para aceder à avaliação dos resultados é possível fazê-lo em vários níveis. Segundo Olson (1988, citado em Towns & Seymour, 1990), a determinação dos resultados na terapia familiar deve contemplar os seguintes níveis de análise: comunitário, familiar, díade parental (pai/mãe-filho/a), díade conjugal e individual. Da análise efetuada às metas definidas com a GAS constata-se que estão representados os diferentes níveis de avaliação, dependendo obviamente das dificuldades

evidenciadas. Na maior parte dos casos foram definidas metas ao nível familiar (58,8%) e da díade pai/mãe-filho/a (31,8%), embora também tivessem sido encontradas metas ao nível individual (25,5%), da díade conjugal (15,3%) e comunitárias (3,5%). De notar que, na maior parte dos casos (97%), foram definidas metas em mais do que um dos níveis. Os resultados alcançados suportam a evidência de validade de conteúdo, na medida em que as metas definidas com a GAS parecem relacionar-se com os níveis identificados como relevantes na avaliação dos resultados terapêuticos.

### ***Validade social***

De acordo com Schlosser (2004), provavelmente a validade social da GAS constitui-se como uma das suas melhores provas de validade. A validade social tem as suas raízes na investigação comportamental (Kazdin, 1977) e refere-se à importância social e aceitabilidade dos objetivos de uma intervenção, procedimentos e resultados (Foster & Mash, 1999). A avaliação subjetiva é apresentada como um dos métodos propostos para analisar a validade social, sendo utilizada com o intuito de aferir a aceitabilidade e importância dos objetivos, procedimentos e resultados através de um juízo de valor subjetivo efetuado por clientes, terapeutas, especialistas e/ou outros significativos (Foster & Mash, 1999). Neste sentido, o método de aplicação da GAS proposto pode ser perspectivado como decorrendo da implementação do método de avaliação subjetiva, na medida em que se refere à avaliação dos casos clínicos do ponto de vista de terapeutas familiares com experiência clínica e profissional relevantes. A evidência de validade social da GAS está assim implicitamente relacionada com o facto da sua aplicação, no formato descrito, reproduzir o típico raciocínio clínico de como os terapeutas avaliam os resultados terapêuticos atendendo ao que é esperado no início da intervenção. Deste modo, a validade social da GAS, enquanto método de avaliação dos resultados terapêuticos, pode assim ser demonstrada através das avaliações subjetivas efetuadas pelos clínicos.

### 3. Aplicação

#### Como aplicar, cotar e interpretar?

Num contexto clínico, antes da aplicação da GAS é importante que tenha decorrido algum tempo de contacto entre os profissionais e a família, pelo menos o tempo suficiente para se conhecerem e explorarem os problemas que conduziram à terapia. De uma maneira geral, é necessário ter em conta que o foco central não deve ser a definição dos objetivos, através da GAS, sendo prioritário o estabelecimento de uma relação colaborativa (Escudero, 2009). Todavia, o próprio trabalho de identificação das metas a partir da construção das escalas pode também servir para criar essa relação, uma vez que as famílias reconhecem que os objetivos não são impostos mas antes co-construídos e escalonados de forma a serem claramente compreendidos e aceites pelos clientes. Dado que as metas que se definem nas escalas de consecução serão avaliadas posteriormente, deve ser inicialmente indicado qual o período temporal para essa avaliação. Dependendo do contexto de aplicação (clínico ou investigação) e da situação particular de cada família, pode estabelecer-se como norma geral que o tempo de consecução de metas seja equivalente ao tempo do contrato terapêutico (e.g., 6/8 meses). Deste modo, os objetivos identificados no início do processo serão avaliados na última sessão terapêutica, com vista a analisar em que medida foram atingidos enquanto resultado do processo de intervenção.

Para a elaboração das escalas devem seguir-se os seguintes 7 passos:

**1. Identificar e discutir com a família os problemas ou necessidades dos quais se pode esperar uma mudança ou melhoria com a intervenção.** De notar que deve deixar-se de fora aquilo que só se pode conseguir noutras instâncias (e.g., uma decisão judicial), mas que devem incluir-se as metas que a família entende como exigências/demandas de outros serviços (e.g., Escolas, Serviços de Proteção de Menores, Tribunais, etc.) mas que aceita conseguir. Para isso deve ser feito um esforço que possibilite encontrar um denominador comum (ou área de interseção), de modo que a perspectiva e as necessidades da família sejam coincidentes com a avaliação da equipa e coerentes com as orientações de serviços externos;

**2. Traduzir esses problemas ou necessidades em metas.** O ideal em termos práticos é estabelecer pelo menos duas e não mais do que quatro metas para serem trabalhadas ao mesmo tempo. Nesta etapa deve ajudar-se a família a definir o que espera conseguir em relação a cada um dos problemas/necessidades identificados, atribuindo uma *etiqueta* breve e clara a cada meta, por exemplo: “Os pais passarem tempo de lazer com os filhos”, “Sair sem beber álcool”, ou “Discutir sem agressões verbais”. Quando se pretende que a família, ou um dos seus membros, deixe de fazer algo, quase sempre é possível e preferível formular um comportamento positivo que é incompatível com o que se quer fazer desaparecer (e.g., “Jogar com o filho um jogo divertido uma hora por dia”, em vez de “Deixar de aborrecer-se por estar com o filho”). A etiqueta deve depois ser registada na parte superior de cada escala na Tabela de Registo da GAS;

**3. Selecionar um *indicador-chave* para cada meta.** O indicador-chave é um comportamento, uma competência ou uma situação concreta que melhor representa a meta. Por exemplo, para a meta “Eliminar as nossas discussões violentas”, alguns dos indicadores possíveis são: “Passarmos dois meses sem discutir”, ou “Falarmos sobre tudo sem os filhos acharem que discutimos”. É importante entender que se trata de um indicador, não sendo necessário fazer um inventário amplo e detalhado de todas as condutas possíveis, ou seja, há-que selecionar os indicadores-chave. Os indicadores extraem-se das respostas da família às seguintes questões: “Se nos encontrarmos daqui a três meses e estiverem seguros de que conseguem discutir sem se agredirem (usando a etiqueta previamente acordada com a família), em que se notaria essa mudança?”; “O que notariam os vossos filhos? “; “O que notariam os vossos vizinhos?”. Uma formulação útil para a elaboração de indicadores de consecução de metas é através de perguntas tipo “questão-milagre” (De Shazer, 1994): “Suponham que acontece um milagre enquanto estão a dormir e o vosso problema, o que vos faz discutir violentamente, se resolve milagrosamente. Como ocorre quando estão a dormir e ninguém o anunciou, como e em que momento, em que coisas concretas se dariam conta de que esse milagre aconteceu?”. Este tipo de formulação faz com que os clientes procurem indícios, ou seja, indicadores de que as discussões já não são problemáticas;

**4. Definir a “Situação Atual” (Nível 0 da escala) na Tabela de Registo da GAS com respeito a cada meta que foi especificada.** É útil que a descrição da situação atual do problema/necessidade seja definida em termos quantitativos (e.g., dias em que ocorre, tempo em que se faz algo, percentagens, nível de intensidade, etc.), mas também pode fazer-se em termos qualitativos (e.g., definir em que medida – muito, pouco, nada, um só aspeto, etc.). A partir da descrição da situação atual do problema é mais fácil e acessível começar a escalonar com a família o que se supõe ser uma pequena ou rápida melhoria;

**5. Escalonar com a família os progressos e registar na Tabela de Registo os níveis +1 e +2.** O nível +2 representa o melhor nível de consecução da meta que se pode esperar, tendo uma perspetiva realista e prática num período de tempo não superior a 6 ou 8 meses. Este nível não tem obrigatoriamente que representar a realização total ou final de uma meta, mas uma etapa ou estágio importante e estável da sua realização. Os profissionais devem recorrer à sua experiência sobre o que pode ser alcançado, os recursos da família e as técnicas e estratégias que vão ser necessárias durante o processo para ajudarem a família a estabelecer adequadamente o nível +2. O nível +1 representa um passo intermédio na escalada até ao +2. Como a mudança é um processo gradual deve atribuir-se grande importância aos primeiros passos, de modo que uma boa definição deste nível é essencial. Nesta etapa são bastante úteis as questões de escalonamento (De Shazer, 1994), auxiliando na elaboração de gradações: “Se tivesse que pontuar numa escala entre 1 e 10, sendo 10 a melhor pontuação, o que significa que teriam alcançado X (referir aqui o indicador do nível +2), em que pontuação estamos agora?”. Se a resposta for, por exemplo, 3 a pergunta seguinte pode ser: “O que teria que acontecer para alcançar um 5?”;

**6. Especificar os níveis -1 e -2.** Estes níveis representam um agravamento ou deterioração da situação inicial da família. Embora o objetivo central deste procedimento resida na definição e avaliação de metas positivas e necessárias, é necessário reconhecer a possibilidade de um retrocesso da situação e das suas consequências. Contudo, é importante avaliar a utilidade deste aspeto, dado que pode gerar negatividade ou ser

interpretado como uma ameaça. Em qualquer caso, há ocasiões em que a família deve saber quais são as consequências de não conseguir atingir uma determinada mudança, por exemplo numa intervenção derivada de um processo judicial ou do sistema de proteção de menores;

**7. Repetir os seis passos anteriores para cada uma das metas definidas com a família.** Conforme foi referido, o ideal é estabelecer pelo menos duas metas e não mais do que quatro. Contudo, dependendo da situação particular de cada família pode ser necessário estabelecer um número maior ou menor de metas.

A revisão/supervisão e avaliação da concretização das metas compõem as duas últimas etapas na aplicação da GAS. Para a revisão do trabalho de definição de metas foi adaptado um Guião de Revisão da GAS (Escudero, 2009; King et al., 1999), pretendendo-se com esta tarefa rever a) a coerência global entre as etiquetas, os indicadores-chave e a situação atual, bem como confirmar se cada uma das metas é realista e relevante; se a realização das metas pode ser claramente avaliada e escalonada; b) se as etiquetas são definidas ou formuladas em termos positivos; c) se os indicadores são exclusivos de cada nível e não se sobrepõem; d) se há saltos muito grandes entre os níveis, entre outros indicadores. A melhor forma de avaliar a definição de metas é trabalhar com um supervisor ou coordenador externo, embora a equipa deva estar envolvida nesse processo.

A avaliação da concretização das metas no período determinado, recomendavelmente dentro de uma margem de 6 a 8 meses, pode ser feita através de uma entrevista com a família, efetuando um balanço com a própria família acerca das metas conseguidas e/ou baseando-se em observações ou informadores externos (escola, serviços sociais, etc.) e/ou em dados provenientes de visitas domiciliárias. A este respeito as metas podem ser avaliadas uma a uma, realizando uma avaliação por metas (análise de 1ª ordem) e adicionalmente avaliar o conjunto de metas a partir de uma meta-perspetiva sobre a concretização dos objetivos definidos (análise de 2ª ordem). Esta classificação final da GAS articula assim o resultado parcelar das metas, através do cálculo de um *score* final produto da soma das metas (entre +6 e -6). O resultado da avaliação deve ser registado na Tabela de Registo da GAS, indicando para cada meta o nível da escala (entre -2 e +2) que foi alcançado.

#### 4. Vantagens, limitações e estudos futuros

Este trabalho pretende ajudar os terapeutas e outros profissionais a tomarem uma decisão informada sobre quando e como usar (ou não) a GAS, partindo da contextualização, compreensão e descrição desta metodologia de definição de objetivos e avaliação de resultados no domínio da intervenção familiar. Assim, para uma implementação cuidada e apropriada da GAS torna-se essencial (re)conhecer não só as vantagens, como as limitações deste método de avaliação. Apesar da complexidade e das dificuldades inerentes ao processo de avaliar os resultados terapêuticos, a GAS parece constituir-se como um procedimento extramente flexível capaz de auxiliar na planificação, definição e avaliação de metas através de um contínuo de resultados possíveis. A versatilidade de populações, intervenções e áreas em que foi aplicada são disso um exemplo. É uma metodologia individualizada baseada na prática (*practice-based*) e profissionalmente orientada (*practitioner-oriented*) que pode e deve complementar as medidas mais tradicionais de avaliação dos resultados (*theory-based*). De destacar ainda, a abordagem colaborativa refletida nos procedimentos de aplicação da GAS, a qual promove o envolvimento, a aceitação e provavelmente a própria motivação dos clientes, constituindo-se assim como uma importante ferramenta com utilidade clínica. Existe assim uma evidência crescente de que a GAS é uma estratégia útil e com potencial para medir a mudança terapêutica (King et al., 1999), tanto no contexto clínico, como no contexto de investigação. Em termos de investigação, a GAS deve ser aplicada tal como são outros métodos que avaliam os resultados terapêuticos e que requerem a evidência de fiabilidade e validade. Conforme demonstrado, a GAS oferece informações exclusivas sobre as expectativas de mudança *a priori*, a operacionalização de diferentes níveis de mudança, o foco da intervenção e, sobretudo, consegue captar mudanças que são significativas na vida dos sujeitos.

Uma das principais limitações apontadas à GAS prende-se com a vulnerabilidade a enviesamentos ou *bias* decorrentes da sua aplicação e os quais podem afetar a validade. Enviesamentos estes que podem ocorrer durante o escalonamento das metas (e.g., metas excessivamente fáceis

de alcançar) e/ou na avaliação das metas (e.g., mostrando melhorias que não são de facto reais). A sobre ou subestimação das metas, a usurpação ou má interpretação do procedimento são ameaças reais que devem ser controladas com algumas ou várias das orientações que já foram sendo exploradas, nomeadamente através do treino e formação dos avaliadores, da adequada definição e supervisão dos níveis das metas, da utilização de vários avaliadores, da aplicação e cruzamento com instrumentos similares, entre outras estratégias recomendáveis. Neste sentido, a utilização apropriada da GAS na avaliação dos resultados terapêuticos está dependente do rigor com que são compreendidos os seus fundamentos e aplicados os seus procedimentos. Não pondo em causa a validade da versão portuguesa da GAS, algumas limitações do presente estudo são de referir, devendo os resultados ser considerados como indicadores preliminares. O facto de se tratar de um estudo retrospectivo, com uma amostra relativamente pequena, recorrendo apenas a avaliadores externos e em que não foi aplicado mais nenhum procedimento de avaliação são aspetos críticos que devem ser equacionados na interpretação dos resultados obtidos.

Deste modo, o processo de validação desta metodologia deve ser continuado em estudos futuros, sendo necessário averiguar a convergência com outras medidas dos resultados terapêuticos, bem como alargar a amostra a diferentes tipos de intervenção familiar. Só após estes e outros estudos poderemos determinar o “verdadeiro” potencial da GAS, tanto na prática clínica, como na investigação sobre os resultados clínicos.

## 5. Bibliografia

- Ausloos, G. (2003). *A competência das famílias*. Lisboa: Climepsi.
- Bailey, D., & Simeonsson, R. (1988). Investigation of use of Goal Attainment Scaling to evaluate individual progress of clients with severe and profound mental retardation. *Mental Retardation*, 26, 289-295.
- Cardillo, J. E. (1994). Summary score conversion key. In T. Kiresuk, A. Smith, & J. Cardillo (Eds.), *Goal Attainment Scaling: Applications, theory, and measurement* (pp. 273-278). London: Erlbaum.
- Cytrynbaum, S., Birdwell, G. Y., Birdwell, J., & Brandt, L. (1979). Goal Attainment Scaling: A critical review. *Evaluation Quarterly*, 3, 5-40.
- De Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. New York: Norton.

- Escudero, V. (2009). *Guía práctica para la intervención familiar*. Valladolid: Junta de Castilla y León.
- Foster, S. L., & Mash, E. J. (1999). Assessing social validity in clinical treatment research issues and procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 308-319.
- Grey, M. E., & Moore, L. S. (1982). The Goal Attainment Scale for psychiatric in-patients. *Quarterly Review Bulletin*, 8, 19-23.
- Hurn, J., Kneebone, I., & Cromptley, M. (2006). Goal setting as an outcome measure: A systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 20, 756-772. doi: 10.1177/0269215506070793
- Kazdin, A. E. (1977). Assessing the clinical or applied importance of behavior change through social validation. *Behavior Modification*, 1, 427-452.
- King, G. A., McDougall, Palisano, R. J., Gritzan, J., & Tucker, M. A. (1999). Goal Attainment Scaling: Its use in evaluating pediatric therapy programs. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 19, 31-52.
- King, G. A., Tucker, M., Alambets, P., Gritzan, J., McDougall, J., Ogilvie, A., . . . Malloy-Miller, T. (1998). The evaluation of functional, school-based therapy services for children with special needs. A feasibility study. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 18, 1-17.
- Kiresuk, T. (1973). Goal Attainment Scaling at a county mental health service. *Evaluation Mono*, 1, 12-18.
- Kiresuk, T. J. & Sherman, R. E. (1968). Goal Attainment Scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4, 443-453.
- Kiresuk, T., Smith, A., & Cardillo, J. (1994). *Goal Attainment Scaling: Applications, theory, and measurement*. London: Erlbaum.
- Lewis, A. B., Spencer, J. H., Haas, G. L., & DiVittis, A. (1987). Goal Attainment Scaling: Relevance and replicability in follow-up of inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 408-417.
- López, S., & Escudero, V. (2003). *Familia, evaluación e intervención*. Madrid: Editorial CCS.
- MacKay, G., Somerville, W., & Lundie, J. (1996). Reflections on Goal Attainment Scaling (GAS): Cautionary notes and proposals for development. *Educational Research*, 38, 161-172.
- Miranda, J. (2011). *A terapia familiar sistémica com clientes voluntários e involuntários: Estudo dos resultados terapêuticos* (Dissertação de mestrado não-publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (2006). *Family therapy: Concepts and methods* (7<sup>th</sup> ed.). New York: Gardner Press.
- Ottenbacher, K. J., & Cusick, A. (1990). Goal Attainment Scaling as a method of clinical service evaluation. *American Journal of Occupational Therapy*, 44, 519-525.
- Palisano, R. J. (1993). Validity of Goal Attainment Scaling with infants with motor delays. *Physical Therapy*, 73, 651-658.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais - A complementaridade do SPSS* (4<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Sílabo.
- Portney, L. G., & Watkins, M. P. (2000). *Foundations of clinical research: Applications to practice* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: McGraw-Hill.
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família, perspectiva sistémica*. Porto: Afrontamento.
- Relvas, A. P. (2003). *Por detrás do espelho. Da teoria à terapia com a família*. Coimbra: Quarteto.
- Rushon, P. W., & Miller, W. C. (2002). Goal Attainment Scaling in the rehabilitation of patients with lower-extremity amputations: A pilot study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83, 771-775. doi: 10.1053/apmr.2002.32636

- Scheffler, G., Canetti, L., & Wiseman, H. (2001). Psychometric properties of Goal Attainment Scaling in the assessment of Mann's time-limited psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 57*, 971-979.
- Schlosser, R. W. (2004). Goal Attainment Scaling as a clinical measurement technique in communication disorders: A critical review. *Journal of Communication Disorders, 37*, 217-239. doi: 10.1016/j.jcomdis.2003.09.003
- Simeonsson, R. J., Bailey, D. B., Huntington, G. S., & Brandon, L. (1991). Scaling and attainment of goals in family-focused early intervention. *Community Mental Health Journal, 27*, 77-83.
- Smith, A. (1994). Introduction and overview. In T. Kiresuk, A. Smith, & J. Cardillo (Eds.), *Goal Attainment Scaling: Applications, theory, and measurements* (pp. 1-14). London: Erlbaum.
- Smith, D. L. (1976). Goal Attainment Scaling as an adjunct to counseling. *Journal of Counseling Psychology, 23*, 22-27.
- Sotero, L., & Relvas, A. P. (2012). A intervenção com clientes involuntários: Complexidade e dilemas. *Psicologia & Sociedade, 24*, 187-196. doi: 10.1590/S0102-71822012000100021
- Stolee, P., Stadnyk, K., Myers, A. M., & Rockwood, K. (1999). An individualized approach to outcome measurement in geriatric rehabilitation. *Journals of Gerontology: Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 54*, 641-647.
- Tickle-Degnen, L. (2002). Communicating evidence to clients, managers, and funders. In M. Law (Ed.), *Evidence-based rehabilitation: A guide to practice* (pp. 221-254). Thorofare, NJ: Slack Incorporated.
- Towns, A., & Seymour, F. (1990). What about the family in family therapy research? *Journal of Family Therapy, 11*, 222-228.
- Young, A., & Chesson R. (1997). Goal Attainment Scaling as a method of measuring clinical outcome for children with learning disabilities. *British Journal of Occupational Therapy, 60*, 111-114.