

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

DEPRESSÃO PÓS-PARTO:
GRAVIDADE DOS SINTOMAS E ALIANÇA TERAPÊUTICA

ALUNA: CAMILA MOREIRA OSÓRIO

ORIENTADOR: RICARDO TAVARES PINHEIRO, Ph.D

CO-ORIENTADOR: RICARDO AZEVEDO DA SILVA, Ph. D

PELOTAS

2006

AGRADECIMENTOS

Ao Ricardo Tavares Pinheiro, meu orientador, que através de suas atitudes e ensinamentos, mostrou ser um exemplo de profissional a ser seguido.

Ao Ricardo Azevedo da Silva, meu co-orientador, pela amizade e dedicação em todos os momentos de minha formação acadêmica.

Aos meus colegas de mestrado, Augusto Faria, Camilla Acosta, Luciano Souza, Patrícia Guerreiro, Pedro Magalhães e Renata Muenzer que me ensinaram e me ajudaram muito durante toda a trajetória como mestranda. Foi um prazer conviver com vocês.

A professora e amiga Inácia Moraes por ter me dado a oportunidade de começar a trabalhar em pesquisa.

A Flávia Jonas que sempre colaborou e auxiliou na execução desse trabalho.

As meninas da equipe de pesquisa, Carol, Dani Tavares, Dani Mesquita, Isane, Karen, Lí e Russélia por terem se privado de momentos de lazer para se dedicar a este trabalho. Obrigada pela amizade e pela paciência.

Aos meus professores do Mestrado em Saúde e Comportamento, pela sabedoria.

As pacientes que fizeram parte desse trabalho, pela confiança depositada em nossa equipe.

Ao Leonardo, por seu amor, carinho e compreensão. Obrigada por viver comigo este momento tão significativo.

Aos meus amigos do peito, Aline, Ana Laura, Anne, Cris, Elisa, Fernando, Liana, Lí, Polly, Rê, Tati e Sílvia pelos momentos de descontração que vivemos até agora e que ainda iremos viver.

DEDICO

Aos meus pais, Maria Teresa e José Carlos...

Ao meu irmão Fábio...

Ao meu avô Camilo...

...Agradeço muito a vocês que me acompanharam com carinho e estímulo, procurando amenizar minha ansiedade, mantendo-me firme diante dos obstáculos.

Obrigada por tudo, eu amo muito vocês.

SUMÁRIO

PROJETO DE PESQUISA	5
Importância do Estudo	6
Objetivos	7
Hipótese	7
Fundamentação Teórica	7
Caracterização do Projeto	10
Metodologia	11
Cronograma	15
Recursos	15
Referências Bibliográficas	16
ARTIGO CIENTÍFICO	19
Resumo	21
Abstract	22
Introdução	23
Métodos	24
Resultados	27
Discussão	29
Referências Bibliográficas	32
Tabelas	36
Anexos	41

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

CAMILA MOREIRA OSÓRIO

DEPRESSÃO PÓS-PARTO:
GRAVIDADE DOS SINTOMAS E ALIANÇA TERAPÊUTICA

Projeto de pesquisa apresentado
ao Curso de Mestrado em Saúde
e Comportamento da UCPel
como parte dos requisitos para
obtenção do grau de Mestre

RICARDO TAVARES PINHEIRO, Ph.D

Orientador

RICARDO AZEVEDO DA SILVA, Ph.D

Co-orientador

IMPORTÂNCIA DO ESTUDO

Nas últimas décadas, tem se evidenciado uma forte associação entre o período após o parto e os aspectos psicológicos e psiquiátricos do puerpério. Estes podem surgir tanto por predisposições genéticas e mudanças hormonais como por pressões do meio social, as quais exigem da mulher o desempenho de um papel que se encontra mais perto do ideal do que do real e possível.

Dentre as patologias que surgem neste momento, destaca-se a depressão pós-parto. Um estudo realizado na cidade de Pelotas encontrou prevalência de 19% desta desordem em mulheres após o nascimento do bebê (Moraes et al, 2006).

A depressão materna é um distúrbio que gera intenso sofrimento para as mulheres, prejuízos na relação familiar, risco de suicídio e negligência da mãe em relação aos cuidados do recém-nascido. O somatório destes fatores repercute negativamente no desenvolvimento do bebê (Murray et al, 2003).

Em relação ao tratamento, as psicoterapias parecem ser bastante indicadas. Um fator que se encontra presente em todas as abordagens psicoterapêuticas, servindo como preditora de êxito deste processo, é a relação estabelecida entre paciente e terapeuta, a aliança terapêutica, porém diversos fatores podem ajudar ou dificultar a sua formação, dentre eles, encontra-se a gravidade dos sintomas da paciente.

O tratamento breve e eficaz, o qual vise à melhora das mulheres que sofrem de depressão pós-parto, e, o acompanhamento mais atento de variáveis que podem influenciar a dinâmica terapêutica neste momento, tornam-se, por isso, importantes de serem estudadas, visando ocasionar o bem-estar das mães em seu contexto familiar e social.

OBJETIVO

Avaliar o impacto da gravidade dos sintomas de mulheres com depressão pós-parto no estabelecimento da aliança terapêutica.

HIPÓTESE

A gravidade dos sintomas depressivos influencia negativamente no estabelecimento da aliança terapêutica.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O termo aliança terapêutica foi utilizado pela primeira vez por Greenson em 1967, quando se referiu a positiva colaboração entre cliente e terapeuta como um dos componentes primordiais à efetividade da psicoterapia. Mas, desde 1912, Freud em seu trabalho “The Dynamics of Transference” enfatizou a importância de que o terapeuta e seu paciente possam estabelecer uma relação vincular forte e positiva, já que esta auxiliaria muito no decorrer de todo o processo (Corbella e Botella, 2003).

Ao longo do século XX, a conceitualização do termo aliança terapêutica foi incorporada pela maioria das escolas psicoterapêuticas, mas distanciou-se da leitura transferencial feita pelo contexto psicanalítico.

A qualidade da vinculação estabelecida entre o terapeuta e seu cliente é considerada imprescindível para o êxito do processo terapêutico, independente da posição teórica utilizada. Gelso e Carter, 1994; Horvarth e Symonds, 1991, mencionam que diversas variáveis podem influenciar o tratamento psicológico, mas salientam a aliança terapêutica como essencial para o seu sucesso.

Bordin (1976), um dos autores mais importantes na concepção desta terminologia a define como um elemento relacional ativo, encontrado em todo o processo de mudança exigido por relacionamentos. Distingue a aliança de projeções

inconscientes do cliente (transferência), existente na psicoterapia. De acordo com seu modelo, a aliança é composta por três elementos:

Tarefas: atividades que fazem parte do processo terapêutico, e que devem ser percebidas por ambas as partes como relevantes e efetivas.

Objetivos: acordo mútuo em relação ao que se espera alcançar (desfecho do tratamento).

Vínculo: relação positiva entre as duas partes envolvidas no processo, baseado na mútua confiança, aceitação e confiança.

Deste modo, pode-se considerar a aliança terapêutica como uma construção conjunta entre cliente e terapeuta, onde as expectativas, as opiniões, a relação estabelecida e a visão do outro são essenciais para a sua formação.

É importante salientar que por ser uma relação entre duas pessoas e estar permeada por fatores intrapessoais e interpessoais, diversas variáveis podem influenciar a aliança terapêutica, portanto para melhor compreender o desenvolvimento do processo terapêutico, características individuais de cada uma das partes devem ser consideradas.

Inicialmente, apenas se estudavam as variáveis referentes à figura do terapeuta, contudo, com o passar dos anos, outros estudiosos começaram a perceber que características do paciente também poderiam ser facilitadoras ou dificultadoras na sua formação (Bergin e Garfield, 1994).

Dentre as variáveis do cliente, destaca-se a gravidade dos seus sintomas, a qual alguns autores relatam que contribui negativamente na formação da Aliança (Eaton, Abeles e Gutfreund, 1988). Já outros mencionam que há pouca ou nenhuma correlação entre essas variáveis (Crowley, 2001; Gaston et al., 1988; Horvath e Symonds, 1991).

Outros aspectos, os quais têm se enfatizado bastante, são os referentes a manifestações psicológicas da gravidez, parto e puerpério.

De acordo com Defey (1994), a mulher, neste momento, encontra-se em conflito pelos sentimentos descobertos e pressionada por um meio que a parabeniza ao pressupor que esteja radiante, pois ter um filho é o melhor que lhe poderia ocorrer. Por outro lado, está assustada com todas as mudanças ocorridas, sofre em silêncio, sentindo-se culpada.

Devido à vulnerabilidade deste momento, os quadros psiquiátricos se manifestam cada vez mais e surgem por um somatório de fatores, os quais permeiam a maternidade, sendo os mais comuns: baby blues ou melancolia da maternidade, psicose puerperal e depressão pós-parto.

A baby blues ou melancolia da maternidade é um transtorno emocional leve, que caracteriza-se pela labilidade transitória do humor, choro, insônia ou fadiga, atingindo cerca de 60% das novas mães entre o 3º e o 5º dia após o parto. Este distúrbio geralmente não exige tratamento, pois tem remissão espontânea. Contudo, deve-se ter cuidado para que não evolua para um quadro de depressão pós-parto.

A psicose puerperal é um quadro bastante grave, pois os sintomas estão acentuados, podendo haver a presença de alucinações e risco de suicídio e homicídio. Sua incidência é de 2 a 4 casos em 1000 partos, e, ocorre entre as duas primeiras semanas após o nascimento, exigindo na maioria das vezes, a hospitalização da mãe.

A depressão pós-parto, foco deste estudo, é um subtipo de depressão maior, cujos sintomas surgem geralmente entre a quarta e a oitava semana após o nascimento do bebê, podendo aparecer em algum outro momento do primeiro ano de vida deste. Caracteriza-se por humor depressivo (irritabilidade e/ou tristeza), falta de energia e motivação, desinteresse sexual, distúrbios alimentares e do sono, sentimentos de desamparo e desesperança, sentimentos de inadequação e culpa em relação aos cuidados do recém-nascido, queixas psicossomáticas e, em alguns casos, ideação suicida (Klaus et al., 2000; Schwengber e Piccinini, 2003).

Os fatores de risco associados a esta patologia incluem aspectos biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos, como: baixo peso ao nascer, prematuridade, tipo de parto, escolaridade, faixa etária, estado civil, classe social e renda baixa da mãe, história prévia de doença psiquiátrica, falta de apoio familiar, planejamento da gravidez entre outros.

A literatura estrangeira aponta taxas de prevalência da depressão pós-parto que flutuam entre 10% a 20%. Um estudo realizado na cidade de Pelotas encontrou a prevalência dessa desordem em 19% das puérperas. Os autores ainda destacam que devido à realidade econômica, a sua prevalência é maior em países mais pobres (Moraes et al., 2006).

Cabe destacar que esta é uma doença que repercute negativamente em todo o meio familiar e, em especial no bebê. A depressão materna afeta o desenvolvimento cognitivo, motor, social e afetivo do recém-nascido (Murray et al, 2003).

O trabalho de Stern (1997) mostrou que mães deprimidas gastam menos tempo olhando, tocando e falando com seus bebês, ou seja, interagem pouco com eles, já seus filhos, por sua vez, apresentam mais afeto negativo, menor nível de atividade e vocalizações, mais aborrecimento e expressões de raiva e tristeza, distanciamento no olhar e expressões de desinteresse em relação ao meio.

Edbogh et al., 2000; Murray et al, 2003, relatam que filhos de pais deprimidos têm maior chance de exibir atraso em seu desenvolvimento, dificuldades em seu temperamento e problemas comportamentais.

Levando em consideração todos esses fatores, um tratamento adequado deve ser desenvolvido com essas mulheres. Embora o tratamento farmacológico possa ser utilizado, há a preocupação em relação ao seu uso durante a amamentação. Entretanto, pesquisas atuais mostram que a psicoterapia pode ser tão eficaz quanto os antidepressivos no tratamento das depressões e, em especial, da depressão pós-parto (Alder e Truman, 2002; Beck, 1976; Chen et al., 2000).

Portanto, os benefícios de uma intervenção psicológica de qualidade, a qual leve em consideração as variáveis que auxiliem no seu processo, em especial a aliança terapêutica, e não se restrinja, isoladamente, ao bem-estar da mãe, mas que abranja também suas mudanças de atitudes, as quais influenciarão positivamente no desenvolvimento de seu bebê e seu meio, é visivelmente importante, e justifica o objetivo deste estudo, que é avaliar a influência da gravidade dos sintomas de mulheres com depressão pós-parto no estabelecimento da aliança terapêutica.

CARACTERIZAÇÃO DO PROJETO

O projeto faz parte de um ensaio clínico randomizado que tem por objetivo avaliar a efetividade de dois modelos de psicoterapia manualizados e de curta duração (Modelo Cognitivo Conductual e Modelo Construtivista Relacional, ambos com sete

sessões de psicoterapia) no tratamento de mulheres com depressão pós-parto, na cidade de Pelotas, RS.

METODOLOGIA

POPULAÇÃO ALVO

Serão selecionadas para participar do estudo, mulheres acima dos 18 anos, no pós-parto entre 30 e 60 dias, residentes da zona urbana de Pelotas, que forem identificadas com indicativo de depressão pós-parto leve a moderada e sem risco de suicídio.

TAMANHO DA AMOSTRA

A amostra será constituída por 40 pacientes, sendo 20 randomizadas no Modelo Cognitivo Conductual e 20 no Modelo Construtivista Relacional.

O número de pacientes foi estabelecido pela coordenação do ensaio clínico, baseado na literatura referente a este assunto.

DELINEAMENTO

A captação das pacientes será realizada no Hospital Universitário São Francisco de Paula (HUSFP) e em Postos de saúde da rede municipal. Além disso, o trabalho será divulgado em jornais, televisão e entre os profissionais da área da saúde.

As mães que tiverem seus filhos no HUSFP serão contactadas logo após o nascimento do bebê por um membro da equipe de pesquisa, ainda no hospital, com a finalidade de colher seus dados de identificação e explicar brevemente a natureza do estudo. Após a 4ª semana do parto, serão convidadas a participar da entrevista de triagem, que tem por objetivo avaliar se apresentam indicativo de depressão pós-parto. Aquelas, que preencherem os critérios de inclusão, serão informadas sobre a natureza e

convidadas a participar do processo de tratamento e, então, randomizadas em um dos modelos oferecidos.

Os modelos psicoterapêuticos são compostos pelo mesmo número de sessões. Todos os encontros serão gravados e posteriormente transcritos por um integrante da equipe de pesquisa para obter maior fidedignidade dos dados.

Após conclusão do tratamento, as puérperas serão entrevistadas novamente para verificar se houve melhora da depressão. Caso a depressão ainda estiver presente, a paciente será encaminhada para atendimento com o psiquiatra da equipe de pesquisa.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DO ESTUDO

Para que as pacientes sejam incluídas devem ter idade mínima de 18 anos, residirem na zona urbana de Pelotas, pontuarem acima de 12 pontos no Beck Depression Inventory (BDI) e acima de 12 pontos também no Edimburgh Post Natal Depression Scale (EPDS) e não apresentarem risco de suicídio (avaliado através do M.I.N.I suicídio).

As puérperas serão excluídas se não concordarem em assinar o termo de consentimento, se apresentarem risco de suicídio e conseqüente indicação ao uso de psicofármacos.

INSTRUMENTOS

Para avaliar depressão pós-parto e a gravidade dos sintomas, será utilizado o BDI. Este instrumento foi desenvolvido com a finalidade de medir a intensidade dos sintomas depressivos e foi validado para o Brasil por Cunha, 1999. É uma escala composta por 21 itens, cada um com quatro alternativas, subentendendo graus crescentes de depressão, com escores de 0 a 3.

O EPDS, também, será utilizado para avaliar depressão pós-parto. É composto por 10 enunciados cujas opções são pontuadas de 0 a 3 de acordo com a presença de sintomas depressivos. Este instrumento é o mais utilizado em investigações sobre a prevalência de depressão pós-parto e foi validado para o Brasil por Santos, Martins e Pasquali, 1999.

Com o objetivo de verificar a formação da aliança terapêutica, será utilizado o Working Alliance Inventory (WAI), que foi desenvolvido por Horvath e Greenberg, 1989 e validado para o português por Machado e De Abreu. Suas versões são baseadas nos três componentes de aliança desenvolvidos por Bordin: tarefa, vínculo e objetivo. As escalas são compostas por 36 itens que analisam a aliança através de escores de 1 a 7, de acordo com a intensidade das afirmativas, onde 1 é nunca e 7 equivale a sempre. É um dos instrumentos mais citados e utilizados dentre a literatura.

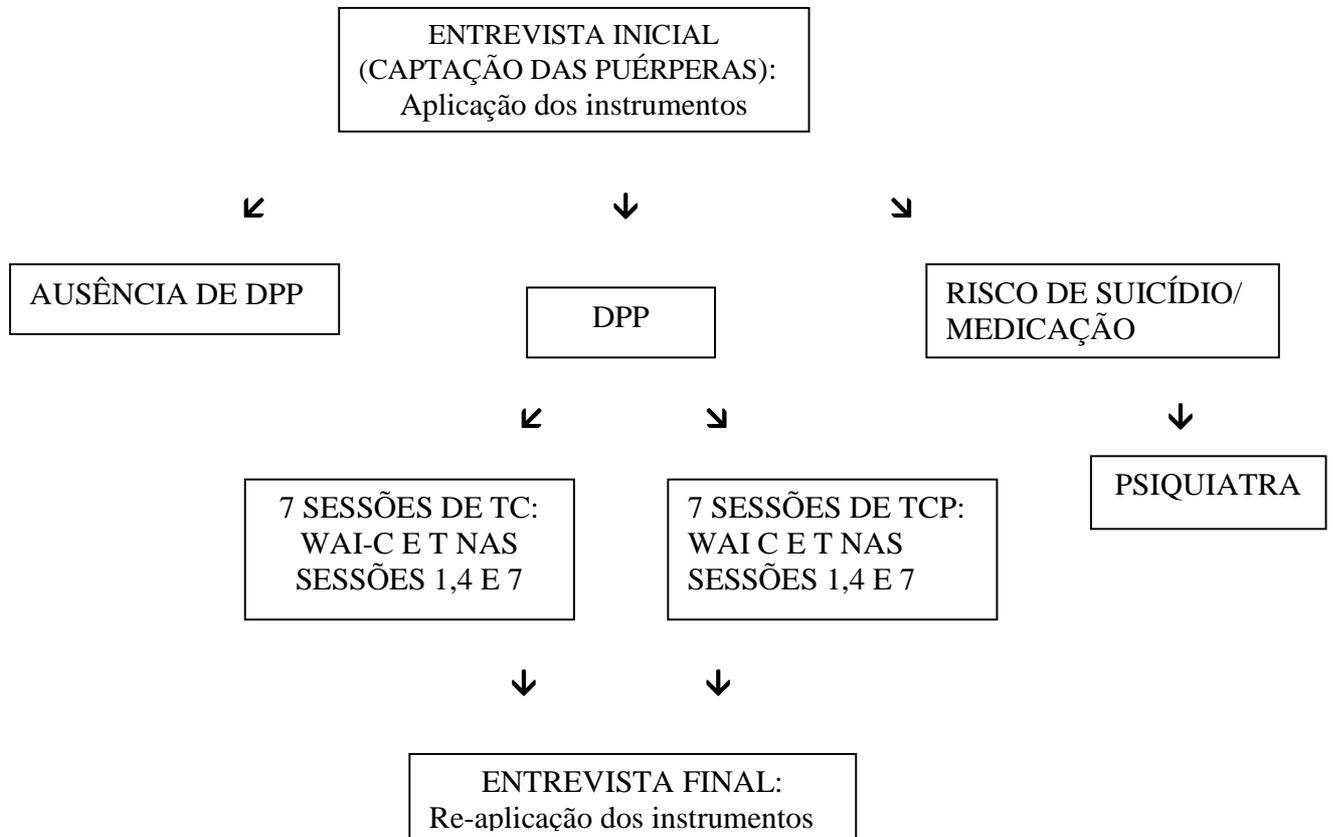
Ainda serão aplicados outros instrumentos como o M.I.N.I para avaliar risco de suicídio; o WHOQOL, para qualidade de vida; o CAGE, para alcoolismo; a escala da ABIPEME, para nível sócio-econômico e outras questões referentes a gravidez, parto, puerpério e amamentação.

PROCEDIMENTOS

O BDI e o EPDS serão aplicados durante o processo de triagem e posteriormente ao final do tratamento.

O WAI será utilizado ao final da 1ª, 4ª e 7ª sessão de psicoterapia em ambos os modelos, nas versões Terapeuta e Cliente.

FLUXUOGRAMA



EQUIPE E TREINAMENTO

A aplicação inicial e final do questionário será realizada por três alunas do curso de graduação do curso de Psicologia.

O processo de tratamento, ou seja, as sete sessões de psicoterapia serão desenvolvidas por quatro alunas de graduação também do curso de Psicologia.

Toda a equipe será treinada nos dois modelos de tratamento oferecidos às pacientes e também para a aplicação do questionário. Após o treinamento, realizar-se-á uma prova escrita seguida de entrevista oral, quando se escolherá as melhores para cada função (terapeutas e aplicadoras).

Além das alunas de graduação, a equipe de pesquisa será composta por três psicólogos, sendo dois mestrandos, e por dois psiquiatras, sendo um mestrando.

ANÁLISE DOS DADOS

Serão realizadas duas digitações com o objetivo de garantir a qualidade dos dados.

Inicialmente, será utilizado, para digitação, o programa estatístico EPIINFO. Após, os dados serão transportados para o SPSS, onde serão analisados. Neste programa, além de obter as frequências de todas as variáveis estudadas para analisar a associação entre a gravidade dos sintomas depressivos e a aliança terapêutica, será utilizado análise de correlação, o teste do qui-quadrado e regressão linear.

ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi encaminhado e aprovado, junto ao Termo de Consentimento, ao Comitê de Ética da Santa Casa de Misericórdia da Cidade de Pelotas.

Todas as mulheres que preencherem os critérios de inclusão do estudo, só participarão deste, se assinarem e concordarem, após receberem explicação, com o Termo de Consentimento.

Com a finalidade de proteger as puérperas e suas famílias, as pacientes que durante a entrevista de triagem apresentarem risco de suicídio e conseqüente indicação ao uso de psicofármacos, serão encaminhadas imediatamente para atendimento psiquiátrico gratuito.

CRONOGRAMA

	MAR 04/ OUT 04	NOV 04/ OUT 05	NOV 05/ FEV 06	MAR 06/ MAI 06
REVISÃO	X	X	X	X
TREINAMENTO	X			
PILOTO	X			
COLETA DE DADOS		X	X	
ANÁLISE DOS DADOS			X	X
DISSERTAÇÃO				X

RECURSOS

HUMANOS

Um professor psiquiatra;

Um professor psicólogo;

Três mestrados;

Sete alunas de graduação e bolsistas de Iniciação Científica;

OUTROS

Vale-transporte para as pacientes;

Questionários;

Gravadores e fitas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alder, E. e Truman, J. (2002). Counselling for postnatal depression in the voluntary sector. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75, 207-220.

Bergin, A. e Garfield, J.S. (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3ª Ed). Nova Iorque: Wiley.

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

Chen, C.H., Tseng, Y.F., Chou, F.H. e Wang, S.Y. (2000). Effects of support group intervention in postnatally distressed women: A controlled study in Taiwan. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 395-399.

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

Crowley, M.J. (2001). Patient and therapist pre-treatment characteristics as predictors of the therapeutic alliance (tese de doutorado), Ohio University.

Cunha, J.A. (1999). Estudos de ponte de corte do BDI na versão português. In: Cunha, J.A., Editora. 8º Congresso Nacional de Avaliação Psicológica, 1999. Porto Alegre, Brasil.

Defey, D. (1994). *Mujer y Maternidad*. Montevidéu: Roca Viva.

Eaton, T.T., Abeles, N. e Gutfreund, M.J. (1988). Therapeutic alliance and outcome: Impact of the treatment length and pretreatment symptomatology. *Psychotherapy*, 25 (4), 536-542.

Edbogh, M., Seimyr, L., Lundh, W. et al. (2000). Fussy child-difficult parenthood? Comparison between families with a depressed mother and non-depressed mother. *Journal reproductive infantil Psychology*, 18, 225-238.

Gaston, L., Marmar, C., Thompson, L. e Gallagher, D (1988). Relation of patient pretreatment characteristics to the therapeutic alliance in diverse psychotherapies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 4, 483-489.

Gelso, C. e Carter, J. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Consulting Psychology*, 41 (3), 296-306.

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

Horvath, A.O. e Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis, 38 (2), 139-149.

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

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.

Murray, L., Cooper, P. e Hipwell, A. (2003). Mental Health of parents caring for infants. *Archives of Womens Mental Health*, 6 (2), 71-77.

Murray, L., Cooper, P., Wilson, A. e Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and long- term effect of psychological treatment of post-partum depression: Impact on the mother-child relationship and child outcome. *British Journal of Psychiatry*, 182, 420-427.

Santos, M.F.S., Martins, F.C. e Pasquali, L. (1999). Escalas de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clinica*, 26 (2), 32-40.

Schwengber, D. e Piccinini, C.A. (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de psicologia*, 8(3), 403-441.

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

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

CAMILA MOREIRA OSÓRIO

DEPRESSÃO PÓS-PARTO:
GRAVIDADE DOS SINTOMAS E ALIANÇA TERAPÊUTICA

Artigo Científico apresentado
ao Curso de Mestrado em Saúde
e Comportamento da UCPel
como parte dos requisitos para
obtenção do grau de Mestre

RICARDO TAVARES PINHEIRO, Ph.D

Orientador

RICARDO AZEVEDO DA SILVA, Ph.D

Co-orientador

Pelotas, Julho de 2006

Título em português: DEPRESSÃO PÓS-PARTO: GRAVIDADE DOS SINTOMAS E ALIANÇA TERAPÊUTICA¹.

Título em inglês: Postpartum Depression: Severity of symptom and Therapeutic Alliance

Autora: Camila Moreira Osório²

¹ Este trabalho obteve apoio da CAPES através do Programa de Suporte à Pós-graduação de Instituições de Ensino Superior.

² Endereço para correspondência: Mestrado em Saúde e Comportamento – UCPel. Rua Almirante Barroso nº 1202 Bloco G – 107, Pelotas, RS, Brasil. CEP: 96010-280. Telefone para contato: (053) 32848104. E-mail: cmo2804@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: avaliar o impacto da gravidade dos sintomas de mulheres com depressão pós-parto, em psicoterapia cognitiva breve, no estabelecimento da aliança terapêutica (AT).

Métodos: O estudo faz parte de um ensaio clínico, o qual avaliou a efetividade de modelos psicoterapêuticos no tratamento da depressão pós-parto. As mulheres estavam no pós-parto entre 30 e 60 dias e apresentavam indicativo de depressão leve a moderada. Para avaliar a gravidade dos sintomas depressivos aplicou-se o Inventário Beck de Depressão (BDI) no início e ao final do tratamento. O Working Alliance Inventory (WAI) foi utilizado para a AT, na versão Paciente (WAI-C) e Terapeuta (WAI-T), ao final das sessões 1, 4 e 7. Utilizou-se a análise por correlação e qui-quadrado.

Resultados: A análise de correlação indicou associação na 4ª sessão no WAI-T total ($r = -0,35$), e, nos domínios tarefa ($r = -0,31$) e vínculo ($r = -0,57$). O teste do qui-quadrado mostrou significância na 4ª sessão no WAI-T total ($p \leq 0,050$), e no domínio vínculo ($p. \leq 0,037$).

Conclusão: A associação na fase intermediária do tratamento, entre as variáveis estudadas, foi insuficiente para indicar que a gravidade dos sintomas depressivos influencia na formação da aliança.

Palavras-chaves: Puerpério, Características do paciente, Relação terapêutica.

ABSTRACT

Objective: to assess the impact of symptom severity on the development of the therapeutic alliance in women with postpartum depression undergoing brief cognitive psychotherapy.

Method: this study is part of a randomised controlled trial that investigated the effectiveness of psychotherapy in the treatment of postpartum depression. Women were between 30 and 60 days postpartum and had a positive screen for mild to moderate depression. To assess depressive symptom severity, the Beck Depression Inventory was employed at the beginning and at the completion of treatment. The client and therapist forms of the Working Alliance Inventory (WAI) were used to evaluate the therapeutic alliance after the session 1, 4, 7. Data was analyzed with correlations and chi-square tests.

Results: correlation analysis pointed to associations of the total WAI score ($r = -0,35$) and subscale task ($r = -0,31$) and bond ($r = -0,57$). Chi-squares tests were significant in the fourth session for the total WAI score ($p \leq 0,050$) and the bond subscale ($p. \leq 0,037$).

Conclusion: the association of the investigated variables during the intermediary phase of the treatment was insufficient to indicate that depressive symptom severity had influence on the development of the therapeutic alliance.

Keywords: Puerperium, Patient characteristics, Therapeutic alliance.

INTRODUÇÃO

A depressão pós-parto (DPP) é um subtipo de depressão maior, cujos sintomas surgem geralmente entre a quarta e a oitava semana após o nascimento do bebê, podendo aparecer em algum outro momento do primeiro ano de vida deste. Esse tipo de depressão apresenta prevalência, que flutua entre 10% a 20% e caracteriza-se por humor depressivo (irritabilidade e/ou tristeza), falta de energia e motivação, desinteresse sexual, distúrbios alimentares e do sono, sentimentos de desamparo e desesperança, sentimentos de inadequação e culpa em relação aos cuidados do recém-nascido, queixas psicossomáticas e, em alguns casos, ideação suicida (Klaus et al., 2000; Schwengber e Piccinini, 2003).

Essa desordem repercute em todo o meio familiar e afeta o desenvolvimento cognitivo, motor, social e afetivo do recém-nascido, trazendo graves conseqüências (Edboogh et al, 2000; Murray e Cooper, 2003; Stern, 1997).

Por outro lado, a qualidade da vinculação estabelecida entre terapeuta e seu cliente é considerada imprescindível para o êxito do processo terapêutico, independente da posição teórica utilizada. Gelso e Carter, 1994; Horvarth e Symonds, 1991, mencionam que diversas variáveis podem influenciar no tratamento psicológico, mas salientam a aliança terapêutica como essencial para seu sucesso.

Bordin (1976) define a aliança terapêutica como um elemento relacional ativo, encontrado em todo o processo de mudança exigido por relacionamentos, e a distingue de projeções inconscientes do cliente (transferência), existente na psicoterapia. De acordo com seu modelo, a aliança é configurada pelo comprometimento entre terapeuta e cliente frente a tarefas, frente aos objetivos propostos e ao estabelecimento de um vínculo positivo.

A aliança terapêutica é considerada uma construção conjunta entre cliente e terapeuta, onde características individuais de cada uma das partes podem influenciar a sua formação e, conseqüentemente, o desfecho terapêutico (Corbella e Botella, 2003).

Dentre as variáveis do cliente, destacam-se o diagnóstico e a gravidade dos seus sintomas, porém os estudos apresentam divergências a respeito de sua contribuição para a relação terapêutica.

O estudo de Hersoug et al. (2002) indica que as variáveis diagnósticas do paciente não predizem a qualidade da aliança nem tampouco a evolução dos processos terapêuticos. O trabalho desenvolvido por Gaston et al. (1988), com pacientes depressivos na terceira idade, concluiu que não há nenhuma relação entre a intensidade dos sintomas antes do início do tratamento e o estabelecimento da aliança terapêutica.

Barber et al. (2000) descreve, em seu estudo, a existência de uma associação entre a sintomatologia do paciente e a aliança terapêutica. Eaton, Abeles e Gutfreund (1988) enfatizam que a gravidade da sintomatologia do paciente, qualquer que seja a categoria diagnóstica, contribui negativamente para construção da aliança. No entanto, alguns estudos mostram que existe pouca relação entre gravidade dos sintomas e aliança terapêutica (Crowley, 2001; Horvarth e Symonds, 1991).

Não foram encontrados estudos conclusivos a respeito do impacto da gravidade dos sintomas depressivos na formação da aliança terapêutica, tanto nas diversas categorias diagnósticas quanto, em específico, na depressão pós-parto.

O objetivo deste estudo é avaliar o impacto da severidade dos sintomas de mulheres com depressão pós-parto, em psicoterapia cognitiva breve, no estabelecimento da aliança terapêutica.

MÉTODOS

A presente pesquisa faz parte de um Ensaio Clínico Randomizado, realizado na cidade de Pelotas, RS, entre março de 2004 e dezembro de 2005, e tem por objetivo avaliar dois modelos psicoterapêuticos (Modelo Cognitivo e Modelo Construtivista Relacional) no tratamento de mulheres com depressão pós-parto. Ambos os modelos foram manualizados e são compostos por sete sessões de psicoterapia.

Para compor a amostra, selecionaram-se mulheres acima dos 18 anos de idade, no pós-parto entre 30 e 60 dias, residentes da zona urbana da cidade de Pelotas e identificadas com depressão pós-parto leve ou moderada. As mulheres que apresentaram depressão grave e risco de suicídio com conseqüente indicação ao uso de

psicofármacos foram excluídas do estudo e encaminhadas para atendimento psiquiátrico. Também foram excluídas aquelas mães que não apresentaram depressão pós-parto e as que não concordaram em assinar o termo de consentimento.

A captação das mulheres foi realizada no hospital Universitário São Francisco de Paula, Postos Municipais de Saúde, entre os profissionais da área da saúde e através de divulgação em meios de comunicação.

As mulheres inicialmente passaram por uma entrevista de triagem, a qual tinha por finalidade coletar seus dados pessoais e os referentes à gravidez, parto e puerpério, e, também, a aplicação de instrumentos como o Beck Depression Inventory (BDI) e Edinburgh Post Natal Depression Scale (EPDS), ambos com o objetivo de avaliar depressão.

No presente estudo, utilizou-se como ponto de corte para a inclusão das pacientes, pontuação acima de 12 pontos tanto no BDI quanto no EPDS.

A partir desse momento, as puérperas que estivessem aptas a participar do estudo foram randomizadas através de envelopes pardos previamente lacrados, em um, dos dois modelos de tratamento, e, ao final desse processo, foram entrevistadas novamente.

Com o objetivo de avaliar a aliança terapêutica se utilizou o Working Alliance Inventory (WAI), instrumento desenvolvido por Horvarth e Greenberg e validado para o português por Machado e de Abreu.

O construto de aliança terapêutica avaliado por este inventário é o proposto por Bordin, onde a aliança tem três elementos:

Tarefa: refere-se as atividades desenvolvidas que constituem o processo terapêutico;

Vínculo: inclui a rede complexa de vinculações pessoais positivas, entre terapeuta e paciente, incluindo aspectos como confiança mútua e aceitação;

Objetivos: colaboração e consenso relativos aos alvos da interação terapêutica;

O WAI é o instrumento mais utilizado em pesquisas com a finalidade de verificar a aliança entre os componentes do processo psicoterapêutico, e sua versão em português possui alpha de cronbach de 0.95 para a escala total, 0.93 para tarefa, 0.87 para vínculo e 0.80 para objetivo.

Neste estudo foram utilizadas as versões Terapeuta (WAI-T) e Paciente (WAI-C). Essas versões possuem 36 itens, sendo 12 referentes a cada domínio (tarefa, vínculo e objetivo), os quais analisam a aliança através de uma escala do tipo likert de sete pontos, de acordo com a intensidade das afirmativas, onde 1 equivale a nunca, e 7 a sempre.

A aplicação era feita ao final das sessões 1, 4 e 7, onde tanto o terapeuta como o paciente respondiam individualmente seus respectivos instrumentos, e, ao final, os colocavam em envelopes pardos.

A entrevista de triagem e a entrevista final foram realizadas por alunas de graduação do Curso de Psicologia, que se encontravam cegas a respeito dos modelos terapêuticos oferecidos a cada paciente. Também se teve o cuidado para que a mesma avaliadora não entrevistasse duas vezes cada paciente.

Toda a equipe foi treinada durante um mês nos dois modelos terapêuticos e, também, para a aplicação de questionários para que assumissem adequadamente suas funções. As alunas também foram supervisionadas separadamente para manter a cegueira exigida pelo estudo. Esse treino foi realizado semanalmente pelos profissionais da equipe de pesquisa (dois psiquiatras e três psicólogos), com a finalidade de garantir uma melhor qualidade, e a veracidade dos dados oferecidos.

Os dados foram analisados e processados no pacote estatístico SPSS 10.1 for windows.

A análise univariada foi utilizada com o objetivo de caracterizar a distribuição da amostra. A análise bivariada seguiu dois modelos de tratamento estatísticos: a) análise de correlação (variáveis contínuas - AT e gravidade dos sintomas depressivos); b) análise com o teste do qui-quadrado (variáveis categóricas - AT dicotomizado e gravidade dos sintomas depressivos por tercil).

As análises de correlação foram realizadas com o BDI Inicial e o WAI nas versões Paciente e Terapeuta em seus escores totais e também nos domínios tarefa, vínculo e objetivo das sessões 1, 4 e 7. Para verificar a associação existente entre aliança terapêutica e o desfecho do tratamento, realizou-se análise de correlação entre o BDI aplicado ao final do tratamento e o WAI total nas versões C e T da 7ª sessão.

Para o segundo momento de análise, AT foi considerada como variável dependente. O escore do WAI total do paciente e do terapeuta foi dicotomizado de acordo com sua mediana, onde abaixo da mediana foi considerada uma aliança terapêutica baixa e acima uma aliança alta. O mesmo procedimento foi realizado ao dividir o WAI em seus três domínios. A gravidade dos sintomas depressivos foi considerada variável independente, o escore do BDI Inicial do paciente foi categorizado através de seus tercís, assim pacientes que pontuaram até 13 pontos foram classificados com depressão pós-parto leve ou mínima; de 14 a 21 pontos como moderada, e acima de 22 pontos como grave. Cunha (1999), indicou classificação do BDI semelhante à utilizada neste estudo, o único ponto de corte que se distanciou do indicado por esta autora foi o de depressão grave, que encontra-se abaixo do referido por sua categorização. Para verificar associação entre AT e desfecho, o BDI aplicado ao final do tratamento foi dicotomizado em presença ou ausência de depressão e o WAI total nas versões C e T da 7ª sessão foi dicotomizado por mediana.

Após categorizar as variáveis aliança terapêutica e gravidade dos sintomas depressivos, foi utilizada a análise bivariada através do teste do qui-quadrado com a finalidade de verificar possíveis fatores de confusão para gravidade dos sintomas depressivos (nível sócio-econômico, idade materna, manual terapêutico aplicado).

O Teste-t de amostras pareadas foi utilizado para avaliar a evolução dos escores das mulheres com depressão pós-parto, medidos pelo BDI e EPDS.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 43 mulheres com depressão pós-parto, destas, 39 completaram o tratamento, e quatro foram consideradas perdas por desistirem após a 2ª ou 3ª sessão de psicoterapia (correspondendo a 9,3% da amostra).

As puérperas tinham idade entre 18 e 41 anos, sendo a média de 27,1 anos e o desvio-padrão de 6,7. Em relação ao nível sócio-econômico, 9,3% pertenciam a classe B, 41,9% a classe C, 37,2% a classe D e 11,6% a classe social E. Sobre o Estado Civil das participantes, 62,8% estavam casadas ou viviam com o pai do bebê. 34,9% das mães eram primíparas, 55,8% tinham entre dois a quatro filhos e 9,3% tinham mais de cinco filhos. Ao avaliar os fatores obstétricos, 53,5% teve o bebê por parto normal e

46,5% de cesárea. Apenas 30,2% das mulheres planejaram a gestação. A respeito de história psiquiátrica prévia, 51,2% das mães relataram que tinham algum familiar próximo com distúrbio psicológico.

Sobre o modelo de tratamento utilizado no estudo, 21 (48,8%) das pacientes foram randomizadas no Modelo Cognitivo-Conductual e 22 (51,2%) no Modelo Construtivista Relacional. O tempo médio de tratamento foi de nove semanas.

Em relação às escalas utilizadas para avaliar depressão pós-parto antes de iniciar o tratamento e ao final deste processo, a média do BDI diminuiu de 20 com desvio-padrão de 8 para 12 com desvio-padrão de 10. Com o EPDS, a situação foi semelhante, inicialmente sua média foi de 13 com desvio-padrão de 5 e ao final foi de 8 com desvio-padrão de 6. Não houve diferenças significativas ($p > 0,05$) entre as médias do grupo que completou o tratamento e o do que abandonou o tratamento.

As variáveis nível sócio-econômico ($p = 0,108$), idade materna ($p = 0,990$) e manual terapêutico ($p = 0,124$) não apresentaram significância ao serem controladas para gravidade dos sintomas depressivos maternos. Assim, não foram efetivadas análises ajustando para estas três variáveis.

Para avaliar inicialmente a influência da gravidade dos sintomas na aliança terapêutica, análises de correlação foram feitas entre o BDI Inicial da paciente e o WAI nos escores totais nas versões Paciente e Terapeuta, na qual verificou-se coeficiente de correlação ($r = -0,35$) significativa ($p = 0,05$) na aliança do terapeuta na 4ª sessão de ambos modelos (Tabela 1).

Ao dividir o WAI em seus três domínios, correlações significativas foram encontradas também na 4ª sessão no terapeuta no domínio tarefa ($r = -0,31$, $P \leq 0,05$) e vínculo ($r = -0,57$, $P \leq 0,01$) (Tabela 2).

Ao utilizar o qui-quadrado, entre o BDI dividido por tercil e WAI nos escores totais por mediana nas versões C e T, observou-se que a aliança no paciente não apresentou associação na 1ª sessão ($p = 0,673$), na 4ª sessão ($p = 0,901$) e na 7ª sessão ($p = 0,662$). No terapeuta praticamente o mesmo ocorreu, não houve resultados significativos na 1ª sessão ($p = 0,216$) nem na 7ª sessão ($p = 0,333$), porém encontrou-se associação na 4ª sessão ($p = 0,050$).

Ao realizar o mesmo procedimento, contudo dividindo o WAI em seus três domínios, tarefa, vínculo e objetivo, não apareceram resultados significativos ($p > 0,05$) no WAI versão Paciente, e, na versão Terapeuta a significância estatística também foi detectada somente na 4ª sessão de psicoterapia no domínio vínculo ($p = 0,037$) (Tabelas 5 e 6).

Cabe ressaltar que nas análises citadas, os valores referentes às avaliações da 4ª e 7ª sessão do WAI, estão descartadas as quatro perdas do estudo.

Ao final, foi feita análise de correlação para verificar associação entre a aliança terapêutica (WAI C e T) na 7ª sessão e o desfecho, o qual foi medido pelo BDI aplicado ao final do tratamento na paciente, quando constatou-se correlação significativa com o WAI versão Paciente ($r = -0,32$, $p \leq 0,05$) e versão Terapeuta ($r = -0,40$, $p \leq 0,05$).

A partir deste momento, e com o mesmo objetivo, utilizou-se o teste do qui-quadrado (Fisher Exact Test), entre as variáveis descritas acima, onde se encontrou na aliança versão Terapeuta significância de 0,01 (Tabelas 8 e 9).

DISCUSSÃO

Diversas abordagens teóricas, psicanalítica, experimental, cognitiva entre outras, consideram a aliança terapêutica como uma construção conjunta entre as partes envolvidas no processo de tratamento, onde características, opiniões e expectativas do terapeuta e do paciente vão modulando essa relação de trabalho.

Hersoug et al (2002) concluíram que variáveis diagnósticas do paciente não prediziam a qualidade da aliança terapêutica. Contudo, Strauss et al (2006) encontraram que pacientes com desordens de personalidade e que apresentavam sintomas mais graves na avaliação realizada antes de iniciar o tratamento psicológico; estabeleciam uma aliança mais pobre com seu terapeuta. Horvath e Symonds (1991) mencionam que existe baixa correlação entre a sintomatologia do paciente e a aliança terapêutica, mas nenhum dos estudos avaliados por eles foi realizado com mulheres deprimidas no puerpério.

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, quando a aliança foi avaliada no início e no final do tratamento, ou seja, na 1ª e na 7ª sessão, não se notou a influência da gravidade da sintomatologia na aliança.

A fase intermediária do tratamento, a 4ª sessão, é marcada por uma associação entre a AT do terapeuta e gravidade. No mesmo momento de análise, quando o instrumento foi caracterizado de acordo com a conceitualização por domínios, os dados indicaram que a gravidade prejudicava o estabelecimento do vínculo na aliança, ocorrendo dificuldade ao terapeuta em confiar na capacidade do seu paciente enquanto agente de mudança. E, também, no cumprimento das tarefas, composta pelas atividades estabelecidas entre ambas as partes, as quais visam atingir o objetivo proposto e relevante para o desenvolvimento da psicoterapia.

Este fato, percebido na 4ª sessão, pode indicar que características do paciente como a gravidade de sua sintomatologia, despertaria no terapeuta uma sensação de forte angústia, devido as suas próprias experiências prévias, as quais poderiam ocasionar prejuízo na vinculação positiva entre ambas as partes (Corbella e Botella, 2003). O estudo de Kahn e Harkavy-Friedmand (1997) destaca a idéia de que os pacientes influenciam, a partir de suas características, a figura do terapeuta e conseqüentemente a formação da aliança entre ambos. É importante salientar a necessidade de que o terapeuta seja congruente e empático, respeitando incondicionalmente seu cliente para que este melhore (Rogers, 1957).

A idéia enfatizada acima, no entanto não descarta a figura do paciente também como co-responsável na formação da aliança, já que a complementaridade entre os dois protagonistas do *setting* terapêutico é que proporciona a origem desse componente primordial à psicoterapia. De acordo com Bordin (1976), se essa compatibilidade entre ambas as partes for estabelecida nas fases iniciais do tratamento, permitirá a construção de uma aliança de qualidade.

Observou-se, também neste trabalho, que existe uma relação entre a aliança terapêutica observada no terapeuta e a melhora da sintomatologia depressiva ao final. Isso reforça o fato de que a aliança funciona como variável associada ao êxito do tratamento, ou seja, quanto pior a aliança ao final da terapia menos resposta ao tratamento será observada. Porém, como esta associação manifestou-se apenas na sessão final, este dado não permite dizer que aliança seja preditora de desfecho. (Gelso e Carter, 1994; Horvath e Luborsky, 1993).

O trabalho de Barber et al (2000) indicou que a aliança foi o fator causal de mudanças de sintomas de pacientes deprimidos e conseqüentemente proporcionou o sucesso terapêutico. O mesmo foi encontrado no trabalho de Missirlian et al (2005), o qual indica que o estabelecimento da aliança é importante para a diminuição dos sintomas depressivos. Estes estudos poderiam explicar a suposição presente neste trabalho, baseada nos dados oferecidos, de que pacientes com sintomatologia mais grave fazem com que o terapeuta não acredite em sua capacidade de melhora, prejudicando sua aliança, observada na 4ª sessão terapêutica.

Há divergências entre os estudos (Barber et al, 2000; Horvath e Greenberg, 1994) sobre o momento possível de mensurar a AT durante o tratamento, este estudo optou por avaliá-la na fase inicial, intermediária e final do processo com o intuito de obter uma melhor compreensão a respeito de sua evolução neste contexto.

Entre a escassa bibliografia que relaciona especificamente a depressão pós-parto à aliança terapêutica, alguns autores relatam que a dificuldade está, justamente, por se tratar de mulheres neste momento de vida (Murray et al., 2003). Isto pode ocorrer uma vez que a vinculação com o terapeuta fique prejudicada devido à falta de motivação, de comprometimento, de sensações de incapacidade para lidar com situações novas e desinteresse, fatores comuns à depressão materna.

Optou-se por controlar variáveis como nível sócio-econômico, idade materna e manual de psicoterapia aplicado, porque se acreditou que poderiam estar relacionadas à gravidade dos sintomas maternos, porém esta associação não foi encontrada no estudo, descartando-as como possíveis fatores de confusão. Destaque-se que, mesmo ao analisar gravidade de sintomas e aliança terapêutica controlado para conclusão do tratamento, não houve associação.

O número de perdas deste trabalho, 9,3% está abaixo do encontrado na literatura que varia de 15% a 33% (Cooper et al, 2003; O'Hara et al,2000) , e isto se deve porque os dois modelos psicoterapêuticos oferecidos às participantes, mesmo manualizados, eram maleáveis em relação aos horários disponíveis e ao fornecimento de meios de transporte. Enfim, objetivou-se proporcionar condições para que a paciente se sentisse segura e tranqüila para realizar as sessões de terapia.

Cabe salientar que os escores de depressão dos dois grupos de tratamento diminuíram ao final das sete sessões de psicoterapia.

Supõe-se que uma das limitações deste estudo possa ser creditada ao tamanho da amostra. A gravidade dos sintomas pode não ter apresentado influência na formação da aliança terapêutica, porque o número de participantes pode ter sido inferior ao necessário. Seria interessante caracterizar as variáveis referentes à figura do terapeuta, no entanto esta análise não foi possível no momento, devido a aspectos éticos a serem respeitados. Outra limitação deve-se ao fato do estudo não abranger possíveis comorbidades psiquiátricas comuns à depressão, já que alguns pacientes podem não ter feito uma boa aliança com seus terapeutas e, não terem melhorado após o tratamento por questões de personalidade, as quais não foram medidas sistematicamente (Strauss et al, 2006). Porém, a abrangência dessas desordens implica na possibilidade desse trabalho apresentar validade externa, ou seja, que os resultados da amostra estudada possam ser generalizados a outras amostras além da população-alvo (Medronho et al, 2003).

Estudos devem ser realizados com a finalidade de oferecer aos profissionais da área da saúde uma maior compreensão sobre os fatores que influenciam e permeiam o contexto terapêutico e, assim, fundamentar medidas efetivas a equipes que trabalham visando o bem-estar dessa população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barber, J.P., Connolly, M.B., Crits-Christoph, P., Galdis, L. e Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68 (6), 1027-1032.
- Bordin, E.S. (1976). The generalization of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 16,252-260
- Cooper, P., Murray, L., Wilson, A. e Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression: Impact on maternal mood. *British Journal of Psychiatry*, 182, 412-419.

- Corbella, S. e Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19, 205-221.
- Crowley, M.J. (2001). Patient and therapist pre-treatment characteristics as predictors of the therapeutic alliance (tese de dotourado), Ohio University.
- Cunha, J.A. (1999). Estudos de ponte de corte do BDI na versão português. Em: Cunha, J.A, Editora. 8º Congresso Nacional de Avaliação Psicológica, 1999. Porto Alegre, Brasil.
- Eaton, T.T., Abeles, N. e Gutfreund, M.J. (1988). Therapeutic alliance and outcome: Impact of the treatment lenght and pretreatment symptomatology. *Psychotherapy*, 25 (4), 536-542.
- Edbogh, M., Seimyr, L., Lundh, W. et al. (2000). Fussy chield-difficult parenthood? Comparison between families with a depressed mother and non-depressed mother. *Journal reproductive infantil Psychology*, 18, 225-238.
- Gaston, L., Marmar, C., Thompson, L. e Gallagher, D (1988). Relation of patient pretreatment characteristics to the therapeutic alliance in diverse psychotherapies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 4, 483-489.
- Gelso, C. e Carter, J. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Consulting Psychology*, 41 (3), 296-306.
- Hersoug, A.G., Hoglend, P., Monsen, J.T. e Havik, O.E. (2001). Quality of working alliance in psychotherapy: Therapist variables and patient/therapist similarity as predictors. *Journal of Psychotherapy Praticice and Research*, 10 (4), 403-411.

- Hersoug, A.G., Monsen, J.T., Havik, O.E. e Hoglend, P. (2002). Quality of early working alliance in psychotherapy: Diagnoses, relationship and intrapsychic variables as predictors. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71 (1), 18-27.
- Horvath, A.O. e Greenberg, L.S (1989). Development and validation of the working alliance inventory. 36 (2), 223-233.
- Horvath, A.O. e Greenberg, L.S. (1994). *The Working Alliance: Theory, Research and Practice*. Nova Iorque: Wiley-Interscience.
- Horvath, A.O. e Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61 (4), 561-573.
- Horvath, A.O. e Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis, 38 (2), 139-149.
- Kahn, W.L. e Harvaky-Friedmand, J.M. (1997). Change in the therapist: The role of patient-induced inspiration. *American Journal of Psychotherapy*, 51, 403-414.
- Klaus, M.H., Kennel, J.H. e Klaus, P. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Medronho, R.A., Carvalho, D.M., Bloch, K.V., Luiz, R.R. e Werneck, G.L. (2003). *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu.
- Missirlian, T.M., Toukmanian, S.G., Warwar, S.H. e Greenberg, L. (2005). Emotional arousal, client perceptual processing, and working alliance in experiential psychotherapy for depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73 (5), 861-871.

- Murray, L., Cooper, P. e Hipwell, A. (2003). Mental Health of parents caring for infants. *Archives of Womens Mental Health*, 6 (2), 71-77.
- Murray, L., Cooper, P., Wilson, A. e Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and long- term effect of psychological treatment of post-partum depression: Impact on the mother-child relationship and child outcome. *British Journal of Psychiatry*, 182, 420-427.
- O`Hara, M.W., Stuart, S., Gorman, L.L. e Wenzel, M. (2000). Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for Postpartum Depression. *Archives General Psychiatry*, 57, 1039-1045.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic na personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103. Em: Corbella, S., Botella, L. (2003). La alianza terapêutica: história, investigación y evaluación. *Anales de Psicologia*, 19, 205-221.
- Schwengber, D. e Piccinini, C.A. (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de psicologia*, 8(3), 403-441.
- Stern, D.N. (1997). A constelação da maternidade: O panorama da psicoterapia pais/ bebê. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Strauss, J.L, Johnson, S.L., Laurence, J.P. et al (2006). Early alliance, alliance ruptures and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74 (2), 337-345.

Tabela 1. Coeficientes de correlação entre a Gravidade dos sintomas depressivos (BDI) e a Aliança Terapêutica do Paciente (WAI-C) e do Terapeuta (WAI –T)

	WAI 1ª SESSÃO		WAI 4ª SESSÃO		WAI 7ª SESSÃO	
	Paciente	Terapeuta	Paciente	Terapeuta	Paciente	Terapeuta
BDI	0,09	- 0,09	0,06	-0,35*	0,06	-0,23

* $\leq 0,05$

Tabela 2. Coeficientes de correlação entre a Gravidade dos sintomas depressivos (BDI) e a Aliança Terapêutica do Paciente (WAI-C) e do Terapeuta (WAI-T) por sub-escalas

	WAI 1ª SESSÃO			WAI 4ª SESSÃO			WAI 7ª SESSÃO		
	TAREFA	VINCULO	OBJETIVO	TAREFA	VINCULO	OBJETIVO	TAREFA	VINCULO	OBJETIVO
Paciente									
BDI	0,02	0,18	0,05	-0,05	0,09	-0,02	-0,03	0,17	-0,03
Terapeuta									
BDI	-0,17	-0,02	-0,07	-0,31*	-0,57**	-0,19	-0,14	-0,21	-0,22

* $\leq 0,05$

** $\leq 0,01$

Tabela 3. Teste do Qui-quadrado entre Gravidade dos sintomas depressivos e Aliança Terapêutica do Paciente (WAI-C) por mediana

	WAI 1ª SESSÃO			WAI 4ª SESSÃO			WAI 7ª SESSÃO		
	< A.T	> A.T	P	< A.T	> A.T	P	< A.T	> A.T	P
Depressão Pós-Parto			0,673			0,901			0,662
Fraca	50%	50%		45,5%	54,5%		54,5%	45,5%	
Moderada	58,8%	41,2%		46,7%	53,3%		53,3%	46,7%	
Forte	42,9%	57,1%		53,8%	46,2%		38,5%	61,5%	

Tabela 4 Teste do Qui-quadrado entre Gravidade dos sintomas depressivos e Aliança Terapêutica do Terapeuta (WAI-T) por mediana

	WAI 1ª SESSÃO			WAI 4ª SESSÃO			WAI 7ª SESSÃO		
	< A.T	> A.T	P	< A.T	> A.T	P	< A.T	> A.T	P
Depressão Pós-Parto			0,216			0,050			0,333
Fraca	33,3%	66,7%		18,2%	81,8%		27,3%	72,7%	
Moderada	64,7%	35,3%		66,7%	33,3%		53,3%	46,7%	
Forte	42,9%	57,1%		46,2%	53,8%		53,8%	46,2%	

Tabela 5. Teste do Qui-quadrado entre Gravidade dos sintomas depressivos e Aliança Terapêutica do Paciente (WAI-C) por mediana dividido em sub-escalas

1ª SESSÃO	WAI TAREFA			WAI VINCULO			WAI OBJETIVO		
	< A.T	> A.T	P	< A.T	> A.T	P	< A.T	> A.T	P
Depressão Pós-Parto			0,952			0,607			0,852
Frac	41,7%	58,3%		50%	50%		50%	50%	
Moderada	47,1%	52,9%		52,9%	47,1%		52,9%	47,1%	
Forte	42,9%	57,1%		35,7%	64,3%		42,9%	57,1%	
4ª SESSÃO									
Depressão Pós-Parto			0,690			0,998			0,686
Frac	54,5%	45,5%		45,5%	54,5%		54,5%	45,5%	
Moderada	40%	60%		46,7%	53,3%		40%	60%	
Forte	53,8%	46,2%		46,2%	53,8%		38,5%	61,5%	
7ª SESSÃO									
Depressão Pós-Parto			0,937			0,540			0,479
Frac	45,5%	54,5%		54,5%	45,5%		36,4%	63,6%	
Moderada	40%	60%		33,3%	66,7%		60%	40%	
Forte	38,5%	61,5%		38,5%	61,5%		46,2%	53,8%	

Tabela 6. Teste do Qui-quadrado entre Gravidade dos sintomas depressivos e Aliança Terapêutica do Terapeuta (WAI-T) por mediana dividido em sub-escalas

1ª SESSÃO	WAI TAREFA			WAI VINCULO			WAI OBJETIVO		
	< A.T	> A.T	P	< A.T	> A.T	P	< A.T	> A.T	P
Depressão Pós-Parto			0,194			0,406			0,216
Fraca	25%	75%		41,7%	58,3%		33,3%	66,7%	
Moderada	58,8%	41,2%		58,8%	41,2%		64,7%	35,3%	
Forte	42,9%	57,1%		35,7%	64,3%		42,9%	57,1%	
4ª SESSÃO									
Depressão Pós-Parto			0,333			0,037			0,191
Fraca	27,3%	72,7%		0	100%		18,2%	81,8%	
Moderada	53,3%	46,7%		33,3%	66,7%		53,3%	46,7%	
Forte	53,8%	46,2%		46,2%	53,8%		38,5%	61,5%	
7ª SESSÃO									
Depressão Pós-Parto			0,389			0,350			0,264
Fraca	36,4%	63,6%		18,2%	81,8%		18,2%	81,8%	
Moderada	60%	40%		33,3%	66,7%		46,7%	53,3%	
Forte	38,5%	61,5%		46,2%	53,8%		46,2%	53,8%	

Tabela 7. Coeficientes de correlação entre Aliança Terapêutica do Paciente (WAI-C) e do Terapeuta (WAI-T) e o BDI Final (desfecho)

	WAI 7ª SESSÃO	
	Paciente	Terapeuta
BDI Final	-0,32*	-0,40*

* ≤ 0,05

Tabela 8. Teste do Qui-Quadrado entre a Aliança Terapêutica do Paciente (WAI-C) por mediana na 7º sessão e o BDI Final (desfecho)

	WAI 7ª SESSÃO		P
	< A.T	> A.T	
BDI Final			0,065
Ausência de Depressão	63,2%	90%	
Presença de Depressão	36,8%	10%	

Tabela 9. Teste do Qui-Quadrado entre a Aliança Terapêutica do Terapeuta (WAI-T) por mediana na 7º sessão e o BDI Final (desfecho)

	WAI 7ª SESSÃO		P
	< A.T	> A.T	
BDI Final			0,001
Ausência de Depressão	55,6%	95,2%	
Presença de Depressão	44,4%	4,8%	

ANEXO 1. TERMO DE CONSETIMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E PÓS-INFORMADO

Estudo sobre a Efetividade da Psicoterapia no tratamento da Depressão pós-parto.

À Senhora: _____

A depressão pós-parto (ou tristeza pós-parto) se caracteriza por perda de energia, humor depressivo, dificuldade para dormir e distúrbio do sono. Sendo assim, o seu tratamento é muito importante devido a repercussão no desenvolvimento de sua criança e no relacionamento desta com a senhora.

A pesquisa que estamos lhe convidando a participar visa avaliar a efetividade de um modelo de tratamento psicoterapêutico para depressão pós-parto.

Para isto, contamos com a sua participação, e a seguir levamos ao seu conhecimento outras informações referentes a pesquisa:

- I- Os modelos de intervenção poderão trazer benefícios para o desenvolvimento de seu filho, para o bem-estar da família e para inserção mais rápida da senhora em suas atividades.
- II- O abandono de seu tratamento pode se tornar um risco para a senhora e seu bebê devido a fragilidade deste momento.
- III- A sua participação na pesquisa será inicialmente de nove encontros, sendo dois para a aplicação de questionários e sete para o tratamento psicoterápico.
- IV- Após seis meses do tratamento, marcaremos um novo encontro com a senhora para nova aplicação de questionários.
- V- Durante todo acompanhamento, a senhora terá acesso a todo e qualquer tipo de esclarecimento sobre seu tratamento e quanto aos objetivos deste estudo.
- VI- A senhora poderá interromper a sua participação na pesquisa a qualquer momento, e se desejar, será encaminhada para tratamento no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial).
- VII- A senhora não terá nenhuma despesa ao participar do estudo, pois lhe será fornecido vale-transporte para o seu deslocamento até o local onde será atendida e para retornar a sua casa.
- VIII- Os dados fornecidos pela senhora durante o seu acompanhamento serão utilizados posteriormente para análise e produção científica, contudo, a equipe envolvida na pesquisa garante que a sua identidade permanecerá em sigilo visando manter a sua privacidade e a de sua família.
- IX- Caso ocorra algum dano a sua saúde, causado pelo nosso tratamento, nos responsabilizaremos em encaminhá-la à resolução necessária.

DECLARAÇÃO DA CLIENTE

Eu _____ declaro que após tomar conhecimento destas informações, aceito participar da presente pesquisa. Além disso, declaro ter recebido uma cópia deste consentimento e que uma cópia assinada por mim será mantida com a equipe da pesquisa.

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO INVESTIGADOR

Eu _____ declaro, ter explicado sobre a natureza deste estudo, assim como também me coloquei a disposição da cliente para esclarecer as suas dúvidas. A cliente compreendeu a explicação e deu seu consentimento.

Investigador Responsável: Dr. Ricardo Tavares Pinheiro
Telefone para contato: 2848104

Pelotas, _____ de _____ de 20_____.

ANEXO 2. 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 sente na **última semana, incluindo hoje**.

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.

ANEXO 3. 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	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 4. WORKING ALLIANCE INVENTORY

<p>Inventário de Aliança Terapêutica</p> <p>Versão T</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 cliente.</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) 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