

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**Nathália Soares Ribeiro**

**Working Alliance Inventory - Short Revised - Observer (WAI-SR-O): Adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas da versão brasileira para usuários de álcool**

**Juiz de Fora**

**2017**

**Nathália Soares Ribeiro**

**Working Alliance Inventory - Short Revised - Observer (WAI-SR-O): Adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas da versão brasileira para usuários de álcool**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Processos Psicossociais em Saúde.

Orientadora: Dra. Laisa Marcorela Andreoli Sartes.

**Juiz de Fora**

**2017**

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Ribeiro, Nathália Soares.

Working Alliance Inventory - Short Revised - Observer (WAI-SRO): Adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas da versão brasileira para usuários de álcool / Nathália Soares Ribeiro. -- 2017.

123 f. : il.

Orientadora: Laisa Marcorela Andreoli Sartes

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós Graduação em Psicologia, 2017.

1. Aliança terapêutica. 2. Processo psicoterapêutico. 3. Adaptação transcultural. 4. Psicometria. I. Sartes, Laisa Marcorela Andreoli, orient. II. Título.

**Nathália Soares Ribeiro**

**Working Alliance Inventory - Short Revised - Observer (WAI-SR-O): Adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas da versão brasileira para usuários de álcool**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Processos Psicossociais em Saúde.

Aprovada em 07 de dezembro de 2017

**BANCA EXAMINADORA**

---

Dra. Laisa Marcorela Andreoli Sartes - Orientador  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Dr. Lélío Moura Lourenço  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Dr. Maycoln Leôni Martins Teodoro  
Universidade Federal de Minas Gerais

## AGRADECIMENTOS

Durante o desenvolvimento deste trabalho pude contar com a contribuição e o suporte de algumas pessoas, os quais foram substanciais para a sua consolidação. Agradeço à querida Professora Dra. Laisa Marcovela Andreoli Sartes por todo o apoio e orientações disponibilizados e por compartilhar seu saber de forma inspiradora e humana, estimulando o meu crescimento acadêmico e pessoal. Ao Professor Dr. Nikolaos Kazantzis pela parceria engrandecedora no estudo deste tema que tanto me encanta, a aliança terapêutica. Aos Professores Dr. Lélío Moura Lourenço e Dr. Maycoln Leôni Martins Teodoro por enriquecerem este estudo com suas considerações, desde a qualificação até a sua apresentação final. Ao Professor Dr. Fernando Antonio Basile Colugnati pela colaboração na discussão das análises estatísticas. Aos pacientes, peritos e observadores, que foram peças-chave no desenvolvimento deste trabalho. À CAPES e FAPEMIG, pelo suporte financeiro. Aos meus amigos de vida e às lindas amizades que conquistei neste período que, de alguma forma, dividiram comigo essa caminhada desafiadora chamada “mestrado”. Agradeço a Deus por ter me concedido sabedoria e paciência frente aos obstáculos enfrentados ao longo desse processo, reafirmando diariamente sua presença em minha vida. À minha mãe, minha fortaleza e meu melhor exemplo de ser humano, por sempre me estimular a ir além e por me conduzir com o seu amor. Aos meus irmãos Augustho, Fabiana e Nelande pela cumplicidade, torcida e por proporcionarem momentos de leveza ao meu dia a dia. Por último, mas não menos importante, ao meu amado pai que, no tempo que pode compartilhar comigo, me estimulou a sonhar e deixou como um dos seus grandes legados o incentivo para que eu concretizasse meus objetivos. Tomo aqui a liberdade de citar uma de suas tão repetidas frases:

*“Os homens que caminham pela vida e param são atropelados por aqueles que caminham sem parar”.*

A todos, meu carinho e gratidão.

## RESUMO

**Introdução:** Os estudos sobre intervenções para dependentes de álcool têm priorizado compreender os ingredientes ativos que influenciam o processo psicoterapêutico, sendo a aliança terapêutica (AT) um desses mecanismos. Tem sido recomendado o uso de medidas preenchidas por um observador clínico para a avaliação da AT. Todavia, observa-se a ausência de medidas observacionais de AT no Brasil, sendo o seu estudo ainda incipiente.

**Objetivo:** Os objetivos deste trabalho envolveram dois estudos: 1) desenvolver uma revisão da literatura visando caracterizar os instrumentos de AT; 2) e realizar a adaptação transcultural do *Working Alliance Inventory - Short Revised Observer* (WAI-SR-O) e analisar suas evidências de validade para dependentes de álcool em tratamento cognitivo-comportamental breve. **Método:** Para a revisão, foram coletados os dados bibliométricos e realizada análise de conteúdo categorial temática. O segundo estudo envolveu a adaptação transcultural do WAI-SR-O, o qual foi submetido à análise de evidências de confiabilidade baseadas na estrutura interna, evidências de validade baseadas nas relações com variáveis externas, avaliação das diferenças das médias inter e intravaliadores, além do cálculo do Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) do WAI nas versões terapeuta e cliente.

**Resultados:** Os resultados da revisão indicam instrumentos de AT em variadas versões, avaliados sob diferentes perspectivas e fundamentados em diversos modelos teóricos. Eles apresentaram boas propriedades psicométricas, embora tenham sido identificadas importantes questões quanto à estrutura fatorial. O segundo estudo abarcou a tradução, retrotradução e avaliação do WAI-SR-O por peritos. Foi realizado um treinamento com os avaliadores que culminou em alguns ajustes no instrumento. As análises iniciais das suas propriedades psicométricas indicaram bom alfa de *Cronbach* ( $\alpha = 0,86$ ), evidências de validade convergente com o WAI-Terapeuta e alto CCI intravaliadores para escala geral e subescalas.

**Discussão:** Os problemas na estrutura fatorial dos instrumentos de AT levantados no primeiro estudo podem ser uma explicação para as dificuldades dos observadores na diferenciação das dimensões do WAI-SR-O. De modo geral, os resultados psicométricos do WAI-SR-O em versão adaptada apontam que este instrumento pode ser promissor quanto aos estudos do processo psicoterapêutico no Brasil.

Palavras-chave: Aliança terapêutica. Processo psicoterapêutico. Adaptação transcultural. Psicometria.

## ABSTRACT

**Introduction:** Studies regarding interventions for alcohol dependents have prioritized understanding psychotherapeutic process active ingredients, being therapeutic alliance (TA) one of these mechanisms. The measures which are evaluated by a clinical observer have been widely recommended to assess TA. However, it is observed the absence of observational measures of TA in Brazil, and its study is still incipient. **Aim:** The present work encompasses two studies: 1) developing a literature review to characterize the TA instruments; 2) to conduct the *Working Alliance Inventory - Short Revised Observer* (WAI-SR-O) cross-cultural adaptation and investigate its validity evidences for alcohol dependents on brief cognitive-behavioral treatment. **Method:** Bibliometric data were collected and thematic content analysis was performed on literature review study. On the second study, the WAI-SR-O were submitted to the analysis of reliability evidences based on the internal structure, evidence of validity based on relations with external variables, evaluation of inter and intra raters mean differences, and Intraclass Correlation Coefficient (ICC) of the WAI in the therapist and client versions. **Results:** Literature review indicates TA instruments in various versions, assessed from different perspectives and based in a whole range of theoretical models. They presented appropriated psychometric properties although important factorial structure issues were indentified. In the second study, the WAI-SR-O were translated, backtranslated and evaluated by experts. Observer raters training was carried out, resulting in some adjustments on instrument. The results pointing out good psychometric properties, with a high Cronbach's alpha ( $\alpha = 0.86$ ), convergent validity evidences among WAI-SR-O and WAI-Therapist and high ICC intra raters for general scale and subscales. **Discussion:** Problems in the TA instruments factorial structure raised on the first study could be a explanation for the observer difficulties in differentiate the WAI-SR-O dimensions. On the whole, the adapted WAI-SR-O initial psychometric properties shows its may be a promising instrument for studying of psychotherapeutic process in the Brazil.

Keywords: Therapeutic alliance. Psychotherapeutic processes. Cross-cultural adaptation. Psychometric.

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	09
1.1	CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E DIAGNÓSTICA DO CONSUMO DE ÁLCOOL.....	09
1.2	AVALIAÇÃO DO PROCESSO PSICOTERAPÊUTICO: A ALIANÇA TERAPÊUTICA COMO UM INGREDIENTE ATIVO DO TRATAMENTO.....	11
1.3	OS ESTUDOS DA ALIANÇA TERAPÊUTICA NAS PSICOTERAPIAS VIA INTERNET.....	15
1.4	O MODELO TRANSTEÓRICO DE ALIANÇA TERAPÊUTICA APLICADO À TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.....	17
1.5	A CONCEITUALIZAÇÃO DA ALIANÇA TERAPÊUTICA E OS DESAFIOS DA SUA AVALIAÇÃO.....	19
1.6	CONCLUSÃO.....	22
2	<b>OBJETIVOS</b> .....	23
2.1	OBJETIVOS GERAIS.....	23
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
3	<b>TEXTO 1: CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS SOBRE MEDIDAS DE ALIANÇA TERAPÊUTICA: REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	25
4	<b>TEXTO 2: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE UMA MEDIDA DE ALIANÇA TERAPÊUTICA PARA DEPENDENTES DE ÁLCOOL EM TRATAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL</b> .....	25
5	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	73
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	75
	<b>ANEXO A - Autorização para o uso do <i>Working Alliance Inventory - Short Revised Observer (WAI-SR-O)</i></b> .....	87
	<b>ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)</b> .....	88
	<b>ANEXO C - Questionário de dados sociodemográficos</b> .....	91
	<b>ANEXO D - Questionário para a avaliação do uso da internet</b> .....	93
	<b>ANEXO E - WAI-SR-O em versão adaptada para o Português (Brasil)</b> .....	94
	<b>ANEXO F - <i>Working Alliance Inventory</i> versões cliente e terapeuta (WAI-C e WAI- T)</b> .....	110



## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E DIAGNÓSTICA DO CONSUMO DE ÁLCOOL

O consumo de álcool permanece como um grave problema de saúde pública. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014) aponta que o consumo nocivo de álcool provoca cerca de 3,3 milhões de mortes ao ano e é responsável por 5,1% da carga global de doenças. Dados epidemiológicos sugerem um aumento na prevalência de dependência de álcool. O *II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil* indicou que 12,3% da população pesquisada, entre 12 e 65 anos, apresentou dependência de álcool (Carlini et al., 2006). O mais recente levantamento epidemiológico de substâncias psicotrópicas, o *II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (II LENAD)*, também realizado no Brasil, constatou uma prevalência de dependência de álcool de 10,48% em homens e 3,63% em mulheres (Laranjeira et al., 2012).

A dependência de substâncias psicotrópicas é caracterizada pela presença de um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, tais como tolerância, síndrome de abstinência, problemas legais, perda do controle, prejuízos psicossociais e permanência do uso apesar dos danos associados. A última versão do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, o DSM-5, excluiu a divisão entre abuso e dependência, presente no DSM-IV (APA, 1994), agrupando os critérios diagnósticos nos chamados Transtornos por Uso de Substâncias. Dessa forma, o quadro passou a ser classificado de acordo com um *continuum* de gravidade: dois ou três critérios indicam um transtorno leve, quatro ou cinco indicam um transtorno moderado e seis ou mais critérios indicam um transtorno grave (APA, 2014). Ressalta-se que os critérios diagnósticos se

mantiveram os mesmos. Porém, houve uma alteração na avaliação diagnóstica, de forma a possibilitar um melhor delineamento do quadro clínico do indivíduo.

A dependência de álcool está consideravelmente relacionada ao risco de desenvolvimento de diversos problemas de saúde, tais como cirrose, câncer e lesões. O consumo de álcool tem sido considerado um componente necessário em, no mínimo, 30 condições de saúde, entre elas a própria dependência, pancreatite e síndrome amnésica. Destaca-se que as doenças e lesões cujas causas estão associadas ao álcool, como no caso das doenças infecciosas, neuropsiquiátricas e cardiovasculares, contribuem significativamente para a carga global de doenças, de modo até mesmo superior aos quadros de saúde decorrentes especificamente do consumo de álcool (Rehm, 2011; White, Altmann & Nanchahal, 2002; WHO, 2009; WHO, 2014). Considerando os dados epidemiológicos bem como os prejuízos relacionados à dependência de álcool, cabe discutir os tratamentos voltados para essa população.

## 1.2 AVALIAÇÃO DO PROCESSO PSICOTERAPÊUTICO: A ALIANÇA TERAPÊUTICA COMO UM INGREDIENTE ATIVO DO TRATAMENTO

Os resultados de ensaios clínicos têm apontado pouco ou moderado tamanho de efeito entre intervenções específicas e inovadoras e tratamentos adotados nos ambulatórios e internações. Logo, os estudos sobre intervenções para usuários de substâncias psicotrópicas têm priorizado compreender o processo psicoterapêutico, de modo a identificar as variáveis que medeiam o tratamento e contribuem para a promoção da mudança terapêutica (Longabaugh & Magill 2012; Kazdin & Nock, 2003; Briker, 2015). Os componentes inseridos no processo psicoterapêutico são chamados de ingredientes ativos do tratamento ou mecanismos de mudança. Eles se configuram como todo o contexto do tratamento, abarcando especialmente todos os comportamentos do terapeuta e elementos do tratamento, empiricamente encontrados. Tais ingredientes afetam positivamente os mecanismos de mudança do cliente ou uma alteração global no comportamento de dependência. Salienta-se que eles diferem dos mecanismos de mudança do cliente, que se caracterizam por comportamentos e processos que ocorrem durante ou fora do tratamento, produzindo efeitos sobre subseqüentes alterações no comportamento dependente (Longabaugh & Magill, 2012). Os autores Kazdin e Nock (2003) argumentam que o estudo dos mecanismos de mudança é de suma importância para proporcionar ordem e parcimônia às diferentes modalidades terapêuticas encontradas atualmente, compreender os mecanismos que auxiliam na promoção da mudança terapêutica e na qualidade do tratamento, identificar os mecanismos dos quais a efetividade do tratamento é dependente e possibilitar uma melhor adequabilidade entre os clientes que são mais beneficiados por determinada modalidade de tratamento.

A aliança terapêutica (AT), ou aliança terapêutica de trabalho, é um desses ingredientes ativos que têm sido amplamente estudados. Segundo o conceito transteórico de

Bordin (1979), a AT se baseia em uma relação de colaboração mútua, marcada por um acordo entre o terapeuta e o cliente no que diz respeito aos objetivos e tarefas da terapia, além da formação de um vínculo. Os objetivos correspondem ao consenso sobre expectativas de resultados de curto e longo prazo, as tarefas são acordos entre terapeuta e cliente referentes ao que deve ser feito na terapia e como as diversas atividades da terapia irão contribuir para a resolução do problema do cliente e o vínculo está relacionado à ligação afetiva entre terapeuta e cliente.

Horvath e Symonds (1991) consideram a qualidade da AT como preditora significativa de bons resultados em psicoterapias. Uma revisão da literatura, abarcando estudos entre 1976 e 1994, concluiu que a AT é a mais popular fonte de avaliação de medidas preditivas de resultados em psicoterapias (Luborsky, 1994). Uma metanálise realizada por Horvath, Flückiger, Del Re e Symonds (2011) identificou uma relação positiva entre a qualidade da AT e diferentes resultados, em uma variedade de modalidades terapêuticas. A partir de dados do maior estudo multicêntrico americano sobre tratamento para alcoolismo intitulado *Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity* (Projeto *Match*; Kadden et al., 1995), Connors, Carroll, DiClemente, Logabaugh e Donovan (1997), verificaram que uma AT forte pode prever melhores resultados e a adesão ao tratamento. Outro estudo, que também utilizou os dados do Projeto *Match*, apontou que a autoeficácia, medida no pós-tratamento, foi um mediador da redução do consumo de álcool, de modo a reforçar os efeitos da boa AT, avaliada tanto pelo cliente como pelo terapeuta (Maisto et al., 2015). Meier, Barrowclough e Donmall (2005), em uma revisão sistemática da literatura, verificaram que a AT desempenha um importante papel em relação aos resultados em psicoterapia para usuários de substâncias. A *American Psychological Association's Presidential Task Force* sobre relação terapêutica baseada em evidências identificou o mais alto nível de suporte empírico

para a AT ser considerada um elemento comprovadamente eficaz da relação terapêutica em psicoterapia para adultos, famílias e jovens (Norcross & Lambert, 2011).

Os pesquisadores têm buscado investigar a associação entre AT e resultados nas Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCC). Ball (2007) realizou um estudo a fim de comparar a Terapia do Esquema com Duplo Foco (TEDF; *Dual Focus Schema Therapy*) com a Terapia de Facilitação dos 12 Passos (TF-12; *12 Step Facilitation Therapy*) em usuários de opióides com diagnóstico de transtorno de personalidade. O autor encontrou que os clientes tiveram uma redução mais rápida na frequência de uso de substâncias na TEDF, sendo verificada uma AT mais forte neste grupo. No estudo de Kan, Henderson, Sternberg e Wang (2014) observou-se que o fortalecimento da AT se relacionou significativamente à diminuição da frequência do consumo de bebidas alcoólicas na TCC, TF-12 e Entrevista Motivacional. Outro ensaio clínico indicou que a avaliação da AT pelo terapeuta no tratamento baseado em TCC previu de forma significativa menos dias de uso de maconha (Gibbons, Nich, Steinberg, Roffman, Corvino, Babor & Caroll, 2010).

Os autores Ilgen, McKellar, Moos e Finney (2006), através de dados do Projeto *Match*, concluíram que os clientes que perceberam uma AT mais forte tiveram melhores resultados com relação ao consumo de álcool em seis meses de *follow up*. A avaliação da AT sob a perspectiva do terapeuta indicou que maior motivação e percepção mais positiva da AT previram, independentemente, menor uso de álcool no *follow up*. Houve uma interação significativa entre motivação e avaliações dos terapeutas da AT no *follow up*. Os efeitos da AT foram mais fortes para os clientes com baixa motivação, com relação à previsão de beber em seis meses e um ano de *follow up*.

Os mencionados resultados demonstram que há um investimento crescente em estudar de que forma a AT afeta o processo psicoterapêutico. Salienta-se que os resultados têm

apontado que a AT está relacionada não só aos resultados psicoterapêuticos em si, mas a outras variáveis como adesão e motivação no tratamento, fato que reforça a importância desse ingrediente.

### 1.3 OS ESTUDOS DA ALIANÇA TERAPÊUTICA NAS PSICOTERAPIAS VIA INTERNET

O *e-health* é definido como “o uso eficaz e seguro das tecnologias de informação e comunicação em apoio aos campos de saúde e relacionados, incluindo serviços de saúde, vigilância sanitária, literatura, bem como ensino, conhecimento e pesquisa em saúde” (WHO, 2005, p.121). Essa prática inclui as psicoterapias via internet, que tem se mostrado uma alternativa para ampliar as possibilidades de assistência àqueles que não possuem acesso a tratamentos especializados, como a população rural.

Os estudos referentes ao papel da AT no processo psicoterapêutico expandiram-se para o contexto da psicoterapia realizada pela internet. Os principais objetivos desses estudos têm sido investigar se é possível desenvolver AT na psicoterapia via internet e se ela pode ser comparada à terapia presencial (Anderson, Spence, Donovan, March, Prosser & Kenardy, 2012; King, Brooner, Peirce, Kolodner & Kidorf, 2014). Os autores Alfonsson, Olsson e Hursti (2016) constataram que uma boa AT é um fator associado a uma psicoterapia realizada via internet bem sucedida. Sucala, Schnur, Constantino, Miller, Brackman e Montgomery (2012) não identificaram diferenças na AT entre a TCC realizada por internet ou presencial e apontou uma associação entre a AT e os resultados em psicoterapia via internet. Uma revisão realizada por Singulane e Sartes (2017), sobre estudos que avaliaram a AT em psicoterapia cognitivo-comportamental por videoconferência, constatou uma AT alta no decorrer das sessões, sendo possível compará-la com a AT estabelecida na terapia presencial. No Brasil, são encontrados poucos estudos sobre essa modalidade de atendimento (Fortin & Cosentino, 2007; Prado & Meyer, 2006; Rodrigues, 2014; Singulane & Sartes, 2016). Apenas Prado e Meyer (2006), Rodrigues (2014) e Singulane e Sartes (2016) discutiram a formação da AT em psicoterapia via internet.

Gregório et al. (2012) apontaram que a implementação de estudos sobre as intervenções voltadas para o uso de substâncias psicotrópicas, que abarquem o uso de tecnologias para a educação e treinamento de profissionais da saúde, deve ser uma das prioridades na agenda de pesquisas em saúde mental no Brasil. A partir da resolução 011/2012, que regulamenta os serviços psicológicos realizados por meios tecnológicos de comunicação à distância e o atendimento psicoterapêutico em caráter experimental, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) reforça a importância do desenvolvimento de investigações direcionadas a compreender os aspectos relacionados a essa modalidade de intervenção (Conselho Federal de Psicologia, 2012). Dessa forma, se fazem necessários estudos a nível nacional que discutam o processo psicoterapêutico em torno de intervenções aplicadas por meio de tecnologias.



#### 1.4 O MODELO TRANSTEÓRICO DE ALIANÇA TERAPÊUTICA APLICADO À TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Os estudos de avaliação de processo psicoterapêutico voltados para a TCC, conforme já apresentado, indicam que a AT desempenha um importante papel na mudança comportamental e cognitiva, estando associada aos resultados psicoterapêuticos. Salienta-se que a AT é um importante facilitador da adesão à TCC, mas não configura um mecanismo de mudança por si só (Castonguay, Constantino, McAleavey & Goldfried, 2010; Raue & Goldfried, 1994). Ou seja, ela é um mecanismo fundamental para que o cliente compreenda e venha a aderir ao plano de tratamento, porém outros elementos também são necessários para o sucesso terapêutico, entre eles: competência do terapeuta na facilitação de uma colaboração ativa e eficácia interpessoal na estruturação e na condução do conteúdo da sessão (Dattilio & Hanna, 2012; Kazantzis, Beck, Dattilio, Dobson & Rapee, 2013). Assim, no que concerne à TCC, a AT se configura como apenas um dos variados aspectos da relação terapêutica.

A AT na TCC é promovida de forma colaborativa, simples e voltada para a ação através do empirismo colaborativo (Wright, Basco & Thase, 2008; Raue & Goldfried, 1994). O conceito de empirismo colaborativo diz respeito a um esforço cooperativo entre terapeuta e cliente na elaboração do plano de tratamento e incorpora o acordo entre os mesmos enquanto exploram juntos, através da descoberta guiada e experimentação, os aspectos do cliente que estão associados à etiologia ou manutenção do transtorno (Dattilio & Hanna, 2012; Kazantzis et al., 2013; Wright et al., 2008). A partir do empirismo colaborativo, o terapeuta proporciona um ambiente com alto grau de autenticidade, afeto, consideração positiva e empatia, possibilitando a formação de um vínculo. Tal fato não só contribui para o desenvolvimento do plano terapêutico, como também permite que o cliente expresse durante as sessões seus

padrões de comportamentos bem como as crenças referentes às suas relações (Leahy, 2008; Safran, Muran & Eubanks-Carter, 2011; Wright et al., 2008).

Em um de seus principais artigos, *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*, Bordin (1979) enfatizou que a AT é uma das chaves para o processo de mudança e não a mudança por si só. Neste sentido, este autor afirma que a AT é um elemento que permite ao cliente aceitar, seguir e acreditar no tratamento. Destarte, percebe-se uma concordância quanto ao papel desempenhado pela AT na TCC com o modelo transteórico de AT. Raue e Goldfried (1994) discutem que a AT na TCC envolve uma ligação entre o lado racional do cliente e o trabalho do terapeuta, que configuraria o vínculo terapêutico. Esses autores abordam que esse vínculo consistiria no acordo entre terapeuta e cliente em relação aos objetivos e tarefas terapêuticas, noção que vai ao encontro do modelo de AT proposto por Bordin. O próprio Bordin (1994) destaca o empirismo colaborativo da TCC como de fundamental importância para a discussão da AT e dá ênfase ao aspecto colaborativo que aproxima este conceito ao modelo transteórico de AT. Assim, é possível concluir que o modelo transteórico de AT é congruente com os princípios da TCC.

## 1.5 A CONCEITUALIZAÇÃO DA ALIANÇA TERAPÊUTICA E OS DESAFIOS DA SUA AVALIAÇÃO

O conceito de AT teve origem na teoria psicanalítica, com a noção freudiana de transferência, que se refere a desejos, pensamentos, sentimentos e comportamentos associados que têm origem nas relações iniciais do indivíduo (relação parental, por exemplo) que são projetadas ou transferidas para as relações interpessoais atuais (Freud, 1910). Mais tarde, Freud abordou sobre a colaboração baseada na realidade entre o terapeuta e o cliente, em um esforço conjunto para superar a dor do cliente. Era proposto que esta interação diádica fosse mantida pelo afeto, compreensão e consideração positiva que o terapeuta tinha em relação ao cliente. Richard Sterba (1934) enfatizou a capacidade do cliente para trabalhar na análise e a necessidade de uma AT para o funcionamento maduro do ego do cliente e do estilo de trabalho do terapeuta, de modo que a identificação positiva com o terapeuta motivasse o cliente a trabalhar para a realização de objetivos terapêuticos. Elizabeth Zetzel (1956) introduziu pela primeira vez a AT como um apego positivo não neurótico entre o terapeuta e o cliente. Ela diferenciou a AT da relação transferencial. Ralph Greenson (1965) foi o primeiro a abordar o termo *working alliance* (aliança de trabalho, em tradução literal), que se configuraria como a capacidade do cliente trabalhar em tratamento. Ele dividiu a relação terapeuta-cliente em três componentes: a relação de transferência, a aliança de trabalho e o relacionamento real. Esses componentes estavam entrelaçados, mas poderiam ser facilmente separados para facilitar a discussão do processo analítico. Greenson (1965) postulou que a AT não era nem uma intervenção técnica nem um processo terapêutico em si, mas sim um precursor para ambos. Posteriormente, foram formulados conceitos transteóricos de AT, com Bordin (1979) sendo o primeiro autor a desenvolver um conceito fora do escopo psicanalítico.

As diferentes conceitualizações de AT originaram variados instrumentos para medi-la. Atualmente, são encontradas cerca de dez escalas para a sua avaliação: *Penn Helping Alliance Questionnaire* (Penn), *Vanderbilt Therapeutic Alliance Scales* (VTAS), *Therapeutic Alliance Rating Scale* (TARS), *Working Alliance Inventory* (WAI), *California Psychotherapy Alliance Scale* (CALPAS), *Therapeutic Session Report* (TSR), *Therapeutic Bond Scale* (TBS), *Psychotherapy Status Report* (PSR), *Agnew Relationship Measure* (ARM) e *Kim Alliance Scale* (KAS) (Ardito & Rabellino, 2011). Elas são baseadas em diferentes conceitos de AT e possuem diferentes versões, podendo ser avaliadas pelo cliente, terapeuta ou observador clínico. Ressalta-se que a avaliação da AT por um observador tem sido indicada como uma das medidas mais preditivas de resultados do tratamento e como o meio mais válido para mensuração da AT em populações adultas de usuários de substâncias (Horvath & Symonds, 1991; Fenton, Cecero, Nich, Frankförter & Carroll, 2001). O WAI está entre os instrumentos mais utilizados, devido às suas boas propriedades psicométricas e por ser baseado no modelo transteórico de Bordin (Ardito & Rabellino, 2011; Hanson, Curry & Bandalos, 2002; Ribeiro, Sartes, Gumier & Torres, no prelo).

No Brasil, são encontrados poucos instrumentos voltados para a avaliação da AT. O WAI-Terapeuta (WAI-T) e o WAI-Cliente (WAI-C) foram apenas traduzidos para o português de Portugal, não apresentando estudos que avaliam suas propriedades psicométricas no que diz respeito à pesquisa psicológica. Há apenas o estudo de Araújo (2014), que analisou algumas propriedades psicométricas do WAI-T e do WAI-C em um estudo voltado para a investigação da AT entre clientes com dor lombar e fisioterapeutas. A versão do paciente da CALPAS foi traduzida e avaliada quanto às suas propriedades psicométricas (Marcolino & Iacoponi, 2001). Araújo e Lopes (2015) construíram o *Inventário Cognitivo-Comportamental*

*para Avaliação da Aliança Terapêutica* e realizaram o estudo piloto de suas propriedades psicométricas.

Algumas questões têm sido levantadas no que tange aos estudos de instrumentos para a avaliação da AT, principalmente referentes ao construto AT. Há uma grande variedade de conceitualizações da AT, o que dificulta ou até mesmo compromete estudos que comparam diferentes medidas, haja vista que nenhuma delas possui itens que representem todas as dimensões das construções da AT ao longo do tempo. Tais incongruências se refletem no fato de que as subescalas dos instrumentos de AT têm apresentado problemas psicométricos quando submetidas à análise fatorial (Elvins & Green, 2008; Martin, Garske & Davis, 2000).

Boas medidas para a mensuração da AT tornam possível o desenvolvimento de estudos que esclareçam o papel da AT no processo psicoterapêutico, como: a quais outros elementos do tratamento ela pode estar associada, como ela se comporta em diferentes modalidades terapêuticas, sua formação e dinâmica em psicoterapias realizadas por meios tecnológicos comparados às intervenções presenciais, bem como sua capacidade de predição de resultados em psicoterapia. Assim, considerando as questões brevemente colocadas, é fundamental discutir como os instrumentos para a mensuração da AT têm sido construídos e adaptados, bem como analisar suas propriedades psicométricas.

## 1.6 CONCLUSÃO

O estudo da avaliação do processo psicoterapêutico tem se mostrado uma tendência em diferentes modalidades de tratamento, incluindo as terapias presenciais e pela internet. É de suma importância compreender os ingredientes ativos que permeiam as intervenções, de modo a promover tratamentos mais adequados aos diferentes perfis populacionais. Os achados apontam que a AT não é um mecanismo suficiente, mas fundamental para o sucesso terapêutico nos tratamentos de diversos transtornos, entre eles os transtornos por uso de substâncias. Porém, no Brasil tais estudos são incipientes. Uma hipótese possível para explicar os poucos estudos sobre os efeitos da AT nos resultados dos tratamentos é a escassez de instrumentos para a sua mensuração. Assim, torna-se pertinente que uma escala de AT, com evidências de validade, seja traduzida e adaptada para o contexto brasileiro, a fim de que mais estudos sobre esta temática sejam desenvolvidos em âmbito nacional.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

O presente estudo tem como objetivos apresentar os dados de uma revisão da literatura quanto às características dos estudos de construção, adaptação e/ou avaliação das propriedades psicométricas de instrumentos de aliança terapêutica e discutir os resultados da adaptação transcultural do *Working Alliance Inventory - Short Revised Observer* (WAI-SR-O) e a avaliação inicial das suas propriedades psicométricas.

## 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar os indicadores bibliométricos dos estudos sobre instrumentos para mensuração da aliança terapêutica;
- Realizar análise de conteúdo categorial temática, quantitativa e qualitativa, dos principais dados dos estudos sobre os instrumentos de aliança terapêutica;
- Desenvolver o processo de adaptação transcultural do WAI-SR-O para o português falado no Brasil;
- Realizar análises descritivas da amostra;
- Analisar as evidências de confiabilidade baseadas na estrutura interna, através do alpha de *Cronbach* e o Coeficiente de Correlação Intraclassa (CCI) inter e intravaliadores;
- Analisar as diferenças das médias inter e intravaliadores no escore geral e subescalas do WAI-SR-O;
- Analisar as evidências de validade baseadas nas relações com variáveis externas, através da correlação com o WAI-Terapeuta (WAI-T) e WAI-Cliente (WAI-C);
- Realizar CCI dos escores intra e interavaliadores do WAI-T e WAI-C e discutir os achados com o WAI-SR-O.



### **3 TEXTO 1: CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS SOBRE MEDIDAS DE ALIANÇA TERAPÊUTICA: REVISÃO DA LITERATURA**

#### **Introdução**

Há um consenso a respeito dos efeitos benéficos da psicoterapia, considerando que os estudos de efetividade e eficácia têm reunido evidências a seu favor (Kazdin, 2007; Roth & Fonagy, 2005). Porém, os resultados de alguns ensaios clínicos têm constatado pouco ou moderado tamanho de efeito quando intervenções específicas e inovadoras são comparadas aos tratamentos padrão adotados nos ambulatórios e internações (Briker, 2015; Kazdin & Nock, 2003; Longabaugh & Magill, 2012). Logo, os pesquisadores têm buscado identificar e compreender os aspectos que influenciam nos resultados psicoterapêuticos, isto é, os ingredientes ativos do tratamento ou mecanismos que geram mudanças e fazem com que ele funcione. Essa perspectiva de investigação é denominada avaliação do processo psicoterapêutico (Kazdin, 2007; Magill & Longabaugh, 2013; Peuker, Habigzang, Koller & Araujo, 2009).

A Aliança Terapêutica (AT) tem sido apontada como um desses ingredientes, sendo considerada uma importante preditora de resultados em psicoterapia (Horvath & Bedi, 2002; Horvath, Flückiger, Del Re & Symonds, 2011; Horvath & Symonds, 1991; Luborsky, 1994; Machado & Eizirik, 2008; Oliveira, Nunes, Fernández-Álvarez & Garcia, 2006; Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004; Ribeiro, Sartes, Gumier & Torres, no prelo; Serralta, Nunes & Eizirik, 2007). Ela é vista como um processo específico do tratamento e é caracterizada, a partir do conceito transteórico de Bordin (1979), como uma relação de colaboração mútua entre terapeuta e cliente, marcada por um acordo quanto aos objetivos e tarefas da terapia bem como o estabelecimento de um vínculo.

A relevância da AT nos resultados de psicoterapias aponta a necessidade de instrumentos de qualidade que possam avaliá-la, de modo a esclarecer o seu papel no processo

psicoterapêutico. No entanto, alguns estudos apontam deficiências significativas no conceito e na mensuração da AT (Green, 2006; Kazdin & Nock, 2003; Martin, Garske & Davis, 2000; Orlinsky & Howard, 1986; Shirk & Karver, 2003). As principais medidas de AT foram desenvolvidas com base em conceitualizações específicas e até mesmo para sintetizar ou testar essas novas construções teóricas (Martin, Garske & Davis, 2000). A falta de consenso a respeito de um modelo geral de AT levou a um número considerável de diferentes medidas. Nenhuma das medidas possui itens que representam todas as partes das construções de AT ao longo do tempo. Além disso, há uma grande variação do número de itens contidos nas escalas que pretendem medir diferentes dimensões da AT. Verifica-se, ainda, que as subescalas conceituais não têm refletido os fatores do item (Elvins & Green, 2008).

Destarte, o presente estudo objetiva apresentar uma revisão da literatura englobando artigos que realizaram a adaptação, construção e/ou análise das propriedades psicométricas de instrumentos para mensuração da AT em contexto psicoterapêutico, a fim de caracterizar tais medidas e discutir as referidas questões frente à literatura da área.

## **Métodos e Procedimentos**

### **Coleta de dados e amostra**

Foram realizadas buscas nas bases de dados PubMed, PsycArticle e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a partir dos descritores “*therapeutic alliance*”, “*working alliance*”, “*helping alliance*” e “*psychotherapeutic process*” para se referir à AT e “*assessment*”, “*measurement*”, “*validation*”, “*evaluation*”, “*psychometric*” e “*instrument*” para se referir à avaliação. Os descritores foram cruzados entre si, por pares, utilizando-se o operador booleano “AND”. Vale ressaltar que os termos foram consultados nos dicionários das referidas bases de dados.

Todos os 1.566 artigos encontrados foram encaminhados para o *software* livre *My Endnote Web*, sendo 556 decorrentes da PubMed, 138 da PsycArticles e 872 da BVS. Foram excluídos 875 artigos, a partir da ferramenta do próprio *Endnote* para encontrar duplicações. Os 691 artigos restantes foram submetidos à leitura, por pares, dos títulos e resumos.

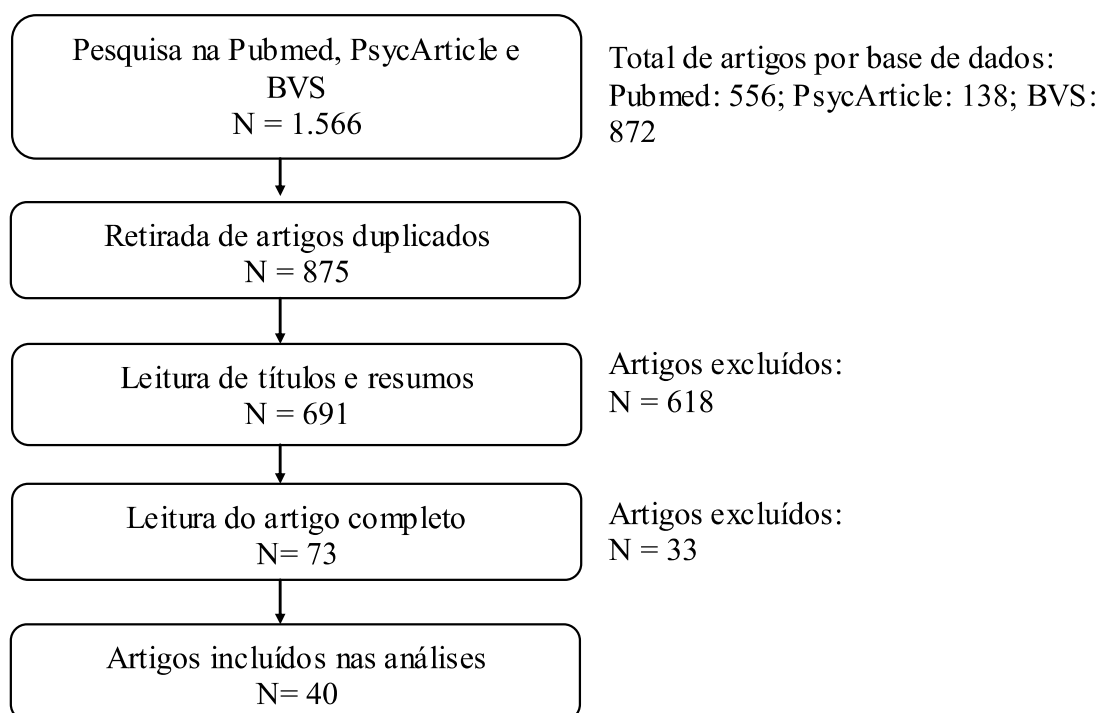
Os critérios de inclusão contemplaram estudos em português, inglês ou espanhol que realizaram adaptação, construção e/ou análise das propriedades psicométricas de instrumentos de medida da AT em contexto de psicoterapia, publicados até junho de 2017. Foram excluídos 618 artigos, categorizados em: não correspondem ao objetivo do presente estudo, artigos teóricos sobre AT, artigos sobre instrumentos para mensuração de outros ingredientes psicoterapêuticos e artigos escritos em outros idiomas. Dois estudos foram excluídos, pois estavam indisponíveis em versão completa.

Uma segunda etapa envolveu a leitura integral dos 73 estudos restantes, a fim de averiguar se, de fato, eles cumpriam os critérios de inclusão. Ao todo, 33 estudos não puderam ser incluídos haja vista que a AT não foi medida em contexto psicoterapêutico ou foi feita apenas uma análise do processo psicoterapêutico e não foi abordada a adaptação, construção ou análise das propriedades psicométricas do instrumento de AT. A amostra final contou com 40 artigos. Os procedimentos metodológicos referentes à coleta de dados estão apresentados na Figura 1.

### **Análise dos dados**

Primeiramente, foram coletadas as informações bibliométricas dos artigos, com ênfase nos seguintes dados: ano de publicação, idioma e periódico. Em seguida, os estudos foram submetidos à análise de conteúdo categorial temática (Bardin, 2004). Nesse sentido, foi realizada uma leitura flutuante para identificação dos temas centrais dos 40 artigos. A fim de caracterizar os estudos, foi desenvolvida análise de conteúdo quantitativa em relação às

categorias *Abordagens psicoterapêuticas*, *Descrição da amostra: participantes e quadros clínicos*, *Instrumentos de AT e suas bases teóricas* e *Momento de avaliação da AT*. Para aprofundar a discussão dos artigos, foi feita análise qualitativa das categorias *Objetivos dos estudos*, *análise dos dados e principais resultados* e *Principais limitações*. Os principais dados da análise de conteúdo estão sumarizados na Tabela 1.



*Figura 1.* Procedimentos metodológicos utilizados na coleta de dados

## **Resultados**

### **Análise dos dados bibliométricos**

Os artigos foram publicados entre os anos de 1989 e 2017. Foi possível observar um aumento importante no número de publicações em 2009 (N = 4). O maior número de publicações se concentrou no ano de 2015 (N = 9). Em 2017, foram encontradas três publicações. No total, 37 artigos foram publicados em inglês e três estudos foram publicados

em espanhol. O periódico com maior número de publicações foi o *Psychotherapy Research* (N = 6), seguido do *Psychological Assessment* (N = 5).

### **Análise de conteúdo**

#### *Abordagens psicoterapêuticas*

Dezoito estudos incluíram diversas abordagens psicoterapêuticas. Quatro estudos englobaram apenas tratamentos de base psicodinâmica e oito estudos somente a Terapia cognitivo-comportamental (TCC). Outros quatro artigos abarcaram a terapia de aconselhamento, terapia de melhoria motivacional, terapia familiar multidimensional e terapia centrada no cliente/experencial.

#### *Descrição da amostra: participantes e quadros clínicos*

A maior parte dos estudos foi realizada com adultos. Entre os quadros clínicos identificados nesse público, estão: transtornos do humor, transtornos de ansiedade, transtornos por uso de substâncias, transtornos de personalidade, transtorno obsessivo-compulsivo, dificuldades interpessoais/relacionais, transtornos alimentares, transtorno de ajustamento e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade.

Seis estudos tiveram como público-alvo famílias, incluindo crianças/jovens e seus cuidadores, com exceção do estudo de Mamodhousen, Tremblay e Poitras-Wright (2005) que incluiu casais. Os quadros clínicos verificados nessa categoria envolveram comportamentos disruptivos, transtorno do espectro autista, transtornos de ansiedade, transtornos do humor, distúrbios cognitivos e hostilidade e transtornos por uso de substâncias.

Quatro estudos foram desenvolvidos apenas com crianças e jovens, sendo constatados os seguintes quadros clínicos: transtornos de ansiedade, transtornos do humor, comportamentos disruptivos, transtornos do espectro autista, transtornos alimentares,

transtornos do sono, transtornos de personalidade, transtornos de aprendizagem, transtorno de hiperatividade com déficit de atenção, transtorno de eliminação e problemas relacionais.

*Instrumentos de aliança terapêutica e suas bases teóricas*

A maior parte dos instrumentos tem como base o conceito transteórico de AT formulado por Bordin. Os instrumentos com base nessa concepção de aliança são *Therapeutic Alliance Scale for Caregivers and Parents* (TASCP), *Working Alliance Inventory* (WAI), *Brief Alliance Inventory* (BAI), *Therapeutic Alliance Quality Scale e Therapeutic Alliance Quality Rating* (TAQS; TAQR), *Working Alliance Theory of Change Inventory* (WATOCI), *Family Engagement Questionnaire* (FEQ), *Working Alliance Inventory Short* (WAI-S), *adaptation to Virtual Reality (VR) and Augmented Reality (AR) therapies* (WAI-VAR), *Physician-Patient Working Alliance Inventory: Provider Form* (PPWAI).

Quatro instrumentos são baseados em teorias integradas sobre a AT. A *Lesbian, Gay, and Bisexual Working Alliance Self-Efficacy Scales* (LGB-WASES) é baseada na Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura e no Aconselhamento Afirmativo LGB de McClanahan, definido como uma abordagem que celebra e defende a validade LGB. A *California Psychotherapy Alliance Scales* (CALPAS) é fundamentada em Freud, com foco no vínculo afetivo do cliente com o terapeuta; na capacidade do ego do cliente para uma aliança de trabalho, segundo Greenson e Sterba; no acordo mútuo sobre tarefas e objetivos de Bordin; além de considerar o papel do terapeuta como ouvinte empático, com base em Bowlby e Rogers. A *Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale* (VTAS) atribui uma AT bem sucedida à presença ou ausência de fatores como: clima positivo, resistência do cliente ou ansiedade, com base em Langs; motivação do cliente, segundo Greenson; e responsabilidade do cliente, de acordo com Bordin. A *Psychotherapy Relationship Questionnaire* (PRQ) é derivada da literatura clínica, teórica e empírica referente a transferência, AT e construtos relacionados, a

fim de que clínicos de diferentes orientações possam usar essa ferramenta igualmente, sem vieses.

Três instrumentos foram baseados no conceito de AT formulado por Luborsky, no qual a AT é entendida como a experiência do cliente no tratamento ou no relacionamento potencialmente cooperativo com o terapeuta. Os instrumentos baseados nessa concepção são: *Helping Alliance Questionnaire* (HAq), *Helping Alliance Questionnaires for Child and Parents* (HAq-CP) e a *Penn Helping Alliance Questionnaire* (Penn).

Duas escalas foram fundamentadas em conceitos de ruptura/reparação da AT, elaborados por Safran. A *Collaborative Interactions Scale* (CIS) baseia-se no conceito de "ruptura da aliança", caracterizada como uma flutuação na qualidade da AT entre o terapeuta e o cliente e a *Alliance Negotiation Scale* (ANS) é baseada no conceito de negociação construtiva em cima de desentendimentos (ruptura e reparo em terapia) sobre tarefas e objetivos.

A *Client Attachment to Therapist Scale* (CATS) é baseada na Teoria do Apego de Bowlby e a *Couple Therapy Alliance Scale—revised* (CTAS-r) é fundamentada na definição de AT de Pinsof e Catherall, caracterizada pelo vínculo colaborativo que existe na terapia entre o sistema do terapeuta e o sistema do cliente, compreendendo duas dimensões: 1) a dimensão do conteúdo, que engloba o vínculo afetivo entre o(s) cliente(s) e terapeuta, acordo sobre os objetivos a serem realizados em terapia e acordo entre cliente(s) e terapeuta sobre tarefas e métodos usado para atingir os objetivos acordados; 2) a dimensão interpessoal, que abrange a AT entre um cônjuge e o terapeuta, a AT entre o outro cônjuge e o terapeuta, e a AT entre o casal e o terapeuta.

As abordagens teóricas da AT adotadas nos instrumentos *Therapy Process Observational Coding System for Child Psychotherapy–Alliance scale* (TPOCS-A) e *Therapeutic Alliance Scale for Children* (TASC) não foram mencionadas.

*Objetivos dos estudos, análise dos dados e principais resultados*

Todos os estudos tiveram como objetivo avaliar as propriedades psicométricas de instrumentos de AT. Oito estudos visaram apresentar a construção de instrumentos para avaliação da AT (Burkard, Pruitt, Medler & Stark-Booth, 2009; Colli & Lingardi, 2009; Doran, Safran, Waizzman, Bolger & Muran, 2012; Falkenström, Hatcher, Skjulsvik, Larsson & Holmqvist, 2015; Horvath & Greenberg; 1989; Lamers, Delsing, Widenfelt & Vermeiren, 2015; Mallinckrodt, Coble & Gantt, 1995; Mallinckrodt & Tekie, 2015; Shelef & Diamond, 2008) e nove realizaram o processo de adaptação transcultural (Andrade-González & Fernández-Liria, 2015a, 2015b; Corbella, Botella, Gómez, Herrero & Pacheco, 2011; Delsignore et al., 2014; Kermarrec, Kabuth, Bursztejn & Guillemin, 2006; Soygüt & Isikli, 2008; Soygüt & Uluç, 2009; Vöhringer et al., 2013; Waizmann & Roussos, 2011).

Foi observado um padrão metodológico no desenvolvimento das adaptações transculturais, composto pela tradução, retrotradução, comparação com o instrumento original e comitê de juízes. Apenas Corbella et al. (2011) e Delsignore et al. (2014) não mencionaram ter realizado comitê de juízes. Delsignore et al. (2014), Soygüt e Isikli (2008), Soygüt e Uluç (2009), Vöhringer et al. (2013) e Waizmann e Roussos (2011) fizeram a aplicação piloto da versão pré-final do instrumento a fim de ajustá-lo a seu público-alvo. O número de traduções variou de uma a três e o número de juízes foi de, no mínimo, três. Kermarrec et al. (2006) foram os únicos a citarem as orientações base para o desenvolvimento da adaptação (*Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines*).



De modo geral, as análises das propriedades psicométricas dos estudos envolveram a apresentação de estatísticas descritivas (média das pontuações dos instrumentos), coeficiente de consistência interna (*alpha*; alfa de *Cronbach*), análise da estrutura fatorial (AF), teste t, análises correlacionais indicativas de validades preditiva, convergente e discriminante, além de análises de variância. Mallinckrodt e Tekie (2015) foram os únicos a usarem a Teoria de Resposta ao Item (TRI). Os principais resultados das análises psicométricas serão apresentados conforme a perspectiva de avaliação da AT, a fim de facilitar sua compreensão.

*Avaliação da AT pela perspectiva do cliente.* O WAI foi o instrumento mais utilizado, sendo adotado em sete estudos, em diferentes versões: WAI-Cliente (WAI-C), WAI-Short (WAI-S), WAI-Short Revised (WAI-SR), WAI-VAR e o WATOI. O WAI-SR (Munder, Wilmers, Leonhart, Linster & Barth, 2009), aplicado em clientes internados ( $\alpha = 0,93$ ), e o WATOI (Corbella & Botella, 2004) ( $\alpha = 0,93$ ) apresentaram o melhor *alpha*, seguidos do WAI-SR (Munder et al., 2009) aplicado em clientes ambulatoriais ( $\alpha = 0,90$ ). A subescala de Tarefas apresentou o maior *alpha* na maioria dos estudos que utilizaram o WAI, variando de 0,88 a 0,92 (Corbella & Botella, 2004; Corbella et al.; 2011; Mallinckrodt & Tekie, 2015; Miragall, Baños, Cebolla & Botella, 2015; Munder et al., 2009). Com relação aos demais instrumentos, verificou-se que a CTAS-r (Mamodhousen et al., 2005) apresentou o melhor *alpha* ( $\alpha = 0,95$ ).

Alguns estudos apresentaram problemas na AF (Corbella & Botella, 2004; Corbella et al., 2011; Delsignore et al., 2014; Doran et al., 2012; Doran, Safran & Muran, 2015; Falkenström, Hatcher & Holmqvist, 2014; Falkenström et al., 2015; Mallinckrodt & Tekie, 2015; Miragall et al., 2015; Munder et al., 2009; Tanzilli, Colli, Gualco & Lingiardi, 2017). A grande maioria dos estudos encontraram menos fatores do que o esperado, especialmente entre aqueles que adotaram o WAI. Era esperada a solução de quatro fatores no WATOI

(Corbella & Botella, 2004), sendo encontrados três representando 65% da variância total. Nos estudos de Corbella et al. (2011), Falkenström et al. (2014), Falkenström et al. (2015), Mallinckrodt e Tekie (2015), Miragall et al. (2015) e Munder et al. (2009), que também utilizaram versões do WAI, esperava-se a solução de três fatores, quando foram encontrados dois que representavam entre 50,04% a 86% da variância. Mallinckrodt e Tekie (2015) forçaram uma solução de três fatores para o WAI-C, porém encontraram resultados pobres, indicando que a solução de dois fatores poderia ser mais adequada. Apenas o estudo de Tanzilli et al. (2017) encontrou mais fatores do que o esperado para o PRQ. Ao invés de cinco fatores, foram encontrados seis que representaram 51% da variância.

Quanto às evidências de validade discriminante, apenas o estudo de Oene et al. (1999) encontrou resultados contrários aos esperados, tendo em vista que a subescala Utilidade do HAq se correlacionou com a gravidade de problemas físicos. Além disso, a subescala de Cooperação do HAq teve uma correlação negativa moderadamente forte com o número de substâncias utilizadas e a subescala de Utilidade foi negativamente correlacionada com a idade do início do consumo de drogas.

Todas as escalas de AT avaliadas pelo cliente apresentaram correlações moderadas ou altas com escalas que avaliavam construtos semelhantes, demonstrando evidências de validade convergente. Falkenström et al. (2015) encontraram uma correlação moderada entre AT avaliada pelo WAI-SR e sintomas menos graves na sessão seguinte, demonstrando evidências de validade preditiva. Também foram encontradas evidências de validade preditiva para a ANS, haja vista que ela se correlacionou significativamente com os resultados da *Symptom Checklist 90-Revised* (Doran et al., 2016). Hendriksen et al. (2010) encontraram uma correlação moderada entre a HAq-I na semana 10 e a *Hamilton Rating Scale for Depression* na semana 24. A partir de uma análise de regressão, Oene, Jong, Jörg e Schrijvers

(1999) concluíram que há um poder preditivo da escala de Utilidade da HAq para Duração da Estadia na Desintoxicação (DED), considerando que um maior índice de Utilidade prediz uma DED mais curta. Ressalta-se que Doran et al. (2015, 2016) não encontraram variações decorrentes das modalidades de tratamento. Hendriksen et al. (2010) constataram que os indivíduos com baixo nível educacional tiveram uma média maior na subescala de Relacionamento da HAq-I.

Os principais resultados de Mallinckrodt e Tekie (2015), através da TRI, demonstraram que os clientes não distinguem o significado entre os quatro pontos de escala de resposta mais baixos do WAI-C para a subescala Vínculo. As subescalas Tarefas e Objetivos apresentam grandes problemas com a capacidade dos clientes de distinguir entre o segundo, terceiro e quarto pontos de resposta. Um problema relacionado é que poucos clientes usam qualquer um dos três pontos de resposta mais baixos. Além disso, os achados sugerem que uma alternativa ao WAI-S e WAI-SR é necessária para pesquisadores que desejam preservar mais a sensibilidade do WAI original em uma escala reduzida.

*Avaliação da AT pelas perspectivas do cliente e do terapeuta.* Igualmente ao que foi encontrado em relação aos estudos que avaliaram a AT pela perspectiva do cliente, o WAI foi o instrumento mais utilizado. Os estudos de Andrade-González e Fernández-Liria (2015a, 2015b) encontraram que tanto para o WAI quanto para a HAq-II a média de pontuação dos clientes foi maior que a dos terapeutas. Quanto aos estudos que compararam os *alphas* das versões cliente e terapeuta (Andrade-González & Fernández-Liria, 2015a; Soygüt & Isikli, 2008), observou-se que o *alpha* foi maior para a versão do terapeuta, ficando entre 0,93 e 0,96. Somente o estudo de Horvath e Greenberg (1989) relatou um *alpha* maior para o cliente ( $\alpha = 0,93$ ). Horvath e Greenberg (1989) e Soygüt e Isikli (2008), que adotaram o WAI,

encontraram um maior *alpha* na subescala de Tarefas, tanto para os clientes quanto para os terapeutas, com variação entre 0,81 a 0,94.

Smits et al. (2015) relataram problemas na estrutura fatorial do WAI-S-Cliente (WAI-S-C) e WAI-S-Terapeuta (WAI-S-T), encontrando uma solução de dois fatores ao invés de três, haja vista que os itens de Objetivos e Tarefas estavam altamente correlacionados.

Hatcher et al. (1995), ao comparar as escalas HAq-R-Cliente (HAq-R-C) e HAq-R-Terapeuta (HAq-R-T), WAI-C e WAI-Terapeuta (WAI-T), CALPAS-Cliente (CALPAS-C) e CALPAS-Terapeuta (CALPAS-T), concluíram que o WAI teve a maior correlação entre clientes e terapeutas ( $r = 0,47$  versus  $0,28$  para o HAq-R).

Verificou-se que existem evidências de validade convergente para o WAI (Andrade-González & Fernández-Liria, 2015b; Horvath & Greenberg, 1989) e também para o HAq-II (Andrade-González & Fernández-Liria, 2015a). Andrade-González e Fernández-Liria (2015a) observaram que somente o HAq-II-T apresentou correlação significativa com o ganho residual do paciente na *Beck Depression Index*. Horvath e Greenberg (1989), ao comparar as escalas WAI, *Counselor Rating Form* e a *RI Empathy Scale*, constataram que o escore composto do WAI e as subescalas de Tarefas e Objetivos foram as únicas significativamente correlacionadas com os resultados relatados pelo cliente na *Client Posttherapy Questionnaire*. Observou-se que entre as escalas investigadas, a subescala de Tarefas do WAI foi a melhor preditora dos resultados dos clientes.

*Avaliação da AT pela perspectiva do terapeuta.* Os dois estudos que realizaram a avaliação da AT sob a perspectiva do terapeuta foram construídos com base no WAI. O LGB-WASES (Burkard et al., 2009) apresentou o maior *alpha* ( $\alpha = 0,98$ ). Ambos os estudos apresentaram uma solução fatorial menor do que a esperada. Burkard et al. (2009) encontrou uma solução de três fatores, representando 73% da variância, quando esperava-se uma

solução de quatro fatores, ao passo que Fuertes et al. (2017) encontraram uma solução de dois fatores, ao invés de três.

O estudo de Fuertes et al. (2017) abordou resultados interessantes para a PPWAI. Foram verificadas correlações significativas entre a AT avaliada pelo médico e adesão do paciente ao tratamento, desfecho do tratamento e satisfação do médico. Os resultados da avaliação da AT não se correlacionaram significativamente com a abordagem teórica de atendimento. A partir de análises de regressão, esses autores concluíram que a AT foi um preditor significativo de satisfação e resultado, mas não de adesão.

Burkard et al. (2009) constataram correlações inversas moderadas para fortes com as subescalas da *Attitudes Toward Lesbians and Gays - Short Form*, indicando que menos atitudes negativas em relação a lésbicas e homens homossexuais foram associadas com maiores habilidades percebidas entre os alunos conselheiros no desenvolvimento de um vínculo emocional, desenvolvimento de objetivos de orientação e identificação de tarefas apropriadas de aconselhamento.

*Avaliação da AT pela perspectiva do observador.* Novamente o WAI foi o instrumento mais utilizado. Diferente das avaliações relatadas acima, os estudos abordaram poucas análises quanto à perspectiva do observador. O WAI-Observador (WAI-O) apresentou o melhor *alpha* (Geral:  $\alpha = 0,97$ ; Subescalas:  $\alpha = 0,93$  - Vínculo;  $\alpha = 0,94$  - Tarefas;  $\alpha = 0,95$  - Objetivos) (Vöhringer et al., 2013). Igualmente aos demais estudos, os instrumentos apresentaram problemas quanto à AF. No estudo de Fjermestad et al. (2012), a TPOCS–A seria melhor caracterizada pela solução de um fator, representando 64,86% da variância. Soygüt e Uluç (2009) encontraram a solução de dois fatores, representando 89,19% da variância, como a mais adequada para o WAI-O, quando se esperava uma solução de três fatores. Entretanto, as subescalas Objetivos e Tarefas se concentravam em apenas um fator.

O estudo de Fjermestad et al. (2012) encontrou correlações altas e significantes entre a TPOCS-A e medidas de AT autoaplicadas (TASC-C, TASC-T). Shelef e Diamond (2008) encontraram correlações altas e significativas para VTAS-R (versão reduzida) e a VTAS de 18 itens. Vöhringer et al. (2013) compararam o WAI-O, WAI-C e WAI-T e concluíram que há uma alta correlação entre as diferentes subescalas. Na medida observacional, as correlações entre as subescalas oscilam entre 0,64 a 0,92. Fjermestad et al. (2012), Shelef e Diamond (2008) e Soygüt e Uluç (2009) realizaram análise da confiabilidade interavaliadores, alcançando índices bons e excelentes (mínimo 0,54 e máximo 0,93).

*Avaliação da AT sob outras perspectivas.* De modo geral, os estudos dessa categoria analisaram os instrumentos que avaliam a AT sob diversas perspectivas (Cecero, Fenton, Frankforter, Nich & Carroll, 2001; McLeod, Southam-Gerow & Kendall, 2017), a partir das perspectivas das crianças, seus cuidadores e terapeutas (Accurso, Hawley & Garland, 2013; Kermarrec et al., 2006), com os clientes (jovens) e seus cuidadores (Bickman et al., 2012), dos membros da equipe em relação a AT dos jovens com seus pais (Lamers & Vermeiren, 2015), pelos pais e equipe (Lamers et al., 2015) e pela perspectiva dos pais dos clientes (Hukkelberg & Ogden, 2016).

O WAI também foi o instrumento mais utilizado nessa categoria, em diferentes versões: WAI-O, WAI-C, WAI-T, WAV-12 e WAI-S (Cecero et al., 2001; Lamers et al., 2015; Hukkelberg & Ogden, 2016). Os estudos de Cecero et al. (2001), McLeod et al. (2017) e Bickman et al. (2012) encontram uma maior média do escore da AT avaliado pelo(s) cliente(s) do que pelo terapeuta. O maior *alpha* foi do WAI-O ( $\alpha = 0,98$ ), no estudo de Cecero et al. (2001). Quanto às subescalas do WAI, foi possível observar que o Vínculo teve o maior *alpha* na maioria das avaliações desse instrumento. Cecero et al. (2001), apontaram os valores de 0,97 e 0,89 para WAI-O e WAI-C, respectivamente, e Hukkelberg e Ogden (2016)

encontraram o valor de 0,84 para o WAI-S avaliado na terceira sessão. Vale pontuar que na avaliação da sessão 12 esses autores encontraram o maior valor de *alpha* na subescala de tarefas ( $\alpha = 0,82$ ).

O estudo de Lamers e Vermeiren (2015) encontrou diferentes soluções fatoriais para as versões do gestor de casos e para os conselheiros. Assim, foram revelados quatro fatores na versão avaliada pelos gestores, representando 62% da variância, enquanto a versão dos conselheiros indicou três fatores, representando 48% da variância. Hukkelberg e Ogden (2016) e Lamers et al. (2015) encontraram soluções adequadas de três fatores para o WAI, conforme o esperado.

Ao comparar diferentes instrumentos, Cecero et al. (2001) encontraram correlações significativas entre a VTAS e WAI-O. O WAI-C não foi correlacionado significativamente com nenhuma medida de AT avaliada por observador. O WAI-T apresentou uma correlação significativa, mas baixa com a Penn, VTAS e CALPAS. Não foi verificada uma correlação significativa entre o WAI-T e o WAI-O. McLeod et al. (2017) também encontraram uma baixa correlação entre TASC-C e os instrumentos avaliados pelo observador (TPOCS-A e VTAS-R-SF). Cecero et al. (2001) avaliaram as classificações médias da AT em relação às diferentes modalidades de tratamento, identificando a menor média de AT no grupo de Gestão Clínica.

#### *Principais limitações*

A maioria dos autores relatou o baixo poder de generalização dos seus achados devido à homogeneidade da amostra (Andrade-González & Fernández-Liria, 2015a, 2015b; Dillon, 2013; Doran et al., 2012; Doran et al., 2015, 2016; Fjermestad et al., 2012; Hatcher, Barends, Hansell & Gutfreund, 1995; Hatcher & Barends, 1996; Hukkelberg & Ogden, 2016; Lamers et al., 2015; Mallinckrodt et al., 1995; Mallinckrodt & Tekie, 2015; McLeod et al., 2017;

Shelef & Diamond, 2008; Smits, Luyckx, Smits, Stinckens & Claes, 2015). Apenas Kermarrec et al. (2006) e Miragall et al. (2015) abordaram a heterogeneidade da amostra dos seus estudos como um problema, haja vista que não foi possível analisar características específicas do tratamento e até mesmo do quadro clínico dos indivíduos.

Além disso, muitos estudos discutiram o pequeno número amostral e como isso poderia afetar as análises, especialmente as AF (Andrade-González & Fernández-Liria, 2015a, 2015b; Cecero et al., 2001; Dillon, 2013; Doran et al., 2016; Fjermestad et al., 2012; Lamers et al., 2015; Mallinckrodt et al., 1995; McLeod et al., 2017; Miragall et al., 2015; Munder et al., 2009; Soygüt & Isikli, 2008; Tanzilli et al., 2017). Os estudos de Accurso et al. (2012), Cecero et al. (2001), Colli e Lingardi (2009), Doran et al. (2016), Mamodhousen et al. (2005), Miragall et al. (2015) e Munder et al. (2009) abordaram a necessidade de que futuros estudos deem atenção ao modo como as características dos clientes, terapeutas e/ou do tratamento podem influenciar nos resultados associados à AT. Botella et al. (2011), Corbella e Botella (2004), Doran et al. (2012) e Horvath e Greenberg (1989) problematizaram as divergências encontradas nas soluções da AF, que, de modo geral, indicaram pouco suporte empírico para as diversas teorias de AT. Por fim, Bickman et al. (2012), Cecero et al. (2001), Doran et al. (2015), Hukkelberg e Ogden (2016), McLeod et al. (2017) e Oene et al. (1999) ressaltam que a AT deve ser avaliada em vários momentos durante o processo psicoterapêutico.

### **Discussão**

Os resultados bibliométricos demonstram que o estudo de instrumentos de AT não é recente, considerando que foi encontrada uma publicação em 1989. A partir de 2009 foi possível observar um importante aumento no número de publicações. No ano de 2017 já foram publicados três estudos com essa temática. Tais dados apontam para o crescente



interesse pela discussão das propriedades psicométricas dos diversos instrumentos de AT e até mesmo o intuito de se propor novos instrumentos que busquem contemplar a complexidade desse construto.

Chama a atenção o fato de não ter sido encontrado nenhum estudo em língua portuguesa, realizado no Brasil, que cumprisse os critérios de inclusão. Uma busca simples através do Google Acadêmico gerou dois resultados de estudos que realizaram análises de instrumentos de AT, em contexto psicoterapêutico, no Brasil. Marcolino e Iacoponi (2001) realizaram a adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas da versão do paciente da CALPAS e Araújo e Lopes (2015) construíram o *Inventário Cognitivo-Comportamental para Avaliação da Aliança Terapêutica* e realizaram o estudo piloto de suas propriedades psicométricas. O WAI-C e o WAI-T possuem tradução para o português de Portugal, mas não são verificados estudos que analisaram suas propriedades psicométricas em contexto psicoterapêutico no Brasil. Pesquisadores da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) estão desenvolvendo a adaptação transcultural e análise inicial das propriedades psicométricas do *Working Alliance Inventory - Short Revised Observer - WAI-SR-O* (Ribeiro & Sartes, 2017). Conclui-se que o estudo das medidas de AT no Brasil ainda é incipiente.

Observa-se uma grande variabilidade de abordagens psicoterapêuticas, com especial destaque para a TCC, e de quadros clínicos contemplados nos estudos de AT. O considerável número de estudos que incluíram a TCC justifica-se pelo fato de esta ser uma abordagem estruturada, que se propõe a ser testada cientificamente, tendo evidências de sua efetividade para o tratamento de diversos transtornos (Beck, 1997; Galsworthy-Francis & Allan, 2014; Hutton & Taylor, 2014; Marchand, Todorov, Borgeat & Pelland, 2007; Riper, Andersson, Hunter, Berking & Cuijpers, 2013; Serra, 2013; Wright, Basco & Thase, 2008). Nota-se que os estudos não têm se restringido ao público adulto, contemplando amostras diversificadas,

fato também constatado na revisão de Ribeiro et al. (no prelo). Esses dados demonstram a heretogeneidade dos estudos de AT, que torna possível a discussão da generalização de alguns achados, a despeito de esta ter sido uma das principais limitações relatadas na maioria dos artigos quando considerados individualmente.

Poucos estudos exploraram os resultados da AT entre as diferentes abordagens psicoterapêuticas. Doran et al. (2015, 2016) não encontraram variações decorrentes das modalidades de tratamento, enquanto Cecero et al. (2001) identificaram a menor média de AT no grupo de gestão clínica. A relação entre AT e modalidade de tratamento merece maiores esclarecimentos tendo em vista que não há um consenso na literatura sobre essa associação (Ardito & Rabellino, 2011; Marmar, Gaston, Gallagher & Thompson, 1989; Raue, Goldfried & Barkham, 1997; Spinhoven, Giesen-Bloo, Dyck, Kooiman & Arntz 2007). Além disso, foi possível verificar que alguns estudos, especialmente aqueles que realizaram a avaliação da AT por um observador clínico, abordaram poucos dados quanto às propriedades psicométricas dos instrumentos, tal como validades convergente, divergente e de critério.

Observou-se uma variedade considerável quanto à sessão específica em que os instrumentos foram aplicados, com a maioria dos estudos realizando a avaliação, no mínimo, da terceira sessão de psicoterapia, como é possível verificar na Tabela 1. A importância de medir a AT em diversos momentos do tratamento se dá devido à natureza dinâmica deste construto. A AT apresenta diferentes níveis e até mesmo rupturas durante o seu curso (Safran & Muran, 2006; Safran & Segal, 1990; Samstag, Muran & Safran, 2004). A avaliação da AT por meio de questionários aplicados na terceira ou quarta sessão se justifica, pois se acredita que é nesse período que a AT está estabelecida e esses questionários estão altamente associados às predições de resultados (Garfield, 1995; Horvarth, 1994; Luborsky, 1994).

Corroborando com os achados da literatura, percebe-se que os instrumentos, nas mais diversificadas versões e conceitualizações, não têm sido capazes de abarcar as várias dimensões do construto AT. A maior parte das medidas apresentaram problemas em suas AF, demonstrando que a diferenciação entre os fatores não está bem estabelecida. Segundo Elvins e Green (2008), as principais medidas de AT foram desenvolvidas baseadas em conceituações específicas e muitas vezes utilizadas para sintetizar ou até mesmo testar essas novas construções teóricas. Porém, é necessária uma conceituação mais ampliada da AT, de forma a refletir mais aspectos afetivos e interpessoais dos indivíduos.

Horvath, Flückiger, Del Re e Symonds (2011) ressaltam que a falta de uma definição precisa da AT leva a um problema de desenvolvimento de pesquisas, a julgar que os estudos, na prática, definem a AT a partir dos instrumentos que adotam para medi-la. Dessa forma, a comparação entre estudos que utilizaram diferentes medidas de AT torna-se perigosa, já que nem sempre elas correspondem ao mesmo conceito. Em contrapartida, Martin, Gasrke e Davis (2000), baseados no modelo transteórico de Bordin (1979), defendem que esta comparação é possível tendo em vista que as diversas conceitualizações de AT possuem pontos em comum, tais como a natureza colaborativa do relacionamento, o vínculo afetivo entre paciente e terapeuta, e a capacidade de terapeuta e paciente concordarem com os objetivos e tarefas do tratamento.

Nessa direção, os resultados dessa revisão mostram que diferentes medidas de AT, com diferentes fundamentações teóricas e/ou em diferentes versões, alcançaram índices satisfatórios de correlação (Andrade-González & Fernández-Liria, 2015b; Cecero et al., 2001; Fjermestad et al., 2012; Horvath & Greenberg, 1989; Shelef & Diamond, 2008). Assim, maiores investigações se fazem necessárias a fim de verificar as relações entre diferentes modelos teóricos de AT e de que forma eles afetam sua avaliação.

O WAI foi o instrumento mais utilizado nos estudos, informação já destacada na literatura (Ardito & Rabellino, 2011; Hanson, Curry & Bandalos, 2002; Horvath et al., 2011; Ribeiro et al., no prelo; McCabe & Priebe, 2004). Embora ele também tenha sido indicado nesse estudo com boas propriedades psicométricas, apresentando adequados *alphas* e evidências de validade convergente, há diversos estudos demonstrando problemas fatoriais, dado que os itens de Objetivos e Tarefas têm sido concentrados em um mesmo fator (Burkard et al., 2009; Corbella & Botella, 2004; Corbella et al., 2011; Falkenström et al., 2014; Falkenström et al., 2015; Fuertes et al., 2017; Hatcher & Barends, 1996; Mallinckrodt & Tekie, 2015; Miragall et al., 2015; Munder et al., 200; Smits et al., 2015; Soygüt & Uluç, 2009).

Os estudos que realizaram as avaliações por meio das perspectivas do(s) cliente(s) e do terapeuta tiveram como um dos seus objetivos comparar tais avaliações. É interessante notar que embora as versões do cliente tenham obtido as médias mais altas nos escores de AT, a versão do terapeuta esteve mais associada aos resultados. Tal dado vai de encontro aos achados de Horvath e Symonds (1991), que apontaram que as avaliações do cliente são as melhores preditoras de resultados em psicoterapia. É fundamental compreender que há diferenças entre as avaliações realizadas pelos clientes, terapeutas e observadores clínicos. Esse fenômeno é denominado de *Rashomon Experience* e traz questões quanto à objetividade da mensuração da AT (Ardito & Rabellino, 2011).

Entre as limitações do presente estudo, está o fato de alguns termos utilizados não constarem nos dicionários das bases de dados pesquisadas. No dicionário *Medical Subject Heading Terms* (MeSH Terms), da base PubMed, não foram encontrados termos como *therapeutic alliance*, *working alliance* ou *helping alliance*. O termo *helping alliance* não foi encontrado em nenhuma das bases. Além disso, a grande quantidade de artigos incluídos

nessa revisão atribuiu à mesma um caráter exploratório, dificultando o aprofundamento de alguns pontos. Sugere-se que estudos futuros deem maior atenção às especificidades da AT quanto às abordagens teóricas do tratamento e do quadro clínico dos clientes.

### **Considerações finais**

A compreensão do modo como a AT se comporta no processo psicoterapêutico ainda necessita de esclarecimentos que só serão possíveis à medida que forem reunidas evidências de validade dos instrumentos para sua mensuração. Embora ainda existam questões quanto às soluções das AF dos instrumentos de AT, as demais medidas psicométricas analisadas nesse estudo se mostraram adequadas. Conforme apontam McCabe & Priebe (2004), talvez não exista uma escala ideal para medir a AT. Os pesquisadores devem se atentar à proposta e objetivo da avaliação a fim de definir o instrumento mais congruente.

**Tabela 1**  
Principais dados metodológicos e resultados

<b>Autores</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>País</b>	<b>Abordagens psicoterapêuticas</b>	<b>Descrição da amostra</b>	<b>Momento da avaliação</b>	<b>Alpha de Cronbach (<math>\alpha</math>)</b>
Corbella e Botella (2004)	WATOCI	Espanha	Não mencionada	N = 102 (Clientes - adultos) Transtornos do humor, transtornos de ansiedade, dificuldades interpessoais/relacionais	3ª sessão	Total: $\alpha = 0,93$ ; Tarefas: $\alpha = 0,91$ ; Vínculo: $\alpha = 0,85$ ; Objetivo: $\alpha = 0,86$ ; Teoria de mudança: $\alpha = 0,82$
Corbella et al. (2011)	WAI-S	Espanha	Não mencionada	N = 229 (Clientes - adultos) Transtornos do humor, transtornos de ansiedade, dificuldades interpessoais/relacionais	3ª sessão	Total: $\alpha = 0,91$ ; Tarefas: $\alpha = 0,88$ ; Vínculo: $\alpha = 0,86$ ; Objetivos: $\alpha = 0,85$
Falkenström et al. (2014)	WAI-SR	Suécia e EUA	TCC, Psicodinâmica	N = 1103 (Clientes - adultos) Quadro clínico não especificado	3ª sessão	-
Falkenström et al. (2015)		Suécia e EUA	TCC, Psicodinâmica	N = 1530 (Clientes - adultos) Quadro clínico não especificado	Uma amostra foi avaliada na 1ª sessão e a outra na 3ª	-
Munder et al. (2009)		Alemanha	Psicodinâmica	N = 88 (Clientes - adultos) Transtornos do humor, transtornos de ansiedade, transtornos de personalidade, transtornos alimentares, transtorno de ajustamento	Amostra ambulatorial: 10ª e 20ª sessões. Amostras de internação: após 4 e 8 semanas do tratamento hospitalar.	Clientes internados: Total: $\alpha = 0,93$ ; Vínculo: $\alpha = 0,83$ ; Tarefas: $\alpha = 0,86$ ; Objetivos: $\alpha = 0,91$ . Clientes ambulatoriais: Total: $\alpha = 0,90$ ; Vínculo: $\alpha = 0,82$ ; Tarefas: $\alpha = 0,85$ ; Objetivos: $\alpha = 0,81$
Mailinckrodt e Tekic (2015)	WAI-C, WAI-SR, WAI-S e BAI	EUA	Não mencionada	N = 1786 (Clientes - adultos) Quadro clínico não especificado	Não especificado	WAI-C Vínculo: $\alpha = 0,87$ ; WAI-C Tarefas: $\alpha = 0,91$ ; WAI-C Objetivos: $\alpha = 0,90$ ; WAI-C 5/4pts Vínculo: $\alpha = 0,91$ ; WAI-C 5/4pts Tarefas: $\alpha = 0,92$ ; WAI-C 5/4pts Objetivos: $\alpha = 0,91$ Total: $\alpha = 0,906$ ; Objetivos: $\alpha = 0,70$ ; Tarefas: $\alpha = 0,92$ ; Vínculo: $\alpha = 0,86$
Miragall et al. (2015)	WAI-VAR	Espanha	TCC	N = 75 (Clientes - adultos) Transtornos de ansiedade, transtorno de ajustamento	Terapia <i>Virtual Reality</i> : 3ª sessão. T terapia <i>Augmented Reality</i> : após uma sessão terapêutica intensiva de 3h.	Vínculo: $\alpha = 0,86$
Delsignore et al. (2014)	CALPAS	Alemanha	TCC	N = 203 (Clientes - adultos) Transtornos de ansiedade, transtornos alimentares	Estudo piloto: após cada uma das 10 sessões grupais. Grupo de ansiedade social: após a 1ª, 3ª e 5ª sessões grupo. Terapia individual: os clientes estavam em diferentes estágios terapêuticos no momento da avaliação.	Total: $\alpha = 0,89$ ; Subescalas: foi verificada uma variação entre $\alpha = 0,61$ e $\alpha = 0,77$
Doran et al. (2012)	ANS	EUA	TCC, Psicodinâmica, Humanista, Eletéica/integrativa	N = 254 (Clientes - adultos) Quadro clínico não especificado	Os clientes estavam em diferentes estágios terapêuticos no momento da avaliação.	Total: $\alpha = 0,84$ ; Subescalas: $\alpha = 0,86$ (Fator 1); $\alpha = 0,81$ (Fator 2)
Doran et al. (2015)		EUA	TCC, Psicodinâmica, Eletéica/integrativa	N = 212 (Clientes - adultos) Transtornos do humor, transtornos de ansiedade, transtornos de personalidade, transtornos alimentares, transtorno de ajustamento, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade	Os clientes estavam em diferentes estágios terapêuticos no momento da avaliação.	Total: $\alpha = 0,89$ ; Subescalas: $\alpha = 0,87$ (Fator 1); $\alpha = 0,88$ (Fator 2)
Doran et al. (2016)		EUA	TCC	N = 47 (Clientes - adultos) Quadro clínico não especificado	A aplicação ocorreu antes de iniciar o tratamento, no final de cada sessão e no final do tratamento (após 30 sessões de terapia).	-
Oene et al. (1999)	HAq	Holanda	Não mencionada	N = 340 (Clientes - adultos) Transtornos por uso de substâncias	Não especificado	-
Hendriksen et al. (2010)	HAQ-I	Holanda	Psicodinâmica	N = 352 (Clientes - adultos) Transtornos do humor	Aproximadamente nas 10ª e 24ª semanas.	$\alpha = 0,92$ (Relacionamento - no início e final do tratamento); $\alpha = 0,89$ (Mudança interna - semana 10); $\alpha = 0,91$ (Mudança interna - final do tratamento) $\alpha > 0,63$
Mailinckrodt et al. (1995)	CATS	EUA	Psicodinâmica, Teoria do apego	N = 138 (Clientes - adultos) Quadro clínico não especificado	5ª sessão	Total: $\alpha = 0,95$ ; Subescalas: variaram de 0,73 a 0,95 para homens e de 0,79 para 0,95 para mulheres
Mamodhoussen et al. (2005)	CTAS-R	França	TCC	N = 79 (Casais) Transtornos de ansiedade, transtornos do humor, distúrbios cognitivos e hostilidade	3ª sessão	-
Tanzilli et al.	PRO	Itália	TCC, Psicodinâmica	N = 314 (Clientes adultos e terapeutas)	Nas fases iniciais da terapia (não foram avaliadas)	Subescalas: <i>Hostile</i> : $\alpha = 0,91$ ; <i>Positive/working alliance</i> : $\alpha =$

(2017)	Transornos do humor, transtornos de ansiedade, transtornos por uso de substâncias, transtornos de personalidade, transtornos alimentares	especificadas as sessões).	0,86; <i>Special/entitled</i> : $\alpha = 0,81$ ; <i>Anxious/preoccupied</i> : $\alpha = 0,80$ ; <i>Avoidant/dismissing</i> : $\alpha = 0,82$ ; <i>Sexualized</i> : $\alpha = 0,90$
<b>AT avaliada sob as perspectivas do cliente e do terapeuta</b>			
Andrade-González e Fernández-Liria (2015a)	Espanha	HAg-II-C e HAq-II-T	N = 36 (Clientes - adultos); N = 21 (Terapeutas) Transornos do humor
Dillon (2013)	EUA		N = 271 (Clientes - adultos) Transornos por uso de substâncias
Andrade-González e Fernández-Liria (2015b)	Espanha	WAI-C e WAI-T	N = 36 (Clientes - adultos); N = 21 (Terapeutas) Transornos do humor
Horvath e Greenberg (1989)	Canadá		N (1): 29 diades conselheiros- clientes (adultos); N (2) = 31 clientes adultos; N (3) = 25 diades terapeutas-clientes (adultos) Quadro clínico não especificado
Soygüt e Isikli (2008)	Turquia		N = 63 (Clientes - adultos); N = 21 (Terapeutas) Quadro clínico não especificado
Smits et al. (2015)	Holanda	WAI-S-C e WAI-S-P	N = 557 (Clientes - adultos); N = 94 (Terapeutas) Quadro clínico não especificado
Hatcher et al. (1995)	EUA	HAg-R-C, HAq-R-T, WAI-C, WAI-T, CALPAS-C e CALPAS-P	N = 144 (Clientes - adultos); N = 38 (Terapeutas) Transornos do humor, transtornos de ansiedade, transtornos de personalidade, dificuldades interpessoais/relacionais
Hatcher e Barends (1996)	EUA		N = 231 (Clientes - Adultos); N = 65 (Terapeutas) Transornos do humor, transtornos de ansiedade, transtornos de personalidade, dificuldades interpessoais/relacionais
<b>AT avaliada sob a perspectiva do observador</b>			
Colli e Linguardi (2009)	Itália	CIS	N = 32 transcrições de sessões de 16 clientes adultos As sessões foram escolhidas aleatoriamente.
Fjermerstad et al. (2012)	Noruega	TPOCS-A	Transornos do humor, transtornos de personalidade, transtorno obsessivo compulsivo N = 52 gravações de 52 crianças e 13 terapeutas Transornos de ansiedade
Shelef e Diamond (2008)	EUA	VTAS-R	N = 433 gravações de 86 adolescentes Transornos por uso de substâncias
Soygüt e Uluç (2009)	Turca	WAI-O	N = 18 gravações de 10 clientes adultos e 6 terapeutas
Vöhringer et al. (2013)	Chile		Transornos do humor, transtornos de ansiedade N = 60 gravações de 14 diades cliente (adulto)-terapeuta Transornos de humor, transtornos de ansiedade, transtornos de personalidade, dificuldades interpessoais/relacionais

WAI-T e WAI-C:  $\alpha = 0,86$ Total:  $\alpha = 0,93$ ; Objetivos:  $\alpha = 0,89$ ; Tarefas e vínculo:  $\alpha = 0,92$  para as escalas Tarefa e Bond.WAI-C Total:  $\alpha = 0,90$ ; WAI-C Objetivos:  $\alpha = 0,78$  WAI-C Tarefas:  $\alpha = 0,81$ ; WAI-C Vínculo:  $\alpha = 0,74$ ; WAI-T Total:  $\alpha = 0,96$ ; WAI-T Objetivos:  $\alpha = 0,83$ ; WAI-T Tarefas:  $\alpha = 0,94$ ; WAI-T Vínculo:  $\alpha = 0,87$   
Subescalas: Contrato:  $\alpha = 0,90$ ; Contato:  $\alpha = 0,81$  $\alpha = 0,90$  para adolescentes;  $\alpha = 0,91$  para pais

contou com 12 sessões).

3ª, 7ª e 15ª sessões

30% das sessões ficaram entre as sessões 3 e 9, 31,6% entre 10 e 19 e 21% entre as sessões 20 e 39 e 16,7% acima da sessão 40.

Waizmann e Roussos (2011)	Argentina	TCC, Psicodinâmica	transornos por uso de substâncias N = 65 gravações de 8 diades cliente (adulto)- terapeuta	Não especificado	-
Quadro clínico não especificado					
<b>AT avalia da somente pelo terapeuta</b>					
Burkard et al. (2009)	EUA	Terapia de aconselhamento,	N = 303 estudantes matriculados em curso ou pós- graduação em aconselhamento	Não especificado	Total: $\alpha = 0,98$ ; Vínculo emocional: $\alpha = 0,97$ ; Tarefa: $\alpha = 0,96$ ; Objetivo: $\alpha = 0,94$ .
Fuertes et al. (2017)	EUA	TCC, Psicodinâmica, Humanista	N = 106 psiquiatras	As avaliações ocorreram pelo menos 3 vezes nos últimos 12 meses.	$\alpha = 0,85$
<b>Avaliação da AT sob outras perspectivas</b>					
Accurso et al. (2012)	Espanha	Family Systems, TCC, Psicodinâmica,	N = 209 (Crianças); N = 209 (Cuidadores); N = 94 (Terapeutas)	4 <sup>o</sup> , 8 <sup>o</sup> , 12 <sup>o</sup> e 16 <sup>o</sup> meses	Avaliação pelo cuidador (relação cuidador-terapeuta): $\alpha$ variando de 0,85 a 0,88.
Ceccero et al. (2001)	EUA	Humanista, Behaviorista TCC, Terapia de facilitação dos doze passos, Gestão clínica	Comportamentos disruptivos N = 60 (Clientes adultos); N = 11 (Terapeutas); N = 12 gravações Transornos por uso de substâncias	2 <sup>a</sup> e 8 <sup>a</sup> semanas	WAI-O Total: $\alpha = 0,98$ ; WAI-O Objetivos: $\alpha = 0,93$ ; WAI-O Vínculo: $\alpha = 0,97$ ; WAI-O Tarefas: $\alpha = 0,96$ ; WAI-C Total: $\alpha = 0,94$ ; WAI-C Objetivos: $\alpha = 0,77$ ; Vínculo: $\alpha = 0,89$ ; Tarefas: $\alpha = 0,82$ ; WAI-T Total: $\alpha = 0,95$ ; WAI-T Objetivos: $\alpha = 0,91$ ; WAI-T Vínculo: $\alpha = 0,83$ ; WAI-T Tarefas: $\alpha = 0,87$ ; VTAS Total: $\alpha = 0,96$ ; VTAS Paciente: $\alpha = 0,93$ ; VTAS Terapeuta: $\alpha = 0,84$ ; VTAS Ambos: $\alpha = 0,93$ ; Penn Total: $\alpha = 0,93$ ; Penn Tipo 1: $\alpha = 0,89$ ; Penn Tipo 2: $\alpha = 0,87$ ; CALPAS Total: $\alpha = 0,92$ ; CALPAS PWC*: $\alpha = 0,92$ ; CALPAS PC*: $\alpha = 0,88$ ; CALPAS PTA*: $\alpha = 0,83$ ; CALPAS TU*: $\alpha = 0,85$ .
McLeod et al. (2017)	EUA	TCC	N = 50 (Jovens) Transornos de ansiedade	A TASC foi preenchida no final de cada sessão. A TPOCS-A e VTAS-R-SF foram codificadas na 3 <sup>a</sup> e 12 <sup>a</sup> sessões. Se uma sessão não estava disponível, foi substituída por uma sessão da mesma fase; cedo (Sessão 2-8) ou atrasada (Sessão 9-16). Imediatamente após a sessão de psicoterapia e nas 48h seguintes à consulta de psicoterapia.	TPOCS-A Total: $\alpha = 0,84$ ; Amostra crianças: $\alpha = 0,80$ ; Amostra adolescentes: $\alpha = 0,89$ ; VTAS-R-SF Total: $\alpha = 0,91$ ; Amostra crianças: $\alpha = 0,90$ ; Amostra adolescentes: $\alpha = 0,92$ ; TASC-C Total: $\alpha = 0,94$ ; Amostra crianças: $\alpha = 0,95$ ; Amostra adolescentes: $\alpha = 0,91$ ; TASC-T Total: $\alpha = 0,97$ ; Amostra crianças: $\alpha = 0,96$ ; Amostra adolescentes: $\alpha = 0,98$ .
Kerमारec et al. (2006)	França	Psicodinâmica, Terapia de suporte, Terapia familiar	N = 148 (Crianças e adolescentes) Transornos do humor e comportamentos disruptivos, transornos alimentares, transornos do sono, transornos de personalidade, transornos de aprendizagem, transorno de hiperatividade e com déficit de atenção, transorno de eliminação e problemas relacionais		
Bickman et al. (2012)	EUA	Family Systems, TCC, Behaviorista, Play Therapy, Eclética/integrativa	N = 679 (Jovens); N = 561 (Cuidadores); N = 713 classificações individuais dos clínicos Quadro clínico não especificado	A AT foi avaliada em várias sessões ao longo do tempo (as sessões não foram especificadas).	Jovens: $\alpha = 0,85$ ; Cuidadores: $\alpha = 0,86$
Lamers e Vermeiren (2015)	Holanda	Aconselhamento de pais, Gerenciamento de casos	N = 93 (Jovens); N = 11 (Terapeutas) Transornos de ansiedade, transornos do humor e comportamentos disruptivos, transornos do espectro autista	Com 46 dos 93 jovens, a AT foi avaliada no 4 <sup>o</sup> mês de tratamento. Para os outros 47 jovens, a AT foi avaliada em um tempo aleatório no tratamento.	FEQ CM** Parent Alliance: $\alpha = 0,69$ ; FEQ CM Youth Task Alliance: $\alpha = 0,84$ ; FEQ CM Youth Personal Alliance: $\alpha = 0,88$ ; FEQ CM Youth Hostility: $\alpha = 0,51$ ; FEQ PC*** Parent Alliance: $\alpha = 0,57$ ; FEQ PC Youth Task Alliance: $\alpha = 0,84$ ; FEQ PC Youth Personal Alliance: $\alpha = 0,75$
Lamers et al. (2015)	Holanda	Aconselhamento de pais, Gerenciamento de casos	N = 93 (Jovens); N = 5 (Terapeutas) Comportamentos disruptivos, transorno do espectro autista, transornos de ansiedade, transornos do humor	Com 46 dos 93 jovens, a AT foi avaliada no 4 <sup>o</sup> mês de tratamento. Para os outros 47 jovens, a AT foi avaliada em um tempo aleatório no tratamento.	$\alpha$ das subescalas variou de 0,78 a 0,97
Hukkelberg e Ogden (2016)	Noruega	TCC	N = 331 (Crianças); N = 259 (Pais) Comportamentos disruptivos	3 <sup>a</sup> e 12 <sup>a</sup> sessões	Sessão 3: $\alpha = 0,59$ (Objetivos); $\alpha = 0,79$ (Tarefas); $\alpha = 0,84$ (Vínculo). Sessão 12: $\alpha = 0,52$ (Objetivos); $\alpha = 0,82$ (Tarefas); $\alpha = 0,80$ (Vínculo).

\*PWC: Patient Working Capacity; PC: Patient Commitment; PTA: Patient Therapist Agreement; TU: Therapist Understanding.

\*\* CM: Case Managers; PC: Parent Counsellors.



## **4 TEXTO 2: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE UMA MEDIDA DE ALIANÇA TERAPÊUTICA PARA DEPENDENTES DE ÁLCOOL EM TRATAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

### **Introdução**

Os estudos têm observado pouco ou moderado tamanho de efeito quando intervenções específicas e inovadoras são comparadas aos tratamentos padrão, adotados em ambulatórios e internações (Briker, 2015; Kazdin & Nock, 2003; Longabaugh & Magill, 2012). Tal resultado tem sido apontado, inclusive, em relação à Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), indicando que mecanismos ou ingredientes ativos podem estar envolvidos nos resultados psicoterapêuticos (Morgenstern & Longabaugh, 2000). Um ingrediente ativo que tem sido fortemente associado aos resultados psicoterapêuticos no tratamento para uso de álcool e outras substâncias é a Aliança Terapêutica (AT; Connors, Carroll, DiClemente, Longabaugh & Donovan; 1997; Finney, Noyes, Coutts & Moos, 1998; Ilgen, McKellar, Moos & Finney, 2006; Kan, Henderson, Sternberg & Wang, 2014; Maisto, Roos, O'Sickey, Kirouac, Connors, Tonigan, & Witkiewitz, 2015; Meier, Barrowclough & Donmall, 2005; Ribeiro, Sartes, Gumier & Torres, no prelo).

Observa-se que a AT também tem tido importantes implicações nos estudos de psicoterapia via internet para diferentes transtornos. Neste caso, objetiva-se investigar não só a relação da AT com os resultados das intervenções, mas principalmente compreender se há o estabelecimento da AT pela terapia via internet da mesma forma que a presencial (Alfonsson, Olsson & Hursti, 2016; Anderson, Spence, Donovan, March, Prosser & Kenardy, 2012; King, Brooner, Peirce, Kolodner, & Kidorf, 2014; Singulane & Sartes, 2017; Sucala, Schnur, Constantino, Miller, Brackman & Montgomery, 2012).

O *Working Alliance Inventory* (WAI), em diferentes versões, tem sido o instrumento mais comumente utilizado para a mensuração da AT (Ardito & Rabellino, 2011; Hanson, Curry & Bandalos, 2002; McCabe & Priebe, 2004; Ribeiro et al., no prelo). O WAI é uma medida fácil e rápida de ser preenchida por terapeuta, cliente(s) e observador clínico, sendo familiar aos pesquisadores de processos psicoterapêuticos (Hanson et al., 2002). Ele é fundamentado em um conceito transteórico de AT, que a caracteriza como uma relação de colaboração entre cliente e terapeuta quanto aos objetivos e tarefas da terapia, além da formação de um vínculo (Bordin, 1979). Além disso, o WAI apresenta evidências de validade convergente com outras medidas de AT e boas propriedades psicométricas, com alfa de *Cronbach* variando entre 0,86 e 0,98 (Andrade-González & Fernández-Liria, 2015a, 2015b; Cecero, Fenton, Frankforter, Nich & Carroll, 2001; Horvath & Greenberg, 1989; Tichenor & Hill, 1989; Vöhringer et al., 2013).

Uma importante questão no estudo da AT se refere ao fato de que as avaliações realizadas pelo terapeuta, cliente(s) ou observador clínico têm diferido quanto às suas médias e predição de resultados da terapia. De modo geral, a média da avaliação da AT pelo cliente tem sido superior a do terapeuta. Entretanto, observa-se que as avaliações do terapeuta e do observador têm sido mais relacionadas aos resultados psicoterapêuticos (Andrade-González & Fernández-Liria, 2015a, 2015b; Bickman et al., 2012; Cecero et al., 2001; Fenton, Cecero, Nich, Frankforter & Carroll, 2001; Horvath & Symonds, 1991; McLeod, Southam-Gerow & Kendall, 2017). Esse fenômeno tem sido denominado *Rashomon Experience* (Ardito & Rabellino, 2011; Caskey, Barker & Elliot, 1984).

Algumas justificativas apontadas a favor da avaliação da AT por um observador são: 1) Verifica-se uma incongruência entre as avaliações da AT por parte de terapeuta e

cliente(s) (Meier & Donmall, 2006); 2) Terapeuta e cliente(s) podem apresentar diferentes visões a respeito do que configuraria uma boa AT, considerando que o terapeuta conhece o conceito de AT e o cliente não. Assim, a avaliação por meio de um observador seria mais homogênea e mais fiel ao construto AT (Ardito & Rabellino, 2011); 3) As medidas avaliadas por um observador clínico têm apresentado excelentes propriedades psicométricas, com alfa de *Cronbach* variando entre 0,90 e 0,98 (Cecero et al., 2001; McLeod et al., 2017; Shelef & Diamond, 2008; Tichenor & Hill, 1989; Vöhringer et al., 2013); 4) Para pesquisas que desejam realizar várias medidas de AT ao longo da mesma sessão de psicoterapia, o método de avaliação por observador pode ser o mais adequado, tendo em vista que evita interrupções para a realização da avaliação (Vöhringer et al., 2013). Ademais, Norcross e Lambert (2014) afirmam que medidas breves aplicadas por observadores independentes representam uma metodologia promissora no que diz respeito à avaliação da AT, fato que motivou a construção do *WAI Short Revised Observer* (WAI-SR-O; Kazantsis, Cronin, Farchione & Dobson, *in press*).

No Brasil, os instrumentos disponíveis e validados para a avaliação da AT ainda são escassos. Os autores Marcolino e Iacoponi (2001) realizaram a adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas da versão do paciente da *California Psychotherapy Alliance Scale* (CALPAS) e Araújo e Lopes (2015) construíram o *Inventário Cognitivo-Comportamental para Avaliação da Aliança Terapêutica* e realizaram o estudo piloto de suas propriedades psicométricas. O WAI-Cliente (WAI-C) e o WAI-Terapeuta (WAI-T) possuem tradução para o português de Portugal, mas não são verificados estudos que analisaram suas propriedades psicométricas em contexto psicoterapêutico no Brasil. Destarte, o presente estudo objetiva realizar a adaptação transcultural do WAI-SR-O para o português falado no

Brasil e buscar evidências de validade da escala adaptada para dependentes de álcool em TCC breve, presencial e via internet.

### **Metodologia**

#### **Amostra**

Foram incluídas 25 videograções de 13 clientes em TCC breve para dependência de álcool, presencial e pela internet. Foram selecionadas para avaliação as sessões quatro, oito e doze, correspondendo ao início, meio e final da terapia. Estudos sugerem que a AT se estabelece a partir da terceira sessão (Garfield, 1995; Horvarth, 1994; Luborsky, 1994) e que se trata de um construto dinâmico, que sofre rupturas e restabelecimentos durante o curso psicoterapêutico (Safran & Muran, 2006; Safran & Segal, 1990; Samstag, Muran & Safran, 2004), sendo importante que ela seja avaliada em vários pontos do tratamento.

Ressalta-se que caso alguma destas estivesse comprometida, ela poderia ser substituída pela sessão mais próxima, com um intervalo máximo de uma sessão anterior ou posterior. Uma gravação precisou ser excluída por estar com seu áudio e imagem comprometidos e não possuir sessões próximas com a qualidade preservada. Além disso, alguns clientes não completaram o tratamento, inviabilizando a gravação das sessões oito e doze. Assim, o presente estudo contou com 24 gravações de 12 clientes.

#### **Participantes**

Os participantes são decorrentes do Programa Álcool e Saúde, vinculado ao Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Outras Drogas (CREPEIA), da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Este programa envolve dois ensaios clínicos que visam testar o protocolo de intervenção adaptado do Projeto *Match* (Kadden et al., 1995), nas modalidades de psicoterapia presencial e via internet (Gumier & Sartes, 2015; Cançado & Sartes, 2017).

Foram incluídos indivíduos entre 18 e 65 anos que apresentaram dependência de álcool. Foram excluídos os indivíduos que não fizeram uso de álcool nos últimos 30 dias, apresentaram dependência de outras substâncias (exceto tabaco), participaram de outra intervenção psicoterapêutica nos últimos três meses e foram diagnosticados com quadros psicóticos. O estudo contou com três terapeutas, mestrandas e doutorandas em Psicologia, com pelo menos dois anos de atuação clínica. Todas possuíam formação em TCC para tratamento de uso de substâncias. Os atendimentos eram supervisionados semanalmente por uma terapeuta com doutorado na área, com 15 anos de experiência clínica (Gumier & Sartes, 2015; Cançado & Sartes, 2017).

Ademais, foram selecionadas sete observadoras clínicas, quatro psicólogas e três graduandas dos últimos períodos de Psicologia. Elas apresentavam diferentes níveis de experiência clínica, variando de nenhuma a 15 anos, tendo em vista que um dos principais objetivos do instrumento a ser avaliado diz respeito ao treinamento de terapeutas.

### **Tratamento**

Os atendimentos ocorreram em formato presencial e pela internet, seguindo um mesmo protocolo de tratamento, adaptado do Projeto *Match* (Kadden et al., 1995). Este protocolo possui doze sessões de TCC para dependência de álcool. As sete sessões iniciais são orientadas por temas pré-definidos, visando trabalhar o estabelecimento de metas, psicoeducação do paciente em conceitos relacionados ao alcoolismo, reconhecimento de situações de risco, discussão de estratégias de motivação, treino em habilidades de enfrentamento e em solução de problemas, tarefas de automonitoramento do uso do álcool e dos processos cognitivos envolvidos nessas situações. Os temas das quatro sessões seguintes são elencados pelo próprio paciente, de acordo com as suas necessidades. Há 14 opções de temas, entre elas manejo dos pensamentos negativos,

envolvimento familiar, situações de risco e manejo da raiva. Na última sessão é realizado um resumo das estratégias trabalhadas durante a terapia e terapeuta e paciente realizam o *feedback* (Gumier & Sartes, 2015).

### **Instrumentos**

Questionário de dados sociodemográficos: foi utilizado para a avaliação dos clientes atendidos, contendo informações sobre idade, sexo, religião, classe socioeconômica e escolaridade.

Questionário para avaliação do uso da internet: foram desenvolvidas duas questões, elaboradas pelos próprios pesquisadores, sobre a frequência e o grau de dificuldade no uso da internet.

WAI-SR-O (Cronin et al., *in press*): foram utilizadas as versões americana e adaptada. O WAI-SR-O é decorrente da versão cliente do WAI-*Short Revised* (WAI-SR; Hatcher & Gillaspay, 2006), possuindo 12 itens que contemplam os seguintes domínios: acordo entre terapeuta e cliente com relação aos objetivos e tarefas da terapia, além da presença de vínculo (Bordin, 1979). Os itens são avaliados em uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos e o instrumento é respondido por um observador clínico. O escore geral varia de 12 a 60 e de cada subescala de 4 a 20, sendo que quanto menor o escore, melhor a qualidade da AT.

WAI-T e WAI-C (Horvath & Greenberg, 1989): foram utilizadas as versões portuguesas do WAI-T e do WAI-C, traduzidas livremente por Paulo Machado e Cristiano Nabuco de Abreu. Esses instrumentos contam com 36 itens que devem ser respondidos em escala *Likert* de sete pontos. Eles são autoaplicados pelo terapeuta e pelo cliente. O escore geral varia entre 36 e 252, de modo que quanto maior o escore, melhor a qualidade da AT.

### **Procedimentos**

Os participantes do presente estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), redigido segundo as orientações do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF. O presente projeto teve sua aprovação emitida através do parecer N° 1.360.973.

Mediante autorização do autor, o WAI-SR-O foi submetido à adaptação transcultural de acordo com as diretrizes propostas por Beaton, Bombardier, Guillemin e Ferraz (2000). O instrumento passou por duas traduções, síntese das traduções, retrotradução (*backtranslation*) e comitê de peritos. O comitê de peritos foi dividido em duas fases: 1) Discussão da retrotradução entre as pesquisadoras deste estudo, o autor do instrumento original e a retrotradutora; 2) Avaliação do instrumento adaptado por dois psicólogos clínicos, com doutorado em Psicologia. Esta avaliação foi orientada por um questionário semiestruturado que continha o instrumento original, o instrumento adaptado, questões a respeito da compreensão das orientações de aplicação e dos itens, além da correspondência entre os itens e o contexto clínico. Foi solicitado que os peritos explicassem o que entenderam sobre cada item e fizessem sugestões de modificação.

Após passar pelo comitê de peritos, o instrumento foi utilizado no treinamento com as observadoras clínicas. O treinamento teve duração de oito horas, divididas em uma apresentação teórica a respeito dos estudos sobre AT e do WAI-SR-O, além da aplicação do instrumento nos quinze minutos iniciais da sexta sessão de três clientes, atendidos por diferentes psicoterapeutas. Discutiram-se as divergências nas avaliações e foram efetuados ajustes no instrumento, resultando na versão submetida à análise das suas propriedades psicométricas. O processo de adaptação do instrumento está representado na Figura 1.

As sessões para aplicação da versão final do WAI-SR-O foram distribuídas por conveniência não intencional entre as sete avaliadoras, de modo que as terapeutas não

avaliassem suas próprias sessões. Ressalta-se que essa distribuição foi realizada por uma pesquisadora cega quanto aos clientes e a avaliação ocorreu por pares.

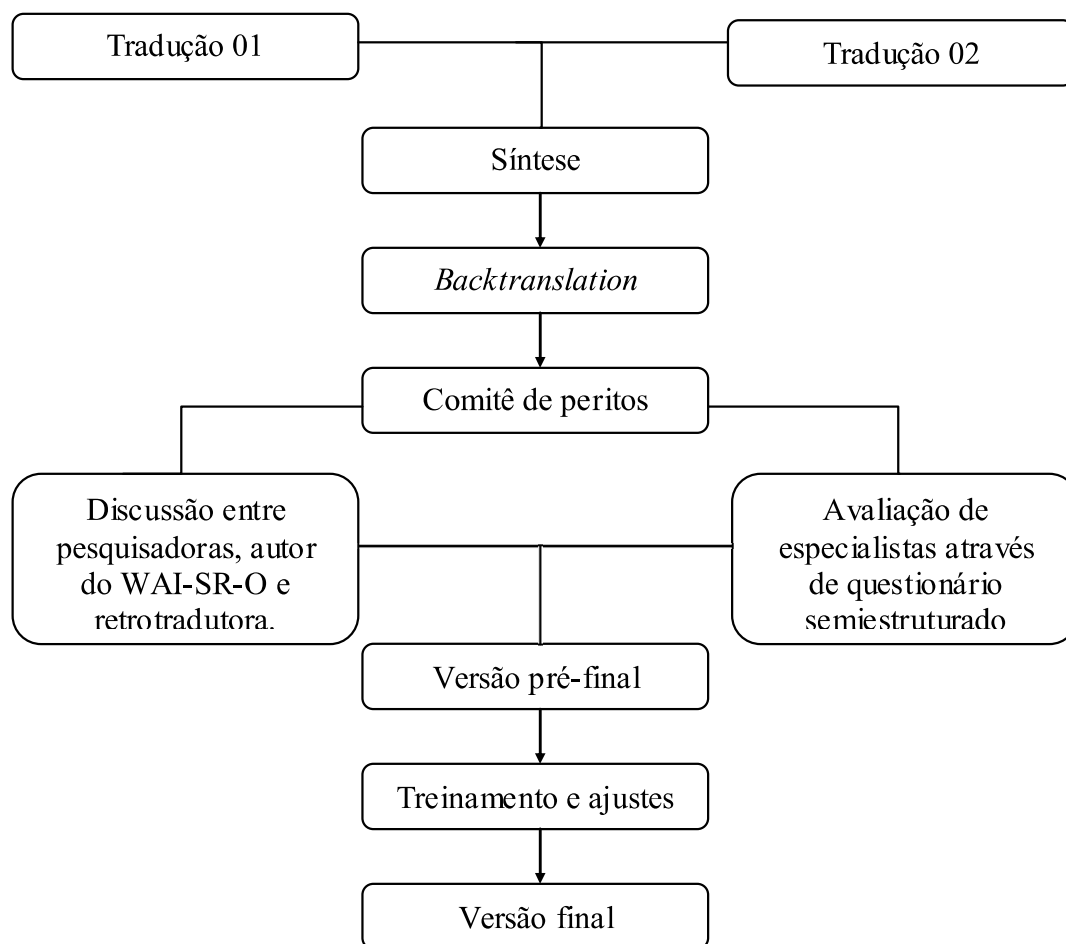


Figura 1. Procedimentos metodológicos da adaptação transcultural do WAI-SR-O.

### Materiais

Foi utilizada uma filmadora *Sony Action Cam* para a gravação das sessões presenciais e o programa *ZD Soft Screen Recorder 10.1.3* para a gravação das sessões via internet.

### Análises estatísticas

Os dados foram transferidos para um banco de dados por meio de digitação cruzada. As análises descritivas, as análises de convergência com o WAI-Terapeuta



(WAI-T) e WAI-Cliente (WAI-C), através da correlação de *Spearman*, bem como o coeficiente de consistência interna, o alfa de *Cronbach*, foram calculados através da versão 22 do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). O Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) e as médias dos escores geral e das subescalas da versão adaptada do WAI-SR-O foram analisados a partir da versão 14 do *software* Stata. Foram considerados apenas os escores de 12 das 36 questões do WAI-C e WAI-T, correspondentes aos itens verificados no WAI-SR-O, a fim de possibilitar as análises de comparação entre os instrumentos. Assim, a pontuação geral do instrumento variou de 12 a 84 e das subescalas de 4 a 28, com maior valor indicando uma melhor AT.

Para a avaliação da confiabilidade das medidas inter e intra observadores, utilizou-se a abordagem de Modelos Lineares Generalizados Mistos, tendo como efeitos aleatórios os observadores e os clientes (McCulloch & Searle, 2001). Tal modelagem permite o cálculo dos Coeficientes de Correlação Intraclasse (CCI) para ambas as situações, inter e intra observadores. O CCI varia entre 0 e 1, sendo que quanto mais próximo de 1, melhor a reprodutibilidade (inter) ou a repetibilidade (intra). Além disso, os modelos foram ajustados para efeitos fixos de Momento e Terapeuta, além do componente fixo dos observadores, que geram as médias de cada um com os respectivos IC95%, apresentados em forma de gráficos.

Para as avaliações das medidas dos terapeutas, utilizou-se a mesma abordagem, no entanto, tendo como efeitos aleatórios as terapeutas e os clientes. No caso das avaliações dos clientes, não foi possível a utilização de qualquer abordagem, dado que a variabilidade nas avaliações sempre foi muito pequena, não possibilitando qualquer modelagem. Ou seja, os clientes avaliam de forma "concordante", quase determinística.

Também foram realizadas Correlações de *Spearman* entre os escores do WAI-SR-O, WAI-T e WAI-C e calculadas as médias dos escores geral e subescalas.

## Resultados

### Processo de adaptação e evidências de validade baseadas na análise do conteúdo ou domínio

A tradução do WAI-SR-O foi realizada por dois psicólogos brasileiros, com amplo domínio da língua inglesa. Eles trabalharam independentemente, de forma que um tinha conhecimento sobre os objetivos do presente estudo e o outro não. As duas traduções foram encaminhadas para o processo de síntese, que contou com a participação dos dois tradutores e de uma mediadora, também psicóloga, com ampla atuação no campo de avaliação de instrumentos e fluência em inglês. As discrepâncias entre as traduções foram discutidas, buscando-se um consenso para elaboração da síntese. A partir da síntese foi formulada a *backtranslation* por uma pesquisadora brasileira fluente em inglês. A retrotradutora tem formação no campo da Biologia e não possuía conhecimento sobre o objetivo do presente estudo.

Com as traduções, síntese e retrotradução em mãos, iniciou-se o estágio de comitê de peritos. Buscando a correspondência semântica entre os instrumentos original e adaptado, foram realizados alguns ajustes decorrentes da primeira fase do comitê. A escala *Likert* foi amplamente discutida com o autor do instrumento original, haja vista que o termo “*Always*”, que em tradução literal significa “Sempre”, no WAI-SR-O designa a maioria das situações. Isto é, não se pode considerar que existe AT durante toda a sessão, dado que todo processo psicoterapêutico inclui rupturas (Samstag, Muran & Safran, 2004). Entretanto, segundo as instruções do WAI-SR-O quando há uma situação de ruptura deve-se computar “*Very often*”, fato que pode gerar algumas dúvidas para o observador clínico. Ainda assim, visando manter equivalência com o instrumento original, a orientação do autor foi acatada.

Quanto à segunda fase, um dos peritos avaliou todos os itens como satisfatoriamente compreensíveis e como algumas vezes observáveis no contexto clínico. O segundo perito avaliou cinco dos doze itens como “gerou dúvidas” e fez observações que foram consideradas nos ajustes finais do instrumento. Em relação à correspondência ao contexto clínico, todos os itens foram avaliados como sempre presentes.

A fase de treinamento também culminou em ajustes no instrumento, gerando a versão final que foi avaliada quanto às suas propriedades psicométricas. Um ajuste importante se deu em relação à folha de registros das informações da sessão. No instrumento original, os itens da folha de registro não correspondem diretamente aos itens do instrumento. Tratam-se apenas de elementos chave que devem ser registrados para a computação dos pontos. Todavia, para facilitar o processo de avaliação, foi feita uma correspondência entre os itens da folha de registro e os itens do instrumento. Os principais pontos discutidos durante o processo de adaptação estão listados na Tabela 1.

**Tabela 1**  
Divergências encontradas no processo de adaptação transcultural do WAI-SR-O

<b>Processo de síntese do WAI-SR-O</b>				
<i>Item</i>	<i>Escala original</i>	<i>Tradutor 1</i>	<i>Tradutor 2</i>	<i>Síntese</i>
Orientações para aplicação.	<i>Willingly discloses</i>	Dar <i>feedback</i> voluntariamente	Relatar voluntariamente	Dar <i>feedback</i> voluntariamente
Orientação para aplicação e itens 4, 5 e 7.	<i>Rationale</i>	Embasamento	Justificativa	Razão/explicação
Escala <i>Likert</i>	<i>Always</i> <i>Very often</i> <i>Fairly often</i> <i>Sometimes</i> <i>Seldom</i>	Sempre Muito Frequentemente Frequentemente Às vezes Raramente	Sempre Muito Frequentemente Frequentemente Algumas vezes Raramente	Sempre Frequentemente Razoavelmente frequente Ocasionalmente Raramente
<b>Comitê de peritos: Fase 1</b>				
<i>Item</i>	<i>Escala original</i>	<i>Backtranslation</i>		<i>Versão pré-final</i>
Item 9	<i>Mutual liking</i>	Empathy		Gostar mútuo
Item 2	<i>There is agreement on what is important for the client to work on</i>	There is agreement on what it is important to be working with the client		Há um acordo sobre o que é importante ser trabalhado pelo cliente
<b>Comitê de peritos: Fase 2</b>				
<i>Item</i>	<i>Escala original</i>	<i>Versão pré-final</i>		<i>Versão final</i>
Orientações e itens 1 e 3	<i>Subtract ratings/Points should be deducted</i>	Subtrair/Descontar pontos		Computar pontos
<b>Treinamento</b>				
<i>Item</i>	<i>Escala original</i>	<i>Versão pré-final</i>		<i>Versão final</i>
Item 5	<i>Disregard the parenthetical remark (which seems to place restrictions on possible strategies)</i>	Desconsidere a observação acima, entre parênteses (que parece restringir as estratégias possíveis)		Não se restrinja somente a observação acima, entre parênteses (que parece limitar as estratégias possíveis)

### **Características da amostra**

No que diz respeito às características da amostra, 83,3% (N = 10) dos clientes realizaram a intervenção por meio da internet. O restante (N = 2) realizou a terapia na modalidade presencial. A maior parte dos clientes (91,7%, N = 11) era do sexo masculino e 50% (N = 6) tinha escolaridade alta, isto é, ensino superior completo. Cerca de 58,3% dos participantes relataram usar computador quase todos os dias, sendo que 50% mencionaram não ter dificuldades para usá-lo. Foram contabilizadas 48 avaliações, incluindo as sessões 3 (2,9%), 4 (37,7%), 5 (11,6%), 8 (60,9%), 11 (23,2%) e 12 (20,3%).

### **Evidências de validade baseadas na estrutura interna**

A análise de consistência interna dos 12 itens do WAI-SR-O em versão adaptada indicou um adequado alfa de *Cronbach* ( $\alpha = 0,86$ ).

### **Confiabilidade inter e intra avaliadores**

O CCI intravaliadores do WAI-SR-O foi de 0,96, indicando que os observadores clínicos mantiveram um mesmo padrão de avaliação em diferentes sessões. Entretanto, o CCI interavaliadores foi moderado (CCI = 0,40), apontando para uma possível incongruência entre as avaliações de diferentes observadores clínicos. Tais resultados se mantiveram quanto às subescalas de Objetivos, Tarefas e Vínculo. Nesse caso, foi possível verificar que a subescala de Vínculo apresentou o melhor CCI inter e intravaliadores e a subescala de Tarefas teve os CCI mais baixos, como pode ser observado na Tabela 2.

### **Diferenças entre as médias inter e intravaliadores**

A média interavaliadores, no tocante ao escore geral do WAI-SR-O, teve uma significativa variabilidade, com valor mínimo de 12,30 (DP = 1,67) e máximo de 22,18 (DP = 1,46). Essas diferenças se mantiveram com relação às subescalas (Objetivos: M =

3,82 DP = 1,40 [mín.], M = 7,70 DP = 0,84 [máx.]; Tarefas: M = 4,0 DP = 0,71 [mín.], M = 8,38 DP = 0,53[máx.]; Vínculo: M = 4,19 DP = 0,41 [mín.], M = 6,16 DP = 0,40 [máx.]). É interessante observar que as médias intravaliadores tiveram pouca variabilidade, em concordância com o que foi achado quanto ao CCI. Os dados estão apresentados na Figura 2, com os avaliadores ordenados por tempo de experiência clínica. Destaca-se que os avaliadores três e sete apresentaram médias mais altas do que os demais.

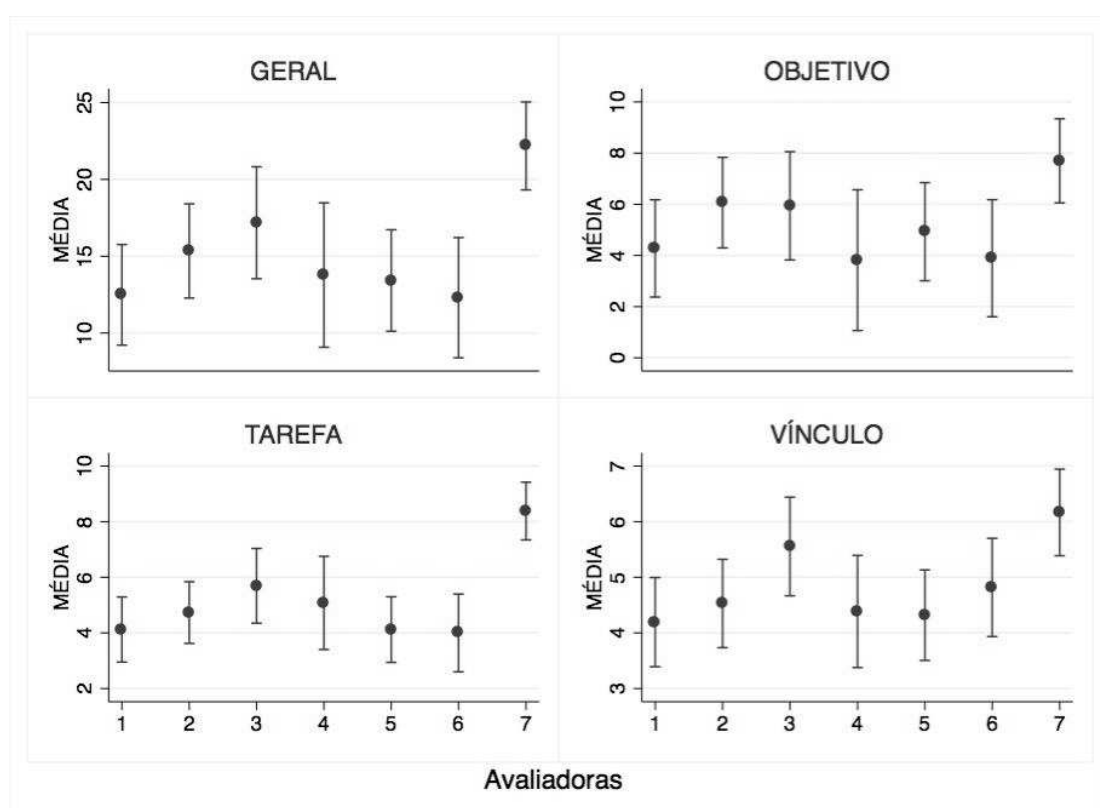


Figura 2. Gráfico das médias inter e intravaliadores dos escores gerais e subescalas do WAI-SR-O

### Evidências de validade baseadas nas relações com variáveis externas

Objetivando avaliar as evidências de validade convergente, o WAI-SR-O foi correlacionado com o WAI-C e o WAI-T (Tabela 3). Os achados demonstraram correlações moderadas, negativas e significativas entre WAI-SR-O na subescala de Objetivos e WAI-T Geral ( $r = -0,48$ ), Objetivos, ( $r = -0,46$ ) e Tarefas ( $r = -0,52$ ), ( $p <$

0,05) e, correlações moderadas e significativas entre a subsescala Vínculo do WAI-SR-O e o WAI-T Geral ( $r = 0,37$ ), Objetivos, ( $r = -0,34$ ) e Tarefas ( $r = -0,37$ ) ( $p < 0,05$ ). O WAI-SR-O Geral também correlacionou-se fortemente com as suas três subsescalas. Porém, o mesmo não ocorreu com o WAI-C. Neste último caso, observou-se uma baixa variabilidade nos resultados geral e subsescalas das avaliações dos clientes, impossibilitando estabelecer uma correlação entre as medidas. As médias foram altas tanto no escore geral quanto nas subsescalas. As correlações foram negativas, como esperado, devido aos construtos serem medidos de maneira inversa.

Foi calculado o CCI para o WAI-T, buscando avaliar sua reprodutibilidade, dado que não foram encontrados estudos no Brasil abordando esta análise, e devido ao fato de que todos os terapeutas também foram observadores. A subsescala de Objetivos apresentou os valores mais baixos no que concerne aos resultados interavaliadores (CCI = 0,30, DP = 38,41) e intravaliadores (CCI = 0,60, DP = 0,15). Com relação ao escore geral e da subsescala de Vínculo, foram observados valores moderados a altos, com melhores resultados intravaliadores, variando de 0,81 a 0,91, conforme também foi verificado no WAI-SR-O. Chama atenção a subsescala de Tarefas do WAI-T ter obtido valores superiores a subsescala de Objetivos, ao contrário do que foi observado nos resultados do WAI-SR-O. Estes dados estão descritos na Tabela 2.

**Tabela 2**  
CCI inter e intravaliadores do escore geral e das subescalas do WAI-SR-O na versão adaptada e do WAI-T

<b>WAI-SR-O</b>	<b>CCI</b>	<b>Erro Padrão</b>	<b>Intervalos de Confiança (95%)</b>
<b>Escore geral</b>			
Interavaliadores	0,40	0,17	0,14 - 0,73
Intravaliadores	0,96	0,19	0,90 - 0,98
<b>Escore objetivos</b>			
Interavaliadores	0,35	0,18	0,10 - 0,71
Intravaliadores	0,98	0,01	0,95 - 0,99
<b>Escore tarefas</b>			
Interavaliadores	0,22	0,18	0,03 - 0,70
Intravaliadores	0,76	0,12	0,46 - 0,92
<b>Escore vínculo</b>			
Interavaliadores	0,75	0,14	0,41 - 0,93
Intravaliadores	0,84	0,93	0,58 - 0,96
<b>WAI-T</b>			
<b>Escore geral</b>			
Interavaliadores	0,41	32,09	4.3e-114 - 1
Intravaliadores	0,81	0,081	0,60 - 0,93
<b>Escore objetivos</b>			
Interavaliadores	0,30	38,41	1.6e-157 - 1
Intravaliadores	0,60	0,15	0,30 - 0,83
<b>Escore tarefas</b>			
Interavaliadores	0,81	0,80	0,61 - 0,92
Intravaliadores	0,81	0,80	0,61 - 0,92
<b>Escore vínculo</b>			
Interavaliadores	0,91	0,44	0,78 - 0,96
Intravaliadores	0,91	0,44	0,78 - 0,96



**Tabela 3**  
Correlações de Spearman entre os escores do WAI-SR-O, WAI-T e WAI-C e média dos instrumentos e subescalas

Escala WAI	Correlações de Spearman						M=DP			
	WAI-SR-O Geral	WAI-SR-O Objetivos	WAI-SR-O Tarefas	WAI-SR-O Vínculo	WAI-C Geral	WAI-C Objetivos	WAI-C Tarefas	WAI-C Vínculo	WAI-T Tarefas	WAI-T Vínculo
WAI-SR-O Geral	1,00									
WAI-SR-O Objetivos	<b>0,83*</b>	1,00								15,10 ± 4,93
WAI-SR-O Tarefas	<b>0,80*</b>	<b>0,45*</b>	1,00							5,25 ± 2,44
WAI-SR-O Vínculo	<b>0,81*</b>	<b>0,66*</b>	<b>0,59*</b>	1,00						5,13 ± 1,99
WAI-C Geral	-0,01	-0,05	-0,16	0,08	1,00					4,73 ± 1,16
WAI-C Objetivos	-0,01	0,09	-0,16	0,08	<b>0,43*</b>	1,00				81,81 ± 3,24
WAI-C Tarefas	-0,02	0,01	-0,12	-0,01	<b>0,43*</b>	<b>0,70*</b>	1,00			27,89 ± 0,40
WAI-C Vínculo	0,03	0,01	-0,01	0,06	<b>0,84*</b>	0,09	0,07	1,00		26,48 ± 2,76
WAI-T Geral	-0,30	<b>-0,48*</b>	0,01	<b>-0,37*</b>	-0,07	<b>-0,37*</b>	0,17	1,00		74,61 ± 7,01
WAI-T Objetivos	-0,29	<b>-0,46*</b>	0,01	<b>-0,34*</b>	-0,12	<b>-0,43*</b>	0,14	<b>0,99*</b>	1,00	24,35 ± 3,06
WAI-T Tarefas	-0,2977	<b>-0,52*</b>	0,02	<b>-0,37*</b>	-0,02	-0,24	0,21	<b>0,97*</b>	1,00	23,57 ± 3,21
WAI-T Vínculo	-0,14	-0,25	-0,12	-0,16	0,28	<b>-0,32*</b>	<b>0,53*</b>	<b>0,76*</b>	<b>0,70*</b>	26,70 ± 1,09

## **Discussão**

O processo de adaptação transcultural é fundamental para manter a equivalência entre o instrumento adaptado e o original e, por consequência, preservar a validade de conteúdo levando em conta as diferenças culturais. Conforme Beaton et al. (2000) definem: “O termo ‘adaptação transcultural’ é usado para englobar um processo que analisa as questões de linguagem (tradução) e de adaptação cultural no processo de preparação de um questionário para uso em outro contexto” (Beaton et al., 2000, p. 2). Todavia, não há um consenso na literatura a respeito da metodologia mais adequada para a realização da adaptação transcultural (Borsa, Damásio & Bandeira, 2012; Reichenheim & Moraes, 2007). Em uma revisão, ainda não publicada, realizada pelo autor do presente trabalho e colegas foi encontrado que, de modo geral, os estudos apresentaram um padrão de procedimentos para a adaptação transcultural, formado por tradução, retrotradução, comparação com o instrumento original e comitê de juízes.

Ciente de tais questões, este estudo buscou fundamentar sua metodologia nas orientações apresentadas por Beaton et al. (2000), de modo a considerar as especificidades do WAI-SR-O. Além disso, houve o cuidado em desenvolver um estudo piloto, a fim de efetuar ajustes e analisar as evidências iniciais das propriedades psicométricas do instrumento adaptado. Segundo Gudmundsson (2009), o estudo piloto é constituído por uma aplicação prévia do instrumento em uma pequena amostra que reflita as características da população-alvo. Esse autor propõe que o instrumento adaptado deve ser submetido a dois estudos piloto: o primeiro abrange a coleta de dados quanto à dificuldade, redação, significado, pontuação e administração dos itens, que neste estudo corresponderia ao treinamento realizado com os observadores; o segundo objetiva testar as modificações feitas no primeiro estudo, que aqui condiz com a análise das propriedades psicométricas do WAI-SR-O adaptado. Sendo assim, é possível

afirmar que a adaptação do WAI-SR-O para o contexto brasileiro apresenta um rigor metodológico que contribui para reunir as evidências de validade do instrumento.

A Organização Mundial da Saúde define o *e-health* como o uso eficaz e seguro das tecnologias de informação e comunicação em apoio a campos de saúde e relacionados, incluindo a psicoterapia via internet (WHO, 2005). Essa modalidade de tratamento tem sido indicada como uma alternativa para as pessoas que não têm acesso aos serviços de saúde, como populações rurais (Morland et al., 2014). Assim, tem-se buscado compreender os mecanismos em torno da psicoterapia via internet, incluindo a AT (Singulane & Sartes, 2017). Embora não tenha sido o objetivo primário do presente estudo, é interessante notar que os resultados apontaram para a possibilidade de se estabelecer AT pela terapia via internet, corroborando com a literatura da área (Anderson et al., 2012; King et al., 2014; Singulane & Sartes, 2017).

Ademais, um ponto de suma importância neste estudo se deve à avaliação de um instrumento de AT para a terapia via internet. Pouco tem sido discutido sobre a adequabilidade dos instrumentos para avaliar a AT em tratamentos realizados via internet. Nota-se que revisões sistemáticas que buscaram analisar os instrumentos de AT não encontraram estudos voltados para a investigação das suas propriedades psicométricas no que diz respeito à psicoterapia via internet (Ardito & Rabellino; Elvins & Green, 2008; Martins, 2012; Ribeiro et al., no prelo). Do ponto de vista da Psicomетria, é de extrema relevância apurar como um instrumento de comporta em diferentes contextos de aplicação (*American Educational Research Association, American Psychological Association [APA] & National Council on Measurement in Education*, 2014). Nessa direção, a avaliação piloto das propriedades psicométricas do WAI-SR-O aplicado em tratamento via internet pode ser promissora.

O alfa de *Cronbach* do WAI-SR-O adaptado ( $\alpha = 0,86$ ) é comparável ao valor encontrado no estudo original ( $\alpha = 0,88$ ). Não foi possível realizar a análise do CCI no estudo original para análise interavaliadores, o que levou os autores a optarem pelo *r* de Finn ( $r = 0,91$ ) (Kazantzis et al, *in press*). O estudo de Osborne (2010), que objetivou treinar os avaliadores para a aplicação do WAI-SR-O, desenvolveu três recalibrações com oito avaliadores, com diferentes níveis de experiência clínica. Os valores encontrados nas referidas análises foram de moderados a altos na avaliação das primeiras 10 sessões, tiveram um decréscimo na segunda recalibração com mais 10 sessões e obtiveram valores moderados a altos na terceira recalibração, totalizando 30 sessões avaliadas. A solução final do CCI apontou valores altos para a escala geral e subescalas, exceto para a subescala de Tarefas (CCI: Total = 0,68; Objetivos: 0,74; Tarefas: 0,54; Vínculo: 0,64). Em nenhum desses estudos foi abordada a análise intravaliadores.

Igualmente ao que foi encontrado no estudo de Osborne (2010), a subescala de Tarefas teve o menor CCI nas análises inter e intravaliadores na avaliação do WAI-SR-O neste estudo. Chama a atenção o fato de Hatcher e Gillaspay (2006) terem encontrado que a subescala de Tarefas do WAI-SR diferenciou melhor a dimensão tarefas referente ao conceito de AT. Vale mencionar que um CCI baixo não indica necessariamente um déficit na concordância interavaliadores. Hall, Groome, Streiner e Rochon (2006) afirmam que a falta de acordo pode refletir o uso de um critério rigoroso de acordo absoluto, superior ao esperado pelo avaliador. No presente estudo, por exemplo, foi possível observar dois *outliers* nos resultados que podem ter culminado nos valores baixos e moderados do CCI. Os demais avaliadores apresentaram pouca variabilidade entre suas avaliações. Cabe destacar que um dos *outliers* tinha maior experiência clínica e que o outro tinha maior conhecimento sobre o tema AT, mas pouca experiência

clínica, o que indica que essas características podem afetar a avaliação da AT, e devem ser levadas em consideração no treinamento.

Salienta-se que vários fatores podem estar envolvidos nos resultados do CCI do WAI-SR-O encontrados no presente estudo: a) é necessário um melhor treinamento com os avaliadores; b) assim como foi realizado nos estudos de Kazantzis et al. (*in press*) e Osborne (2010), deve-se propor novas calibrações até que seja encontrado um nível adequado de concordância entre os avaliadores; c) a qualidade das gravações das sessões avaliadas, que pode ter afetado a compreensão de algumas partes do vídeo; d) as diferenças quanto à experiência clínica dos avaliadores, que neste estudo variou de graduandos a pós-graduandos e supervisor, que parece ter afetado o nível de exigência quanto a uma boa AT; e) o fato de estudos apontarem problemas quanto a diferenciação dos fatores do WAI (Burkard, Pruitt, Medler & Stark-Booth, 2009; Corbella & Botella, 2004; Corbella, Botella, Gómez, Herrero, & Pacheco, 2011; Falkenström, Hatcher & Holmqvist, 2014; Falkenström, Hatcher, Skjulsvik, Larsson & Holmqvist, 2015; Fuertes, Toporovsky & Reyes, 2017; Hatcher & Barends, 1996; Mallinckrodt & Tekie, 2015; Miragall, Baños, Cebolla & Botella, 2015; Munder, Wilmers, Leonhart, Linster & Barth, 2009; Smits, Luyckx, Smits, Stinckens & Claes, 2015; Soygüt & Uluç, 2009), o que poderia dificultar o observador a identificar os diversos elementos correspondentes às dimensões de objetivos, tarefas e vínculo. Entretanto, é interessante o fato de que o CCI intravaliadores alcançou níveis elevados, demonstrando que os observadores clínicos mantiveram o mesmo padrão de avaliação em diferentes sessões, com diferentes perfis de clientes.

As subescalas do WAI-SR-O sobre objetivos e vínculo apresentaram correlações significativas, porém moderadas, com o WAI-T, indicando evidências de validade convergente. A boa correlação entre as subescalas também indicam consistência do

instrumento. No entanto, subescala tarefas foi a que obteve pior desempenho, não obtendo correlação com nenhuma das variáveis externas utilizadas. A correlação entre medidas de AT avaliadas por observadores, terapeutas e clientes, não tem sido consensual, em concordância com o que encontrado por uma revisão, ainda não publicada, realizada por este autor e colegas. Nos estudos de Cecero et al. (2001) e Vöhringer et al. (2013) foram encontradas correlações significativas entre o WAI-Observador (WAI-O) e o WAI-T. Vöhringer et al. (2013) também encontrou correlações significativas entre WAI-O e o WAI-C, fato que não foi constatado no estudo de Cecero et al. (2001). Vale destacar que estes últimos autores não encontraram correlações entre o WAI-C e qualquer outra medida de AT avaliada por um observador.

No presente estudo, entende-se que a pouca variabilidade entre as avaliações dos clientes pode estar associada à desejabilidade social, fazendo com que os clientes sempre avaliassem a relação como positiva ou muito positiva, embora tenham sido tomadas medidas metodológicas para evitar esse viés. Além disso, estudos têm discutido o fato de que, diferente do terapeuta, o cliente não conhece o construto AT, o que pode apontar para uma limitação dessas avaliações (Ardito & Rabellino, 2011). Vale ressaltar que uma limitação deste estudo é o fato de que os critérios externos não são validados no Brasil, o que limita as conclusões quanto à validade convergente. Com o intuito de minimizar este fator, foi realizada análise de CCI do WAI-T, que encontrou dados semelhantes ao WAI-SR-O quanto aos resultados intravaliadores no escore geral, tarefas e vínculo e interavaliadores nas subescalas geral e de objetivos .

Embora o reduzido número de sujeitos seja uma limitação do presente estudo, a variabilidade dos mesmos quanto às suas características sociodemográficas e até mesmo culturais, haja vista que foram atendidos sujeitos de diferentes regiões do país, contribui para as evidências de validade do WAI-SR-O. Além disso, a discrepância entre o

número de indivíduos atendidos pela internet e na modalidade presencial no tocante à formação da AT pode não ser uma questão relevante, a julgar pelo fato de que os estudos não têm encontrado diferenças na AT entre essas modalidades de tratamento (Carey, Wade & Wolfe, 2008; Freeman, Duke & Harris, 2013; Germain, Marchand, Bouchard, Guay & Drouin, 2010; Morland et al., 2014; Stubbings, Rees, Roberts & Kane, 2013). Para estudos futuros, sugere-se que seja dada maior atenção ao treinamento dos observadores, de modo a realizar recalibrações do WAI-SR-O a fim de encontrar maiores suportes para as questões aqui levantadas. O aprofundamento da discussão das análises psicométricas do WAI-SR-O com um número maior de participantes é crucial para consolidar suas evidências de validade.

### **Considerações finais**

O processo de adaptação transcultural possibilita avaliar se o instrumento que está sendo traduzido é equivalente ao instrumento original. Ele também permite que as características culturais do país onde ele será utilizado sejam consideradas. Entretanto, ponderar sobre esses dois aspectos é um processo extremamente complexo. Ainda que as orientações dos autores de referência na área sejam rigorosamente seguidas, podem ser encontrados obstáculos, principalmente linguísticos, como foi possível notar durante a realização do presente estudo. Logo, é fundamental que a adaptação seja amplamente discutida com todos os envolvidos: tradutores, retrotradutores e autor do instrumento original. Apesar da contribuição significativa desse processo para a robustez do instrumento, sendo ele um passo crucial para reunir suas evidências de validade, é de extrema importância que ele seja submetido à testagem de suas propriedades psicométricas (Beaton et al. 2000), tal como foi proposto neste estudo.

A análise da confiabilidade interavaliadores demonstra a extensão do consenso sobre o uso de um instrumento por aqueles que o administram, haja vista que os

juízos feitos pelos humanos estão sujeitos a erros de medição e isso pode afetar de forma significativa as interpretações dos achados (Shrout & Fleiss, 1979). Osborne (2010) afirma que as diretrizes de treinamento e o modo como o instrumento é implementado podem afetar sua utilidade. Por conseguinte, é fundamental reestruturar o treinamento para aplicação do WAI-SR-O, de forma que ele passe por novas calibrações a fim de investigar melhor a consistência interavaliadores.

O estudo de instrumentos de AT no Brasil ainda é incipiente. Apesar das inúmeras vantagens já referidas, não há instrumentos avaliados pelo observador disponíveis em português. Isto posto, destaca-se que os resultados do presente estudo apontam que o WAI-SR-O em versão brasileira pode ser uma importante medida não só para pesquisas sobre a AT, como também para programas de treinamento voltados para a clínica. As análises, ainda que iniciais, indicam um bom alfa de *Cronbach* e, de forma geral, adequados CCI intra e interavaliadores e validade convergente com o WAI-T. Além disso, o rigor metodológico para a adaptação transcultural contribui significativamente para as evidências de validade do instrumento.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dependência do álcool está associada a diversas questões biopsicossociais, fazendo deste um dos grandes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Sabe-se é fundamental buscar compreender o processo psicoterapêutico dos tratamentos voltados para esta população, de modo a promover a adequabilidade das intervenções tendo em vista a complexidade deste transtorno. Neste sentido, a aliança terapêutica tem se mostrado um ingrediente fundamental do tratamento.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma modalidade de tratamento objetiva, estruturada e direcionada a metas, o que pode explicar a maior parte dos estudos da revisão apresentada no Texto 1 deste trabalho terem a incluído em suas análises e que também foi um fator relevante para ela ter sido adotada no estudo apresentado no Texto 2. Além disso, conforme foi possível verificar na literatura, o modelo transteórico de aliança terapêutica se alinha com os princípios da TCC, o que reforça as evidências de validade dos achados aqui apresentados.

Um dos importantes resultados do Texto 1 diz respeito aos problemas nas análises fatoriais dos instrumentos de aliança, o que pode ter sido um aspecto que refletiu nas incongruências encontradas entre os índices intervalidadores analisados no Texto 2. Há claros problemas na diferenciação das dimensões de aliança terapêutica, que repercurtem de forma significativa não só na validade do instrumento em si, como também nos resultados que são a ele associados. Os diversos resultados apontados pela avaliação da AT sob diferentes perspectivas apontam para uma possível dificuldade na compreensão do construto. Assim, sugere-se que estudos futuros deem atenção às questões teóricas do conceito de AT, haja vista que uma boa medida psicológica depende da robustez do seu construto.

De modo geral, os instrumentos de aliança terapêutica demonstraram boas propriedades psicométricas e têm produzido importantes resultados neste campo. Destaca-se que a aliança é um mecanismo relacionado a outros elementos da interação terapêutica e do próprio processo psicoterapêutico. Portanto, a obtenção de dados confiáveis e válidos a partir da perspectiva observacional sobre a aliança terapêutica pode se constituir um meio importante para que os pesquisadores compreendam as contribuições independentes das qualidades dos clientes, competência do terapeuta e outros elementos dos elementos da relação terapêutica na predição do desfecho.

A adaptação transcultural de uma medida de aliança avaliada pelo observador clínico no Brasil é um importante passo para o aprofundamento dos estudos do processo psicoterapêutico no país. A sua aplicação em uma psicoterapia realizada por internet demonstra seu aspecto inovador, tendo em vista que não foi encontrado nenhum estudo que realizou tal trabalho na revisão aqui abordada. Considerando as evidências iniciais de validade do WAI-SR-O em versão brasileira, conclui-se que esta pode ser uma medida promissora não só para pesquisas sobre a AT, como também para programas de treinamento voltados para o contexto clínico.

**REFERÊNCIAS**

- Accurso, E.C., Hawley, K.M., & Garland, A.F. (2013). Psychometric properties of the Therapeutic Alliance Scale for Caregivers and Parents. *Psychological Assessment*, 25(1), 244-252. doi: 10.1037/a0030551
- Alfonsson, S., Olson, E., & Hursti, T. (2016). Motivation and treatment credibility predicts dropout, treatment adherence, and clinical outcomes in an internet-based cognitive behavioral relaxation program: a randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research: JMIR*, 18(3), e52. doi: 10.2196/jmir.5352
- American Educational Research Association, American Psychological Association [APA] & National Council on Measurement in Education (2014). Standards for Educational and Psychological Testing. Washington: American Educational Research Association.
- American Psychiatric Association [APA] (1994). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV (4a ed). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association [APA] (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 (5a ed). Porto Alegre: Artmed.
- Anderson, R. E., Spence, S. H., Donovan, C. L., March, S., Prosser, S., & Kenardy, J. (2012). Working alliance in online cognitive behavior therapy for anxiety disorders in youth: comparison with clinic delivery and its role in predicting outcome. *Journal of medical Internet research*, 14(3), e88. doi: 10.2196/jmir.1848
- Andrade-González, N., & Fernández-Liria, A. (2015a). Spanish adaptation of the nal Revised Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II). *Journal of Mental Health*, 24(3), 155-161. doi: 10.3109/09638237.2015.1036975
- Andrade-González, N., & Fernández-Liria, A. (2015b). Spanish adaptation of the Working Alliance Inventory (WAI). Psychometric properties of the patient and therapist forms (WAI-P and WAI-T). *Anales de Psicología*, 31(2), 524-533. doi: 10.6018/analesps.31.2.177961
- Araújo, A.C. (2014). Análise das propriedades psicométricas do Inventário de Aliança Terapêutica no tratamento fisioterápico de pacientes com dor lombar. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual Paulista, São Paulo, Brasil.
- Araújo, M.L., & Lopes, R.F.F. (2015). Desenvolvimento de um Inventário Cognitivo-Comportamental para Avaliação da Aliança Terapêutica. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 11(2), 85-95. doi: 10.5935/1808-5687.20150013
- Ardito, R.B., & Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in Psychology - Psychology for Clinical Settings*, 2, 1-11. doi: 10.3389/fpsyg.2011.00270
- Ball, S.A. (2007). Comparing individual therapies for personality disordered opioid dependent patients. *Journal of Personality Disorders*, 21(3), 305-321. doi: 10.1521/pedi.2007.21.3.305

- Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Beaton, D.E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M.B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191. doi: 10.1097/00007632-200012150-00014
- Beck, J. (1997). *Terapia Cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Bickman, L., et al. (2012). The relationship between change in therapeutic alliance ratings and improvement in youth symptom severity: Whose ratings matter the most? *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. doi: 10.1007/s10488-011-0398-0
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. doi: 10.1037/h0085885
- Bordin, E.S. (1994). Theory and Research on the Therapeutic Working Alliance: New Directions. In A.O. Horvath, & L. Greenberg (Orgs.) *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice* (pp. 131-152). Nova York: John Wiley e Sons.
- Borsa, J.C., Damásio, B.F., & Bandeira, D.R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia*, 22(53), 423-432. doi: 10.1590/1982-43272253201314
- Bricker, J.B. (2015). Climbing above the forest and the trees: three future directions in addiction treatment research. *Addiction*, 110(3), 414-415. doi: 10.1111/add.12804
- Burkard, A.W., Pruitt, N.T., Medler, B.R., & Stark-Booth, A.M. (2009). Validity and reliability of the Lesbian, Gay, Bisexual Working Alliance Self-Efficacy Scales. *Training and Education in Professional Psychology*, 3(1), 37-46. doi: 10.1037/1931-3918.3.1.37
- Cançado, M.F.L., & Sartes, L.M.A. (2017). Psicoterapia por internet para dependentes de álcool cadastrados em um site especializado: estudo de viabilidade, aceitabilidade e resultados clínicos iniciais. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.
- Carey, J. C., Wade, S. L., & Wolfe, C. R. (2008). Lessons learned: the effect of prior technology use on Web-based interventions. *Cyberpsychology & Behavior*, 11(2), 188-195.
- Carlini, E. A., Galduróz, J. C., Noto, A. R., Carlini, C. M., Oliveira, L. G., Nappo, S. A., & Sanchez, Z. V. D. M. (2006). II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo.
- Caskey, N.H., Barker, C., & Elliot, R. (1984). Dual perspectives: Clients' and therapists' perceptions of therapist responses. *British Journal of Clinical Psychology*, 23, 281-290. doi: 10.1111/j.2044-8260.1984.tb01302.x

- Castonguay, L.G., Constantino, M.J., McAleavey, A.A., & Goldfried, M.R. (2010). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral therapy. In J.C. Muran & J.P. Barber (Eds), *The therapeutic alliance: an evidence-based guide to practice* (pp. 150-171). New York/London: The Guilford Press.
- Cecero, J.J., Fenton, L.R., Frankforter, T.L., Nich, C., & Carroll, K.M. (2001). Focus on therapeutic alliance: the psychometric properties of six measures across three treatments. *Psychotherapy*, 38(1), 1-11. doi: 10.1037/0033-3204.38.1.1
- Colli, A., & Lingiardi, V. (2009). The Collaborative Interactions Scale: A new transcript-based method for the assessment of therapeutic alliance ruptures and resolutions in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 19(6), 718-734. doi: 10.1080/10503300903121098
- Connors, G.J., Carroll, K.M., DiClemente, C.C., Longabaugh, R., & Donovan, D.M. (1997). The therapeutic alliance and its relationship to alcoholism treatment participation and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 588-598. doi: 10.1037/0022-006X.65.4.588
- Conselho Federal de Psicologia (2012). Resolução CFP N° 011/2012 – Regulamenta o atendimento psicoterapêutico e outros serviços psicológicos mediados por computador e revoga a Resolução CFP N° 012/2005. Recuperado de: [http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Resoluxo\\_CFP\\_nx\\_011-12.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Resoluxo_CFP_nx_011-12.pdf)
- Corbella, S., & Botella, L. (2004). Psychometric properties of the Spanish version of the Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI). *Psicothema*, 16(4), 702-705.
- Corbella, S., Botella, L., Gómez, A.M., Herrero, O., & Pacheco, M. (2011). Características psicométricas de la versión española del *Working Alliance Inventory-Short (WAI-S)*. *Anales de Psicología*, 27(2), 298-301.
- Dattilio, F.M., & Hanna, M.A. (2012). Collaboration in cognitive-behavioral therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 68(2), 146-158. doi: 10.1002/jclp.21831
- Delsignore, A., Rufera, M., Moergelia, H., Emmericha, J., Schlesingerb, J., Milosa, G., Schulte-Velsa, T., & Weidta, S. (2014). California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS): Psychometric properties of the German version for group and individual therapy patients. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 736-742. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.11.020
- Dillon, F.R. (2013). Measurement equivalence of the Revised Helping Alliance Questionnaire across African American and non-Latino White substance using adult outpatients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 45, 173-178. doi: 10.1016/j.jsat.2013.02.002
- Doran, J.M., Safran, J.D. & Muran, J.C. (2015). The Alliance Negotiation Scale: A psychometric investigation. *Psychological Assessment*, 28(8), 885-897. doi: 10.1037/pas0000222
- Doran, J.M., Safran, J.D., & Muran, J.C. (2016). An investigation of the relationship between the Alliance Negotiation Scale and psychotherapy process and outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 73(4), 449-465. doi: 10.1002/jclp.22340

- Doran, J.M., Safran, J.D., Waizmann, V., Bolger, K., & Muran, J.C. (2012). The Alliance Negotiation Scale: Psychometric construction and preliminary reliability and validity analysis. *Psychotherapy Research*, 22(6), 710-719. doi: 10.1080/10503307.2012.709326
- Elvins, R., & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: Na empirical review. *Clinical psychology review*, 28(7), 1167-1187. doi: 10.1016/j.cpr.2008.04.002
- Falkenström, F., Hatcher, R.L., & Holmqvist, R. (2014). Confirmatory factor analysis of the patient version of the Working Alliance Inventory–Short Form Revised. *Assessment*, 22(5), 581-593. doi: 10.1177/1073191114552472
- Falkenström, F., Hatcher, R.L., Skjulsvik, T., Larsson, M.H., & Holmqvist, R. (2015). Development and validation of a 6-item Working Alliance Questionnaire for repeated administrations during psychotherapy. *Psychological Assessment*, (27), 1, 169-183. doi: 10.1037/pas0000038
- Fenton, L.R., Cecero, J.J., Nich, C., Frankforter, T.L., & Carroll, K.M. (2001). Perspective is everything: The predictive validity of six working alliance instruments. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(4), 262-268.
- Finney, J. W., Noyes, C. A., Coutts, A. I., & Moos, R. H. (1998). Evaluating substance abuse treatment process models: I. Changes on proximal outcome variables during 12-step and cognitive-behavioral treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 59(4), 371-380. doi: 10.15288/jsa.1998.59.371
- Fjermestad, K.W., McLeod, B.D., Heiervang, E.R., Havik, O.E., Öst, L., Haugland, B.S.M. (2012). Factor structure and validity of the Therapy Process Observational Coding System for Child Psychotherapy–Alliance Scale. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(2), 246–254. doi: 10.1080/15374416.2012.651999
- Fortin, I., & Cosentino, L. A. M. (2007). Serviço de orientação via e-mail: novas considerações. *Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília*, 27(1), 164-175.
- Freeman, K. A., Duke, D. C., & Harris, M. A. (2013). Behavioral health care for adolescents with poorly controlled diabetes via Skype: does working alliance remain intact?. *Journal of diabetes science and technology*, 7(3), 727-735.
- Freud, S. (1910). *The future prospects of psychoanalytic therapy. Standard Edition*, 11, 139-151. London: Hogarth Press, 1957.
- Fuertes, J.N., Toporovsky, A., & Reyes, M. (2017). The Working Alliance in Psychiatric Care: Agreement communication and trust in action. *Psychiatric Quarterly*. doi: 10.1007/s11126-017-9492-0
- Galsworthy-Francis, L., & Allan, S. (2014). Cognitive behavioural therapy for anorexia nervosa: a systematic review. *Clinical Psychology Review*, 34(1), 54-72. doi: 10.1016/j.cpr.2013.11.001
- Garfield, S. L. (1995, 2a ed.) The Therapy Client-Patient. In S.L. Garfield (Eds.), *Psychotherapy: An eclectic and integrative approach*. (pp. 39-65). New York: Wiley & Sons.

- Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Guay, S., & Drouin, M. S. (2010). Assessment of the therapeutic alliance in face-to-face or videoconference treatment for posttraumatic stress disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(1), 29-35. doi: 10.1089/cpb.2009.0139
- Gibbons, C.J., Nich, C., Steinberg, K., Roffman, R.A., Corvino, J., Babor, T.F., & Carroll, K.M. (2010). Treatment process, alliance and outcome in brief versus extend treatments for marijuana dependence. *Addiction*, 105(10), 1799-1808. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03047.x
- Gilbert, P., & Leahy, R.L. (2007). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. London/New York: Routledge.
- Green, J. (2006). Annotation: the therapeutic alliance — a significant but neglected variable in child mental health treatment studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(5), 425-435. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01516.x
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *The Psychoanalytic Quarterly*, 34, 15-181. doi: 10.1002/j.2167-4086.2008.tb00334.x
- Gregório, G., Tomlinson, M., Gerolin, J., Kieling, C., Moreira, H. C., Razzouk, D., & Mari, J. J. (2012). Setting priorities for mental health research in Brazil. *Official Journal of the Brazilian Psychiatric Association*, 34(4). doi: 10.1016/j.rbp.2012.05.006
- Gudmundsson, E. (2009). Guidelines for translating and adapting psychological instruments. *Nordic Psychology*, 61(2), 29-45. doi: 10.1027/1901-2276.61.2.29
- Gumier, A.B., & Sartes, L.M.A. (2015). *Terapia por internet para dependentes de álcool: desenvolvimento de um protocolo de pesquisa e intervenção*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.
- Hall, S.F., Groome, P.A., Streiner, D.L., & Rochon, P.A. (2006). Interrater reliability of measurements of comorbid illness should be reported. *Journal of Clinical Epidemiology*, 59, 926-933. doi: 10.1016/j.jclinepi.2006.02.006
- Hanson, W.E., Curry, K.T., & Bandalos, D. (2002). Reliability generalization of Working Alliance Inventory scales scores. *Educational and Psychological Measurement*, 62(4), 659-673. doi: 10.1177/0013164402062004008
- Hatcher, R. L. & Gillaspay, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the working alliance inventory. *Psychotherapy Research*, 16(1), 12-25. doi: 10.1080/10503300500352500
- Hatcher, R.L., & Barends, A. (1996). Patients' view of the alliance in psychotherapy: Exploratory factor analysis of three alliance measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1326-1336. doi: 10.1037/0022-006X.64.6.1326
- Hatcher, R.L., Barends, A., Hansell, J., & Gutfreund, M.J. (1995). Patients' and therapists' shared and unique views of the therapeutic alliance: An investigation using confirmatory factor analysis in a nested design. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(4), 636-643. doi: 10.1037/0022-006X.63.4.636

- Hendriksen, M., Van, R., Peen, J., Oudejans, S., Schoevers, R., & Dekker, J. (2010). Psychometric properties of the Helping Alliance Questionnaire-I in psychodynamic psychotherapy for major depression. *Psychotherapy Research*, 20(5), 589-598. doi: 10.1080/10503307.2010.493539
- Horvath, A. O. (1994). Empirical validation of Bordin's pantheoretical model of the alliance: The working alliance inventory perspective. In A.O. Horvath, & L.S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, Research, and Practice*. (pp. 85 – 108). Nova York: John Wiley & Sons.
- Horvath, A.O., & Bedi, R.P. (2002). The alliance. In J.C. Norcross (Ed), *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients* (pp. 37–69). New York: Oxford Univ. Press.
- Horvath, A.O., Flückiger, C. Del Re, A.C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. doi: 10.1037/a0022186
- Horvath, A.O., & Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233. doi: 1989-24600-001
- Hukkelberg, S.S., & Ogden, T. (2016). The short Working Alliance Inventory in parent training: Factor structure and longitudinal invariance. *Psychotherapy Research*, 26(6), 719-726. doi: 10.1080/10503307.2015.1119328
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149. doi: 10.1037/0022-0167.38.2.139
- Hutton, P., & Taylor, P.J. (2014). Cognitive behavioural therapy for psychosis prevention: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 44(3), 449-468. doi: 10.1017/S0033291713000354
- Ilgen, M.A., McKellar, J., Moos, R., & Finney, J.W. (2006). Therapeutic alliance and the relationship between motivation and treatment outcomes in patients with alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31(2), 157-162. doi: 10.1016/j.jsat.2006.04.001
- Kadden, R., Carroll, K., Donovan, D., Cooney, N., Monti, P., Abrams, D., ...& Hester, R. (1995). *Cognitive-Behavioral coping skills therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Project Match Monograph Series (v.3), Editor: Margareth E. Mattson, Rockville.
- Kan, L.Y., Henderson, C.E., Sternberg, K.V., & Wang, W. (2014). Does change in alliance impact alcohol treatments outcomes?. *Substance Abuse*, 35(1), 37-44. doi: 10.1080/08897077.2013.792761
- Kazantzis, N., Beck, J.S., Dattilio, F.M., Dobson, K.S., & Rapee, R.M. (2013). Collaborative empiricism as the central therapeutic relationship element in CBT: an expert panel discussion at the 7th International Congress of Cognitive Psychotherapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6(4), 386–400. doi: 10.1521/ijct.2013.6.4.386



- Kazantzis, N., Cronin, T.J, Farchione, D., & Dobson, K.S. (*in press*). Working alliance in cognitive behavior therapy for depression: does it predict long term outcomes?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Kazdin, A.E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3,1-27. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432
- Kazdin, A.E., & Nock, M.K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(8), 1116-1129. doi: 10.1111/1469-7610.00195
- Kermarrec, S., Kabuth, B., Bursztejn, C., & Guillemin, F. (2006). French adaptation and validation of the Helping Alliance Questionnaires for Child, Parents, and Therapist. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(14), 913-922. doi: 10.1177/070674370605101407
- King, V. L., Brooner, R. K., Peirce, J. M., Kolodner, K., & Kidorf, M. S. (2014). A randomized trial of Web-based videoconferencing for substance abuse counseling. *Journal of substance abuse treatment*, 46(1), 36-42. doi: 10.1016/j.jsat.2013.08.009
- Lamers, A., & Vermeiren, R.R.J.M. (2015). Assessment of the therapeutic alliance of youth and parents with team members in youth residential psychiatry. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20(4), 640-656. doi: 10.1177/1359104514542304
- Laranjeira, R., Madruga, C.S., Pinsky, I., Caetano, R., Mitsuhiro, S.S., & Castello, G. (2012). Segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - Lenad. Unifesp.
- Leahy, R.L. (2008). The Therapeutic Relationship in Cognitive-Behavioral Therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 769-777. doi: 10.1017/S1352465808004852
- Longabaugh, R., & Magill, M. (2012). Recent advances in behavioral addiction treatments: focusing on mechanisms of change. *Current Psychiatry Reports*, 13(5), 382-389. doi: 10.1007/s11920-011-0220-4
- Luborsky, L. (1994). Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: factors explaining the predictive success. In Horvath, A.O., & Greenberg (Eds), L.S., *The Working Alliance - Theory, Research, and Practice* (pp.38-50). Nova York: John Wiley & Sons.
- Machado, D. D. B., & Eizirik, C. L. (2016). Uma breve revisão das revisões e metanálises sobre aliança terapêutica. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 18(1), 1-12.
- Magill, M., & Longabaugh, R. (2013). Efficacy combined with specified ingredients: a new direction for empirically-supported addiction treatment. *Addiction*, 108(5), 874-881. doi:10.1111/add.12013

- Maisto, S.A., Roos, C.R., O'Sickey, A.J., Kirouac, M., Connors, G.J., Tonigan, J.S., & Witkiewitz, K. (2015). The indirect effect of the therapeutic alliance and alcohol abstinence self-efficacy on alcohol use and alcohol-related problems in Project MATCH. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(3), 504-513. doi: 10.1111/acer.12649
- Mallinckrodt, B., Coble, H.M., & Gantt, D.L. (1995). Attachment patterns in the psychotherapy relationship: Development of the Client Attachment to Therapist Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 42(3), 307-317. doi: 10.1037/0022-0167.42.3.307
- Mallinckrodt, B., & Tekie, Y. (2015). Item response theory analysis of Working Alliance Inventory, revised response format, and new Brief Alliance Inventory. *Psychotherapy Research*. doi: 10.1080/10503307.2015.1061718
- Mamodhousen, S., Wright, J., Tremblay, N., & Poitras-Wright, H. (2005). Impact of marital and psychological distress on therapeutic alliance in couples undergoing couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(2), 159-169. doi: 10.1111/j.1752-0606.2005.tb01553.x
- Marchand, A., Todorov, C., Borgeat, F., & Pelland, M. (2007). Effectiveness of a brief cognitive behavioural therapy for panic disorder with agoraphobia and the impact of partner involvement. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(5), 613-629. doi: 10.1017/S1352465807003888
- Marcolino, J. A. M. & Iacoponi, E. (2001). Escala de Aliança Psicoterápica da Califórnia na versão do paciente. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(2), p.88-9. doi: 10.1590/s1516-44462001000200007
- Marmar, C. R., Gaston, L., Gallagher, D., & Thompson, L. W. (1989). Alliance and outcome in late-life depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 464-472.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450. doi: 10.1037/0022-006X.68.3.438
- Martins, C.A.S. (2012). Instrumentos de avaliação da relação terapêutica: uma revisão sistemática de publicações no Brasil. Monografia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.
- McCabe, R., & Priebe, S. (2004). The therapeutic relationship in the treatment of severe mental illness: a review of methods and findings. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(2), 115-128. doi: 10.1177/0020764004040959
- McCulloch CE, & Searle SR (2001). *Generalized Linear and Mixed Models*. New York, NY: Wiley.
- McLeod, B.D., Southam-Gerow, M.A., & Kendall, P.C. (2017). Observer, youth, and therapist perspectives on the alliance in cognitive behavioral treatment for youth anxiety. *Psychological Assessment*. doi: 10.1037/pas0000465

- Meier, P.S., Barrowclough, C., & Donmall, M.C. (2005). The role of therapeutic alliance in treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction*, 100, 304-216. doi: 10.1111/j.1360-0443.2004.00935.x
- Miragall, M., Baños, R.M., Cebolla, A., & Botella, C. (2015). Working alliance inventory applied to virtual and augmented reality (WAI-VAR): psychometrics and therapeutic outcomes. *Frontiers in Psychology*. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01531
- Morgenstern, J., & Longabaugh, R. (2000). Cognitive-behavioral treatment for alcohol dependence: a review of evidence for its hypothesized mechanisms of action. *Addiction*, 95-10, 1475-1490. doi: 10.1046/j.1360-0443.2000.951014753.x
- Morland, L. A., Mackintosh, M. A., Greene, C. J., Rosen, C. S., Chard, K. M., Resick, P., & Frueh, B. C. (2014). Cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder delivered to rural veterans via telemental health: a randomized noninferiority clinical trial. *The Journal of clinical psychiatry*, 75(5), 470-476. doi: 10.4088/JCP.13m08842
- Munder, T., Wilmers, F., Leonhart, R., Linster, H.W., & Barth, J. (2009). Working Alliance Inventory-Short Revised (WAI-SR): Psychometric properties in outpatients and inpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 231-239. doi: 10.1002/cpp.658
- Norcross, J.C., & Lambert, M.J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48(1), 4-8. doi: 10.1037/a0022180
- Oene, G.H.D.W., Jong, C.A.J.D., Jörg, F., & Schrijvers, G.J.P. (1999). The Helping Alliance Questionnaire: Psychometric properties in patients with substance dependence. *Substance Use & Misuse*, 34(11), 1549-15-69.
- Oliveira, M.S., Nunes, M.L.T., Fernández-Álvarez, H., & Garcia, F. (2006). Estilo pessoal do terapeuta: dados preliminares da versão brasileira do EPT-Q. *Psico*, 37, 241-247.
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 311-381). New York: John Wiley
- Orlinsky, D.E., Ronnestad, M.H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy processoutcome research: continuity and change. In M.J. Lambert (Ed), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 307-89). New York: Wiley. 5th ed.
- Osborne, C.A. (2010). The role of alliance and symptomatic change within cognitive behaviour therapy for depression. Tese de doutorado, Massey University, Albany, Nova Zelândia.
- Peuker, A. C. W. B., Habigzang, L. F., Koller, S. H., & Araujo, L. B. (2009). Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: uma revisão. *Psicologia em Estudo*, 14(3), p. 439-445. doi: 10.1590/S1413-73722009000300004

- Prado, O. Z., & Meyer, S. B. (2006). Avaliação da relação terapêutica na terapia assíncrona via internet. *Psicologia em estudo*, 11(2), 247-257. doi: 10.1590/S1413-73722006000200003
- Raue, P. J., & Goldfried M. R. (1994). The Therapeutic Alliance in Cognitive-behavior Therapy. In A.O. Horvath, & L. Greenberg (Orgs.) *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice* (pp. 131-152). Nova York: John Wiley e Sons.
- Raue, P., Goldfried, M., & Barkham, M. (1997). The therapeutic alliance in psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 582-587. doi: 10.1037/0022-006X.65.4.582
- Rehm, J. (2011). The risks associated with alcohol use and alcoholism. *Alcohol Research & Health*, 34(2), 135-143.
- Reichenheim, M. E., & Morais, C. L. (2007). Operacionalização de Adaptação Transcultural de Instrumentos de Aferição usados em Epidemiologia. *Revista Saúde Pública*, 41(4), 665-73.
- Ribeiro, N.S., & Sartes, L.M.A. (2017). Working Alliance Inventory - Short Revised Observer (WAI-SR-O): adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas da versão brasileira para usuários de álcool. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.
- Ribeiro, N.S., Sartes, L.M.A., Gumier, A.B., & Torres, A.P.F. (no prelo). A aliança terapêutica em psicoterapias cognitivas para substâncias psicotrópicas: revisão da literatura.
- Riper, H., Andersson, G., Hunter, S.B., Wit, J., Berking, M., & Cuijpers, P. (2013). Treatment of comorbid alcohol use disorders and depression with cognitive-behavioural therapy and motivational interviewing: a meta-analysis. *Addiction*, 109(3), 394-406. doi: 10.1111/add.12441
- Rodrigues, C. G. (2014). *Aliança Terapêutica na Psicoterapia Breve Online*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Universidade de Brasília, Brasília.
- Roth A., & Fonagy P. (2005). *What works for whom: A critical review of psychotherapy research*. London: The Guildford Press.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 286-291. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.286
- Safran, J.D., & Segal, Z.V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- Safran, J.D., Muran, J.C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80-87.

- Samstag, L.W., Muran, J.C., & Safran, J.D. (2004). Defining and identifying alliance ruptures. In D. Charman (Ed.), *Core concepts in brief dynamic psychotherapy* (pp. 187–214). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Serra, A.M.M. (2013). Teoria e Terapia Cognitiva. In Zanelatto, N.A., & Laranjeira, R. (Eds), *O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais - um guia para terapeutas* (pp.106-121). Porto Alegre: Artmed.
- Serralta, F. B., Nunes, M. L. T. & Eizirik, C. L. (2007). Elaboração da versão em português do Psychotherapy Process Q-Set. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(1), 44-55. doi: 10.1590/S0101-81082007000100011
- Shelef, K., & Diamond, G.M. (2008). Short form of the revised vanderbilt therapeutic alliance scale: Development, reliability, and validity. *Psychotherapy Research*, 18(4), 433-443. doi: 10.1080/10503300701810801
- Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 452–464. doi: 10.1037/0022-006X.71.3.452
- Shrout, P.E., & Fleiss, J.L. (1979). Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86(2), 420-428. doi: 10.1037/0033-2909.86.2.420
- Singulane, B.A.R., & Sartes, L.M.A. (2016). Aliança terapêutica e satisfação com o tratamento na psicoterapia por internet para dependentes de álcool. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.
- Singulane, B.A.R., & Sartes, L.M.A. (2017). Aliança terapêutica nas terapias cognitivo-comportamentais por videoconferência: uma revisão da literatura. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(3), 784-798. doi: 10.1590/1982-3703000832016
- Smits, D., Luyckx, K., Smits, D., Stinckens, N., & Claes, L. (2015). Structural characteristics and external correlates of the Working Alliance Inventory-Short Form. *Psychological Assessment*, 27(2), 545-551. doi: 10.1037/pas0000066
- Soygüt, G., & Isikli, S. (2008). Assessment of the therapeutic alliance: Reliability and validity of the Working Alliance Inventory. *Turkish Journal of Psychiatry*, 19(4), 1-11.
- Soygüt, G., & Uluç, S. (2009). Psychometric properties of the Turkish Working Alliance Inventory-Observer Form. *Turkish Journal of Psychiatry*, 20(4), 367-375.
- Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Kooiman, K., & Arntz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 104–115. doi: 10.1037/0022-006X.75.1.104
- Sterba, R. F. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 115, 117-224.

- Stubbings, D. R., Rees, C. S., Roberts, L. D., & Kane, R. T. (2013). Comparing in-person to videoconference-based cognitive behavioral therapy for mood and anxiety disorders: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15(11). doi: jmir.2564.
- Sucala, M., Schnur, J. B., Constantino, M. J., Miller, S. J., Brackman, E. H., & Montgomery, G. H. (2012). The therapeutic relationship in e-therapy for mental health: a systematic review. *Journal of Medical Internet Research: JMIR*, 14(4), e110. doi: :10.2196/jmir.2084
- Tanzilli, A., Colli, A., Gualco, I., & Lingiardi, V. (2017). Patient personality and relational patterns in psychotherapy: Factor structure, reliability, and validity of the Psychotherapy Relationship Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*. doi: 10.1080/00223891.2016.1272050
- Tichenor, V., & Hill, C.L. (1989). A comparison of six measures of working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 26(2), 195-199. doi: 10.1037/h0085419
- Vöhringer, C.C., Pérez, J.C., Martínez, C., Altimir, C., Dagnino, P., Suárez, N., & Krause, M. (2013). “Working Alliance Inventory” Versión Observacional: Traducción, adaptación y validación al Castellano. *Terapia Psicológica*, 31(3), 301-311. doi: 10.4067/S0718-48082013000300005
- Waizmann, V., & Roussos, A. (2011). Adaptación de inventario de alianza de trabajo en su versión observador: WAI-O-A. *Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología - UBA*, 18.
- White, I.R., Altmann, D.R., & Nanchahal, K. (2002). Alcohol consumption and mortality: modelling risks for men and women at different ages. *British Medical Journal*, 325, 1-7. doi: 10.1136/bmj.325.7357.191
- World Health Organization [WHO] (2005). *Resolution WHA58.28 – e Health. 58th World Health Assembly; 16-25 May 2005; Geneva, Switzerland*. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/20378/1/WHA58\\_28-en.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/20378/1/WHA58_28-en.pdf?ua=1)
- World Health Organization [WHO] (2009). Global health risks: mortality and burden of disease attributable to select major risks. Recuperado de [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks\\_report\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf)
- World Health Organization [WHO] (2014). Global Status Report on alcohol and health. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf)
- Wright, J.H., Basco, M.R., & Thase, M.E. (2008). *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental - um guia ilustrado*. Porto Alegre: Artmed.
- Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 15, 117-123.

**ANEXO A - Autorização para o uso do *Working Alliance Inventory - Short Revised Observer (WAI-SR-O)*.**



UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE JUIZ DE FORA

**POSTGRADUATE PROGRAM IN PSYCHOLOGY**

**PPGΨ**

Prof. Dr. Laisa Marcorela Andreoli Sartes  
Federal University of Juiz de Fora  
Psychology  
José Lourenço Kelmer Street - University Campus  
Juiz de Fora, Minas Gerais  
Zip Code: 36036-900  
Brazil

May 03, 2016

I, Prof. Dr. Nikolaos Kazantzis, allow the use of Working Alliance Inventory Short Form - Observer (WAI-SR-O) in the master's project entitled "*Working Alliance Inventory Short Form - Observer (WAI-SR-O): cross-cultural adaptation and validity evidence of Brazilian version for alcohol and other drugs users*", under the responsibility of Prof. Dr. Laisa Marcorela Andreoli Sartes and the Master's Degree Student Nathália Soares Ribeiro.

This usage right does not permit the use of WAI-SR-O for profit research or its publication and distribution in any form. At the end of the research, the results will be available to the stakeholders.

Prof. Dr. Nikolaos Kazantzis  
Associate Professor, Monash School of Psychological Sciences

Prof. Dr. Laisa Marcorela Andreoli Sartes  
Associate Professor, Postgraduate Program in Psychology  
Federal University of Juiz de fora

## ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF

36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O/A Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “PSICOTERAPIAS BREVES UTILIZANDO A INTERNET PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS”. Nesta pesquisa pretendemos **avaliar se a psicoterapia breve, realizada via internet, é efetiva para dependentes de álcool e outras drogas.** O motivo que nos leva a estudar esta modalidade de psicoterapia é o número insuficiente de oferta de tratamento para pessoas que desejam se tratar para dependência de substâncias psicotrópicas no Brasil. Isso é importante, porque, além do aumento do consumo de bebidas e outras drogas em nosso país, sabe-se que o uso de drogas está amplamente associado ao desenvolvimento de doenças graves, além de prejuízos sociais e psicológicos. Desta forma, acreditamos que a psicoterapia realizada via internet pode ser uma alternativa para as pessoas que desejam se tratar.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: Se o/a Sr. (a) decidir participar deste estudo, em um primeiro momento, será entrevistado por um psicólogo, que utilizará alguns questionários que avaliam o uso de álcool ou drogas e outras informações sociodemográficas. Essas entrevistas deverão durar cerca de 2 horas. Em seguida o Sr. (a) será encaminhado para a psicoterapia breve, que poderá ser presencial ou realizada via internet. Caso o/a Sr. (a) esteja lendo este Termo no site ([www.informalcool.org.br](http://www.informalcool.org.br)) sua opção de tratamento neste estudo é exclusivamente pela internet. As sessões de terapia serão realizadas semanalmente, com cerca de 1 hora de duração. O conteúdo das sessões será registrado pelo psicólogo em seu prontuário e as mesmas serão gravadas. Para a gravação das sessões, o/a Sr (a) será informado previamente e deverá fornecer seu consentimento. A psicoterapia via internet será realizada por meio de ferramentas virtuais de comunicação utilizando-se o OpenFire e o protocolo Jitsi, ou o software livre *Skype*. A fim de garantir o sigilo das informações serão utilizados computadores exclusivos para a realização do estudo e todo o material utilizado será arquivado no Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Juiz de Fora, que segue todos os protocolos exigidos pelo Conselho Federal de Psicologia. O sigilo das informações dos pacientes atendidos estão sujeitos aos termos de privacidade do software *Skype*. Os procedimentos seguem todos os critérios do Conselho Federal de Psicologia, segundo a Resolução N° 011/2012, que regulamenta os serviços psicológicos realizados por meios tecnológicos de comunicação à distância e o atendimento psicoterapêutico em caráter experimental (em anexo).

Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Os benefícios que os participantes poderão obter serão provenientes dos seus objetivos com a terapia, como a redução ou eliminação do consumo de álcool ou drogas. O/A Sr. (a) não receberá qualquer ressarcimento para participar do estudo.



Para participar deste estudo o/a Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O/A Sr. (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no “**Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Juiz de Fora**” e a outra será fornecida ao senhor. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “**PSICOTERAPIAS BREVES UTILIZANDO A INTERNET PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 .

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Nome	Assinatura testemunha	Data
------	-----------------------	------

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF

CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

CEP: 36036-900

FONE: (32) 2102- 3788 / E-MAIL: [cep.propesq@uff.edu.br](mailto:cep.propesq@uff.edu.br)

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: PROFA. DRA. LAISA MARCORELA ANDREOLI SARTES  
ENDEREÇO: RUA JOSÉ LOURENÇO KELMER S/N – DEP. PSICOLOGIA – ICH – CIDADE  
UNIVERSITÁRIA  
CEP: 36036-900 – JUIZ DE FORA – MG  
FONE: (32): 2102-3117  
E-MAIL: [laisa.sartes@gmail.com](mailto:laisa.sartes@gmail.com) / [laisa.sartes@ufjf.edu.br](mailto:laisa.sartes@ufjf.edu.br)  
ENDEREÇO: RUA JOSÉ LOURENÇO KELMER S/N – DEP. PSICOLOGIA – ICH – CIDADE  
UNIVERSITÁRIA  
CEP: 36036-900 – JUIZ DE FORA – MG  
FONE: (32): 2102-3117  
E-MAIL: [laisa.sartes@gmail.com](mailto:laisa.sartes@gmail.com) / [laisa.sartes@ufjf.edu.br](mailto:laisa.sartes@ufjf.edu.br)



**Posse de Itens**

Posse de itens	QUANTIDADE				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louça	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer*	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora de roupas	0	2	2	2	2

(\*) Independente ou 2a porta da geladeira

**Cortes do Critério Brasil**

Classe	Pontos
A	45 a 100 pontos
B1	38 a 44 pontos
B2	29 a 37 pontos
C1	23 a 28 pontos
C2	17 a 22 pontos
D - E	0 a 16 pontos

Soma: \_\_\_\_\_  
Classificação final: \_\_\_\_\_

**ANEXO D - Questionário para a avaliação do uso da internet****Avaliação do uso da internet**

1. Você usa computador? Se sim, com que frequência você usa a Internet?
  1. ( ) não usa
  2. ( ) usa em média 1 vez no mês
  3. ( ) usa até 2 dias por semana
  4. ( ) usa de 2 a 3 dias por semana
  5. ( ) usa de 4 a 5 vezes por semana
  6. ( ) usa quase todos os dias/todos os dias
  
2. Em relação à dificuldade de usar computador, como você se avalia?
  1. ( ) tenho muita dificuldade
  2. ( ) tenho alguma dificuldade
  3. ( ) não tenho dificuldade
  4. ( ) não se aplica (não usa computador)

## ANEXO E - WAI-SR-O em versão adaptada para o Português (Brasil)

WAI-SR-O

Identificação do cliente (ID):  
 Avaliador:  
 Número da Sessão:  
 Data da Sessão:  
 Data da avaliação da sessão:

### Inventário de Aliança Terapêutica

### Versão Reduzida - Observador

### Orientações para Avaliação e Escala

### Versão em Português (Brasil):

### Nathália Soares Ribeiro e Dra. Laisa Marcorela

### Andreoli Sartes

### Versão Original:

### Kazantzis, Osborne e Cronin (2015)



Cognitive Behaviour Therapy  
Research Unit



*Working Alliance Inventory – Short Form - Observer (WAI-SR-O)* © Copyright 2015. Escala de avaliação, coleta de dados estruturada e orientações para uso foram projetadas e avaliadas no *Cognitive Behaviour Therapy Research Unit*, na Universidade de Monash. Veja <http://www.med.monash.edu.au/psych/cbtru/> para termos de acesso e relatório psicométrico. Informações sobre o instrumento em Português (Brasil) estão disponíveis pelo e-mail [laisa.sartes@ufjf.edu.br](mailto:laisa.sartes@ufjf.edu.br).

# WAI-SR-O

## Orientações para avaliação

- A classificação é baseada na frequência de ocorrência dos itens na sessão. Além disso, a intensidade também deve ser considerada. Por exemplo, uma ou duas interações significativamente negativas entre terapeuta e cliente pode caracterizar uma aliança muito negativa e a sessão deve ser classificada como tal. A aliança terapêutica deve ser melhor classificada se a ruptura/tensão foi percebida e investigada pelo terapeuta e se houve a tentativa de repará-la. A classificação da intensidade e da frequência dos itens referentes ao vínculo tem variações distintas dos itens referentes aos objetivos e tarefas. Assim, as classificações dos itens relativos aos objetivos e tarefas tendem a enfatizar mais a frequência do que os itens referentes ao vínculo.
- Todos os itens se referem à díade terapeuta-cliente, porém é dada maior ênfase à experiência do cliente. Os critérios mais importantes são o acordo do cliente com o terapeuta, a confiança na competência e assistência do terapeuta, além da aceitação e participação nas estratégias empregadas (por exemplo, dar *feedback* voluntariamente às sugestões do terapeuta, avaliar as cognições ou tentar mudanças comportamentais). A avaliação da aliança terapêutica envolve tanto critérios objetivos quanto subjetivos. Em algumas situações pode ocorrer de o avaliador tender a ter uma percepção pessoal com relação ao cliente e terapeuta, que pode influenciar a classificação de cada item, ou ainda confiar exclusivamente no comportamento observável da sessão. Entretanto, ressalta-se que as classificações devem ser baseadas tanto na percepção subjetiva do avaliador quanto no comportamento observado na sessão, ou seja, na avaliação clínica. Por exemplo, o cliente aparenta estar satisfeito com o interesse do terapeuta, mas **você** percebe que o terapeuta age de forma mecânica (estritamente técnica) e emocionalmente distante do cliente (possivelmente devido à ativação de um esquema na situação). Nesse caso, você deve evitar interpretar as crenças do cliente e se voltar para a avaliação dos comportamentos observáveis do terapeuta (nesse caso, o comportamento mecânico e emocionalmente distante). A lógica é que as crenças do cliente nem sempre poderão ser inferidas pelo observador externo e as percepções deste podem, de fato, estar afetando a classificação sobre o cliente por meios não diretamente observáveis. Porém, as classificações também precisam estar baseadas no que ocorre entre terapeuta e cliente (se eles estão, aparentemente, trabalhando bem em conjunto, se apresentam bom *rappor*t, relacionamento recíproco, se o cliente está trabalhando e obtendo aproveitamento fora da sessão). Assim, a interação deve ser avaliada com base no que realmente ocorre na sessão e não em uma interpretação do observador. Adicionalmente, deve-se ter cuidado para que essas classificações não se baseiem no modo do terapeuta se relacionar.
- Considere todas as informações relevantes da sessão. Tente não se distrair por elementos específicos de determinado momento da sessão. Por exemplo, o cliente pode discordar de alguma tarefa ou objetivo, mas vir a concordar posteriormente, no decorrer da sessão. Portanto, considere as informações da sessão como um todo.
- Não considere a patologia ou outras características individuais do cliente ao realizar a classificação. Por exemplo, o cliente pode, naturalmente, apresentar dificuldade em se abrir e se expressar emocionalmente, porém talvez ele consiga desenvolver tais aspectos com a ajuda do terapeuta. Apesar desse progresso, considere o caso em relação a outras situações para realizar a avaliação. Os avaliadores são frequentemente questionados quanto a avaliar o nível de aliança segundo o conjunto de capacidades do paciente ou de acordo com bons modelos de aliança. A questão é que a avaliação deve indicar modelos reais de aliança forte ou fraca, isto é, a avaliação do observador deve se basear no modo como o construto "aliança terapêutica" é adotado no WAI-SR-O. Ressalta-se, portanto, que as classificações não devem ser idiossincráticas, para que seja possível a comparação do sujeito.
- Não avalie as habilidades técnicas ou competências do terapeuta exibidas na sessão. As avaliações dizem respeito à aliança, embora esta possa estar relacionada à competência. Esta escala enfatiza mais o momento, a cordialidade, o estilo, o respeito às necessidades do cliente do que a aplicação de técnicas e intervenções.

*Working Alliance Inventory – Short Form - Observer (WAI-SR-O) © Copyright 2015. Escala de avaliação, coleta de dados estruturada e orientações para uso foram projetadas e avaliadas no Cognitive Behaviour Therapy Research Unit, na Universidade de Monash. Veja <http://www.med.monash.edu.au/psych/cbtru/> para termos de acesso e relatório psicométrico. Informações sobre o instrumento em Português (Brasil) estão disponíveis pelo e-mail [laisa.sartes@ufjf.edu.br](mailto:laisa.sartes@ufjf.edu.br).*

- As classificações dessa escala presumem a presença da qualidade do relacionamento. Compute pontuações quando o comportamento do terapeuta referente à aliança: deveria ter ocorrido, mas não ocorreu ou foi claramente desnecessário. Simultaneamente, considere a intensidade ou força do vínculo afetivo e a habilidade do terapeuta e do cliente de trabalharem juntos. Portanto, inicie com UM ponto em cada escala de classificação e aumente a pontuação à medida que elementos da aliança terapêutica forem negligenciados. Por exemplo, quando a compreensão entre terapeuta e cliente for avaliada, o observador clínico deve acrescentar um ponto na escala de avaliação para cada indicação de incompreensão, como o terapeuta reformular de forma incorreta o discurso do cliente. Ele também deve fornecer uma pontuação maior se a incompreensão for comunicada através da repetição mecânica do discurso do cliente. Um baixo escore indica um componente de aliança melhor e mais intenso.





ID avaliador:		Formulário nº:	Data:		ID sessão:	
		Quais são eles?	Acordo - Colaboração	Acordo - Importância dos objetivos	Trabalho em sessão	Compreensão da relação para a mudança
Objetivos	Curto prazo					
	Longo prazo					
		Quais são elas?	Acordo - Utilidade	Acordo - Relação para a mudança	Engajamento do cliente nas tarefas	Clareza
Tarefas						
Vínculo			Gostar mútuo	Respeito	Confiança	Apreciação do cliente
		Marcar situações negativas para cada item sobre Vínculo - ou quando uma situação deveria ter ocorrido, mas não aconteceu.				

Working Alliance Inventory – Short Form - Observer (WAI-SR-O) © Copyright 2015. Escala de avaliação, coleta de dados estruturada e orientações para uso foram projetadas e avaliadas no Cognitive Behaviour Therapy Research Unit, na Universidade de Monash. Veja <http://www.med.monash.edu.au/psych/ictm/> para termos de acesso e relatório psicométrico. Informações sobre o instrumento em Português (Brasil) estão disponíveis pelo e-mail [laisa.sartes@ufjf.edu.br](mailto:laisa.sartes@ufjf.edu.br).

## 1. Item sobre objetivo

1	2	3	4	5
Sempre	Frequentemente	Razoavelmente frequente	Ocasionalmente	Raramente

O cliente e o terapeuta **COLABORAM NA DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS** para a sessão.

**Colaborar para definir objetivos** significa que o terapeuta e o cliente trabalham como uma equipe para definir o conteúdo da discussão ou agenda da sessão. A colaboração é avaliada pela responsividade do terapeuta e cliente às iniciativas um do outro. Pontos devem ser computados se um participante alterar o assunto e o outro continuar a discuti-lo, mesmo se inicialmente este último responder ao novo assunto. Quando os clientes persistentemente continuam a discutir assuntos não acordados, deve se dar atenção quando o terapeuta (a) educadamente interrompe e tenta trazer o cliente de volta ao tópico da sessão, (b) discute as razões pelas quais o cliente não quer se restringir à agenda, ou (c) renegocia a agenda da sessão. O presente item foca no processo de colaboração atual na definição e redefinição dos objetivos.

<b>Sempre.</b>	Há situações muito frequentes em que cliente e terapeuta definem os objetivos da sessão de forma colaborativa.
<b>Frequentemente.</b>	Há situações frequentes em que cliente e terapeuta definem os objetivos da sessão de forma colaborativa. Porém, há <b>UMA</b> situação em que a colaboração não ocorreu.
<b>Razoavelmente frequente.</b>	Há situações razoavelmente frequentes em que cliente e terapeuta definem os objetivos da sessão de forma colaborativa. Porém, há <b>DUAS</b> situações em que a colaboração não ocorreu.
<b>Ocasionalmente.</b>	Há situações ocasionais em que cliente e terapeuta definem os objetivos da sessão de forma colaborativa. Porém, há <b>TRÊS</b> situações em que a colaboração não ocorreu.
<b>Raramente.</b>	Há raras situações em que cliente e terapeuta definem os objetivos da sessão de forma colaborativa. Há <b>QUATRO OU MAIS</b> situações em que a colaboração não ocorreu.

## 2. Item sobre objetivo

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Sempre</b>	<b>Frequentemente</b>	<b>Razoavelmente frequente</b>	<b>Ocasionalmente</b>	<b>Raramente</b>

Há um **ACORDO SOBRE O QUE É IMPORTANTE** ser trabalhado pelo cliente.

Os objetivos podem se referir a assuntos e preocupações (tanto os objetivos da sessão quanto aqueles de longo prazo) levantados pelo terapeuta e pelo cliente. “Importante” diz respeito ao que é terapeuticamente significativo para o cliente. O acordo sobre o que é importante pode incluir: quais problemas são os mais relevantes para se trabalhar durante a sessão/terapia, a agenda da sessão e o estabelecimento de prioridades com relação aos objetivos de longo prazo da terapia. O terapeuta monitora o curso da discussão. Se, inadvertidamente, o cliente e o terapeuta se desviam da discussão do item principal da agenda, é necessário considerar a interrupção cordial do terapeuta em relação às discussões periféricas para que ele e o cliente possam voltar ao tópico que foi estabelecido na agenda. O presente item foca especialmente no acordo sobre o que é importante ou o conteúdo das metas de longo prazo/da agenda da sessão/dos problemas do cliente.

- |                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Sempre.</b>                  | Há situações muito frequentes em que se verifica um acordo sobre o que é importante ser trabalhado pelo cliente. Há um nível <b>MUITO ALTO</b> de engajamento no acordo sobre o que é importante trabalhar pelo cliente. |
| <b>Frequentemente.</b>          | Há situações frequentes em que se verifica um acordo sobre o que é importante ser trabalhado pelo cliente. Entretanto, há <b>UMA</b> situação que poderia ter sido melhor esclarecida.                                   |
| <b>Razoavelmente frequente.</b> | Há situações razoavelmente frequentes em que se verifica um acordo sobre o que é importante ser trabalhado pelo cliente. Entretanto, há <b>DUAS</b> situações que poderiam ter sido melhor esclarecidas.                 |
| <b>Ocasionalmente.</b>          | Há situações ocasionais em que se verifica um acordo sobre o que é importante ser trabalhado pelo cliente. Entretanto, há <b>TRÊS</b> situações que poderiam ter sido melhor esclarecidas.                               |
| <b>Raramente.</b>               | Há raras situações em que se verifica um acordo sobre o que é importante ser trabalhado pelo cliente. Há <b>QUATRO OU MAIS</b> situações que poderiam ter sido melhor esclarecidas.                                      |

### 3. Item sobre objetivo

1	2	3	4	5
Sempre	Frequentemente	Razoavelmente frequente	Ocasionalmente	Raramente

#### O terapeuta e o cliente estão **TRABALHANDO EM OBJETIVOS ACORDADOS DE FORMA MÚTUA.**

Esse item diz respeito mais especificamente aos objetivos da sessão ou aos tópicos da agenda. Por exemplo, o cliente e o terapeuta trabalham no acordo dos itens prioritários da agenda, participam das atividades da sessão que estão relacionadas aos objetivos da agenda/terapia, são proporcionados resumos, e/ou são fornecidos *feedbacks* e articulações entre as transições dos tópicos. Pontos deverão ser descontados nos seguintes casos: a agenda é vaga ou incompleta, o terapeuta e o cliente desviam o foco e esse desvio é acompanhado por uma mudança de assunto, sem redefinir a agenda ou os objetivos, o terapeuta é muito diretivo, outras questões que não estão na agenda são levantadas e o terapeuta e o cliente têm uma discussão sobre esse tópico (por exemplo, um filme que ambos assistiram). O presente item foca realmente no trabalho em conjunto entre terapeuta e cliente sobre o acordo mútuo em relação aos objetivos ou itens da agenda.

<b>Sempre.</b>	Há situações muito frequentes em que cliente e terapeuta estão trabalhando em objetivos acordados de forma mútua.
<b>Frequentemente.</b>	Há situações frequentes em que cliente e terapeuta estão trabalhando em objetivos acordados de forma mútua. Entretanto, há <b>UMA</b> situação em que não houve um acordo.
<b>Razoavelmente frequente.</b>	Há situações razoavelmente frequentes em que cliente e terapeuta estão trabalhando em objetivos acordados de forma mútua. Entretanto, há <b>DUAS</b> situações em que não houve um acordo.
<b>Ocasionalmente.</b>	Há situações ocasionais em que cliente e terapeuta estão trabalhando em objetivos acordados de forma mútua. Entretanto, há <b>TRÊS</b> situações em que não houve um acordo.
<b>Raramente.</b>	Há raras situações em que cliente e terapeuta estão trabalhando em objetivos acordados de forma mútua. Há <b>QUATRO OU MAIS</b> situações em que não houve um acordo.

## 4. Item sobre objetivo

1	2	3	4	5
Sempre	Frequentemente	Razoavelmente frequente	Ocasionalmente	Raramente

**O cliente e o terapeuta estabeleceram UMA BOA COMPREENSÃO SOBRE AS MUDANÇAS QUE SERIAM BENÉFICAS PARA O CLIENTE.**

Mudança implica que há certo foco no futuro. Aqui o foco deveria corresponder aos objetivos do cliente para a terapia e o que eles devem realmente fazer (o conteúdo específico) para alcançar esses objetivos. Por exemplo, o cliente e o terapeuta entram em acordo de forma colaborativa sobre os objetivos da terapia, os objetivos da terapia são priorizados, o terapeuta expõe as razões para as intervenções/tarefas de casa e como elas estão relacionadas com os objetivos da terapia do cliente.

<b>Sempre.</b>	Há situações muito frequentes em que cliente e terapeuta estabelecem uma boa compreensão sobre as mudanças que serão benéficas para o paciente.
<b>Frequentemente.</b>	Há situações frequentes em que cliente e terapeuta estabelecem uma boa compreensão sobre as mudanças que serão benéficas para o cliente. Entretanto, há <b>UMA</b> situação em que não é estabelecida uma compreensão.
<b>Razoavelmente frequente.</b>	Há situações razoavelmente frequentes em que cliente e terapeuta estabelecem uma boa compreensão sobre as mudanças que serão benéficas para o cliente. Entretanto, há <b>DUAS</b> situações em que não é estabelecida uma compreensão.
<b>Ocasionalmente.</b>	Há situações ocasionais em que cliente e terapeuta estabelecem uma boa compreensão sobre as mudanças que serão benéficas para o cliente. Entretanto, há <b>TRÊS</b> situações em que não é estabelecida uma compreensão.
<b>Raramente.</b>	Há raras situações em que cliente e terapeuta estabelecem uma boa compreensão sobre as mudanças que serão benéficas para o cliente. Há <b>QUATRO OU MAIS</b> situações em que não é estabelecida uma compreensão.

## 5. Item sobre tarefa

1	2	3	4	5
Sempre	Frequentemente	Razoavelmente frequente	Ocasionalmente	Raramente

Há um acordo sobre a **UTILIDADE DA ATIVIDADE ATUAL** na terapia (por exemplo, o cliente está encontrando novos meios de ver o seu problema).

Atividade é restrita à sessão. Não se restrinja somente a observação acima, entre parênteses (que parece limitar as estratégias possíveis). O acordo sobre a utilidade da atividade atual da terapia pode incluir: acordo entre cliente e terapeuta sobre a razão, importância ou utilidade da intervenção ou tarefa de casa, e/ou a generalização do aprendizado. **Por favor, observe que a colaboração na terapia requer acordo, enquanto o acordo é possível sem colaboração.**

- |                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Sempre.</b>                  | Há situações muito frequentes de acordo em relação à utilidade da atividade atual na terapia.  |
| <b>Frequentemente.</b>          | Há situações frequentes de acordo em relação à utilidade da atividade atual na terapia. Entretanto, há <b>UMA</b> situação que precisa ser melhor esclarecida.                   |
| <b>Razoavelmente frequente.</b> | Há situações razoavelmente frequentes de acordo em relação à utilidade da atividade atual na terapia. Entretanto, há <b>DUAS</b> situações que precisam ser melhor esclarecidas. |
| <b>Ocasionalmente.</b>          | Há situações ocasionais de acordo em relação à utilidade da atividade atual na terapia. Entretanto, há <b>TRÊS</b> situações que precisam ser melhor esclarecidas.               |
| <b>Raramente.</b>               | Há raras situações de acordo em relação à utilidade da atividade atual na terapia. Há <b>QUATRO OU MAIS</b> situações que precisam ser melhor esclarecidas.                      |

## 6. Item sobre tarefa

1	2	3	4	5
Sempre	Frequentemente	Razoavelmente frequente	Ocasionalmente	Raramente

Há um **ACORDO** entre o cliente e o terapeuta de que o que está sendo realizado na terapia irá auxiliar o cliente a alcançar as mudanças que ele/ela deseja.

Podem ser incluídos os seguintes exemplos para esse item: acordo em relação à escolha das intervenções e tarefas de casa, as intervenções e as tarefas de casa estão relacionadas aos objetivos do cliente, é evidente que a tarefa de casa é importante para o cliente e que ele está pronto e confiante para completá-la, todas as barreiras para completar uma intervenção ou tarefa de casa são discutidas.

- |                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Sempre.</b>                  | Há situações muito frequentes de acordo entre o cliente e o terapeuta de que o que está sendo realizado na terapia irá auxiliar o cliente a alcançar as mudanças que ele deseja.   |
| <b>Frequentemente.</b>          | Há situações frequentes de acordo entre o cliente e o terapeuta de que o que está sendo realizado na terapia irá auxiliar o cliente a alcançar as mudanças que ele deseja. Entretanto, há <b>UMA</b> situação em que terapeuta ou cliente expressa dúvida ou insatisfação e nenhuma outra opção é explorada.                 |
| <b>Razoavelmente frequente.</b> | Há situações razoavelmente frequentes de acordo entre o cliente e o terapeuta de que o que está sendo realizado na terapia irá auxiliar o cliente a alcançar as mudanças que ele deseja. Entretanto, há <b>DUAS</b> situações em que terapeuta ou cliente expressa dúvida ou insatisfação e nenhuma outra opção é explorada. |
| <b>Ocasionalmente.</b>          | Há situações ocasionais de acordo entre o cliente e o terapeuta de que o que está sendo realizado na terapia irá auxiliar o cliente a alcançar as mudanças que ele deseja. Entretanto, há <b>TRÊS</b> situações em que terapeuta ou cliente expressa dúvida ou insatisfação e nenhuma outra opção é explorada.               |
| <b>Raramente.</b>               | Há raras situações de acordo entre o cliente e o terapeuta de que o que está sendo realizado na terapia irá auxiliar o cliente a alcançar as mudanças que ele deseja. Há <b>QUATRO OU MAIS</b> situações em que terapeuta ou cliente expressa dúvida ou insatisfação e nenhuma outra opção é explorada.                      |

## 7. Item sobre tarefa

1	2	3	4	5
Sempre	Frequentemente	Razoavelmente frequente	Ocasionalmente	Raramente

Há clareza sobre como o cliente poderá **MUDAR** em consequência dessas sessões.

Mudança implica que há certo foco no futuro. Aqui o foco deveria ser em relação a **como** o cliente pode mudar (o processo de mudança/modos de lidar com problemas) e **não quanto ao que** o cliente poderia de fato fazer (o conteúdo específico). Este item não é sobre o conteúdo da tarefa de casa ou intervenção, mas como o cliente pode realizar a tarefa. O fato da tarefa de casa ser discutida ou atribuída não deve gerar automaticamente uma classificação alta. Não é suficiente apenas que um registro de pensamento seja abordado como tarefa de casa, mas é necessária uma explicação específica sobre por que a tarefa de casa irá ajudar o paciente no futuro (por exemplo, onde a tarefa será concluída, com que frequência e quando). O que deverá ser comunicado é uma percepção sobre onde o cliente está atualmente e como ele pode melhorar.

<b>Sempre.</b>	Há situações muito frequentes em que existe clareza sobre como o cliente poderá mudar em consequência dessas sessões/terapia.
<b>Frequentemente.</b>	Há situações frequentes em que existe clareza sobre como o cliente poderá mudar em consequência dessas sessões/terapia. Entretanto, há <b>UMA</b> situação onde há uma preocupação em relação à tarefa e esta não é discutida.
<b>Razoavelmente frequente</b>	Há situações razoavelmente frequentes em que existe clareza sobre como o cliente poderá mudar em consequência dessas sessões/terapia. Entretanto, há <b>DUAS</b> situações onde há uma preocupação em relação à tarefa e esta não é discutida.
<b>Ocasionalmente.</b>	Há situações ocasionais em que existe clareza sobre como o cliente poderá mudar em consequência dessas sessões/terapia. Entretanto, há <b>TRÊS</b> situações onde há uma preocupação em relação à tarefa e esta não é discutida.
<b>Raramente.</b>	Há raras situações em que existe clareza sobre como o cliente poderá mudar em consequência dessas sessões/terapia. Há <b>QUATRO OU MAIS</b> casos onde há uma preocupação em relação à tarefa e esta não é discutida.

*Working Alliance Inventory – Short Form - Observer (WAI-SR-O) © Copyright 2015. Escala de avaliação, coleta de dados estruturada e orientações para uso foram projetadas e avaliadas no Cognitive Behaviour Therapy Research Unit, na Universidade de Monash. Veja <http://www.med.monash.edu.au/psych/cbtru/> para termos de acesso e relatório psicométrico. Informações sobre o instrumento em Português (Brasil) estão disponíveis pelo e-mail [laisa.sartes@ufjf.edu.br](mailto:laisa.sartes@ufjf.edu.br).*



## 8. Item sobre tarefa

1	2	3	4	5
Sempre	Frequentemente	Razoavelmente frequente	Ocasionalmente	Raramente

O cliente acredita que o modo como ele e o terapeuta estão trabalhando com o seu problema é correto.

Esse item se refere mais ao acordo do que à compreensão. Verificar se o *feedback* do cliente é positivo no que diz respeito à terapia, à intervenção atual ou à tarefa de casa, ao monitoramento do humor e à conceitualização. O cliente percebe os benefícios da terapia e que tem domínio sobre as habilidades adquiridas.

<b>Sempre.</b>	Há situações muito frequentes em que o cliente acredita que o modo como ele e o terapeuta estão trabalhando com o seu problema é correto.
<b>Frequentemente.</b>	Há situações frequentes em que o cliente acredita que o modo como ele e o terapeuta estão trabalhando com o seu problema é correto. Entretanto, há <b>UMA</b> situação em que o cliente expressa suas dúvidas e elas não são discutidas.
<b>Razoavelmente frequente.</b>	Há situações razoavelmente frequentes em que o cliente acredita que o modo como ele e o terapeuta estão trabalhando com o seu problema é correto. Entretanto, há <b>DUAS</b> situações em que o cliente expressa suas dúvidas e elas não são discutidas.
<b>Ocasionalmente.</b>	Há situações ocasionais em que o cliente acredita que o modo como ele e o terapeuta estão trabalhando com o seu problema é correto. Entretanto, há <b>TRÊS</b> situações em que o cliente expressa suas dúvidas e elas não são discutidas.
<b>Raramente.</b>	Há raras situações em que o cliente acredita que o modo como ele e o terapeuta estão trabalhando com o seu problema é correto. Há <b>QUATRO OU MAIS</b> situações em que o cliente expressa suas dúvidas e elas não são discutidas.

## 9. Item sobre vínculo

1	2	3	4	5
Sempre	Frequentemente	Razoavelmente frequente	Ocasionalmente	Raramente

Há um **GOSTAR MÚTUO** entre cliente e terapeuta.

Gostar mútuo envolve interações agradáveis e acolhedoras, estar engajado, ser sensível e demonstrar interesse no outro (por exemplo, o terapeuta deve melhorar ou reforçar as manifestações do cliente de valores pessoais ou interesses externos, não esquecendo de detalhes importantes sobre a vida do cliente). Há manifestações claras de *rapport*, empatia, acolhimento, autenticidade e humor. A linguagem corporal é aberta e flexível, e cliente e terapeuta adotam um tom de voz acolhedor.

<b>Sempre.</b>	Há situações muito frequentes em que existe um gostar mútuo entre cliente e terapeuta ou não há necessidade explícita para que a estima esteja presente (por exemplo, se o cliente não expressa sofrimento).
<b>Frequentemente.</b>	Há situações frequentes em que existe um gostar mútuo entre cliente e terapeuta. Entretanto, há <b>UMA</b> situação em que a estima poderia ser apropriada, mas não foi expressa.
<b>Razoavelmente frequente.</b>	Há situações razoavelmente frequentes em que existe um gostar mútuo entre cliente e terapeuta. Entretanto, há <b>DUAS</b> situações em que a estima foi claramente necessária, mas não foi expressa (por exemplo, o terapeuta foca na tarefa em mãos sem se atentar para a necessidade do cliente por validação).
<b>Ocasionalmente.</b>	Há situações ocasionais em que existe um gostar mútuo entre cliente e terapeuta. Entretanto, há <b>TRÊS</b> casos em que a estima foi claramente ausente (por exemplo, o tom de voz do terapeuta é mecânico e abrupto).
<b>Raramente.</b>	Há raras situações em que existe um gostar mútuo entre cliente e terapeuta. Há <b>QUATRO OU MAIS</b> situações em que foi notória a necessidade não abordada e a estima não ocorreu tão frequentemente como deveria.

## 10. Item sobre vínculo

1	2	3	4	5
Sempre	Frequentemente	Razoavelmente frequente	Ocasionalmente	Raramente

O cliente e o terapeuta se **RESPEITAM**.

O respeito é demonstrado tanto pelo terapeuta quanto pelo cliente quando valorizam a contribuição do outro. Ele também é indicado pela sensibilidade do terapeuta aos problemas do cliente e pelo estabelecimento e manutenção dos limites. O respeito é desvalorizado quando o cliente questiona a competência e a habilidade do terapeuta para ajudá-lo, quando cliente ou terapeuta se interrompem com irritação e impaciência, ou quando o terapeuta culpa ou vê o cliente de modo incompetente para lidar com os seus problemas.

<b>Sempre.</b>	Há situações muito frequentes em que o cliente e o terapeuta se respeitam ou não se verifica necessidade da presença de respeito entre terapeuta e cliente.
<b>Frequentemente.</b>	Há situações frequentes em que o cliente e o terapeuta se respeitam. Entretanto, há <b>UMA</b> situação em que uma relação de respeito poderia ser apropriada, mas não foi expressa.
<b>Razoavelmente frequente.</b>	Há situações razoavelmente frequentes em que o cliente e o terapeuta se respeitam. Entretanto, há <b>DUAS</b> situações em que uma relação de respeito foi claramente necessária, mas não foi expressa.
<b>Ocasionalmente.</b>	Há situações ocasionais em que o cliente e o terapeuta se respeitam. Entretanto, há <b>TRES</b> situações em que a relação de respeito foi claramente ausente.
<b>Raramente.</b>	Há raras situações em que o cliente e o terapeuta se respeitam. Há <b>QUATRO OU MAIS</b> situações em que foi notória a necessidade não abordada e a relação de respeito não ocorreu tão frequentemente como deveria.

## 11. Item sobre vínculo

1	2	3	4	5
Sempre	Frequentemente	Razoavelmente frequente	Ocasionalmente	Raramente

**O CLIENTE PERCEBE QUE O TERAPEUTA O RESPEITA E SE IMPORTA COM ELE, MESMO QUANDO ELE FAZ COISAS QUE O TERAPEUTA NÃO APROVA.**

O cliente não está preocupado sobre ser julgado negativamente pelo terapeuta por alguma coisa que ele diz ou faz. Há clareza de que existe uma “consideração positiva incondicional” (por exemplo, o cliente se sente livre para expressar opiniões e comportamentos que podem ser antiéticos ou preocupantes, o terapeuta não faz piadas ou brincadeiras sobre o cliente, o cliente não aparenta estar receoso em ser rejeitado ou julgado).

- Sempre.** Há situações muito frequentes em que o cliente percebe que o terapeuta o respeita e se importa com ele, mesmo quando ele faz coisas que o terapeuta não aprova ou não há necessidade explícita naquelas sessões da presença de uma consideração positiva incondicional.
- Frequentemente.** Há situações frequentes em que o cliente percebe que o terapeuta o respeita e se importa com ele, mesmo quando ele faz coisas que o terapeuta não aprova. Entretanto, há **UMA** situação em que uma consideração positiva incondicional poderia ser apropriada, mas não foi expressa.
- Razoavelmente frequente.** Há situações razoavelmente frequentes em que o cliente percebe que o terapeuta o respeita e se importa com ele, mesmo quando ele faz coisas que o terapeuta não aprova. Entretanto, há **DUAS** situações em que uma consideração positiva incondicional foi claramente necessária, mas não foi expressa.
- Ocasionalmente.** Há situações ocasionais em que o cliente percebe que o terapeuta o respeita e se importa com ele, mesmo quando ele faz coisas que o terapeuta não aprova. Entretanto, há **TRÊS** situações em que uma consideração positiva incondicional foi claramente necessária, mas não foi expressa.
- Raramente.** Há raras situações em que o cliente percebe que o terapeuta o respeita e se importa com ele, mesmo quando ele faz coisas que o terapeuta não aprova. Há **QUATRO OU MAIS** situações em que foi notória a necessidade não abordada.

## 12. Item sobre vínculo

1	2	3	4	5
Sempre	Frequentemente	Razoavelmente frequente	Ocasionalmente	Raramente

**O cliente sente que o terapeuta O APRECIA COMO PESSOA.**

A apreciação envolve expressões de aceitação sem julgamento pelo terapeuta, acolhimento, empatia, interesse pessoal e sensibilidade em relação à singularidade da situação do cliente. O cliente está disposto a conversar sobre o que é útil na terapia. Por exemplo, o cliente fornece os itens da agenda, conversa sobre suas experiências semanais e aprendizagem durante a revisão da tarefa de casa, além de trazer atualizações no início da sessão. O cliente fala sobre como a terapia pode ser aperfeiçoada durante o *feedback* da sessão ou se dispõe a falar sobre as estratégias de enfrentamento e crenças.

<b>Sempre.</b>	Há situações muito frequentes em que o cliente percebe que o terapeuta o aprecia como pessoa ou não há necessidade explícita de que o cliente sinta que o terapeuta o aprecia como pessoa.
<b>Frequentemente.</b>	Há situações frequentes em que o cliente percebe que o terapeuta o aprecia como pessoa. Entretanto, há <b>UMA</b> situação em que a apreciação poderia ser apropriada, mas não foi expressa.
<b>Razoavelmente frequente.</b>	Há situações razoavelmente frequentes em que o cliente percebe que o terapeuta o aprecia como pessoa. Entretanto, há <b>DUAS</b> situações em que a apreciação foi claramente necessária, mas não foi expressa.
<b>Ocasionalmente.</b>	Há situações ocasionais em que o cliente percebe que o terapeuta o aprecia como pessoa. Entretanto, há <b>TRÊS</b> situações em que a apreciação foi claramente ausente.
<b>Raramente.</b>	Há raras situações em que o cliente percebe que o terapeuta o aprecia como pessoa. Há <b>QUATRO OU MAIS</b> situações em que foi notória a necessidade não abordada e a apreciação não aconteceu tão frequentemente como deveria.

### ANEXO F - *Working Alliance Inventory* versões *cliente e terapeuta* (WAI-C e WAI-T)

Terapeuta: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Cliente: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_

#### Inventário de Aliança Terapêutica

Versão Terapeuta

#### Instruções

Nas páginas seguintes você encontrará frases que descrevem o modo como uma pessoa pode pensar ou sentir a cerca do seu cliente.

Abaixo de cada afirmação existe uma escala de sete pontos:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito	Sempre
					Freqüentemente	

Por exemplo: Se a afirmação descrever o modo como se sente (ou pensa) *sempre* faça um círculo no número 7; se *nunca* faça um círculo no número 1. Use os outros números para descrever variações entre estes dois extremos.

#### Este questionário é CONFIDENCIAL

Responda rapidamente, suas primeiras impressões são as mais importantes.  
 (POR FAVOR NÃO SE ESQUEÇA DE RESPONDER A **TODOS** OS ITENS)

Obrigado por sua colaboração.

© A. O. Horvath, 1981, 1984

Versão autorizada para Língua Portuguesa: Paulo Machado e Cristiano Nabuco de Abreu

1. Sinto-me desconfortável com o(a) meu(a) cliente.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
2. O(a) meu(a) cliente e eu estamos de acordo acerca das coisas que são necessárias fazer em terapia para ajudar a melhorar a sua situação						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
3. Tenho algumas preocupações acerca do resultado destas sessões.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
4. O(a) meu(a) cliente e eu temos confiança na utilidade das nossas atividades em terapia.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
5. Sinto que compreendo realmente o(a) meu(a) cliente.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
6. O(a) meu(a) cliente e eu temos uma percepção comum acerca dos seus objetivos.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

7. O(a) meu(a) cliente acha confuso o que estamos fazendo em terapia.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
8. Acho que o(a) meu(a) cliente gosta de mim.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
9. Sinto a necessidade de explicar a finalidade das nossas sessões.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
10. O(a) meu(a) cliente e eu discordamos acerca dos objetivos destas sessões.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
11. Acredito que o tempo que passo com o(a) meu(a) cliente não é utilizado de um modo eficaz.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
12. Tenho dúvidas acerca daquilo que tentamos conseguir com a terapia.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre



13. Sou claro e explícito acerca das responsabilidades do(a) meu(a) cliente na terapia.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
14. Os objetivos destas sessões são importantes para o(a) meu(a) cliente.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
15. Acho que o que eu e o(a) meu(a) cliente fazemos em terapia não está relacionado com as suas preocupações.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
16. Sinto que aquilo que fazemos em terapia ajudará o(a) meu(a) cliente a atingir as mudanças que deseja.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
17. Estou genuinamente preocupado com o bem-estar do(a) meu(a) cliente.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
18. Sou claro acerca do que espero que o(a) meu(a) cliente faça nestas sessões.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

19. O(a) meu(a) cliente e eu respeitamo-nos mutuamente.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
20. Sinto que não sou totalmente honesto acerca daquilo que sinto em relação ao(à) meu(a) cliente.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
21. Tenho confiança na minha capacidade de ajudar o(a) meu(a) cliente.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
22. O(a) meu(a) cliente e eu trabalhamos para alcançar objetivos que foram mutuamente acordados.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
23. Aprecio o(a) meu(a) cliente como pessoa.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
24. Estamos de acordo acerca daquilo em que é importante o(a) meu(a) cliente trabalhar.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

25. Como resultado destas sessões torna-se mais claro para o(a) meu(a) cliente como será possível e le(a) mudar.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
26. O(a) meu(a) cliente e eu confiamos um no outro.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
27. O(a) meu(a) cliente e eu temos idéias diferentes acerca de quais são os seus problemas.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
28. A minha relação com o(a) meu(a) cliente é importante para ele(a).						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
29. Sinto que o(a) meu(a) cliente tem medo de que se disser ou fizer algo errado, eu deixe de trabalhar com ele(a).						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
30. O(a) meu(a) cliente e eu colaboramos na definição dos objetivos destas sessões.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

31. O(a) meu(a) cliente está frustrado(a) com as coisas que eu peço para ele(a) fazer em terapia.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
32. Estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para o(a) meu(a) cliente.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
33. As coisas que fazemos em terapia não fazem muito sentido para o(a) meu(a) cliente.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
34. O(a) meu(a) cliente não sabe o que esperar como resultado da terapia.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
35. O(a) meu(a) cliente acredita que o modo como estamos trabalhando com o seu problema é correto.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
36. Eu respeito o(a) meu(a) cliente mesmo quando faz coisas que eu não aprovo.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

### Inventário de Aliança Terapêutica

#### Versão Cliente

#### Instruções

Nas páginas seguintes você encontrará frases que descrevem o modo como uma pessoa pode pensar ou sentir acerca do seu terapeuta.

Abaixo de cada afirmação existe uma escala de sete pontos:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

Por exemplo: Se a afirmação descrever o modo como se sente (ou pensa) *sempre* faça um círculo no número 7; se *nunca* faça um círculo no número 1. Use os outros números para descrever variações entre estes dois extremos.

Este questionário é CONFIDENCIAL

Responda rapidamente, suas primeiras impressões são as mais importantes.  
(POR FAVOR NÃO SE ESQUEÇA DE RESPONDER A **TODOS** OS ITENS)

Obrigado por sua colaboração.

© A. O. Horvath, 1981, 1984

Versão autorizada para Língua Portuguesa: Paulo Machado e Cristiano Nabuco de Abreu

1. Sinto-me desconfortável com o(a) meu(a) terapeuta.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
2. O(a) meu(a) terapeuta e eu estamos de acordo acerca das coisas que são necessárias fazer em terapia para ajudar a melhorar a minha situação						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
3. Estou preocupado(a) com o resultado destas sessões.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
4. O que eu faço na terapia permite-me ver o meu problema de novas formas.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
5. Eu e o(a) meu(a) terapeuta compreendemo-nos mutuamente.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
6. O(a) meu(a) terapeuta percebe, com clareza, quais são os meus objetivos.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre

7. Acho confuso o que estou fazendo em terapia.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
8. Acho que o(a) meu(a) terapeuta gosta de mim.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
9. Gostaria que o(a) meu(a) terapeuta e eu pudéssemos deixar claro a finalidade das nossas sessões.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
10. Discordo do meu(a) terapeuta acerca dos objetivos da terapia.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
11. Acredito que o tempo que passo com o(a) meu(a) terapeuta não é utilizado de um modo eficaz.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
12. O(a) meu(a) terapeuta não percebe aquilo que tento conseguir com a terapia.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre

13. Está claro para mim quais as minhas responsabilidades na terapia.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
14. Os objetivos destas sessões são importantes para mim.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
15. Acho que o que eu e o(a) meu(a) terapeuta fazemos em terapia não está relacionado com as minhas preocupações.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
16. Sinto que aquilo que faço em terapia me ajudará a atingir as mudanças que desejo.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
17. Acredito que meu(a) terapeuta está genuinamente preocupado com o meu bem-estar.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
18. Está claro para mim o que o(a) meu(a) terapeuta quer que eu faça nestas sessões.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre



19. O(a) meu(a) terapeuta e eu respeitamo-nos mutuamente.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
20. Sinto que o(a) meu(a) terapeuta não é totalmente honesto(a) acerca daquilo que sente em relação a mim.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
21. Tenho confiança na capacidade de meu(a) terapeuta para me ajudar.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
22. O(a) meu(a) terapeuta e eu trabalhamos para alcançar objetivos que foram mutuamente acordados.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
23. Sinto que o(a) meu(a) terapeuta me aprecia.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
24. Estamos de acordo acerca daquilo em que é importante eu trabalhar.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre

25. Como resultado destas sessões torna-se mais claro para mim como será possível eu mudar.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
26. O(a) meu(a) terapeuta e eu confiamos um no outro.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
27. O(a) meu(a) terapeuta e eu temos idéias diferentes acerca de quais são os meus problemas.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
28. A minha relação com o(a) meu(a) terapeuta é muito importante para mim.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
29. Sinto que se disser ou fizer algo errado, o(a) meu(a) terapeuta deixará de trabalhar comigo.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
30. O(a) meu(a) terapeuta e eu colaboramos na definição dos objetivos da minha terapia.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre

31. Estou frustrado(a) com as coisas que faço em terapia.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
32. Estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para mim.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
33. As coisas que o(a) meu(a) terapeuta me pede para fazer não fazem sentido.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
34. Não sei o que esperar como resultado da minha terapia.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
35. Acredito que o modo como estamos trabalhando com o meu problema é correto.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
36. Sinto que o(a) meu(a) terapeuta se preocupa comigo mesmo quando faço coisas que não aprova.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre