

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
ESCOLA DE PSICOLOGIA E ESCOLA DE SAÚDE
MESTRADO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

ALIANÇA TERAPÊUTICA E DEPRESSÃO PÓS-PARTO:
SEGUIMENTO AOS SEIS MESES PÓS PSICOTERAPIA
COGNITIVA BREVE

RENATA MENDES MUENZER

ORIENTADOR: PROF. DR. RICARDO TAVARES PINHEIRO

Pelotas

2007

RENATA MENDES MUENZER

**ALIANÇA TERAPÊUTICA E DEPRESSÃO PÓS-PARTO:
SEGUIMENTO AOS SEIS MESES PÓS PSICOTERAPIA
COGNITIVA BREVE**

**Dissertação apresentada como requisito
parcial para a obtenção do título de
Mestre em Saúde e Comportamento**

ORIENTADOR: PROF. DR. RICARDO TAVARES PINHEIRO

Pelotas

2007

AGREDECIMENTOS

Gostaria de agradecer todas as pessoas que de uma maneira ou de outra contribuíram para a realização deste trabalho.

Ao meu orientador, Dr. Ricardo Tavares Pinheiro, pelo incentivo, orientação profissional e dedicação durante toda a minha formação acadêmica.

À Dra. Rosângela Lima pelo auxílio durante a análise estatística.

Aos professores do Mestrado em Saúde e Comportamento pelos seus ensinamentos.

À Flávia Jonas, pela eficiência e disposição incondicional para a resolução dos imprevistos que surgiram durante o estudo.

À equipe de pesquisa, Caroline Reinhardt, Luciana Quevedo, Danielle Tavares, Russélia Godoy, Isane Cardoso, Daniele Mesquita e Karen Jansen pela amizade e responsabilidade no cumprimento de seus deveres para o bom andamento deste trabalho.

Às minhas colegas e amigas do mestrado Ana Laura, Lúcia, Nitza e Silvana, pela amizade e pelos momentos de estudo e confraternização.

Ao Júnior, por todo o seu amor, compreensão e incentivo.

À minha família pela amizade, carinho e amor.

Às minhas amigas e grandes incentivadoras Camila Osório, Luciane Leal e Pollyanna Guimarães.

Índice

Agradecimentos.....	3
Lista de Tabelas.....	6
Lista de Figuras.....	7
I. Projeto de Pesquisa.....	8
Introdução.....	9
Objetivo	11
Hipótese	12
Fundamentação Teórica	13
Caracterização do projeto	18
Métodos	19
População Alvo.....	19
Tamanho da amostra.....	19
Delineamento	19
Critérios de Inclusão e Exclusão	20
Instrumentos	20
Procedimentos	21
Equipe e Treinamento.....	21
Fluxograma	22
Análise dos dados	23
Aspectos Éticos	23
Recursos	24
Cronograma.....	25
Referências Bibliográficas.....	26

II. Artigo.....	31
Resumo.....	32
Abstract.....	33
Introdução.....	34
Método.....	37
Resultados.....	41
Discussão.....	42
Referências Bibliográficas.....	46
Anexo – Escala de Depressão de Beck.....	57
Working Alliance Therapeutic.....	60

Lista de Tabelas

TABELA 1 – Média do escore da aliança terapêutica conforme cliente e terapeuta no final do tratamento.	51
TABELA 2 - Aliança terapêutica e variáveis independentes referentes ao cliente no final do tratamento.	52
TABELA 3 – Aliança terapêutica e variáveis independentes referentes ao terapeuta no final do tratamento.	53
TABELA 4 - Impacto dos níveis da aliança terapêutica do cliente e do terapeuta nos escores do BDI de 6 meses pós-tratamento.	54

Lista de Figuras

FIGURA 1 – Distribuição da amostra no decorrer do estudo.....55

**PROJETO DE PESQUISA: ALIANÇA TERAPÊUTICA E DEPRESSÃO
PÓS-PARTO: SEGUIMENTO AOS SEIS MESES PÓS PSICOTERAPIA
COGNITIVA BREVE**

INTRODUÇÃO

Nos últimos 20 anos, tem havido um crescente reconhecimento de que, para algumas mulheres, a gravidez pode ser um período de sofrimento psíquico, em particular a depressão. Esse conhecimento segue no sentido contrário ao de uma crença popular amplamente difundida de que a gravidez é um período de alegria para todas as mulheres¹ (Zinga *et al*, 2005).

Entre as psicopatologias do puerpério, a depressão pós-parto (DPP), é um transtorno de prevalência elevada, entre 10 e 20% (Miller, 2002). Estudo realizado em Pelotas aponta para prevalência de 19% (Moraes *et al*, 2006).

A DPP associa-se a prejuízos no desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança (Schmidt *et al*, 2005), além de causar intenso sofrimento para as mães e prejuízos na relação familiar (Schwengber & Piccinini 2003).

O tratamento efetivo da depressão pós-parto é de grande relevância tendo-se em vista a repercussão na criança, sendo aspecto preventivo para o adequado desenvolvimento da mesma. As psicoterapias interpessoal e cognitivo-comportamental tem se mostrado eficazes para o tratamento deste quadro (O'Hara *et al*, 2000).

A aliança terapêutica é considerada como um dos elementos fundamentais na eficácia da psicoterapia (Krupnick *et al*, 1996) e é definida como uma colaboração entre cliente e terapeuta, configurada por três componentes: comprometimento entre ambos frente a tarefas, aos objetivos definidos e formação de um vínculo positivo (Bordin 1976).

Estudos indicam uma relação significativa entre a aliança e o resultado final da terapia, e neste sentido, a aliança terapêutica parece ser um bom preditor dos resultados conseguidos por diferentes modalidades terapêuticas (Horvath & Symond, 1991; Luborsky, 1994, 2000). Entretanto, até o presente momento, somente um estudo que avalia sintomas

depressivos no acompanhamento pós psicoterapia foi encontrado na literatura, e este refere que pacientes com uma relação terapêutica inicial positiva relatam menos desajustamentos no final do acompanhamento de 18 meses, mas quando foi avaliado somente a sintomatologia depressiva, não houve diferença estatística nesta continuação da melhora (Zuroff & Blatt, 2006).

Tendo em vista que a DPP é um problema de saúde pública onde estudos comprovam um prejuízo no desenvolvimento do bebê e na vida familiar (Schmidt *et al*, 2005; Schwengber & Piccinini 2003), e que em nossa região não há dados sobre a efetividade de um modelo de psicoterapia breve que avalie após o período de seis meses pós tratamento os sintomas depressivos das mães, este estudo se faz necessário.

OBJETIVO

Investigar se aliança terapêutica ao final do tratamento é capaz de prever a efetividade da psicoterapia de fundamentação cognitivista após seis meses do término da intervenção em mulheres deprimidas no pós-parto.

HIPÓTESE

Aliança terapêutica alta ao final do tratamento terá um impacto positivo nos sintomas depressivos das mães aos seis meses pós-terapia cognitiva.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A importância da relação entre cliente e terapeuta foi enfatizada desde as primeiras abordagens psicoterapêuticas (Freud, 1912; Greenson, 1965) e ao longo de vários anos modelos foram apresentados para explicar o papel das relações terapeuta/cliente no processo terapêutico (Bordin, 1975; Bowlby, 1988; Luborsky, 1976; Rogers, 1957) (Machado & Horvath, 1996).

Em 1912, Freud esboçou a primeira referência deste modelo salientando esta importância como um veículo para o sucesso no tratamento psicanalítico (Marcolino & Iacoponi, 2003).

Greenson (1965) elaborou o conceito de aliança como uma colaboração de base verdadeira entre terapeuta e cliente, e inventou o termo “working alliance”. Ele propôs um modelo que tem três componentes: transferência, aliança terapêutica e relação real (Gelso & Carter, 1985).

Bordin (1976), um dos teóricos mais importantes na conceitualização da aliança terapêutica a define baseado em um trabalho de Greenson (1965). Nesta nova formulação a ênfase passa para a colaboração positiva do cliente com o terapeuta em vez do tradicional foco no comportamento neurótico e auto-destrutivo deste (Machado & Horvath, 1996). Esta definição possibilitou que as escolas terapêuticas se sentissem mais cômodas, com um conceito comum a todas (Corbella & Botella, 2003).

Então, Bordin (1976) definiu a aliança como uma colaboração entre cliente e terapeuta e identificou três componentes que a configuram:

- Tarefas: ações e pensamentos que fazem parte do processo terapêutico e que devem ser percebidas por cliente e terapeuta como relevantes e efetivas.

- Vínculo positivo: vinculação pessoal positiva entre cliente e terapeuta que inclui questões como confiança mútua, aceitação e confiança.
- Objetivos: acordo mútuo a respeito dos objetivos que se espera alcançar com o tratamento.

Ainda para Bordin (1976) a relação terapêutica não substitui as intervenções do terapeuta como ingrediente ativo do processo, a aliança terapêutica é o “que torna possível para o paciente aceitar e seguir fielmente o tratamento”.

Corbella e Botella (2003) comentam que a relação terapêutica é produto do encontro entre terapeuta e cliente, e este encontro está influenciado pelas características e história pessoal de ambos.

Em relação ao cliente encontram-se variáveis interpessoais como o índice de eventos estressantes (Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Morgolis & Cohen, 1983), as relações sociais e familiares (Kokotovic & Tracey, 1990; Mallinckrodt, 1991) e as variáveis intrapessoais como: a qualidade das relações de objeto (Bordin, 1994), a motivação, as expectativas (Gaston, Marmar, Gallagher & Thompson, 1989) e atitudes (Kokotovic & Tracey, 1990), entre outras, tem efeitos significativos na aliança (Horvath & Luborsky, 1993). Luborsky (1994) afirmou que as pessoas com riqueza em suas relações interpessoais têm maior probabilidade de desenvolver uma boa aliança terapêutica.

Já em relação as variáveis dos terapeutas, a empatia e a perspicácia são duas qualidades que os investigadores consideram relevantes, mas não suficientes, para estabelecer uma boa aliança (Bachelor & Horvath, 1999). Em relação ao nível de experiência do terapeuta, as pesquisas divergem em seus resultados. Alguns autores constataam que esta relação não é significativa (Dunkle & Friedlander, 1996; Hersoug, Hoglend, Monsen & Havik, 2001), enquanto outros encontram relação entre a experiência

do terapeuta e a qualidade da aliança terapêutica, especialmente no componente de acordo com os objetivos (Mallinc-Krodt & Nelson, 1991).

Achados especulam que a aliança pode ter duas fases importantes: a primeira é no desenvolvimento inicial, nas primeiras 5 sessões e provável pico na 3ª (Saltzman, Leutgert, Roth, Creaser, & Howard, 1976), onde níveis satisfatórios de colaboração e confiança podem ser estabelecidos. E a segunda, é a fase mais crítica, onde o cliente pode experimentar o terapeuta mais ativo nas intervenções, com uma redução da simpatia e apoio. Isto poderá reativar a relação disfuncional do passado do cliente debilitando ou rompendo com a aliança (Crits-Cristoph, Barber, & Kurcias, 1991).

Não foi encontrado estudos na literatura que comprovem a efetividade da aliança terapêutica no tratamento da depressão pós-parto, mas investigações com pacientes deprimidos indicam que a aliança terapêutica parece influenciar positivamente na melhora dos sintomas depressivos (Tang & DeRubies, 1999).

Os transtornos do humor que acometem as mulheres no puerpério, além da DPP, incluem também a melancolia da maternidade, conhecida também como “*baby blues*” (O’Hara, 1997; Souza, Burtet & Busnello, 1997), ou “tristeza pós-parto” (APA, 2000), além das psicoses puerperais. O “*baby blues*” é caracterizado por um curto período de emoções voláteis, que comumente ocorre entre o segundo e o quinto dia após o parto, tendo geralmente remissão espontânea (O’Hara, 1997; Souza *et al*, 1997). As psicoses puerperais manifestam-se através de sintomas intensos, incluindo ruminções graves ou pensamentos delirantes a respeito do bebê, relacionados a um risco significativamente aumentado de danos ao mesmo.

A DPP geralmente inicia entre a quarta e a oitava semana após o parto, podendo persistir por um ano (Cooper & Murray, 1995; Klaus, Kennel & Klaus, 2000). Caracteriza-

se por humor depressivo, diminuição de energia, dificuldades para dormir e distúrbios do sono. Muitas mulheres sentem desesperança e ocasionalmente desenvolvem ideação suicida. Sentimentos de inadequação ou culpa relacionados particularmente ao cuidado do recém nascido também são comuns (Miller, 2002).

A prevalência de DPP em achados estrangeiros é entre 10 e 20% (Miller, 2002) e um estudo realizado na cidade de Pelotas encontrou 19% deste transtorno nas puérperas (Moraes *et al*, 2006). Dentre os fatores de risco, alguns autores enfatizam que há uma combinação de fatores biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos (Cooper & Murray, 1995; Reading&e Reynolds, 2001)

Estudos comparativos com mães deprimidas e não deprimidas mostraram que as deprimidas gastam menos tempo olhando, tocando e falando com seus bebês, apresentam mais expressões negativas do que positivas, mostram menos responsividade contingente, menos espontaneidade e menos níveis de atividade (Cohn *et al*,1990; Field, 1984; Field *et al*, 1985; Field *et al*, 1988). Em contrapartida, estes bebês, de mães deprimidas, exibem menos afeto positivo, menor nível de atividade, menos vocalização, costumam distanciar o olhar, apresentam mais aborrecimentos, protestos mais intensos, mais expressões de tristeza e raiva, menos expressões de interesse e uma aparência depressiva com poucos meses de idade quando comparados com bebês de mães não deprimidas (Cohn e *et al*, 1990; Field, 1984; Pickens e Field, 1993).

Levando em consideração os malefícios que este transtorno pode trazer para saúde e desenvolvimento do bebê e sua vinculação materna, o atendimento precoce às puérperas possibilita a prevenção do estabelecimento de um padrão negativo da interação diádica. Neste sentido, as psicoterapias são indicadas, visto que tratamento farmacológico

impossibilitaria a mãe de amamentar, prejudicando ainda mais esta vinculação (Alder & Truman, 2002; Chen *et al*, 2000).

CARACTERIZAÇÃO DO PROJETO

O projeto faz parte de um Ensaio Clínico Randomizado que tem por objetivo avaliar a efetividade de dois modelos psicoterapêuticos breves e manualizados no tratamento de mulheres com depressão pós-parto na zona urbana da cidade de Pelotas, RS.

MÉTODOS

□ POPULAÇÃO ALVO

Serão selecionadas para participar do estudo, mulheres acima de 18 anos, no período entre 30 e 60 dias após o parto, residentes na zona urbana de Pelotas, que forem identificadas como tendo um indicativo de depressão leve ou moderada.

□ TAMANHO DA AMOSTRA

A amostra será constituída por 60 pacientes.

□ DELINEAMENTO

A captação das mulheres será realizada no Hospital Universitário São Francisco de Paula (HUSFP) e em Postos de Saúde Municipais. Além disso, haverá divulgação do trabalho nos jornais, televisão, rádio e entre outros profissionais da área da saúde.

As mulheres que tiverem seus filhos no HUSFP serão contactadas pela nossa equipe de pesquisa, com a finalidade de colher dados de identificação para um posterior contato e explicar sucintamente a natureza do estudo. Após 4 semanas do parto, elas serão convidadas a realizar uma entrevista de triagem, que terá por objetivo avaliar a presença de indicativo de depressão pós-parto.

Aquelas mães, que apresentarem indicativo de depressão leve ou moderado e preencheram os critérios de inclusão, serão informadas da natureza do estudo e será oferecido tratamento psicoterápico. Já aquelas que apresentarem indicativo de depressão grave e/ou risco de suicídio, serão encaminhadas para o psiquiatra da nossa equipe de pesquisa.

As puérperas que aceitarem participar do estudo assinarão o termo de consentimento livre e esclarecido, contendo todas as informações necessárias do funcionamento da pesquisa, e posteriormente, serão randomizadas para um dos dois modelos terapêuticos oferecidos. Ambos os modelos são compostos por 7 sessões.

Ao término do tratamento, após 6 meses da intervenção, as pacientes serão acompanhadas e reavaliadas com o mesmo instrumento.

□ CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para que as pacientes sejam incluídas neste estudo terão que ter 18 anos ou mais, ser moradoras da zona urbana de Pelotas, pontuar de 12 a 35 pontos na Escala de Depressão de Beck (BDI) e não pontuar no M.I.N.I. suicídio.

As mulheres serão excluídas do estudo quando não apresentarem indicativo de depressão ou terem indicativo de depressão grave, quando apresentarem risco de suicídio e quando não concordarem em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

□ INSTRUMENTOS

Para avaliar o indicativo de depressão pós-parto será utilizada a Escala de Depressão de Beck. O BDI foi desenvolvido para avaliar a presença e a intensidade dos sintomas depressivos e foi validado para o Brasil por Cunha, 1999. É uma escala com 21 itens, cada um com quatro alternativas, subentendendo graus crescentes de gravidade de depressão, com escores de 0 a 3.

A Aliança Terapêutica será avaliada através do instrumento Working Alliance Inventory (WAI), que foi desenvolvido por Horvath e Greenberg em 1989 e validado para o português por Machado e De Abreu, 1996. Este

instrumento baseia-se na estrutura teórica de Bordin (1980) que compreende três aspectos da aliança: tarefa, vínculo e objetivo. As escalas são compostas por 36 itens que avaliam a aliança através de escores de 1 a 7, de acordo com a intensidade das afirmativas (1=nunca e 7=sempre). No presente estudo este instrumento será aplicado após a 1ª, 4ª e 7ª sessões, nas versões cliente (WAI-C) e terapeuta (WAI-T).

Também serão aplicados outros instrumentos como o M.I.N.I. para avaliar risco de suicídio; a escala da ABIPEME, para nível sócio-econômico e outras questões referentes a gestação, parto, puerpério e amamentação.

□ PROCEDIMENTOS

O BDI será aplicado nas pacientes no momento da triagem, no final do processo terapêutico e após 6 meses, a fim de verificar possível mudança nos escores.

O WAI será respondido individualmente nas versões Cliente e Terapeuta, ao final da 1ª, 4ª e 7ª sessões de psicoterapia.

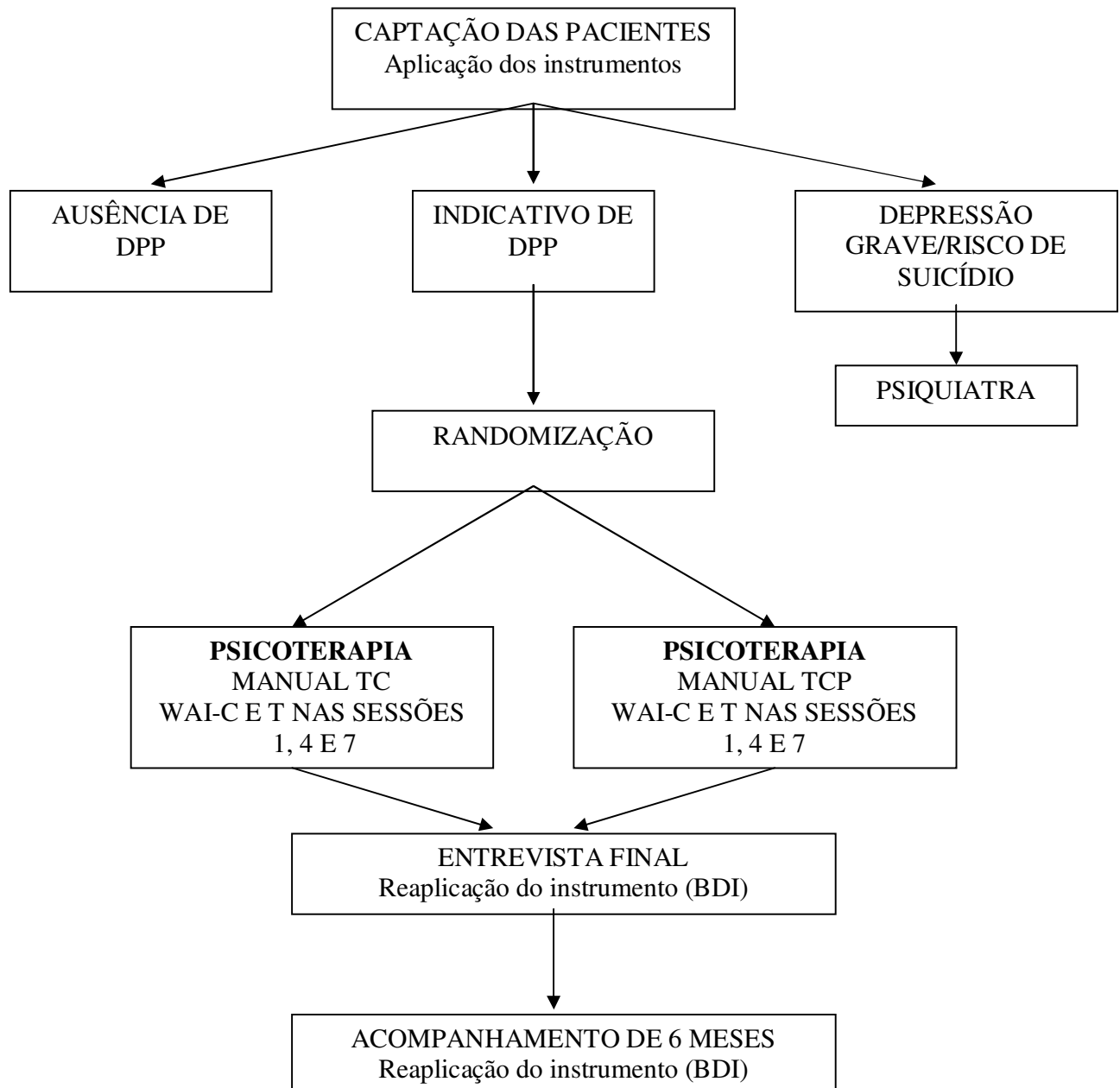
As reuniões das duas equipes serão realizadas semanalmente por coordenadores da pesquisa, a reunião das entrevistadoras será realizada separadamente da reunião das terapeutas onde se fará a supervisão dos casos.

□ EQUIPE E TREINAMENTO

Toda a equipe será treinada nos dois modelos de psicoterapia oferecidos as puérperas e também na aplicação dos questionários. Após, será feita uma prova escrita e uma entrevista, possibilitando a seleção das psicoterapeutas e entrevistadoras pela coordenação do estudo. Tanto as psicoterapeutas como as entrevistadoras, serão estagiárias

curso de Psicologia da Universidade Católica de Pelotas (UCPel) e sem experiência clínica anterior.

□ FLUXOGRAMA



□ ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados serão codificados e transcritos dentro do programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) do *Windows*.

Será realizada análise univariada para caracterização da amostra e em seguida análises bivaridas para averiguar se há associação entre variáveis e aliança terapêutica do cliente e do terapeuta e também para avaliar se a aliança terapêutica alta ao final do tratamento será capaz de predizer a efetividade do tratamento nos sintomas depressivos das mães após 6 meses de psicoterapia.

□ ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa relativo ao Ensaio Clínico foi aprovado pelo Comitê de Ética da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas.

RECURSOS

□ HUMANOS

Um professor psiquiatra;

Um professor psicólogo;

Dois mestrandos;

Sete estagiárias do curso de psicologia da UCPel e bolsistas de Iniciação

Científica.

□ OUTROS

Vale-transporte para as pacientes;

Questionários.

CRONOGRAMA

	MAR06/AGO06	SET06/DEZ06	JAN07/MAR07	DEZ 07
REVISÃO	X	X	X	X
COLETA DE DADOS	X	X	X	
ANÁLISE DOS RESULTADOS			X	
DISSERTAÇÃO				X

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA – American Psychiatry Association (2000). Diagnostic and statistical of mental manual disorders. Fourth edition. Text revision. Washington-DC: American Psychiatric Association.

Bachelor, A. y Horvath, A. (1991). The therapeutic relationship. En M. Hubble, B. Duncan y S. Miller (Eds.), *The heart and soul of change* (pp. 133-178). Washinton, DC, US: American Psychological Association.

Bordin, E.S. (1976). The generalization of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 16,252-260.

Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. En A. O. Horvath y L. S. Greenberg (Eds.). *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 13-37). New York: Wile.

Cohn, J. F., Campbell, S. B., Matias, R., & Hopkins, J. (1990). Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 months. *Development Psychology*, 26, 15-23.

Cooper, P. & Murray, L. (1995). The course and recurrence of postnatal depression: Evidence for the specicity of the diagnostic concept. *British Journal of Psychiatry*, 166, 191-195.

Corbella, S. e Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19, 205-221.

Dunkle, J. H. y Friedlander, M. L. (1996). Contribution of therapist experience and personal characteristics to the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 43 (4), 456-60.

- Field, T. (1984). Early interactions between infants and their postpartum depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 7, 527-532.
- Field, T., Sandberg, D., Garcia, R., Vega-Lahr, N., Goldstein, S., & Guy, L. (1985). Pregnancy problems, postpartum depression and early mother-infant interactions. *Development Psychology*, 21, 1152-1156.
- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., Perry, S., Bendell, D., Schanberg, S., Zimmerman, E A., E Kunh, C. (1988). Infants of depressed mothers show “depressed” behavior even with non-depressed adults. *Child Development*, 59, 1569-1579.
- Gaston, L., Marmar, C. R., Gallagher, D. y Thompson, L. W. (1989). Impact of confirming patient expectations of changes process in behaviorl, cognitive, and brief dynamic psychotherapy. *Psychotherapy*, 26 (3), 296-302.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13, 155-244.
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalysis Quarterly*, 34, 155-181.
- Hersoug, A. G., Hoglend, P., Monsen, J. T. y Havik, O. E. (2001). Quality of working alliance in psychotherapy: Therapist variables and patient/therapist similarity as predictors. *Journal of Psychotherapy Practice and research*, 10 (4), 205-216.
- Horvath, A. O. Y Luborsky, L. (1993). The role of the terapheutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (4), 561-573.
- Horvath, A. O. y Symonds, B. D. Relation between alliance and outcomes in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*. 1991; 38, 139-149.

Klaus, M. H., Kennel, J. H. & Klaus, P. (2000). Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência; Porto Alegre: Artes Médicas.

Kokotovic, A. M. y Tracey, T. J. (1990). Working alliance in the early phase of counseling. *Journal of counseling psychology*, 37, 16-21.

Krupnick J. L., Sotsky S. M., Simmens S., Moyer J., Elkin I., Watkins J. e Pilkonis P. A. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacological outcome: findings in the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *J Consult Clin Psych*, 64(3): 532-539.

Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Alexander, L., Margolis, M. y Cohen, M. (1983). Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: A coding system vs. a global rating method. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171 (8), 480-491.

Luborsky, L. (1994). Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: Factors explaining the predictive success. En AO. Horvat y LS. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice*. New York: Wiley, pp. 38-50

Luborsky, L. A. (2000). Pattern-setting therapeutic alliance study revisited. *Psychotherapy research*, 1, 17-29.

Mallinckrodt, B. (1991). Clients representations of childhood emotional bonds with parents, social support and formation of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 38 (4), 401-409.

Mallinckrodt, B. y Nelson, M. L. (1991). Counselor training level and the formation of the psychotherapeutic working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 38 (2), 133-138.

Miller L. J. (2002). Postpartum Depression. *Jama*, 287 (6): 762-765.

Moraes, I.G.S, Pinheiro, R.T., Da Silva, R.A., Horta, B.L., Souza, P.L.R. e Faria, A.D.(2006). Prevalence of postpartum depression and associated factors. *Revista*

de Saúde Pública, 40 (1), 1-6.

O'Hara, F. (1997). The nature of postpartum depression. Em Cooper, P. & Murray, L.

Postpartum depression and child development (pp. 3-31). New York: Guilford.

O'Hara MW., Stuart S., Gorman LL. e Wenzel A. (2000). Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry*, 57: 1039-1045.

Pickens, J., & Field, T. (1993). Facial expressivity in infants of depressed mothers. *Development Psychology*, 29, 986-988.

Reading, R. & Reynolds, S. (2001). Debt, social disadvantage and maternal depression. *Social Science & Medicine*, 53, 441-453.

Schmidt, EB., Piccoloto, NM. e Müller, MC. (2005) Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF*, v. 10, n. 1, p. 61-68.

Saltzman, C., Leutger, M. J., Roth, C. H., Creaser, J., & Horwad, L. (1976). Formation of a therapeutic relationship: Experiences during the initial phase of psychotherapy as predictors of treatment duration and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 546-555.

Schwengber, D. e Piccinini CA. (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de psicologia*, 8(3), 403-411.

Tang T. Z., DeRubeis R. J. (1999). Reconsidering rapid early response in cognitive behavioral therapy for depression. *Clin Psych Sci Pract*, 6:283-288.

Souza, C. A., Burtet, C. M. & Busnello, E. A. (1997). A gravidez como condição de saúde mental e de doença psiquiátrica. *Revista Científica Maternidade, Infância e Ginecologia*, 17(1), 38-47.

Zinga D., Phillips S. D. e Born L. (2005). Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? *Rev. Brás. Psiquiatria*, 27 (Supl II): s56-64.

Zuroff, D. C. e Blatt, S. J. (2006). The Therapeutic Relationship in the Brief Treatment of Depression: Contributions to Clinical Improvement and Enhanced Adaptive Capacities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 74, No. 1, 130–140.

ALIANÇA TERAPÊUTICA E DEPRESSÃO PÓS-PARTO:
SEGUIMENTO AOS SEIS MESES PÓS PSICOTERAPIA
COGNITIVA BREVE

THERAPEUTIC ALLIANCE AND POSTPARTUM DEPRESSION:
FOLLOW-UP TO SIX MONTHS AFTER BRIEF COGNITIVE
PSYCHOTHERAPY

RENATA MENDES MUENZER

Universidade Católica de Pelotas

Mestrado em Saúde e Comportamento

Rua: Almirante Barroso 1202 sala G 109

96010-208 - Pelotas-RS

e-mail: remuenzer@via-rs.net

RESUMO

Objetivo: Verificar se aliança terapêutica ao final do tratamento é capaz de predizer a efetividade da psicoterapia de fundamentação cognitivista após seis meses do término da intervenção em mulheres deprimidas no pós-parto.

Método: Estudo de seguimento de ensaio clínico em mulheres deprimidas no pós-parto. No ensaio foram incluídas 60 mulheres que foram avaliadas na última sessão psicoterápica pelo *Beck Depression Inventory* (BDI) e *Working Alliance Inventory* (WAI). Os terapeutas também responderam ao WAI neste momento. Após seis meses o BDI foi re-aplicado às clientes.

Resultados: A aliança terapêutica quando avaliada pelo cliente não foi preditora da efetividade do tratamento após seis meses pós-psicoterapia (WAI total; $p=0,71$). Quando avaliada pelo terapeuta, a aliança alta foi preditora de uma piora dos sintomas depressivos das mães no período pós-tratamento (WAI total; $p=0,003$). *Conclusão:* A percepção do terapeuta de uma elevada aliança com seu cliente foi capaz de predizer uma piora da sintomatologia depressiva das mães após seis meses da intervenção.

Palavras-Chave: depressão pós-parto, aliança terapêutica, terapia cognitiva, acompanhamento pós-tratamento.

ABSTRACT

Purpose: To verify if therapeutic alliance in the end of the treatment is able to predict the effectiveness of cognitive psychotherapy approach within a six months period after the end of intervention with depressive postpartum mothers.

Method: Clinical trial proceeding study with depressive postpartum women. This study included 60 women that were evaluated in the last session with the *Beck Depression Inventory* (BDI) and the *Working Alliance Inventory* (WAI). The therapists have also answered to the WAI Inventory. After six months the BDI was re-applied to the clients.

Results: The therapeutic alliance when evaluated by the client was not able to predict the treatment effectiveness six months after the therapy (WAI total; $p=0,71$). On the contrary, when evaluated by the therapist, an elevated alliance was able to predict a worsening on depressive symptoms of the mothers in the period after the treatment (WAI total; $p=0,003$).

Conclusion: The therapist's perception of an elevated alliance with his client was able to predict a worsening on depressive symptoms of the mothers six months after intervention.

Key-words: depression postpartum, therapeutic alliance, cognitive therapy, follow-up.

INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho vem sendo considerado um evento propício ao surgimento de problemas emocionais nos pais, como depressões, psicoses pós-parto e manifestações psicossomáticas (Klaus *et al*, 2000; Maldonado, 1990; Szejer & Stewart, 1997). Para Stern (1997) com a chegada do bebê, a nova mãe percebe-se diante de uma reelaboração de esquemas a respeito de si mesma, os quais englobam todos os aspectos do seu ser. A reavaliação de sua identidade, sob essa ótica, pode ser acompanhada de um sentimento de perda subjacente ao sentimento de ganhos com a maternidade, o qual pode estar relacionado à presença de sintomas depressivos.

Dentre os eventuais transtornos emocionais do pós-parto, pode-se destacar três tipos: a melancolia da maternidade (baby blue) que se caracteriza por um curto período de emoções voláteis, que comumente ocorre entre o segundo e quinto dia após o parto, tendo geralmente remissão espontânea (O'Hara, 1997; Souza *et al*, 1997). As psicoses puerperais se manifestam através de sintomas intensos, incluindo pensamentos delirantes a respeito do bebê, relacionados a um risco significativamente aumentado de danos ao mesmo (O'Hara, 1997). E a depressão pós-parto (DPP), que é um transtorno depressivo que ocorre tipicamente entre a quarta e oitava semanas após o nascimento do bebê (Cooper & Murray, 1995; Klaus *et al*, 2000), atingindo sua maior intensidade durante os primeiros seis meses (Morales *et al*, 2006), e tem como sintomas: irritabilidade, choro freqüente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, alterações alimentares e do sono, sensações de ser incapaz de lidar com as novas situações e queixas psicossomáticas (Klaus *et al*, 2000).

A maioria dos estudos refere que a DPP atinge de 10% a 15% das mulheres (Beck, 2001; Hanna *et al*, 2004; Righetti *et al*, 2003), em um estudo realizado na cidade de São

Paulo encontrou-se uma prevalência de 15,9% (Faisal-Cury *et al*, 2003) em outro, realizado na cidade de Pelotas, a prevalência encontrada foi de 19,1% (Moraes *et al*, 2006).

Sabe-se que a DPP está associada a prejuízos no desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança (Schmidt *et al*, 2005), além de causar intenso sofrimento para as mães e prejuízos na relação familiar (Schwengber & Piccinini 2003). Conseqüências desta depressão pode se estender para além da própria infância, tendo-se em vista que as relações com os primeiros cuidadores servem como modelo para futuras relações (Bowlby, 1989).

Porém, encontra-se na literatura vários tipos de tratamento para a DPP. Em uma revisão de Chabrol e Callahan (2007) a medicação antidepressiva foi referida como tendo pouca aceitação quando prescrita porque há perda da libido e ganho de peso das mães, e também há uma preocupação da medicação passar para o leite materno e conseqüentemente para o bebê. Em um estudo de Weissman *et al*, (2004) sintomas associados com altos níveis sanguíneos de fluoxetina em bebês foi relatado: aumento do choro, vômitos, diarreia, cólica e diminuição do sono. Contudo, para mães com sinais de depressão grave incluindo mudança no sono e de apetite, pobre concentração ou mudança psicomotora; antidepressivos são indicados (Diket & Nolan, 1997).

Aliança terapêutica tem sido identificada como um fator crucial para o processo de mudança através de diversas formas de psicoterapias, incluindo psicoterapias cognitivo-comportamentais (Arnkoff, 1995). Mas, embora haja evidências destas terapias que são efetivas no tratamento para depressão, o grau de melhora varia consideravelmente entre clientes (Dobson, 1989; Scott, 1996).

O conceito de aliança terapêutica usado neste estudo foi o de Bordin (1979) que a definiu como uma vinculação e colaboração entre cliente e terapeuta e identificou três componentes que a configuram: 1) acordo entre cliente e terapeuta a respeito dos objetivos

do tratamento; 2) acordo entre cliente e terapeuta a respeito de como executar as tarefas para chegar aos objetivos; e 3) o desenvolvimento do vínculo pessoal entre cliente e terapeuta.

Embora se saiba que aliança terapêutica positiva é um bom preditor de mudança em psicoterapias (Horvath & Symond, 1991), este estudo preocupou-se com o seguimento aos seis meses pós-psicoterapia cognitiva breve. Porém, há poucos estudos que avaliam a mudança de escores dos sintomas depressivos após o término do tratamento.

Encontrou-se na literatura um estudo clínico randomizado com pacientes com depressão maior que avaliou a relação terapêutica positiva inicial do paciente no acompanhamento pós-psicoterapia, e este refere que pacientes com uma relação terapêutica inicial positiva relataram menos desajustamentos no final do acompanhamento de 18 meses, entretanto, quando se avaliou somente a sintomatologia depressiva, não houve diferença estatística (Zuroff & Blatt, 2006).

Visto isto, o nosso objetivo é verificar se aliança terapêutica ao final do tratamento é capaz de prever a efetividade da psicoterapia de fundamentação cognitivista após seis meses do término da intervenção em mulheres deprimidas no pós-parto.

MÉTODO

AMOSTRA

O presente estudo faz parte de um Ensaio Clínico Randomizado, realizado na cidade de Pelotas, interior do Sul do Brasil, durante o período de março de 2004 a março de 2007. Este estudo teve como objetivo avaliar a efetividade no tratamento da depressão pós-parto em modelos psicoterapêuticos breves e manualizados de psicoterapia de fundamentação cognitivista.

Foram selecionadas para participar do estudo, mulheres acima de 18 anos, no período entre 30 e 60 dias após o parto, residentes na zona urbana de Pelotas, que foram identificadas como tendo um indicativo de depressão leve ou moderado.

A captação da amostra foi feita no Hospital Universitário São Francisco de Paula (HUSFP), em Postos de Saúde Municipais ambos da cidade de Pelotas, bem como procura da população geral. As entrevistas de triagem eram, prioritariamente, realizadas na Clínica Psicológica da UCPel após 4 semanas do parto. Mães que assim desejassem eram submetidas à triagem nos domicílios.

Aquelas mães que apresentaram indicativo de depressão leve ou moderado e preencheram os critérios de inclusão, foram informadas da natureza do estudo e foi oferecido tratamento psicoterápico. Porém, aquelas que apresentaram indicativo de depressão grave e/ou risco de suicídio, foram encaminhadas para o psiquiatra da nossa equipe.

As mães no pós-parto que aceitaram participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido que continha todas as informações necessárias.

O projeto deste estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas.

A equipe desta pesquisa foi treinada em ambas as atividades: aplicação de questionários e no modelo de psicoterapia, sendo que as psicoterapeutas eram estagiárias do curso de Psicologia da Universidade Católica de Pelotas (UCPel) e sem experiência clínica anterior.

INSTRUMENTOS

O instrumento utilizado para avaliar o indicativo de depressão pós-parto foi a Escala de Depressão de Beck (BDI). Este instrumento foi desenvolvido para avaliar a presença e a

intensidade dos sintomas depressivos. É uma escala com 21 itens, cada um com quatro alternativas, subentendendo graus crescentes de gravidade de depressão, com escores de 0 a 3 e foi validado para o Brasil por Cunha, 1999. Gayanes *et al*, (2005) e Magalhães *et al*, (2007), referem que o BDI tem sido usado como instrumento e que possui boas características psicométricas na mensuração do indicativo de depressão no período pós-parto.

Para avaliar a aliança terapêutica foi usado o Working Alliance Inventory (WAI) utilizando as versões para o terapeuta (WAI-T) e para o cliente (WAI-C). Ele é um questionário auto-aplicado com 36 itens e tem 3 subescalas baseadas na conceitualização teórica multidimensional de Bordin (1979):

- Objetivo: mede a proporção com que o cliente e terapeuta concordam com os objetivos (resultados), que é o alvo da intervenção;
- Tarefa: são ações e pensamentos que fazem parte do processo terapêutico. Em uma relação que funciona bem, ambas as partes devem perceber esta tarefa como relevante e eficaz.
- Vínculo: avalia o trabalho de vinculação pessoal positiva entre cliente e terapeuta que inclui questões como confiança mútua, aceitação e confiança.

Cada subescala possui 12 itens e é pontuada com uma escala do tipo Likert de 7 pontos onde o 1 é nunca e o 7 é sempre. A pontuação pode ser de 12 a 84 em cada constructo e pode também obter-se uma pontuação total, onde será de 36 a 252 pontos. Para Hanson *et al*, (2002) a pontuação mais alta reflete uma avaliação positiva da aliança terapêutica.

O WAI é um instrumento que foi desenvolvido por Horvath e Greenberg, 1989 e adaptado para o português por Machado e Abreu, 1996. Nesta versão ele possui alpha de cronbach de 0.95 para a escala total, 0.80 para objetivo, 0.93 para a tarefa e 0.87 para vínculo.

Este instrumento foi escolhido porque é auto-aplicado e pode ser facilmente administrado por: cliente e terapeuta; por ser familiar nas pesquisas de processos psicoterápicos e também porque está adaptado para o português, como citado acima.

PROCEDIMENTOS

O BDI foi aplicado nas mulheres no momento da triagem para avaliar indicativo de depressão leve a moderado; no final do tratamento e ao final de seis meses pós-psicoterapia, com a finalidade de detectar possível mudança nos escores. Este instrumento foi utilizado nas mulheres que completaram todo o tratamento e também naquelas mulheres que não completaram o programa de intervenção psicoterápico e mesmo assim aceitaram sofrer a avaliação após seis meses. O ponto de corte utilizado foi 12 (Gorenstein & Andrade, 1996).

O WAI foi utilizado nas versões cliente (WAI-C) e terapeuta (WAI-T), nas sessões 1, 4 e 7 durante o processo de tratamento, cliente e terapeuta respondiam seu respectivo questionário individualmente e logo era colocado dentro de um envelope pardo que permanecia fechado.

As entrevistadoras eram mantidas sem informação a respeito do tipo de tratamento oferecido as pacientes e as psicoterapeutas eram mantidas cegas em relação à pontuação no questionário. A supervisão com as terapeutas e entrevistadoras era semanal e realizada separadamente por coordenadores da pesquisa.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados coletados foram codificados e transcritos dentro do programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) do *Windows* (Norusis, 1993).

A análise univariada foi realizada para caracterizar a distribuição da amostra, e como o estudo não teve por objetivo avaliar a eficácia das psicoterapias, os sintomas depressivos após seis meses de psicoterapia cognitiva foram avaliados conjuntamente.

Na análise bivariada o teste do Qui-quadrado foi usado para examinar a associação entre variáveis independentes (idade, nível econômico, presença do pai do bebê, gravidez desejada e sintomas depressivos ao final do tratamento) e medidas de aliança terapêutica dividida pela mediana em baixa e alta. O teste não-paramétrico Wilcoxon foi usado para comparar a variável dependente, BDI ao final da intervenção e aos seis meses após o término desta. O teste não-paramétrico Mann-Whitney foi usado para comparar grupos de clientes e terapeutas com aliança terapêutica baixa e alta e a pontuação da sintomatologia depressiva do cliente após seis meses do final do tratamento, também dividido pela mediana em baixa e alta. Foi usado o intervalo de confiança de 95% e os resultados foram considerados significativos quando p valor foi $\leq 0,05$.

RESULTADOS

Foram selecionadas 60 mulheres, a média de idade entre elas foi de 26,97 (DP \pm 6,78), o nível econômico predominante foi o nível C (47,3%), 69,5% viviam com o pai do bebê, somente 28,3% planejaram a gestação e 96,7% fizeram pré-natal. A duração da psicoterapia teve uma mediana de 39 dias, para as mulheres que completaram o tratamento (n=49). Então, 49 mães completaram todo o tratamento de psicoterapia (81,6%) e 11 o abandonaram (18,4%). Entretanto, para a população analisada por intenção de tratar, ou

seja, aquelas mulheres que não terminaram o tratamento e mesmo assim, após seis meses aceitaram sofrer nova avaliação, a amostra ficou em 52 mulheres (86,6%). Ver figura 1.

A efetividade do tratamento considerando o escore do BDI proposto (> 12 pontos) ao término do tratamento foi de 67,34% e aos seis meses 57,7%. A diferença não foi significativa.

Em relação à escala do BDI no final e após seis meses de tratamento, as mulheres que responderam o instrumento ao final do tratamento obtiveram uma pontuação média de 11,8 (mínimo = zero; máximo = 39) e as mulheres que responderam 6 meses pós-tratamento obtiveram uma pontuação média de 14,46 (mínimo = 1; máximo = 43). Apesar da média ter aumentado entre os dois momentos, a diferença não foi significativa.

Média e desvio padrão (DP) dos três domínios e do total do WAI, do cliente e do terapeuta, foram mensurados na sétima sessão de psicoterapia: para o cliente, no domínio *Objetivo* a média foi 69,6 (DP \pm 8,8), na *Tarefa* a média foi 75,2 (DP \pm 9,6), no *Vínculo* a média foi 75,8 (DP \pm 10,1) e no *Total* a média foi de 220,6 (DP \pm 25,5). Para o terapeuta, no domínio *Objetivo* a média foi 71,0 (DP \pm 8,2), na *Tarefa* a média foi 78,8 (DP \pm 6,6), no *Vínculo* a média foi 81,06 (DP \pm 4,5) e no *Total* a média foi 230,9 (DP \pm 17,1). Estes dados podem ser observados na Tabela 1.

A aliança terapêutica alta do cliente esteve associada com a presença do pai do bebê, representando que as mães que tinham seus companheiros presentes tiveram uma melhor aliança no domínio objetivo ($p=0,02$) e no total ($p=0,03$). A aliança terapêutica do terapeuta não esteve associada as demais variáveis mensuradas na etapa da intervenção ($p>0,05$). Estes dados podem ser observados nas tabelas 2 e 3 respectivamente.

Para avaliar o impacto da aliança terapêutica (WAI-C e WAI-T) na última sessão de psicoterapia e possíveis mudanças na sintomatologia depressiva após seis meses do

tratamento dividiu-se pela mediana dois grupos de clientes, os que tinham escores do BDI de seis meses baixo e os que tinham escores alto. Na avaliação do WAI-C não houve resultados estatisticamente significativos ($p > 0,05$), onde aliança terapêutica baixa ou alta ao final do tratamento não prediz a efetividade do mesmo em relação aos sintomas depressivos dessas mulheres. E na avaliação do WAI-T encontraram-se diferenças estatisticamente significativas nos domínios vínculo ($p = 0,05$) e objetivo ($p = 0,03$) e no total ($p = 0,003$), onde aliança terapêutica alta ao final do tratamento é preditora de uma piora da sintomatologia depressiva aos 6 meses pós-terapia (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Em diversos estudos a aliança terapêutica tem sido correlacionada positivamente com uma ampla extensão de resultados em psicoterapia e, de um modo geral, parece ser um forte preditor de mudanças no cliente (Horvath & Symonds, 1991; Martin *et al*, 2000). Dentro da orientação de psicoterapia Cognitivo-Comportamental a aliança tem tido reconhecida importância, pois é vista como um meio de promover expectativas positivas, facilitando a influência do terapeuta (Goldfried & Davison, 1976).

Para tanto, o objetivo da pesquisa foi saber se aliança terapêutica alta ao final do tratamento seria preditora da efetividade deste após seis meses do seu término, o que não se confirmou, portanto, a hipótese de que aliança terapêutica alta ao final do tratamento teria um impacto positivo nos sintomas depressivos das mães aos seis meses pós-terapia cognitiva, foi rejeitada.

A partir dos resultados obtidos neste estudo, de acordo com a avaliação da aliança terapêutica do cliente não apresentou nível de significância em relação aos sintomas depressivos avaliados após seis meses do término da psicoterapia. Indicando que quando os

clientes tinham aliança baixa ou alta no momento final da psicoterapia, não houve influência nos sintomas depressivos das mães após seis meses do final do tratamento.

Apesar da literatura ser escassa, Zuroff e Blatt (2006) encontraram em uma amostra de pacientes deprimidos que alta qualidade da relação terapêutica percebida pelo paciente, no processo de tratamento inicial, foi preditora de melhores resultados e menos desajustamentos no final do acompanhamento de 18 meses, entretanto, quando se avaliou somente a sintomatologia depressiva, não houve diferença estatística. Stiles e Agnew-Davies (1998) estudaram uma população com diagnóstico de depressão e encontraram que a correlação da escala da aliança com medidas de ganho (dentre eles, a sintomatologia depressiva) no final do tratamento tende a ser mais fortes do que a correlação correspondente com medidas de ganho na avaliação do follow-up. Porém, não se encontrou estudo que avaliasse a percepção da aliança, tanto do cliente quanto do terapeuta, no final do tratamento em relação ao follow-up em pacientes deprimidos.

Lambert e Hill (1994) referem que eventos de vida positivos ou negativos no intervalo do pós-tratamento podem ter acrescentado variáveis externas para avaliação da pontuação do follow-up, assim, reduzindo a correlação aliança-resultado, o que se pode aventar como uma possibilidade para este estudo, já que não se usou nenhum instrumento para controlar esta variável. Cabe ressaltar que nenhum artigo foi encontrado com a população deste estudo, ou seja, mulheres no período até seis meses após o nascimento de seu filho.

Na revisão de literatura encontrou-se divergência entre autores a respeito da percepção do cliente e do terapeuta em relação à aliança, se há alguma que seja mais intimamente correlacionada com resultados de tratamento? Horvath e Symonds (1991) fizeram uma metanálise com 24 estudos e concluíram que, no geral, a qualidade da aliança

terapêutica foi mais preditiva de resultado de tratamento quando baseada na avaliação dos clientes do que na avaliação dos terapeutas. Luborsky (1994) também argumentou a favor de que a visão do cliente prediz melhor os resultados da terapia do que a visão do terapeuta, apesar de ressaltar que nem todos os estudos mostram esta tendência. Em contrapartida, alguns autores tem argumentado que a avaliação do terapeuta é potencialmente superior preditora de resultados (Kolb *et al*, 1985; Sandell Sachs, 1983; Windholz & Silberschatz, 1988).

Uma metanálise, com 79 estudos, avaliou aliança terapêutica do cliente, terapeuta e observador e concluiu que, embora a avaliação do terapeuta pareça ser menos consistente do que a do paciente e observador, está dentro da taxa aceitável. Com base neste estudo, os autores referem que clientes tendem a ver a aliança como estável, avaliando mais consistentemente, enquanto terapeuta e observador tendem a indicar maior mudança durante o tempo do tratamento. Concluindo então, que é mais provável que pacientes vejam a aliança como positiva no final se sua avaliação inicial foi positiva (Martin *et al*, 2000).

Quando se avaliou a aliança terapêutica do terapeuta em aliança baixa ou alta, na última sessão de psicoterapia do presente estudo, encontrou-se que aliança terapêutica alta neste momento prediz uma piora da sintomatologia depressiva aos 6 meses pós-psicoterapia. A partir deste resultado, pode-se levantar a hipótese que terapeutas possuem uma visão diferenciada do processo terapêutico e, que por estarem bem vinculados a determinados clientes, entendiam que para estes o tratamento não poderia acabar naquele momento.

Horvath e Symonds (1991) referem que terapeutas os quais superestimam o poder de sua aliança provavelmente terão resultados pobres. Então, se pode pensar que o terapeuta que superestimou o poder de sua aliança ao final da psicoterapia, poderá prever, para seu cliente, um mau prognóstico após seis meses do tratamento?

Os mesmos autores mencionam que há propósitos comuns entre terapeuta e cliente, entretanto, eles podem divergir em relação a seus objetivos de curto, médio e longo prazo. Pois os clientes procuram alívio rápido para os sintomas que o levaram a tratamento, enquanto os terapeutas percebem o tratamento como um processo, que nem sempre trará alívio imediato do seu sofrimento.

Quando pensamos em experiência clínica do terapeuta e avaliação da aliança terapêutica do paciente, estudos se contrapõe. Em uma revisão de 12 estudos, uma relação positiva pequena entre a experiência do terapeuta e a qualidade da relação terapêutica inicial no tratamento, foi encontrada. Já em estudos mais recentes, o nível da experiência do terapeuta não foi encontrado ser preditivo na avaliação da aliança do paciente (Dunkle & Friedlander, 1996). No estudo em questão as terapeutas não tinham experiência clínica, porém, eram acompanhadas semanalmente com supervisões dos casos além de terem passado por treinamento antes do início do tratamento, o que se acredita ter sido fundamental para o processo terapêutico.

Corbella e Botella (2003) referem em seu artigo que se tem estudado a influência da aliança nos resultados de psicoterapia em tratamentos que vão de 4 a 50 sessões e parece ser que a duração da terapia não afeta esta relação. Para Horvath e Symonds (1991) a relação entre a aliança terapêutica e a mudança da sintomatologia aumenta com a duração da psicoterapia. Pensando assim, pode-se fazer a hipótese que o tratamento oferecido neste estudo, na percepção do terapeuta, para alguns pacientes foi insuficiente.

Wierzabicki e Pekarik (1993) em sua metanálise conduzida por 125 estudos (1974-1990) encontraram que a média de abandono de tratamento foi avaliada em aproximadamente 50%. Número alto, quando comparado às perdas do referido estudo, que foi de 18,4%. Atribui-se a este valor a disponibilidade de horários das terapeutas,

fornecimento de meios de transporte e assistência ao bebê e/ou a outros filhos durante o período da sessão de tratamento.

Alguma das limitações deste estudo pode estar no tamanho da amostra, que pode ter ficado aquém do necessário para se ter dados mais robustos em relação aos sintomas das mães no período pós-tratamento e aliança terapêutica. Além do estudo não ter contemplado avaliação das co-morbidades psiquiátricas comuns à depressão e avaliação de fatores estressantes na vida destas mulheres, no período que compreendia o final do tratamento e os seis meses após o término deste.

A compreensão que a terapêutica não se reduz a índices que indicam presença ou ausência de sintomas faz com que se prossiga na busca de variáveis de processo como a aliança terapêutica. A busca do entendimento dos fatores que contribuem, durante as intervenções, para minimizar as alterações sintomatológicas ao longo do tempo deve ser ampliada para que seja possível alcançar uma maior efetividade terapêutica, trazendo benefícios para estas mães e suas famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arnkoff, D.B. (1995). Two examples of strains in the therapeutic alliance in an integrative cognitive therapy. In *Session- Psychotherapy in Practice*. 1(1), 33-46.

Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nurse Research*. 50(5), 275-285.

Bowlby, J. (1989). Uma base segura-aplicações clínicas da teoria do apego. (S.M. Barros, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1988).

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 16(3), 252-260.

- Chabrol, H., Callahan, S. (2007). Prevention and treatment of postnatal depression. *Expert Rev. Neurotherapeutics*. 7 (5):557-76.
- Cooper, P. & Murray, L. (1995). The course and recurrence of postnatal depression: Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *British Journal of Psychiatry*. 166, 191-195.
- Corbella, S. & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*. 19, 205-221.
- Diket, AL. & Nolan, TE. (1997). Anxiety and depression: diagnosis e treatment during pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 24:535-558.
- Dobson, K. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 57, 414-419.
- Dunkle, JH., & Friedlander, ML. (1996). Contribution of therapist experience and personal characteristics to the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*. 43:456-460.
- Faisal-Cury, A., Tedesco, J., Kahhale, S., Menezes, PR., & Zugaib, M. Postpartum depression: In relation to life events and patterns of coping. (2003) *Archive of Woman Mental Health*. 7(2), 123-131.
- Gayanes, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S. et al. (2005). Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid Rep Technol Assess*. (119): 1-8.
- Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). Relation between alliance and outcomes in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*. 38, 139-149.
- Goldfried, M. R. & Davison, G. C. (1976). *Clinical behavior therapy*. New York: olt Rinehart & Winston.

Gorestein, C. & Andrade, L. (1996). Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*. 29:453-457.

Hanna, B., Jarman, H. & Savage, S. (2004). The clinical application of three screening tools for recognizing post-partum depression. *International Journal of Nursing Practice*. 10(2), 72-79.

Horvath, A. O. & Grennberg, L. S. (1989). Development and validation of the working alliance inventory. 36(2), 223-233.

Kolb, D. L., Beutler, L. E., Davis, C. S., Crago, M. & Shanfield, S. (1985). Patient and therapy process variables relating to dropout and change in psychotherapy. *Psychotherapy*. 22, 702-710.

Klaus, M. H., Kennel, J. H. & Klaus, P. (2000). Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas.

Lambert, M. J. & Hill, C. E. (1994). Assessing psychotherapy outcomes and processes. In A. E. Bergin and S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 72-113). New York: Wiley.

Luborsky, L. (1994). Therapeutic Alliances as Predictors of Psychoterapy Outcomes: Factors Explaining the Predictive Success. Em Horvath, AO. e Grennberg, L. (Orgs.) *The Working alliance: Theory, Research, and Practice*. (pp. 39 50) Nova York, EUA: John Wiley e Sons, Inc.

Magalhães, P., Pinheiro, R., Horta, B., Pinheiro, K. & Da Silva, R. (2007). Validity of the Beck Depression Inventory in the postpartum period. *Interantional Journal of Psychiatry in Clinical Practice*,11 (00): 0-00.

Maldonado, M. T. (1990). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. Petrópolis: Vozes.

- Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, 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.
- Moraes, L. G. S., Pinheiro, R. T., Da Silva, R. A., Horta, B. L., Souza, P. L. R. & Faria, A. D. (2006). Prevalence of postpartum depression and associated factors. *Revista de saúde Pública*. 40(1), 1-6.
- Norusis, M. J. (1993). *SPSS for Windows. Professional Statistics. Release 6.0*. Chicago.
- O'Hara, F. (1997). The nature of postpartum depression. Em Cooper, P. & Murray, L. *Postpartum depression and child development* (pp. 3-31). New York: Guilford.
- O'Hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L. & Wenzel, A. (2000). Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry*. 57: 1039-1045.
- Righetti, V. M., Bousquet, A. & Manzano, J. (2003). Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old-infant. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 12(2), 75-83.
- Scott, J. (1996). Cognitive therapy for affective disorders: A review. *Journal of Affective Disorders*. 37, 1-11.
- Weissman, A. M., Levy, B. T., Hartz, A. J., *et al.* (2004). Pooled analysis of antidepressant levels in lactating mothers, breast milk, and nursing infants. *Am. J. Psychiatry*. 161 (6), 1066-1078 .
- Sandell Sachs, J. (1983). Negative factors in brief psychotherapy: An empirical assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 51, 557-564.
- Schmidt, E. B., Piccoloto, N. M. & Müller, M. C. (2005). Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF*, v. 10, n. 1, p. 61-68.

Schwengber, D. & Piccinini C. A. (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de psicologia*.8(3), 403-411.

Souza, C. A., Burtet, C. M. & Busnello, E. A. (1997). A gravidez como condição de saúde mental e de doença psiquiátrica. *Revista Científica Maternidade, Infância e Ginecologia*. 17(1), 38-47.

Stern, D. N. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. 1997; Porto Alegre: Artes Médicas.

Stiles, W. B., Agnew-Davies, R. (1998). Relations of the Alliance With Psychotherapy Outcome: Findings in the Second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Copyright 1998 by the American Psychological Association, Inc. 1998, Vol. 66, No, 5, 791-802.

Szejer, M., Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Windholz, M. J. & Silberschatz, G. (1988). Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A replication with adult outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.56, 56-60.

Wierzbicki, M., Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*. 24, 190-195.

Zuroff, D. C., Blatt, S. J. (2006). The Therapeutic Relationship in the Brief Treatment of Depression: Contributions to Clinical Improvement and Enhanced Adaptive Capacities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 74, No. 1, 130–140.

Tabela 1. Média do escore da aliança terapêutica conforme cliente e terapeuta no final do tratamento.

WAI	Paciente Média (DP)	Terapeuta Média (DP)
Objetivo	69,61 (8,8)	71,00 (8,2)
Tarefa	75,20 (9,6)	78,82 (6,6)
Vínculo	75,82 (10,1)	81,06 (4,5)
Total	220,6 (25,5)	230,9 (17,1)

Tabela 2. Aliança terapêutica e variáveis independentes referentes ao cliente no final do tratamento.

	VINCULO			OBJETIVO			TAREFA			TOTAL		
	baixo	alto	p*	baixo	alto	p*	baixo	alto	p*	baixo	alto	p*
PACIENTE												
Idade			1,00			0,25			0,56			0,39
18 a 24 anos	47,6%	52,4%		33,3%	66,7%		38,1%	61,9%		38,1%	61,9%	
25 a 41 anos	50,0%	50,0%		53,6%	46,4%		50,0%	50,0%		53,6%	46,4%	
Nível econômico			0,57			1,00			0,26			0,78
baixo	54,5%	45,5%		45,5%	54,5%		54,5%	45,5%		50,0%	50,0%	
alto	44,4%	55,6%		44,4%	55,6%		37,0%	63,0%		44,4%	55,6%	
Pai do bebê			0,12			0,02*			0,06			0,03*
presente	41,2%	58,8%		29,4%	70,6%		35,3%	64,7%		35,3%	64,7%	
ausente	66,7%	33,3%		80,0%	20,0%		66,7%	33,3%		73,3%	26,7%	
Gravidez desejada			0,95			0,43			0,43			0,77
sim	46,2%	53,8%		38,5%	61,5%		38,5%	61,5%		46,2%	53,8%	
não	51,5%	48,5%		45,5%	54,5%		45,5%	45,5%		45,5%	54,5%	
BDI			0,58			0,25			0,39			0,77
baixo	43,5%	56,5%		34,8%	65,2%		52,2%	47,8%		43,5%	56,5%	
alto	53,8%	46,2%		53,8%	46,2%		38,5%	61,5%		50,0%	50,0%	

* Qui-quadrado

Tabela 3. Aliança terapêutica e variáveis independentes referentes ao terapeuta no final do tratamento.

	VINCULO			OBJETIVO			TAREFA			TOTAL		
	baixo	alto	p*	baixo	alto	p*	baixo	alto	p*	baixo	alto	p*
TERAPEUTA												
Idade			0,78			0,15			1,00			0,25
18 a 24 anos	38,1%	61,9%		33,3%	66,7%		42,9%	57,1%		38,1%	61,9%	
25 a 41 anos	42,9%	57,1%		57,1%	42,9%		46,4%	53,6%		57,1%	42,9%	
Nível econômico			1,00			0,78			1,00			0,58
baixo	40,9%	59,1%		50,0%	50,0%		45,5%	54,4%		54,5%	45,5%	
alto	40,7%	59,3%		44,4%	55,6%		44,4%	55,6%		44,4%	55,6%	
Pai do bebê			0,75			0,75			1,00			0,77
presente	38,2%	61,8%		44,1%	55,9%		44,1%	55,9%		47,1%	52,9%	
ausente	46,7%	53,3%		53,3%	46,7%		46,7%	53,3%		53,3%	46,7%	
Gravidez desejada			0,97			0,71			0,18			0,25
sim	38,5%	61,5%		46,2%	53,8%		30,8%	69,2%		46,5%	53,8%	
não	42,4%	57,6%		45,5%	54,5%		48,5%	51,5%		48,5%	51,5%	
BDI			0,24			0,39			0,25			0,25
baixo	30,4%	69,6%		39,1%	60,9%		34,8%	65,2%		39,1%	60,9%	
alto	50,0%	50,0%		53,8%	46,2%		53,8%	46,2%		57,7%	42,3%	

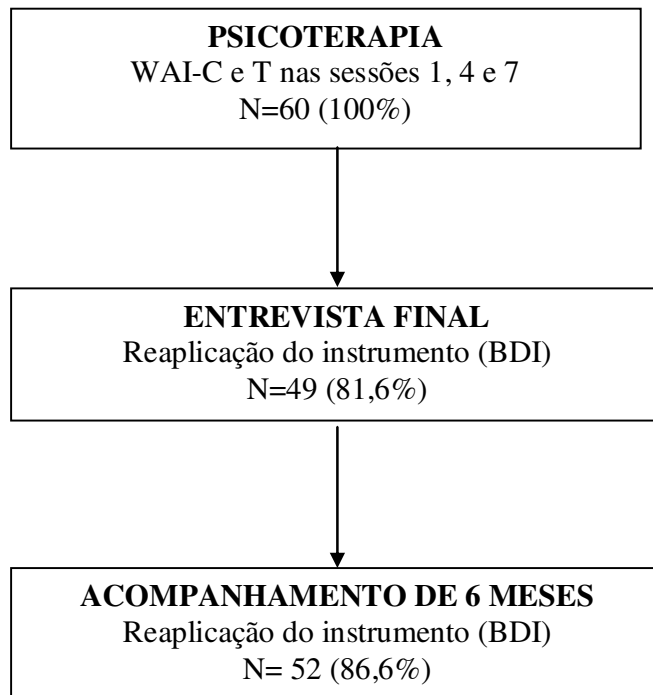
* Qui-quadrado

Tabela 4. Impacto dos níveis da aliança terapêutica do cliente e do terapeuta nos escores do BDI de 6 meses pós-tratamento.

	CLIENTE		TERAPEUTA	
	BDI (média do <i>rank</i>)	P*	BDI (média do <i>rank</i>)	P*
Aliança Terapêutica (WAI)				
Vínculo		0,53		0,05*
baixo	22,2 (22)		18,8 (19)	
alto	24,7 (24)		26,8 (27)	
Objetivo		0,61		0,03*
baixo	24,6 (21)		19,05 (22)	
alto	22,58 (25)		27,6 (24)	
Tarefa		0,59		0,20
baixo	24,6 (21)		20,7 (21)	
alto	22,5 (25)		25,9 (24)	
Total		0,71		0,003*
baixo	22,7 (22)		17,4 (22)	
alto	24,2 (24)		29,1 (24)	

* Mann-Whitney

Figura 1. Distribuição da amostra no decorrer do estudo.



ANEXO

ANEXO 01. BECK DEPRESSION INVENTORY (BDI)

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você se sentiu na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

0 Não me sinto triste.

1 Eu me sinto triste

2 Estou triste o tempo todo e não consigo sair disto.

3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.

1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.

2 Acho que nada tenho a esperar.

3 Acho o futuro sem esperança e tenho impressão de que as coisas não podem melhorar.

0 Não me sinto um fracasso.

1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.

2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.

3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.

1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.

2 Não encontro um prazer real em mais nada.

3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

0 Não me sinto especialmente culpado.

1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo.

2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.

3 Eu me sinto sempre culpado.

0 Não acho que esteja sendo punido.

1 Acho que posso ser punido.

2 Creio que vou ser punido.

3 Acho que estou sendo punido.

0 Não me sinto decepcionado comigo.

1 Estou decepcionado comigo mesmo.

2 Estou enojado de mim.

3 Eu me odeio.

0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

0 Não choro mais que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava.
2 Agora, choro o tempo todo.
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que queira.

0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 Agora, me sinto irritado o tempo todo.
3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.

0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.

0 Tomo decisões tão bem quanto antes.
1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes.
3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.

0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.
1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.
2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.
3 Acredito que pareço feio.

0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.
1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.
2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.

0 Consigo dormir tão bem quanto antes.
1 Não durmo tão bem como costumava.
2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo que o habitualmente e acho difícil voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo que costumava e não consigo voltar a dormir.

- 0 Não fico mais cansado que o habitual.
- 1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.
- 2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.
- 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

- 0 O meu apetite não está pior do que o habitual.
- 1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.
- 2 Meu apetite é muito pior agora.
- 3 Absolutamente não tenho mais apetite.

- 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.
- 1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.
- 2 Perdi mais do que 5 quilos.
- 3 Perdi mais do que 7 quilos.

Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____
Não _____.

- 0 Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual.
- 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.
- 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
- 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

- 0 Não notei nenhuma mudança no meu interesse por sexo.
- 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.
- 2 Estou muito menos interessado por sexo agora.
- 3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Some os pontos que obtivestes nestas questões: _____.

ANEXO 2. WORKING ALLIANCE INVENTORY

<p>Inventário de Aliança Terapêutica</p> <p>Versão C</p> <p>Instruções</p> <p>Nas páginas seguintes você encontrará frases que descrevem o modo como uma pessoa pode pensar ou sentir acerca do seu terapeuta.</p> <p>Abaixo de cada afirmação existe uma escala de sete pontos:</p>						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
<p>Por exemplo: Se a afirmação descrever o modo como se sente (ou pensa) <i>sempre</i> faça um círculo no número 7; se <i>nunca</i> faça um círculo no número 1. Use os outros números para descrever variações entre estes dois extremos.</p> <p style="text-align: center;"><u>Este questionário é CONFIDENCIAL</u></p> <p style="text-align: center;">Responda rapidamente, suas primeiras impressões são as mais importantes. (POR FAVOR NÃO SE ESQUEÇA DE RESPONDER A TODOS OS ITENS)</p> <p style="text-align: center;">Obrigado por sua colaboração.</p> <p style="text-align: center;">© A. O. Horvath, 1981, 1984 Versão autorizada para Língua Portuguesa: Paulo Machado e Cristiano Nabuco de Abreu</p>						

1. Sinto-me desconfortável com o(a) meu(a) terapeuta.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	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	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
3. Estou preocupado(a) com o resultado destas sessões.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	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	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
5. Eu e o(a) meu(a) terapeuta compreendemo-nos mutuamente.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	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	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
7. Acho confuso o que estou 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) terapeuta gosta de mim.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	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	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
10. Discordo do meu(a) terapeuta acerca dos objetivos da terapia.						

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

	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	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	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	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	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	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	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
23. Sinto que o(a) meu(a) terapeuta me aprecia.	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 eu 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 mim como será possível eu mudar.	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	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	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	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	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	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	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	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	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	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	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
31. Estou frustrado(a) com as coisas que faço 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 mim.	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	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	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
34. Não sei o que esperar como resultado da minha terapia.	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	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	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	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	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

ANEXO 4. WORKING ALLIANCE INVENTORY

Inventário de Aliança Terapêutica						
Versão T						
Instruções						
Nas páginas seguintes você encontrará frases que descrevem o modo como uma pessoa pode pensar ou sentir acerca do seu cliente.						
Abaixo de cada afirmação existe uma escala de sete pontos:						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
<p>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.</p> <p style="text-align: center;"><u>Este questionário é CONFIDENCIAL</u></p> <p style="text-align: center;">Responda rapidamente, suas primeiras impressões são as mais importantes. (POR FAVOR NÃO SE ESQUEÇA DE RESPONDER A TODOS OS ITENS)</p> <p style="text-align: center;">Obrigado por sua colaboração.</p> <p style="text-align: center;">© A. O. Horvath, 1981, 1984 Versão autorizada para Língua Portuguesa: Paulo Machado e Cristiano Nabuco de Abreu</p>						

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 ele(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
6. 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

