



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



---

**BIANCA APARECIDA RIBEIRO SINGULANE**

ALIANÇA TERAPÊUTICA E SATISFAÇÃO COM O TRATAMENTO NA  
PSICOTERAPIA POR INTERNET PARA DEPENDENTES DE ÁLCOOL

**Orientadora: Profa. Dra. Laisa Marcorela Andreoli Sartes**

Juiz de Fora  
2016



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



---

**Bianca Aparecida Ribeiro Singulane**

ALIANÇA TERAPÊUTICA E SATISFAÇÃO COM O TRATAMENTO NA  
PSICOTERAPIA POR INTERNET PARA DEPENDENTES DE ÁLCOOL

Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
como requisito parcial à obtenção do título de  
Mestre em Psicologia por Bianca Aparecida  
Ribeiro Singulane.

Orientadora: Profa. Dra. Laisa Marcorela Andreoli Sartes

Juiz de Fora

2016

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

Singulane, Bianca Aparecida Ribeiro.  
Aliança Terapêutica e Satisfação com o Tratamento na Psicoterapia por Internet para Dependentes de Álcool / Bianca Aparecida Ribeiro Singulane. -- 2016.  
51 f.

Orientadora: Laisa Marcorela Andreoli Sartes  
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2016.

1. Aliança Terapêutica . 2. Terapia Online. 3. Alcoolismo.  
4. Terapia Cognitivo-Comportamental. I. Sartes, Laisa Marcorela Andreoli, orient. II. Título.

## **TERMO DE APROVAÇÃO**

Dissertação defendida e aprovada, em 22 de fevereiro de 2016, pela banca constituída por:

---

Presidente: Prof. Dr. Lélío Moura Lourenço

---

Titular: Prof. Dr. Rodrigo da Cunha Teixeira Lopes

---

Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Laisa Marcorela Andreoli Sartes

Juiz de Fora

2016

## AGRADECIMENTOS

À Profª. Drª. Laisa Marcorela Andreoli Sartes, pelo apoio e suporte dados ao longo desses anos de graduação e pós-graduação. Suas orientações foram essenciais para o meu crescimento profissional e pessoal.

Aos avaliadores, Prof. Dr. Lélío Moura Lourenço e Prof. Dr. Rodrigo da Cunha Teixeira Lopes, pela disponibilidade em avaliar este trabalho e pelas sugestões realizadas.

Aos amigos da linha de pesquisa em E-health do Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Outras Drogas (CREPEIA) pelo auxílio no desenvolvimento desta pesquisa e pelas ideias proporcionadas ao longo desse percurso. A convivência com vocês foi um grande aprendizado.

À direção e aos funcionários do Presídio de Cataguases, que me apoiaram para que eu conseguisse terminar esse projeto.

Às minha amigas de graduação e de vida, Nayara Benevenuto Peron e Júlia Custódio Carelli de Oliveira, pelo suporte e sugestões dadas ao meu trabalho. A amizade de vocês é essencial para mim!

À minha mãe, Maria Ângela, e ao meu pai, Job, pelo amor incondicional e por sempre estarem dispostos a me ajudar, principalmente nos momentos mais difíceis.

Ao meu irmão Lucas, por proporcionar-me a leveza e a simplicidade de uma criança.

Ao meu namorado, Felipe, por me compreender e ser meu companheiro em todos os momentos.

A minha avó, Geny, por tudo que me ensinou ao longo de sua vida. Tenho certeza que estará muito feliz com esta conquista.

A todos da minha família, que me ajudaram direta ou indiretamente nesta empreitada.

À CAPES, CNPq e UFJF pelo apoio financeiro.

E agradeço, particularmente, a Deus, por ter me dado o dom da vida e me abençoado para que conseguisse realizar esse projeto.

A todos o meu carinho e o meu muito obrigada!

## RESUMO

**Introdução:** O consumo de álcool salienta-se como um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Porém, o número de usuários que procuram ajuda ou que conseguem tratamento ainda é reduzido. As terapias por computador (e-terapias) têm sido apontadas como alternativas de tratamento para diversos transtornos mentais, dentre eles o uso problemático de álcool e outras drogas. Uma preocupação importante relacionada a esta modalidade de atendimento refere-se à aliança terapêutica e a satisfação com o tratamento, condições básicas para que haja um atendimento psicoterapêutico de qualidade. **Objetivo:** O presente trabalho contempla objetivos de dois estudos: o primeiro pretendeu avaliar a literatura sobre aliança terapêutica nas Terapias cognitivo-comportamentais realizadas por videoconferência para diferentes transtornos mentais; e o segundo almejou avaliar a aliança terapêutica e a satisfação com o tratamento em uma psicoterapia por videoconferência para dependentes de álcool. **Metodologia:** No primeiro estudo foi realizada uma revisão sistemática de literatura, incluindo artigos empíricos dos últimos 11 anos, escritos nas línguas inglesa, portuguesa ou espanhola, que avaliavam a aliança terapêutica na TCC realizada por videoconferência. No segundo estudo, foi realizado um estudo de casos múltiplos, retirados de uma amostra que participou da TCC por videoconferência para dependentes de álcool. Os resultados foram analisados por meio de uma triangulação de dados, trabalhados de forma qualitativa e quantitativa. **Resultados:** No artigo 1 observou-se que a maioria dos estudos indicou que a aliança foi alta no decorrer das sessões de TCC por videoconferência, podendo ser comparada com a formada na psicoterapia presencial. Já os resultados do estudo 2 mostraram que, na TCC por videoconferência, houve formação de uma aliança terapêutica de qualidade e que os clientes ficaram satisfeitos com tratamento. **Discussão:** Apesar das limitações destes estudos, podemos inferir que há indícios tanto na revisão de literatura, quanto no estudo empírico, de que a aliança terapêutica e a satisfação com o tratamento na TCC por videoconferência pode ser comparável com os resultados encontrados na psicoterapia presencial. Assim, ela pode ser uma alternativa viável de tratamento para indivíduos com dependência de álcool.

Palavras-chave: Aliança Terapêutica; Terapia Online; Alcoolismo; Terapia Cognitivo-Comportamental.

## ABSTRACT

**Introduction:** Alcohol consumption stands out as a serious public health problem in Brazil and worldwide. However, the number of users seeking help or who fail treatment is still low. The computer therapies (e-therapies) have been identified as alternative treatment for various mental disorders, including the abuse of alcohol and other drugs. A major concern related to this type of service refers to the therapeutic alliance and treatment satisfaction, basic conditions so that there is a psychotherapeutic care quality. **Objective:** This study includes two study objectives: the first aimed to evaluate the literature on therapeutic alliance in cognitive-behavioral therapies conducted by videoconference for different mental disorders; and the second craved evaluate the therapeutic alliance and treatment satisfaction in psychotherapy by videoconference to alcoholics. **Methodology:** In the first study was carried out a systematic review of the literature, including empirical articles from the past 11 years, written in English, Portuguese or Spanish that evaluated the therapeutic alliance in CBT held by videoconference. In the second study, we conducted a study of multiple cases, drawn from a sample of CBT participated by videoconference for alcoholics. The results were analyzed by means of a data triangulation worked qualitative and quantitative manner. **Results:** In Article 1 it was observed that most studies indicated that the alliance was high during the CBT sessions by videoconference and can be compared to that formed in the presence psychotherapy. Already the second study results showed that, in CBT by video conference, there is formation of a therapeutic alliance of quality and that clients were satisfied with treatment. **Discussion:** Despite the limitations of these studies, we can infer that there is evidence of the therapeutic alliance and treatment satisfaction in CBT by videoconference can be comparable with the results found in face psychotherapy. Thus, it can be a viable alternative treatment for patients with alcohol dependence.

Keywords: Therapeutic Alliance; Online Therapy; Alcoholism; Cognitive-Behavioral Therapy.

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução</b> .....	01
1.1. Panorama geral do consumo e da dependência de álcool no Brasil e no mundo.....	01
1.2. Intervenções por Internet como uma alternativa de tratamento.....	03
1.3. Avaliação de Processo em Psicoterapia.....	05
1.3.1. <i>Relação Terapêutica na Terapia Cognitivo-Comportamental</i> .....	06
1.3.2. <i>Aliança Terapêutica</i> .....	08
1.3.2.1. <i>Avaliação da Aliança Terapêutica</i> .....	09
1.3.3. <i>Satisfação com o tratamento</i> .....	09
1.4. Referências.....	11
<b>2. Justificativa</b> .....	15
<b>3. Objetivos</b> .....	16
3.1. Objetivos Gerais.....	16
3.2. Objetivos Específicos.....	16
<b>4. TEXTO 1: Aliança Terapêutica nas Terapias Cognitivo-Comportamentais por Videoconferência: Uma Revisão Sistemática de Literatura</b> .....	17
<b>5. Texto 2: Aliança Terapêutica e Satisfação com o Tratamento na Terapia Cognitivo- Comportamental por Videoconferência para Dependentes de Álcool: Avaliação Quantitativa e Qualitativa de Casos</b> .....	18
<b>6. Considerações Finais</b> .....	19



## LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. <i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i> (M.I.N.I.).....	21
Anexo 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	22
Anexo 3. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).....	24
Anexo 4. <i>Working Alliance Inventory</i> (WAI) versões terapeuta e cliente.....	26
Anexo 5. Licença obtida para utilização do WAI.....	40
Anexo 6. Roteiro de entrevista semiestruturada.....	41

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1. Panorama geral do consumo e da dependência de álcool no Brasil e no mundo

O consumo de álcool e outras drogas salienta-se como um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo (Carlini et al., 2006; Carlini, Galduróz, Noto, & Nappo, 2002; Organização Mundial de Saúde [OMS], 2014). Segundo o Relatório Global sobre Álcool e Saúde, realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no ano de 2014, o uso nocivo do álcool está entre os cinco principais fatores de risco para doenças, invalidez e morte em todo o mundo. Dados deste mesmo relatório apontam que o consumo de álcool está associado com risco de desenvolvimento de problemas de saúde, tais como a cirrose, câncer, lesões diversas, além do progressivo desenvolvimento da dependência do álcool (OMS, 2014).

O conceito de dependência de álcool e outras substâncias psicotrópicas sofreu alterações ao longo dos anos. Até meados do século XX o termo dependência valorizava mais as complicações clínicas do uso do que o comportamento em si. Apenas a partir da segunda metade deste século, o consumo de álcool e outras drogas passou a ser compreendido por um padrão de comportamento cuja gravidade varia ao longo de um *continuum*, influenciado por fatores biológicos, psicológicos e sociais (Ribeiro, 2004). Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição - DSM - V, elaborado pela *American Psychiatric Association* no ano de 2013, o transtorno por uso de substância pode ser definido como um padrão mal-adaptativo de uso, que leva a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo. Dentre os critérios diagnósticos encontram-se a presença de tolerância, síndrome de abstinência, perda de controle e prejuízos psicossociais, além da presença de fissura (*craving*) (American Psychiatric Association, 2013). Uma das principais diferenças entre o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4ª edição (DSM-IV-TR) e o DSM- 5 foi que este removeu a divisão feita pelo DSM-IV-TR entre os diagnósticos de Abuso e Dependência de Substâncias reunindo-os como Transtorno por Uso de Substâncias. Portanto, passou-se a entender o Transtorno por Uso de Substância como um *continuum*, indicando a gravidade conforme a quantidade de critérios preenchidos (Araújo & Lotufo Neto, 2014).

Dados de dois levantamentos domiciliares realizados pelo CEBRID (Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas), em residentes de cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes – compreendendo um total de 108 municípios – indicaram que nos anos de 2001 e 2005, a prevalência de dependentes de álcool aumentou de 11,2% (2001) para 12,3% (2005). Em 2005, a prevalência de dependência de álcool entre os homens foi de

19,5% e entre as mulheres de 6,9%. Já entre os adolescentes de 12 a 17 anos, 54,3% informaram terem feito uso de álcool na vida (Carlini et al., 2002; Carlini et al., 2006). O II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), realizado em uma amostra representativa da população brasileira no ano de 2012 – 4607 participantes de 14 anos ou mais de 149 municípios de todo o país –, apontou que, quando comparado ao levantamento do ano de 2006 (Laranjeira, Pinsky, Zaleski, & Caetano, 2007), o número de adultos que beberam ao menos uma vez por semana aumentou 20%. Além disso, o padrão de beber pesado episódico, ou *binge* (4 doses para mulheres e 5 doses para homens em duas horas de consumo), em pelo menos uma vez no ano anterior à entrevista, também apresentou aumento (de 45% em 2006 para 59% em 2012) (Laranjeira et al., 2012).

O *National Survey on Drug Use and Health* (NSDUH), um levantamento epidemiológico realizado anualmente nos Estados Unidos da América com aproximadamente 67.500 pessoas maiores de 12 anos de idade, indicou que, no ano de 2013, quase um quarto (22,9%) das pessoas entrevistadas apresentaram um padrão *binge* de beber nos 30 dias anteriores à entrevista (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014). Já no levantamento realizado na Espanha com 9.130 pessoas encontrou-se a prevalência de 7,2% de padrão *binge* no último mês, porém eles consideraram o *binge* de forma diferente dos demais levantamentos (8 doses ou mais para homens e 6 doses ou mais para mulheres em uma mesma ocasião). Cabe destacar que as estimativas foram bastante distintas entre homens e mulheres, 10% em homens e 4,2% em mulheres (Soler-Vila et al., 2014).

Observa-se nos estudos citados acima que o número de pessoas que abusam de bebidas alcólicas no cenário nacional e em diferentes países é alto e que os efeitos do álcool no organismo podem ser bastante prejudiciais. Porém, no Levantamento realizado no Brasil em 2005, a prevalência dos indivíduos que procuraram tratamento devido ao abuso ou dependência de álcool e outras drogas foi baixa, correspondendo a 2,9% no total (Carlini et al., 2006). Esse número reduziu quando comparado ao levantamento realizado em 2001, em que aproximadamente 4% da população procurou tratamento naquele ano (Carlini et al., 2002).

A literatura aponta alguns fatores que podem estar relacionados à baixa procura por tratamento pelos usuários de álcool e outras drogas. Um dos motivos que pode estar contribuindo para a baixa procura por tratamento está relacionado ao estigma atribuído a esta população. O estigma pode ser definido como uma marca física ou social de cunho negativo ou que leva o indivíduo que tem essa “marca” a ser excluído ou marginalizado de algumas situações sociais (Andrade & Ronzani, 2014). Segundo Ronzani e Furtado (2010), o consumo

de álcool e outras drogas é uma das condições que mais apresentam conotações moralizantes no mundo, sendo considerado, principalmente, um problema individual ou um “desvio de caráter”.

Uma realidade recorrente, especialmente no Brasil, é a falta de oferta de tratamentos suficientes quando comparada à demanda. Segundo o Relatório Brasileiro sobre Drogas (Duarte, Stempliuk, & Barroso, 2009), que mapeou as instituições de atendimento aos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas, foram identificadas 1912 instituições que ofereciam tratamento, recuperação e reinserção social no país em 2009. Dentre elas, 51% pertenciam à região Sudeste e 25% à Região Sul. Apenas 24% pertenciam às Regiões Norte e Nordeste somadas em conjunto. Quanto ao atendimento ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a cobertura de CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), não somente voltados à atenção ao consumo de álcool e outras drogas, é de 57%, sendo identificado um pequeno aumento do número de tratamentos oferecidos em certas regiões, como a Sudeste. No entanto, a oferta ainda é insuficiente, especialmente em cidades menores e regiões como Norte e Nordeste.

Baseando-se nos dados apresentados e verificando a insuficiência de instituições que atuam na área de tratamento, recuperação e reinserção social de usuários de substâncias psicoativas, principalmente em regiões menos industrializadas e com saúde mais precária, pode-se julgar que se faz necessário o desenvolvimento e a implementação de abordagens alternativas de tratamento para estes indivíduos.

## **1.2. Intervenções por Internet como uma alternativa de tratamento**

O acesso ao computador e à Internet tem se expandido no Brasil e no mundo (Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2014; File & Ryan, 2014; Webb, Joseph, Yardley, & Michie, 2010). Em um levantamento realizado em 2013 pelo *United States Census Bureau* nos Estados Unidos, indicou-se que 83,8% das famílias norte-americanas relataram possuir computador. Outro dado interessante está relacionado ao acesso à Internet, 74,4% das famílias faziam uso da Internet, sendo que em 73,4% dos casos ela era de alta velocidade (File & Ryan, 2014). No Brasil a situação é um pouco diferente, porém o número de usuários da Internet tem aumentado. Em 2008, apenas 18% dos domicílios tinham acesso à Internet, em 2013, esse número passou para 43% (Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2014). Essa mesma pesquisa apontou que o número de domicílios que possuem computador também aumentou de 25% em 2008 para 49% em 2013. Em se tratando da América Latina, o Brasil representa

46,7% dos acessos, totalizando aproximadamente 76 milhões de usuários, o que equivale a 37,4% de toda a população (Internet World Stats, 2012).

A expansão do acesso à Internet também afetou o ambiente acadêmico, começando a surgir projetos de e-Saúde para facilitar e dar acesso ao tratamento àqueles que não buscam por atendimento ou que residem em lugares distantes, como, por exemplo, em zonas rurais (Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2015). A Organização Mundial da Saúde (OMS) apontou que e-Saúde (também conhecida como saúde digital) é “o uso eficaz e seguro das tecnologias de informação e comunicação em apoio a campos de saúde e relacionados, incluindo serviços de saúde, vigilância sanitária, literatura, bem como ensino, conhecimento e pesquisa em saúde” (OMS, 2005, p.121).

Uma das modalidades de e-Saúde que está sendo utilizada nos últimos anos é a psicoterapia online ou por computador. As psicoterapias por Internet ou e-terapias podem ser definidas como um cuidado de saúde mental conduzido por um profissional através de e-mail, videoconferência, fóruns, chat, realidade virtual ou pela combinação destes (Manhal-Baugus, 2001). Elas podem ser realizadas de forma simultânea (síncrona) ou não-simultânea (assíncrona) de comunicação entre o indivíduo e o profissional. Simpson e Reid (2014) apontaram que a forma síncrona é um meio de tecnologia de comunicação à distância que tem ganhado credibilidade por ser um modo conveniente e prático de tratamento psiquiátrico e psicológico.

Atualmente, há em diversos países um crescente interesse em se avaliar intervenções realizadas pela Internet para diferentes transtornos mentais, tais como fobias (Titov et al., 2010), uso problemático de álcool (Cunningham, 2012) e tabagismo (Rooke et al., 2010). No Brasil, a situação é um pouco diferente. Com relação à aplicação de novas tecnologias, foram encontrados poucos estudos apontando o uso da Internet como mais uma forma de intervenção (Fortin & Cosentino, 2007; Prado & Meyer, 2006; Rodrigues, 2014). Fortin e Cosentino (2007) avaliaram o perfil, tipos de pedidos e temas centrais de orientações psicológicas realizadas por e-mail. No estudo de Prado e Meyer (2006) buscou-se verificar a formação da relação terapêutica em terapia assíncrona realizada por Internet. Rodrigues (2014), em sua dissertação de mestrado, avaliou a aliança terapêutica em atendimentos psicológicos realizados exclusivamente por Internet, de forma síncrona.

Gregório et al. (2012) realizaram um estudo com o objetivo de revisar a agenda de prioridades em pesquisa em saúde mental no Brasil. Os resultados deste estudo apontaram para a necessidade de se implementar novas pesquisas que abordem intervenções acerca do uso de álcool e outras drogas e que contemplem o uso de tecnologias (telemedicina) para a

educação e treinamento de profissionais de saúde. Gomide, Martins e Ronzani (2013) realizaram uma revisão de literatura buscando analisar a viabilidade das intervenções comportamentais computadorizadas (ICC) e o potencial de sua utilização no Brasil e concluiu que as ICC se mostram como uma potencial ferramenta para a saúde pública, devido ao aumento do uso de computadores e da Internet no país e ao baixo custo de seu desenvolvimento. Porém, não foram encontrados estudos nacionais que avaliassem qualquer intervenção baseada na Internet com pacientes com transtornos psiquiátricos ou dependentes de substâncias. No entanto, há interesse neste tipo de abordagem no Brasil. A Resolução 011/2012 do Conselho Federal de Psicologia (CFP) regulamenta os serviços psicológicos realizados por meios tecnológicos de comunicação à distância e o atendimento psicoterapêutico em caráter experimental (Conselho Federal de Psicologia, 2012), sugerindo a necessidade de estudos que avaliem esta forma de intervenção.

Grande parte dos estudos sobre e-saúde concentram-se na avaliação de sua efetividade ou eficácia na redução dos sintomas psiquiátricos e, no caso do abuso de substâncias, na redução do consumo e alcance da abstinência (Blankers, Koeter, & Schippers, 2011; Cunningham, 2012; Kay-Lambkin et al., 2009, Rooke et al., 2010). Este também vinha sendo o caminho de estudos de relevância internacionais, como o *Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity* (Projeto MATCH) – um ensaio clínico nacional, multicêntrico que foi organizado pelo *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA) dos Estados Unidos. Este estudo demonstrou que as intervenções avaliadas não se diferiram quanto aos desfechos primários utilizados, mas que existiam uma série de fatores intrínsecos à psicoterapia que influenciava nos resultados (Kadden et al., 1995). A partir deste estudo, e acompanhando uma tendência em outras áreas, muitos estudos se dedicaram à avaliação do processo em psicoterapia.

### **1.3. Avaliação de Processo em Psicoterapia**

Atualmente, no meio acadêmico, tem-se aumentado o número de estudos acerca da avaliação de processo em psicoterapia (Cassel et al., 2015; Peuker, Habigzang, Koller, & Araujo, 2009). Cassel et al. (2015) apresentaram a versão brasileira do instrumento denominado *Therapeutic Cycles Model* (TCM), cujo objetivo é identificar momentos-chave de um processo psicoterapêutico, por meio da transcrição das sessões de terapia. Peuker et al. (2009) realizaram uma revisão crítica sobre possibilidades de avaliação de processo e

resultado em psicoterapia e encontraram diversas formas de avaliação, tais como a aliança terapêutica e variáveis intrínsecas do cliente ou do terapeuta.

Através de estudos que abordem a avaliação de processo podemos compreender como ocorre a mudança no decorrer do tratamento e identificar os mecanismos de ação terapêutica. Desta forma, podem ser utilizados métodos quantitativos e qualitativos de investigação de padrões de relacionamento e comunicação entre terapeuta e cliente ao longo da psicoterapia, buscando fazer relações com eventos terapêuticos positivos e negativos, bem como a mudança clínica (Serralta, Nunes, & Eizirik, 2007). Segundo Serralta, Nunes e Eizirik (2011), o estudo de caso é um dos meios de se estudar o processo terapêutico. Esse método de investigação é considerado importante para produção de conhecimento em psicoterapia, pois, através dele, pode ser possível diminuir a distância entre prática clínica e pesquisa empírica (Serralta et al., 2007). De acordo com Cassel et al. (2015), nos estudos de caso, é possível o uso de instrumentos nas pesquisas de processo, dado que objetivam medir variáveis do processo psicoterapêutico em sessões transcritas ou gravadas em áudio e/ou vídeo.

Dentre as variáveis de processo que se encontram na literatura estão a satisfação com o tratamento, a credibilidade, a aliança terapêutica, a adesão e o atrito. Tais variáveis são apontadas como fatores preditivos de resultado em psicoterapia (Arnou et al., 2013; Hedman, Andersson, Lekander, & Ljótsson, 2015). Hedman et al. (2015) investigaram preditores de resultado no tratamento de duas terapias realizadas por Internet (Terapia Cognitivo-Comportamental e Gestão Comportamental do estresse) na redução da ansiedade. Os resultados indicaram que a adesão, a credibilidade ao tratamento e a aliança terapêutica foram preditores significativos de melhoria na ansiedade nas duas formas de tratamento. Arnou et al. (2013) avaliaram se qualidade da aliança terapêutica, mensurada no início do tratamento, predizia a redução de sintomas decorrentes de depressão crônica em dois tipos de tratamento: Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e Psicoterapia Breve de Suporte. Os resultados encontrados apontaram que a aliança terapêutica foi um fator preditivo de resultados nas duas formas de psicoterapia, porém, ao contrário das expectativas, a aliança foi mais altamente correlacionada aos resultados na TCC, a mais diretiva das duas formas de psicoterapia.

### *1.3.1. Relação Terapêutica na Terapia Cognitivo-Comportamental*

Os teóricos iniciais da Terapia Comportamental enfatizaram a importância do papel das "técnicas" em contraste à relação terapêutica. Eles mantinham o foco sobre os eventos observáveis e sua relação com fatores ambientais, ou seja, técnicas foram elaboradas a fim de

alterar a relação entre os comportamentos não-adaptativos e os seus antecedentes e consequências (Horvath, 2000). Neste sentido, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), desenvolvida por Aaron Beck na década de 1960, divergiu da Terapia Comportamental, afirmando que um bom relacionamento tinha de ser posto em prática para que o trabalho tivesse efeito terapêutico, assim, a relação terapêutica na TCC foi vista como necessária, mas não suficiente para a mudança (Giovazolias, 2004).

A relação terapêutica na TCC ocorre a partir de uma forma específica de aliança de trabalho, denominada de empirismo colaborativo. Segundo Giovazolias (2004), o empirismo colaborativo seria a necessidade dos terapeutas para estabelecer relação de colaboração com seus clientes a fim de ajudá-los a descobrir percepções que não estejam de acordo com a realidade. Assim, o terapeuta teria que propiciar um ambiente com alto grau de autenticidade, afeto, consideração positiva e empatia (Wright, Basco, & Thase, 2008). Leahy (2008) aponta que a relação terapêutica na TCC não é algo fixo, mas um processo de interação. Dentre os seus benefícios, ela pode ser uma forma de acesso para outros relacionamentos anteriores ou atuais, proporcionando, assim, uma oportunidade para o terapeuta e paciente terem uma experiência direta de como as relações do passado mantêm o funcionamento atual.

Pesquisas relacionadas ao processo terapêutico nas psicoterapias têm demonstrado ao longo dos anos a importância da relação terapêutica nos resultados da TCC (Castonguay, Goldfried, Wisner, Raue, & Hayes, 1996; Kazdin, Marciano, & Whitley, 2005; Ormhaug, Jensen, Wentzel-Larsen, & Shirk, 2014). Ormhaug et al. (2014) examinaram a contribuição da aliança terapêutica para o resultado da terapia com jovens traumatizados em duas condições diferentes de tratamento (terapia cognitivo-comportamental focada no trauma e terapia convencional). Kazdin et al. (2005) examinaram a aliança terapêutica na TCC para crianças que tinham comportamentos clinicamente significativos de oposição, agressividade e anti-social. Castonguay et al. (1996) investigaram a capacidade de previsão de algumas variáveis de processo sobre o resultado da terapia, dentre elas a aliança terapêutica. Este estudo foi composto por uma amostra de 30 clientes deprimidos que receberam terapia cognitiva com ou sem medicação. Vale destacar que em todos os estudos acima descritos a relação terapêutica foi um fator preditivo de resultado e de adesão em psicoterapia.

A maioria dos estudos avalia um aspecto da relação terapêutica denominada de aliança terapêutica ou aliança de trabalho. A aliança terapêutica é um modelo transteórico de relação terapêutica e possui diversas definições, sendo a de Bordin (1979) a mais utilizada.



### 1.3.2. Aliança Terapêutica

Em 1952, Hans Eysenck foi polêmico ao referir-se que a terapia psicodinâmica poderia não ser mais eficaz que uma condição de placebo. A partir desta publicação, as normas para pesquisa de resultados em psicoterapia foram esclarecidas e desenhos de pesquisas metodologicamente mais rigorosos foram desenvolvidos a fim de comparar os efeitos de intervenções baseadas em diferentes modelos teóricos (Horvath, 2000). De acordo com Horvath (2000), na década de 1970, havia uma consciência crescente de que uma variedade de terapias poderia ter eficácia parecida em aliviar problemas psicológicos. Porém, havia pouca evidência para sugerir que qual abordagem psicoterapia fosse superior às demais. Com o aumento do investimento em pesquisa clínica e a falta de congruência entre as abordagens teóricas, houve um interesse entre os pesquisadores de se obter fatores terapêuticos comuns entre as diferentes psicoterapias. Tal busca levou à necessidade de ter um modelo de relação terapêutica que fosse transteórico.

Em 1979, Edward Bordin em seu artigo *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*, propôs uma reformulação transteórica do conceito de aliança de trabalho (Bordin, 1979). Ele mudou o conceito original vindo da psicodinâmica e o encaixou em um modelo mais genérico, pautado no consciente e no aqui-e-agora (presente). Tal modelo é considerado atualmente como um importante construto dirigido à relação terapêutica (Bordin, 1994). Segundo Bordin (1979), a aliança terapêutica é uma relação de colaboração mútua, marcada por concordâncias entre terapeuta e paciente e constituída por três componentes interdependentes: objetivos, tarefas e vínculo. Os objetivos dizem respeito ao consenso sobre expectativas de resultados de curto e longo prazo entre terapeuta e cliente. As tarefas podem ser definidas como acordos ou consensos entre terapeuta e cliente no que diz respeito ao que deve ser feito na terapia e como atividades diversas na terapia contribuirão para a resolução do problema do cliente. Já o vínculo está associado à ligação afetiva entre terapeuta e cliente.

O modelo de aliança terapêutica de Bordin parece ser adequado para a proposta psicoterápica da TCC, dado que esta abordagem teórica é breve, estruturada e orientada para o presente. Nesta forma de psicoterapia, terapeuta e cliente devem ter objetivos claros acerca do que trabalhar ao longo do processo terapêutico, ter uma relação de colaboração na resolução do problema e o terapeuta deve buscar desenvolver uma relação empática com o cliente (Beck, 1997).

### *1.3.2.1. Avaliação da Aliança Terapêutica*

Dados da literatura mostram que a avaliação feita por meio de questionários aplicados na terceira ou quarta sessão parece indicar, de forma satisfatória, predições de resultados (Garfield, 1995; Horvath, 1994; Luborsky, 1994). Além disso, Horvath (1994) sugeriu que a avaliação no início da terapia também permite ao terapeuta saber quais clientes poderão abandoná-la futuramente.

Horvath e Symonds (1991) realizaram uma meta-análise com 24 estudos que relacionaram a qualidade da aliança terapêutica com o resultado da terapia. A meta-análise apontou que houve uma associação moderada, mas confiável, entre bons índices de aliança terapêutica e resultados positivos na terapia. No geral, a qualidade da aliança terapêutica foi mais preditiva dos resultados do tratamento com base nas avaliações dos clientes, seguida da avaliação dos terapeutas e por último da avaliação dos observadores. Eles concluíram também que a relação da aliança terapêutica com resultados não parece estar ligada ao tipo de terapia realizada, à duração do tratamento, se a pesquisa foi publicada, ou ao número de participantes do estudo.

Dentre as formas de avaliação da aliança terapêutica no cenário atual, encontram-se métodos quantitativos e qualitativos, porém, observa-se um predomínio de investigações quantitativas (Elvins & Green, 2008). Simpson e Reid (2014) realizaram uma revisão sistemática a fim de determinar o estado da arte dos trabalhos que abordam aliança terapêutica na psicoterapia por videoconferência. Dos 23 artigos encontrados, apenas 2 faziam uso métodos qualitativos de análise. Os demais utilizavam instrumentos quantitativos para mensurar a aliança. Desta forma, Ribeiro et al. (2013) apontam para necessidade de investigarmos a aliança terapêutica de forma a aprofundar o conhecimento sobre a qualidade da relação terapeuta e cliente, utilizando de outros métodos de avaliação, tais como os qualitativos.

### *1.3.3. Satisfação com o tratamento*

A satisfação do cliente com o tratamento tem um importante papel como um indicador em uma avaliação multivariada de resultados do tratamento (Donovan, Kadden, DiClemente, & Carroll, 2002). Hubble, Duncan e Miller (1999) relataram que a satisfação do cliente com a sua experiência terapêutica está positivamente correlacionada com a conclusão do tratamento e que o êxito terapêutico está associado com a qualidade de vida global do paciente. Segundo Openshaw et al. (2012), a conclusão de uma terapia bem-sucedida aumenta a probabilidade de

aceitação dos pares e serviços voltados à família, culminando em um reconhecimento e aprovação de toda a comunidade.

No estudo de Donovan et al. (2002) avaliou-se a satisfação com o tratamento em três terapias para tratamento da dependência do álcool. Tais resultados faziam parte de um estudo multicêntrico, nacional, organizado pelo *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA) do EUA, denominado de *Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity* (Projeto MATCH). Donovan et al. (2002) encontrou que a satisfação foi fortemente associada a alterações no comportamento de beber ao longo do curso do tratamento. Os clientes que relataram que tiveram uma porcentagem menor de dias em abstinência e que bebiam menos drinques por dia de consumo durante as semanas de terapia, foram, em geral, significativamente menos satisfeitos. Aqueles que estavam continuamente abstinentes ou que tinham um padrão de beber menos prejudicial em todo o período de 3 meses de terapia (“resultado bom”) foram significativamente mais satisfeitos do que aqueles que relataram um padrão de beber pesado (“resultado ruim”). Neste sentido, o fator satisfação parece ser importante e pode contribuir também para a melhor compreensão do processo da terapia realizada por internet.

Openshaw et al. (2012) realizaram um estudo piloto que objetivou analisar a satisfação do cliente com a teleterapia para o tratamento de depressão leve a moderada. Os dados sugeriram que os participantes ficaram muito satisfeitos com o processo de terapia, foram capazes de formar uma relação empática com o seu terapeuta e mostraram disposição para indicar a teleterapia para outras pessoas. Palermo et al. (2009) avaliaram uma intervenção cognitivo-comportamental de família realizada por Internet para crianças e adolescentes com dor crônica. Para isso, avaliaram tanto as crianças quanto os seus pais. Os resultados indicaram que a grande maioria das crianças e todos os pais classificaram o tratamento como aceitável e se mostraram satisfeitos com a intervenção.

#### 1.4. Referências

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Andrade, T., & Ronzani, T. M. (2014). A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento. *SENAD. Sistema para Detecção de Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas – 5ª Edição, Brasília, DF: SENAD*, 28-42.
- Araújo, Á. C., & Lotufo Neto, F. (2014). A nova classificação americana para os transtornos mentais: o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(1), 67-82.
- Arnou, B. A., Steidtmann, D., Blasey, C., Manber, R., Constantino, M. J., Klein, D. N., ... & Kocsis, J. H. (2013). The relationship between the therapeutic alliance and treatment outcome in two distinct psychotherapies for chronic depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(4), 627.
- Beck, J. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Artmed.
- Blankers, M., Koeter, M. W. & Schippers, G. M. (2011). Internet therapy versus internet self-help versus no treatment for problematic alcohol use: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 330-341.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. *The working alliance: Theory, research, and practice*, 13-37.
- Carlini, E. A., Galduróz, J. C., Noto, A. R., & Nappo, S. A. (2002). I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. São Paulo : CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas : UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo.
- 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.
- Cassel, P. A., Sanchez, L. F., Campezzatto, P. V. M., Khater, E., Nunes, M. L. T., & Yoshida, E. (2015). Therapeutic Cycles Model (TCM): instrument of evaluation of psychotherapeutic process. *Psico-USF*, 20(1), 39-50.
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J., & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: a study of unique and common factors. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(3), 497.
- Comitê Gestor da Internet no Brasil (2014). TIC domicílios e empresas 2013: pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação no Brasil.
- Comitê Gestor da Internet no Brasil (2015). TIC Saúde 2014: pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros.

- 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 em 16 de outubro de 2015, em: [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)
- Cunningham, J. A. (2012). Comparison of two internet-based interventions for problem drinkers: Randomized controlled trial. *Journal of medical internet research*, 14 (4), 24-30.
- Donovan, D. M., Kadden, R. M., DiClemente, C. C., & Carroll, K. M. (2002). Client satisfaction with three therapies in the treatment of alcohol dependence: results from project MATCH. *The American journal on addictions*, 11(4), 291-307.
- Duarte, P. C. A. V., Stempluk, V. A., & Barroso, L. P. (2009). Relatório Brasileiro Sobre Drogas. SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília: DF.
- Elvins, R., & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical psychology review*, 28(7), 1167-1187.
- File, T., & Ryan, C. (2014). Computer and Internet Use in the United States: 2013.
- Fortin, I., & Cosentino, L. A. M. (2007). Serviço de orientação via e-mail: novas considerações. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v.27, n. 1, p.164-175
- 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.
- Giovazolias, T. (2004). The therapeutic relationship in cognitive-behavioural therapy. *Counselling Psychology Review-British Psychological Society*, 19 (2), 14-21.
- Gomide, H. P., Martins, L. F., & Ronzani, T. M. (2013). É hora de investirmos em intervenções comportamentais computadorizadas no Brasil?. *Psicologia em Estudo*, 18(2), 303-311.
- Internet World Stats. (2012). Internet World Stats. Recuperado em 06/01/2016 de: <http://www.internetworldstats.com>
- Hedman, E., Andersson, E., Lekander, M., & Ljótsson, B. (2015). Predictors in Internet-delivered cognitive behavior therapy and behavioral stress management for severe health anxiety. *Behaviour research and therapy*, 64, 49-55.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 438-448.
- Horvath, A. O. (1994). Empirical validation of Bordin's pantheoretical model of the alliance: The working alliance inventory perspective. In A. O. Horvath, & L. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice*. (pp. 85 – 108). Nova York: John Wiley & Sons.
- Horvath, A. O. (2000). The therapeutic relationship: from transference to alliance. *Journal of clinical psychology/In Session: Psychotherapy in Practice*, 56(2), 163–173.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). The relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.

- Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999). Introduction. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 1-32). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kazdin, A. E., Marciano, P. L., & Whitley, M. K. (2005). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *Journal of consulting and clinical psychology, 73*(4), 726.
- Kay-Lamkin, F.J., Baker, A.L., Lewin, T.J. & Carr, V.J. (2009). computer-based psychological treatment for comorbid depression and problematic alcohol and/or cannabis use: a randomized controlled trial of clinical efficacy. *Addiction, 104*, 378-388.
- Laranjeira, R.; Madruga, C. S.; Ribeiro, M.; Pinsky, I.; Caetano, R., & Mitsuhiro, S. S. (2012). II LENAD – II Levantamento nacional de álcool e drogas. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas. Universidade Federal de São Paulo.
- Laranjeira, R.; Pinsky, I.; Zaleski, M., & Caetano, R. (2007) . I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de Álcool na população brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas.
- Leahy, R. L. (2008). The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36*(6), 769.
- Luborsky, L. (1994). Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: Factors explaining the predictivesuccess. In A. O. Horvath & L. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice*. (pp. 39– 50). Nova York: John Wiley & Sons.
- Manhal-Baugus, M. (2001). E-therapy: Practical, ethical, and legal issues. *CyberPsychology & Behavior, 4*(5), 551-563.
- Marcolino, J. A. M., & Iacoponi, E. (2001). Escala de aliança psicoterápica da Califórnia na versão do paciente. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 23*(2), 88-95.
- Openshaw, D. K., Morrow, J., Law, D., Moen, D., Johnson, C., & Talley, S. (2012). Examining the satisfaction of women residing in rural Utah who received therapy for depression through teletherapy. *Journal of Rural Mental Health, 36*(2), 38.
- Organização Mundial De Saúde [OMS] (2005). *Resolution WHA58.28 – e Health. 58th World Health Assembly; 16-25 May 2005; Geneva, Switzerland*. Recuperado em: 16 de outubro, 2015, em: [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)
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2014). *Global status report on alcohol and health*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Wentzel-Larsen, T., & Shirk, S. R. (2014). The therapeutic alliance in treatment of traumatized youths: Relation to outcome in a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology, 82*(1), 52.
- Palermo, T. M., Wilson, A. C., Peters, M., Lewandowski, A., & Somhegyi, H. (2009). Randomized controlled trial of an Internet-delivered family cognitive-behavioral therapy intervention for children and adolescents with chronic pain. *Pain, 146*(1), 205-213.
- Peuker, A. C., Habigzang, L. F., Koller, S. H., & Araujo, L. B. (2009). Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: uma revisão. *Psicologia em Estudo, 14*(3), 439-445.

- Prado, O. Z., & Meyer, S. B. (2006). Avaliação da relação terapêutica na terapia assíncrona via internet. *Psicologia em estudo*, 11(2), 247-257.
- Ribeiro, E., Ribeiro, A. P., Gonçalves, M. M., Horvath, A. O., & Stiles, W. B. (2013). How collaboration in therapy becomes therapeutic: The therapeutic collaboration coding system. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86(3), 294-314.
- Ribeiro, M. (2004). Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool. *Rev bras psiquiatr*, 26(Supl I), 59-62.
- 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.
- Ronzani, T. M., & Furtado, E. F. (2010). Estigma social sobre o uso de álcool. *J Bras Psiquiatr*, 59(4), 326-332.
- Rooke, S., Thorsteinsson, E., Karpin, A., Copeland, J., & Allsop, D. (2010). Computer-delivered interventions for alcohol and tobacco use: A meta-analysis. *Addiction*, 105(8), 1381-1390.
- 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.
- Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2011). Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia (Campinas)* 28(4), 501-510.
- Simpson, S. G., & Reid, C. L. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *Australian Journal of Rural Health*, 22(6), 280-299.
- Soler-Vila, H., Galan, I., Valencia-Martín, J. L., León-Muñoz, L. M., Guallar-Castillón, P., & Rodríguez-Artalejo, F. (2014). Binge drinking in Spain, 2008–2010. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 38(3), 810-819.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2014). *Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Titov, N., Andrews, G., Schwencke, G., Robinson, E., Peters, L., & Spence, J. (2010). Randomized controlled trial of internet cognitive behavioural treatment for social phobia with and without motivational enhancement strategies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(10), 938-945.
- Webb, T., Joseph, J., Yardley, L., & Michie, S. (2010). Using the internet to promote health behavior change: a systematic review and meta-analysis of the impact of theoretical basis, use of behavior change techniques, and mode of delivery on efficacy. *Journal of medical Internet research*, 12(1), e4.
- Wright, J. H., Basco, M. R., & Thase, M. E. (2008). *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental*. Artmed.

## 2. JUSTIFICATIVA

Como visto, o consumo de álcool salienta-se como um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Estudos epidemiológicos sugerem que a prevalência do alcoolismo tem um índice considerável e os problemas de saúde decorrentes desta patologia são relevantes, porém, o número de usuários que procuram ajuda ou que conseguem tratamento ainda é reduzido. Além disso, a oferta de tratamento para este público é pouca quando comparada a demanda no Brasil.

As terapias por computador (e-terapias) têm sido apontadas como alternativas de tratamento para diversos transtornos mentais, dentre eles o uso problemático de álcool e outras drogas. Porém, no Brasil, há a necessidade de novas pesquisas nesta área, dado que o número de publicações acerca das intervenções cognitivas e comportamentais computadorizadas no país é baixo.

Dados da literatura apontam que variáveis de processo em psicoterapia, tais como a aliança terapêutica e a satisfação com o tratamento, são parte importante das avaliações em pesquisas clínicas. Tais variáveis buscam identificar possíveis fatores de mudança e de desfechos de insucesso ao longo de todo o processo psicoterapêutico. Além disso, são apontadas como preditivas de resultado. Desta forma, torna-se necessário investigar a aliança terapêutica e a satisfação com o tratamento nas novas formas de psicoterapia, denominadas de terapias por Internet ou e-terapias.

A seguir serão apresentados os objetivos deste estudo seguidos por dois textos: o Texto 1 traz uma revisão de literatura a respeito dos estudos empíricos sobre a aliança terapêutica nas Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCC) por videoconferência. O Texto 2 é um artigo que tem por objetivo avaliar a aliança terapêutica e a satisfação com o tratamento de uma psicoterapia realizada por videoconferência para dependentes de álcool utilizando o método de estudos de caso, de natureza quantitativa e qualitativa. O último capítulo aborda as considerações finais e apresenta as limitações do estudo. Os Textos 1 e 2 serão submetidos para revistas científicas.



### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivos Gerais**

- Avaliar a literatura sobre aliança terapêutica nas Terapias cognitivo-comportamentais realizadas por videoconferência para diferentes transtornos mentais;
- Avaliar a aliança terapêutica e a satisfação com o tratamento em uma psicoterapia por videoconferência para dependentes de álcool.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

- Avaliar os indicadores bibliométricos dos estudos sobre terapias cognitivo-comportamentais realizadas por videoconferência, incluídos na revisão sistemática;
- Avaliar as características metodológicas, formas de avaliação e resultados dos estudos sobre terapias cognitivo-comportamentais realizadas por videoconferência, incluídos na revisão sistemática;
- Identificar o nível de aliança terapêutica dos casos estudados, indicada pelos escores do WAI quanto ao objetivo, vínculo, tarefa e escore geral;
- Avaliar a aliança terapêutica e a satisfação com o tratamento dos casos estudados por meio da identificação de categorias temáticas em entrevistas.

## 4. TEXTO 1

### **ALIANÇA TERAPÊUTICA NAS TERAPIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS POR VIDEOCONFERÊNCIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA**

Este artigo encontra-se em processo de submissão para um periódico científico, por isso não será disponibilizado no corpo desta dissertação.

#### **Resumo**

Nos últimos anos houve um aumento do número de usuários da Internet no Brasil e no mundo, passando-se a utilizar intervenções por videoconferência como formas de tratamento para diversos transtornos mentais. Sabe-se que a aliança terapêutica é um componente essencial para se implementar a prática psicoterapêutica, porém não há um consenso sobre sua formação na psicoterapia por videoconferência. Portanto, o presente artigo teve como objetivo realizar uma revisão sistemática de literatura acerca da aliança terapêutica nas Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCC) por videoconferência. Para isso, foi realizada uma busca em quatro bases de dados, *Pubmed*, *Psycarticles*, *Lilacs* e *SciELO*, com descritores específicos dos dicionários de cada base. No total foram encontrados 365 artigos, mas apenas 09 preencheram os critérios de inclusão baseados no objetivo deste estudo. Observou-se que a maioria dos artigos indicou que a aliança foi alta no decorrer das sessões de TCC por videoconferência, podendo ser comparada com a aliança formada na terapia presencial, e que poucos artigos avaliaram a aliança como fator preditivo de resultados e de adesão. Apesar dos resultados indicarem um alto nível de aliança nas TCCs por videoconferência, faz-se necessária uma amostra maior de artigos para obtermos evidências mais claras sobre a formação da aliança nesta nova forma de tratamento.

**Palavras-chave:** videoconferência; aliança terapêutica; terapia cognitivo-comportamental.

## 5. TEXTO 2

### **ALIANÇA TERAPÊUTICA E SATISFAÇÃO COM O TRATAMENTO NA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL POR VIDEOCONFERÊNCIA PARA DEPENDENTES DE ÁLCOOL: AVALIAÇÃO QUANTITATIVA E QUALITATIVA DE CASOS**

Este artigo encontra-se em processo de submissão para um periódico científico, por isso não será disponibilizado no corpo desta dissertação.

#### **Resumo**

O consumo de álcool é apontado como um problema de saúde pública em vários países do mundo. Porém, principalmente no Brasil, há pouca oferta de tratamento se comparado à demanda. Alternativas de tratamento têm sido elaboradas para viabilizar o atendimento aos dependentes desta substância, uma delas, é a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) por videoconferência. Desta forma, o presente estudo tem como objetivo realizar um estudo de casos múltiplos, buscando avaliar qualitativamente e quantitativamente a aliança terapêutica e a satisfação com o tratamento em uma psicoterapia por videoconferência para dependentes de álcool. Para isso, foi realizado um estudo de casos múltiplos, retirados de uma amostra que participou da TCC por videoconferência para dependentes de álcool. A análise de dados foi realizada por meio de uma triangulação de dados, trabalhados de forma qualitativa e quantitativa. Os resultados apontaram que houve formação de uma aliança terapêutica de qualidade, que os clientes ficaram satisfeitos com tratamento e que estes resultados podem ser comparáveis aos obtidos com a terapia presencial. Os resultados do presente estudo contribuem para a uma melhor compreensão acerca do processo terapêutico nas psicoterapias por videoconferência. Tais resultados nos mostram que a TCC por videoconferência pode ser uma alternativa viável de tratamento para dependentes de álcool.

**Palavras-chave:** videoconferência; aliança terapêutica; terapia cognitivo-comportamental; estudos de casos.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como visto, o consumo de álcool mostra-se como um grave problema de saúde pública no mundo. Estudos epidemiológicos sugerem que a prevalência do alcoolismo tem um índice considerável e que os problemas de saúde decorrentes desta patologia são relevantes, porém, o número de usuários que procuram ajuda ou que conseguem tratamento é reduzido. No Brasil, especificamente, há pouca oferta de tratamento se comparada à demanda. As terapias por computador (e-terapias) podem ser uma alternativa eficaz de tratamento para o consumo problemático de álcool e outras drogas, por elas conseguirem atingir populações que residem em lugares sem tratamento especializado. Além disso, se unidas à Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), poderiam oferecer um tratamento estruturado, breve, orientado para o presente e com evidência de efetividade para tratar a dependência de álcool.

Por outro lado, uma preocupação importante relacionada à psicoterapia realizada por Internet refere-se à aliança terapêutica, uma das condições básicas para que haja um atendimento psicoterapêutico. Ou seja, perguntas como se há formação de aliança terapêutica na psicoterapia por Internet e se ela poderia ser comparada à ocorrida na forma presencial são sempre realizadas no ambiente acadêmico. Por isso, o artigo que contempla o Texto 1 deste trabalho realizou uma revisão sistemática de literatura acerca da aliança terapêutica nas TCC por videoconferência. Observou-se que a maioria dos artigos indicou que a aliança foi alta no decorrer das sessões de TCC por videoconferência, podendo ser comparada com a aliança formada na terapia presencial, e que poucos artigos avaliaram a aliança como fator preditivo de resultados e de adesão. Nenhum estudo utilizou-se de metodologia qualitativa para análise de dados e a maioria utilizou o instrumento *Working Alliance Inventory* (WAI) para mensurar a aliança.

Os resultados desta revisão motivaram a realização do estudo presente no Texto 2, de forma a investigar a aliança utilizando análises qualitativas e quantitativas, por meio de um estudo de casos. Além disso, outra variável de processo foi investigada neste artigo, que é apontada como preditiva de adesão e resultados nas psicoterapias, a satisfação com o tratamento. Os resultados mostraram que os clientes que participaram do tratamento por Internet se mostraram satisfeitos com o tratamento e estabeleceram uma relação terapêutica de qualidade com a terapeuta, que pode ser comparada com a ocorrida na forma presencial. Porém, cada caso estudado neste artigo teve suas especificidades nos atendimentos, tais como características socioeconômicas, familiaridade com o uso do computador e nível cognitivo.

Estas especificidades devem ser sempre levadas em consideração em qualquer tratamento, principalmente, para estabelecer uma relação empática com o cliente.

Cabe ressaltar que, apesar dos clientes terem apresentado problemas psicossociais decorrentes da dependência de álcool ao longo da vida e sabermos que isso pode influenciar no estabelecimento de vínculos afetivos futuros, este fato não interferiu no estabelecimento de uma relação terapêutica de qualidade. Ao contrário, se sentiram acolhidos e compreendidos mesmo sendo atendidos por meio de uma videoconferência. Por outro lado, embora o estudo de caso seja um importante método de avaliação do processo terapêutico, não permite generalizações. Estudos futuros podem avaliar o processo terapêutico de forma quantitativa, por meio de um ensaio clínico randomizado, a fim de obter uma amostra representativa e poder estabelecer relações de causalidade.

A psicoterapia online futuramente pode ser aplicada em postos de saúde, Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), presídios, etc., onde há falta de profissionais especializados no tratamento da dependência de álcool. Técnicos, não especializados, poderiam fazer o trabalho motivacional inicial e o tratamento em si seria feito à distância através do computador, diminuindo assim o problema quanto à falta de atendimento a esta população.

## **LISTA DE ANEXOS**

### **ANEXO 1 – *Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)***

Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

## ANEXO 2 – 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 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 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 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. A psicoterapia via internet será realizada por meio de ferramentas virtuais de comunicação utilizando-se o OpenFire e o protocolo Jitsi. O conteúdo das sessões será registrado pelo psicólogo em seu prontuário e algumas sessões serão gravadas. Para a gravação das sessões, o Sr (a) será informado previamente e deverá fornecer seu consentimento. 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 quanto ao sigilo das informações dos pacientes atendidos. 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 Sr. (a) não receberá qualquer ressarcimento para participar do estudo.

Para participar deste estudo o 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 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@ufjf.edu.br](mailto:cep.propesq@ufjf.edu.br)

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: PROFA. DRA. LAISA MARCORELA ANDREOLI SARTES

ENDEREÇO: RUA JOSÉ LOURENÇO KELMER S/N – DEP. PSICOLOGIA – ICH – CIDADE UNIVERSITÁRIA

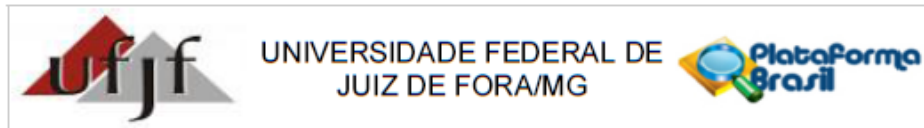
CEP: 36036-900 – JUIZ DE FORA – MG

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)



## ANEXO 3 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PSICOTERAPIAS BREVES UTILIZANDO A INTERNET PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

**Pesquisador:** Laisa Marcorela Andreoli Sartes

**Área Temática:** Pesquisas com coordenação e/ou patrocínio originados fora do Brasil, excetuadas aquelas com copatrocínio do Governo Brasileiro;

**Versão:** 4

**CAAE:** 01366413.6.0000.5147

**Instituição Proponente:** Instituto de Ciências Humanas

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.047.823

**Data da Relatoria:** 28/04/2015

#### Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

#### Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados, estão adequadamente descritos.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUJZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@uff.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
JUIZ DE FORA/MG



Continuação do Parecer: 1.047.823

concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, a emenda proposta pela pesquisadora de inclusão de alguns novos objetivos e de modificações na metodologia está aprovada. Tal aprovação, encontra-se de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Julho de 2018.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO a emenda ao protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 04 de Maio de 2015

---

**Assinado por:**  
**Francis Ricardo dos Reis Justi**  
**(Coordenador)**

<b>Endereço:</b> JOSE LOURENCO KELMER S/N			
<b>Bairro:</b> SAO PEDRO		<b>CEP:</b> 36.036-900	
<b>UF:</b> MG	<b>Município:</b> JUIZ DE FORA		
<b>Telefone:</b> (32)2102-3788	<b>Fax:</b> (32)1102-3788	<b>E-mail:</b> cep.propesq@ufjf.edu.br	

#### ANEXO 4 – *Working Alliance Inventory (WAI)* versões terapeuta e cliente

Terapeuta: \_\_\_\_\_ Cliente: \_\_\_\_\_  
 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 acerca 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 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) 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

---

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

---

---

13. Está claro para mim quais as minhas responsabilidades 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 mim.

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) terapeuta fazemos em terapia não está relacionado com as minhas preocupações.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	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	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	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	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	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	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	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 5 – Licença obtida para utilização do WAI



Prof Laisa Marcorela Andreoli Sartes  
 Universidade Federal de Juiz de Fora  
 Psychology  
 Rua Jos√© Louren√Bo Kelmer, s/n - Campus U  
 Juiz de Fora Minas Gerais  
 36036-900  
 Brazil

July 16, 2015

LIMITED COPYRIGHT LICENSE (ELECTRONIC) # 2015167.81

Dear Prof. Dr. Marcorela Andreoli Sartes

You have permission to use the Working Alliance Inventory (WAI) for the investigation:

“Web-based Psychotherapies for Alcohol Addiction”

This limited copyright release extends to all forms of the WAI for which I hold copyright privileges, but limited to use of the inventory for not-for-profit research, and does not include the right to publish or distribute the instrument(s) in any form.

I would appreciate if you shared the results of your research with me when your work is completed so I may share this information with other researchers who might wish to use the WAI. If I can be of further help, do not hesitate to contact me.

Dr. Adam O. Horvath  
 Professor  
 Faculty of Education and  
 Department of Psychology

e-mail: [horvath@sfu.ca](mailto:horvath@sfu.ca)  
 Internet: <http://wai.proforhorvath.com>

## **ANEXO 6 – Roteiro de entrevista semiestruturada**

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PACIENTES ATENDIDOS POR COMPUTADOR**

#### **Satisfação com a Psicoterapia por Computador**

1. Para você, como foi ser atendido por computador?
2. Você vê alguma vantagem em ser atendido por computador? E alguma desvantagem?
3. O que você achou da quantidade de sessões propostas? O número de 12 sessões foi suficiente para você? Quantas sessões você acha que seria interessante?
4. Você acha que o tratamento realizado atingiu o que você buscava? Por quê?
5. O que você achou da quantidade de questionários usados?
6. Com base no que me falou, se você fosse começar o seu tratamento hoje, você escolheria ser atendido por computador ou pessoalmente? Por quê?
7. Você recomendaria este serviço para algum amigo/parente seu? Por quê?

#### **Aliança Terapêutica com o Psicoterapeuta**

1. O que você achou do profissional que te atendeu?
2. Você acha que o seu terapeuta te entendeu?
3. Você se sentiria mais à vontade sendo atendido por um terapeuta homem ou mulher? Por quê?
4. Você e o seu terapeuta concordavam com o que você buscava na terapia? Como assim?
5. O que você achou das tarefas que fez durante a terapia? Elas te ajudaram a resolver o seu problema?

#### **Infraestrutura do Serviço Ofertado**

1. Para você, como é o espaço do CPA?
2. O que você achou da iluminação?
3. E das salas que você foi atendido? E das poltronas que estavam lá?
4. E do pessoal que te atendeu na portaria?
5. Como foi chegar da sua casa até aqui no CPA? Você teve alguma dificuldade de chegar aqui no CPA?
6. Uma pessoa te acompanhou da portaria até a sala, não é? O que você achou disso?

7. O que você achou da qualidade da imagem que apareceu no computador?
8. E da qualidade do som?
9. E o que você achou do uso do fone de ouvido?
10. Quando você e o seu terapeuta conversavam pelo computador, caiu alguma vez?  
Alguma coisa travou? Se sim, isso atrapalhou o seu atendimento?
11. Você acha que alguma coisa poderia mudar no espaço físico que você foi atendido?

**Considerações finais:** Você tem algo mais a dizer? Gostaria de falar mais alguma coisa?