



Aliança terapêutica nos contextos de saúde e nos processos de adoecimento: uma revisão

Therapeutic alliance in health contexts and in illness processes: a review

Júlia Dandara Fernandes da SILVEIRA¹  

Nathália Soares RIBEIRO²  

Fabiane Rossi dos SANTOS³  

¹ Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, Hospital Universitário – HU. Juiz de Fora, MG, Brasil.

² Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGPsi. Juiz de Fora, MG, Brasil.

³ Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, Departamento de Psicologia. Juiz de Fora, MG, Brasil.

Correspondência:

Nathália Soares Ribeiro
nsribeiroujf@gmail.com

Recebido: 22 jun. 2023

Revisado: 13 set. 2024

Aprovado: 09 out. 2024

Como citar (APA):

Silveira, J. D. F., Ribeiro, N. S., & Santos, F. R. (2025). Aliança terapêutica nos contextos de saúde e nos processos de adoecimento: uma revisão. *Revista da SBPH*, 28, e003. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.2025.v28.543>.

Financiamento:

Próprio.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver conflito de interesses.



Resumo

A aliança terapêutica está estabelecida como um importante fator do processo psicoterapêutico no campo da psicologia clínica e há apontamentos que indicam que ela pode ser um aspecto relevante em outros contextos de atuação, como nos serviços de saúde. Esse artigo objetiva apresentar uma revisão de escopo sobre o que tem sido produzido a respeito da aliança na área da saúde e quais as principais características desses estudos. Foram incluídos 10 artigos e encontrados dados sugerindo que a aliança terapêutica é um elemento mediador dos desfechos dos quadros clínicos. A maior parte apontou que é possível estabelecer uma aliança e que existe uma relação positiva entre a força da aliança e resultados importantes para uma boa manutenção da saúde, como a diminuição da dor, redução da fadiga e menores níveis de distresse. Também foram discutidas algumas variáveis que exercem influência sobre a aliança, dentre elas a raiva e percepção de injustiça, mecanismos gerais e específicos do tratamento e a influência do histórico de tratamentos pregressos dos pacientes. Conclui-se que é crescente o interesse pelo estudo da aliança terapêutica nos contextos de saúde. A variabilidade das metodologias aplicadas nos estudos limita algumas conclusões. Percebe-se, ainda, a necessidade de uma maior investigação a respeito dos instrumentos de medida de aliança que sejam de fato adaptados e validados para esse contexto.

Descritores: Aliança terapêutica; Saúde; Serviços de saúde; Psicologia hospitalar.

Abstract

The therapeutic alliance is already established as an important factor in the psychotherapeutic process in clinical psychology, and studies point out that it can be an important factor in other contexts, such as health services. This article aims to show a scoping review of what has been produced regarding the alliance within the health area and what the main characteristics of these studies are. This study included 10 articles, and data suggest that the therapeutic alliance is a mediating element in the outcomes of clinical conditions. Most of them pointed out that it is possible to establish an alliance and that there is a positive relationship between the strength of the alliance and important results for good health maintenance, such as decreased pain, reduced fatigue, and lower levels of distress. Some variables that influence the alliance were also discussed, including anger and perception of injustice, general and specific treatment mechanisms, and the influence of the patient's past treatment history. Therefore, there is a growing interest in the study of the therapeutic alliance in health contexts. The variability of the methodologies applied in the studies limits some conclusions. It is also clear that there is a need for further investigation regarding alliance measurement instruments that are really adapted and validated for this context.

Descriptors: Therapeutic alliance; Health; Health care services; Hospital psychology.

INTRODUÇÃO

A aliança terapêutica (AT), também denominada aliança de trabalho, é um elemento na psicologia clínica que vem sendo avaliado como um significativo sinalizador da qualidade, evolução e desfecho das intervenções psicológicas (Botella & Corbella, 2011; Crits-Christoph & Gibbons, 2021; Horvath & Luborsky, 1993). A formulação desse conceito se deu a partir de Freud, com as teorias relacionadas à transferência, passando por contribuições de diversos outros autores, estando entre eles Carl Rogers com o estudo a relação terapêutica (Horvath & Luborsky, 1993).

Nos estudos de avaliação de processo psicoterapêutico, que visam o entendimento dos mecanismos de mudança em psicoterapia, a aliança terapêutica é considerada um fator comum, pois é um elemento que está presente independentemente da abordagem teórica (Cuijpers et al., 2019; Huibers et al., 2021; Isolan et al., 2008). A concepção transteórica de Bordin (1979) tem sido a mais utilizada (Ribeiro et al., 2019) e traduz esse conceito em três componentes principais: o acordo entre cliente e terapeuta acerca dos objetivos da terapia, que se refere ao que cada um deseja alcançar ao final; as tarefas que devem ser realizadas durante as sessões, entendidas como as intervenções psicoterapêuticas; e o estabelecimento de um vínculo entre terapeuta e cliente, que ajuda a sustentar o trabalho e envolve apreciação, confiança e afeto mútuos.

É importante mencionar que Bordin (1979) assume que é possível existir uma aliança de trabalho em contextos para além da psicoterapia, citando a relação professor-aluno, um grupo comunitário e seu líder e até mesmo, de certa forma, a relação entre pais e seus filhos. O autor também sugere que a aliança influenciará o resultado não porque atua como fator curativo por si só, mas por assumir o papel de um ingrediente que permite ao paciente aceitar, seguir e acreditar no tratamento (Ardito & Rabellino, 2011).

Pensando no contexto histórico e epidemiológico da saúde, ao longo do tempo houve um aumento de doenças crônicas diretamente relacionadas a comportamentos e estilos de vida, e, com isso, o profissional do campo psicossocial, incluindo a Psicologia, passou a ser convocado de modo mais ativo a inserir-se nas instituições de saúde. Romano (2017) discute diversas circunstâncias e razões dessa inserção, e dentre elas coloca a maior visualização da necessidade do cuidado integral e do trabalho interdisciplinar nesses espaços, para que seja possível vislumbrar melhores desfechos de saúde. Para isso, há a necessidade de maior diálogo, melhora nas habilidades de comunicação entre os membros da equipe e estabelecimento de uma relação com o paciente, com a sua família e entre os próprios profissionais.

Considerando a relevância da aliança terapêutica para a prática profissional do psicólogo clínico e a maior inserção do psicólogo nos contextos gerais de saúde (Romano, 2017), várias questões emergem: como os profissionais da psicologia trabalham esse conceito nos contextos de saúde? Se na clínica ele ocupa um papel importante, como abordá-lo nos contextos de internação e ambulatoriais quando existe um agravamento da saúde, quando existe um “tempo” diferenciado, o medo da morte e danos graves ao corpo, a presença marcante dos familiares e, ainda, uma multiplicidade de demandas para a Psicologia? Investir em uma boa aliança de trabalho, trabalhar os objetivos, tarefas e vínculos é relevante e de fato impacta de alguma forma nos desfechos do quadro clínico de base?

Pode-se afirmar que alguns estudos têm se dedicado a explorar essa temática na área da saúde, especialmente no campo da fisioterapia e medicina (Babatunde et al., 2017;

Burns & Evon, 2007; Fuertes et al., 2007; Schönberger et al., 2006), porém não são poucas as questões que ainda necessitam de maiores esclarecimentos. Portanto, o presente estudo objetiva realizar uma revisão de escopo à respeito da aliança terapêutica nos contextos de saúde, com o intuito de avaliar as características do que tem sido produzido na área e verificar, principalmente, se há literatura que aponte a relevância da aliança terapêutica nos desfechos dos quadros clínicos de base.

MÉTODO

O presente trabalho foi desenvolvido seguindo o desenho de revisão de escopo, uma metodologia com ampla variedade de objetivos e, dentre eles, a busca por sintetizar o conhecimento de forma sistematizada, de modo a mapear estudos que estão sendo produzidos, identificar conceitos mais utilizados e delimitar lacunas de conhecimento no campo (Peters et al., 2017). A vantagem observada que guiou a escolha por esse método é o caráter exploratório desse tipo de revisão, sendo bastante favorável para investigar campos do conhecimento em que a pesquisa ainda não está consolidada e para verificar as características do que está sendo produzido.

Para guiar a elaboração da presente revisão, foi utilizado o checklist do PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018), que é um protocolo com os passos necessários para a realização de uma revisão de escopo. Inicialmente identificou-se a questão e objetivo de pesquisa, tendo como guia a pergunta "O que tem sido estudado sobre a aliança terapêutica nos contextos de saúde?", elaborada a partir da estratégia PCC (população, conceito e contexto), adaptação para pesquisas qualitativas, da mais conhecida estratégia PICO (Pearson et al., 2015). Ambas são um acrônimo utilizado para sinalizar quais aspectos a pergunta científica deve contemplar e como deve ser elaborada. Como população alvo, elencou-se os profissionais de saúde, incluindo o psicólogo, e pacientes com algum acometimento de saúde; o conceito de interesse foi a aliança terapêutica e o contexto foram as instituições de tratamento.

Para identificação dos estudos relevantes, foram consultadas as bases de dados PubMed, SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Web of Science* e *PsyArticles*. Utilizou-se para a busca a combinação dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): aliança terapêutica, aliança de trabalho, pacientes internados, centros de saúde, serviços de saúde, instalações de saúde, assistência hospitalar, hospital geral e ciências da saúde. Durante a busca, utilizou-se os filtros para delimitar artigos publicados nos últimos 10 anos e apenas aqueles que estivessem em inglês, português ou espanhol.

Foram incluídos estudos que tinham como objetivo avaliar a aliança terapêutica em contextos de saúde e que tinham a presença do psicólogo na equipe multiprofissional. Foram excluídos livros, comentários de livros, revisões de literatura e monografias. Ainda, foram excluídos estudos que não tinham a aliança terapêutica dentre os objetivos primários ou secundários ou aqueles que não relacionavam a aliança terapêutica aos desfechos do quadro clínico de base, excluiu-se trabalhos que avaliaram aliança terapêutica em instituições de saúde mental, artigos que falavam sobre relação profissional/paciente, mas não utilizava o constructo de aliança terapêutica ou aliança de trabalho e, por fim, foram excluídos aqueles textos que não estavam disponíveis na íntegra.

Para possibilitar a exclusão dos artigos duplicados, organização das referências e leitura dos títulos e resumos, utilizou-se a plataforma *EndNote Web*, na sua versão gratuita. Após essa etapa, os artigos incluídos foram analisados na íntegra por duas revisoras, de forma independente, e foram extraídos deles os dados através de um formulário no Excel com dados bibliométricos e outras informações sendo elas: os objetivos dos estudos,

metodologia, características da amostra, categorias profissionais envolvidas, tipo de intervenção realizada, instrumento utilizado para medir a aliança terapêutica e quem respondia esse instrumento, definição de aliança terapêutica utilizada e, por fim, principais resultados do estudo. Aqueles artigos que geraram dúvidas quanto a sua inclusão foram discutidos em conjunto para verificar sua adequabilidade aos objetivos da pesquisa.

Os dados extraídos são apresentados de forma descritiva e cada um dos artigos foi investigado buscando encontrar categorias de análise que correspondessem aos objetivos da presente revisão seguindo a metodologia de Análise de Conteúdo de Bardin (2016), correspondente a um conjunto de procedimentos sistemáticos que busca descrever o conteúdo dos dados existentes e a inferência de conhecimentos derivados desses dados, possibilitando a sintetização dos achados de forma narrativa.

RESULTADO E DISCUSSÃO

A busca inicial na literatura resultou em 18.883 artigos. Após a exclusão de artigos duplicados, realizada automaticamente pela ferramenta *Endnote*, restaram 9.079 artigos para a leitura de títulos e resumos. Dessa etapa, 39 artigos foram selecionados por indicarem estarem relacionados aos objetivos do estudo, sendo encaminhados para leitura integral. Após a leitura completa, 29 artigos foram excluídos com base nos critérios de exclusão previamente definidos, resultando em uma amostra final de 10 artigos. O processo de busca e seleção dos artigos está detalhado na Figura 1.

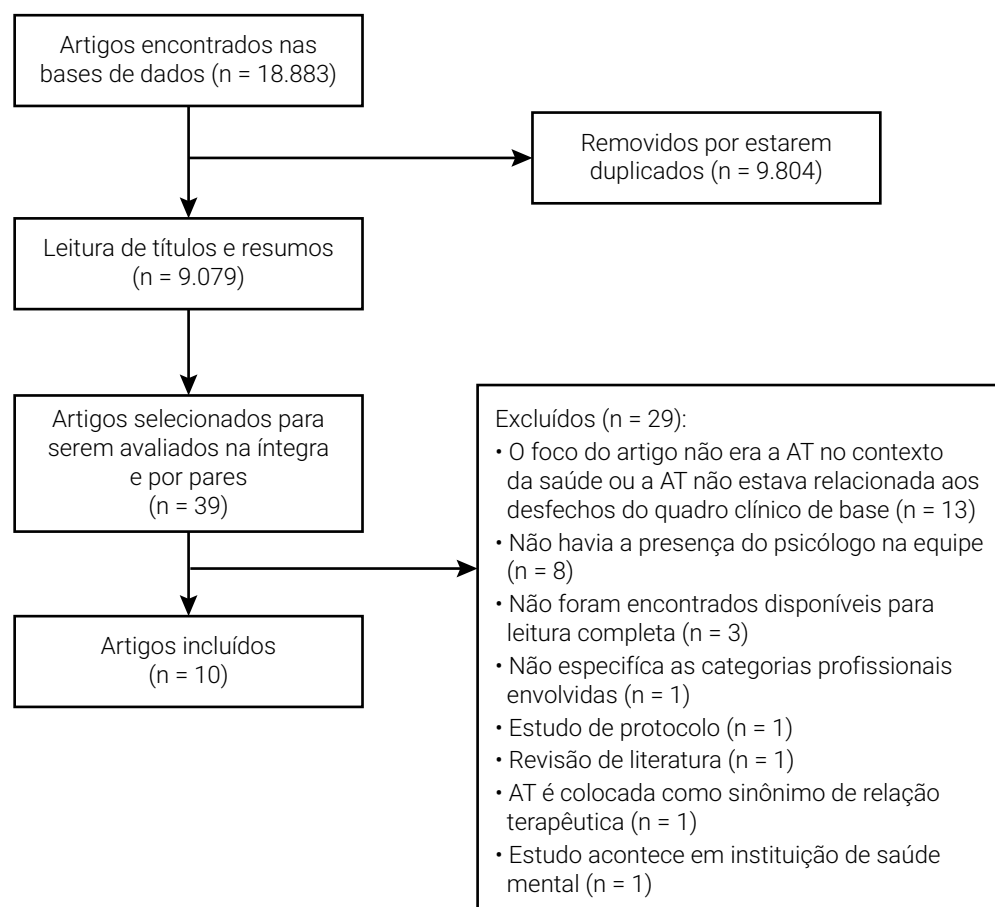


Figura 1. Processo de busca e seleção de artigos

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

DADOS BIBLIOMÉTRICOS

Os estudos foram realizados em diversos países. Dois deles nos Estados Unidos e dois na Holanda. Os restantes na Austrália, Reino Unido, Alemanha, Canadá, Suécia e Finlândia. Os anos de publicação variaram entre 2012 e 2021 nas revistas: *The Journal of Spinal Cord Medicine*, *Journal of the Neurological Sciences*, *NeuroRehabilitation*, *Clinical Pain Research*, *Neuropsychological Rehabilitation*, *Journal of Medical Internet Research*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; e dois foram encontrados na revista *Disability and Rehabilitation*.

PRINCIPAIS OBJETIVOS DAS PESQUISAS RELACIONADOS À ALIANÇA TERAPÊUTICA

Em relação aos objetivos das pesquisas, as principais preocupações dos autores eram: verificar se o tamanho de uma equipe exerce influência na participação do paciente no tratamento e na relação que ele estabelece com os profissionais (Dijkers & Faotto, 2012); três artigos investigaram se os fatores sociodemográficos do paciente e características da doença, como lesões neurológicas, deficiências cognitivas ou gravidade dos sintomas, exerceram algum tipo de influência no estabelecimento e força da aliança terapêutica (Rosti-Otajärvi et al., 2014; Zelencich et al., 2020). Um dos artigos avaliou se o distresse psicológico, sintoma comum em pacientes com câncer, era influenciado de alguma forma pelo estabelecimento da aliança logo no início do tratamento, ou seja, se aliança precoce (*early therapeutic alliance*) era preditora da redução do distresse (Bisseling et al., 2019).

Houve ainda outros cinco estudos que focaram em pacientes com dor crônica. Dentre estes, os principais objetivos foram: investigar quais elementos do pensamento e das emoções que não são verbalizados pelo paciente no contexto de reabilitação da dor crônica podem influenciar negativamente na formação da aliança com a equipe (Paap et al., 2021); verificar a relação entre percepção de injustiça que os pacientes em contexto de reabilitação possuíam com a formação e força da aliança terapêutica (Scott et al., 2016); verificar se oferecer um treinamento baseado na teoria do apego para os profissionais de um programa interdisciplinar poderia influenciar nos desfechos da dor (Pfeifer et al., 2019); investigar se mecanismos específicos da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) (por exemplo, autogerenciamento da dor) e mecanismos gerais das psicoterapias (aliança terapêutica e expectativas do paciente) exercem influência na intensidade da dor em um tratamento cognitivo-comportamental da dor crônica (Burns et al., 2015) e, por último, se a aliança em uma investigação multimodal (IMM) está relacionada ao processo de aceitação da dor crônica. A IMM consiste em avaliações multidisciplinares dos pacientes com o objetivo de auxiliar a equipe na formulação do caso e na seleção do paciente para a reabilitação, mas também melhorar a motivação do paciente antes de iniciar o programa de reabilitação multimodal. Ainda, o objetivo geral deste estudo foi rastrear como os pacientes mudam durante a intervenção e, mais especificamente, quais mudanças ocorrem na aliança terapêutica (Svanberg et al., 2018).

CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES E PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Além da participação do profissional da Psicologia, os artigos contaram com a presença de outras categorias profissionais: em quatro estudos havia o profissional da Fisioterapia (Dijkers & Faotto, 2012; Paap et al., 2021; Pfeifer et al., 2019; Svanberg et al., 2018), em quatro da Terapia Ocupacional (Dijkers & Faotto, 2012; Paap et al., 2021; Pfeifer et al., 2019; Scott et al., 2016), três da Medicina (Paap et al., 2021; Pfeifer et al., 2019; Svanberg et al.,

2018), dois da Enfermagem (Dijkers & Faotto, 2012; Svanberg et al., 2018), um do Serviço Social (Dijkers & Faotto, 2012), um da Fonoaudiologia (Dijkers & Faotto, 2012) e um da Cinesiologia (Scott et al., 2016).

Dentre as características de diagnóstico clínico dos pacientes, obteve-se estudos com pacientes com dor crônica em cinco artigos (Burns et al., 2015; Paap et al., 2021; Pfeifer et al., 2019; Scott et al., 2016; Svanberg et al., 2018); havia participantes com lesão cerebral em dois estudos (Rowlands et al., 2020; Zelencich et al., 2020); em um, pacientes com lesão na medula espinhal (Dijkers & Faotto, 2012), um com esclerose múltipla (Rosti-Otajärvi et al., 2014) e um com câncer (Bisseling et al., 2019).

METODOLOGIAS DOS ESTUDOS E TIPOS DE INTERVENÇÕES

As metodologias dos estudos foram bastante diversificadas. Em nove artigos os autores decidiram utilizar de metodologias quantitativas. Dentre esses, dois (Burns et al., 2015; Bisseling et al., 2019) eram Ensaio Clínico Randomizado (ECR). Havia um estudo observacional (Dijkers & Faotto, 2012), dois estudos correlacionais (Rowlands et al., 2020; Scott et al., 2016), um estudo experimental com desenho de bloco (Pfeifer et al., 2019), um com delineamento teste-reteste (Rosti-Otajärvi et al., 2014), um estudo com desenho AB de sujeito único (Svanberg et al., 2018) e um estudo quantitativo da análise de gravações de áudio de um ECR (Zelencich et al., 2020). O estudo qualitativo consistiu em uma análise de entrevistas abertas com os participantes do programa de reabilitação (Paap et al., 2021).

Vale destacar que dos 10 artigos, sete ocorreram em um contexto de reabilitação, sendo cinco em equipe multiprofissional, e dois por psicólogo e neuropsicólogo. Os outros três são no contexto de psicoterapia, com intervenções mais voltadas aos aspectos psicológicos do que no tratamento do quadro clínico de base, mesmo que fossem avaliadas as relações entre ambos. É possível levantar a hipótese de que esse número maior de estudos em contextos de reabilitação se deu pela escolha de incluir apenas trabalhos que havia a presença do psicólogo, decisão que foi tomada para delimitar melhor o campo pesquisado, possibilitando uma análise mais detalhada dos estudos incluídos.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA MEDIR A ALIANÇA TERAPÊUTICA

Dos 10 artigos incluídos, oito utilizaram o *Working Alliance Inventory* (WAI) como medida de aliança terapêutica. Como têm-se visto na literatura (Ardito & Rabelino, 2011; Ribeiro et al., 2019), é uma das escalas mais utilizadas nas pesquisas. Questiona-se, entretanto, se é a escala mais apropriada para uso em contextos não-clínicos, onde existe mais de um profissional realizando intervenções e locais que talvez outras variáveis, que não as propostas por Bordin (objetivos, tarefas e vínculo), poderiam ocupar um papel mais relevante em determinar desfechos e qualidade da relação (Martin et al., 2000).

Um dos estudos presume a aliança terapêutica a partir de um dos elementos avaliados na escala *Pittsburgh Rehabilitation Participation Scale* (PRPS), e outro utiliza a *Inpatient and Day-Clinic Experience Scale* que possui sete subitens: vínculo com o terapeuta individualmente, vínculo com a equipe terapêutica, concordância nas tarefas e objetivos, coesão com o grupo de pacientes, autorrevelação, atitude crítica e autopercepção positiva. Interessante ressaltar que nessa escala há um subitem em que o paciente avalia a relação com a equipe como um todo. Na metade dos estudos, apenas pacientes responderam ao questionário que avalia a aliança. Em outros

quatro, ambos responderam. Em apenas um foi realizado o preenchimento do WAI versão observador.

Oito estudos utilizaram a definição de Bordin (Bisseling et al., 2019; Burns et al., 2015; Dijkers & Faotto, 2012; Paap et al., 2021; Rosti-Otajärvi et al., 2014; Rowlands et al., 2020; Scott et al., 2016; Zelencich et al., 2020). Um estudo definiu a aliança terapêutica como a capacidade dos terapeutas de fornecerem uma base de apego seguro para os pacientes e a compreensão e apoio dos terapeutas em relação às motivações e necessidades individuais baseadas no apego de seus pacientes (Pfeifer et al., 2019) e um dos estudos não especificou qual a definição utilizada.

Por fim, quanto à frequência de avaliação da aliança, quatro artigos avaliaram a aliança em mais de um momento (Bisseling et al., 2019; Burns et al., 2015; Svanberg et al., 2018; Zelencich et al., 2019), os outros seis fizeram avaliação única. Isso tem sido visto como um problema em alguns estudos na área, pois existe um caráter de mudança da aliança terapêutica ao longo do curso do processo terapêutico (Hilsenroth et al., 2004; Stiles & Goldsmith, 2010) e avaliações únicas ou que estão agrupadas acabam não capturando essas variações. Um ponto interessante é que os estudos que avaliaram em mais de um momento, foram aqueles realizados em contexto de psicoterapia e o outro (Svanberg et al., 2018) foi um estudo no qual apenas duas perguntas do WAI eram realizadas, o que pode indicar dificuldades da viabilidade de instrumentos em mais de um momento ou a necessidade de escalas mais breves. A Tabela 1 sintetiza os dados bibliográficos, instrumentos para avaliação da aliança terapêutica e os conceitos de aliança utilizados.

Tabela 1. Dados bibliográficos dos estudos, instrumentos para medir a aliança e definições utilizadas

Título do artigo	Autoria	Revista	País	Medidas de aliança terapêutica (AT)	Definição de aliança terapêutica (AT)
<i>Development of the Therapeutic Alliance and its Association With Internet-Based Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Distressed Cancer Patients: Secondary Analysis of a Multicenter Randomized Controlled Trial</i>	Bisseling et al. (2019)	<i>Journal of Medical Internet Research</i>	Holanda	<i>Working Alliance Inventory Dutch Version (WAI)</i>	Definição de Bordin (1979)
<i>Specific and General Therapeutic Mechanisms in Cognitive Behavioral Treatment of Chronic Pain</i>	Burns et al. (2015)	<i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i>	EUA	<i>Working Alliance Inventory Short Form (WAI-Sr)</i>	Definição de Bordin (1979)
<i>Team size in spinal cord injury inpatient rehabilitation and patient participation in therapy sessions: The SCIRehab Project</i>	Dijkers, e Faoto (2012)	<i>The Journal of Spinal Cord Medicine</i>	EUA	O nível de AT foi presumido a partir dos elementos avaliados na escala: <i>Pittsburgh Rehabilitation Participation Scale (PRPS)</i>	Definição de Bordin (1979)
<i>Participants' unspoken thoughts and feelings negatively influence the therapeutic alliance: a qualitative study in a multidisciplinary pain rehabilitation setting</i>	Paap et al. (2021)	<i>Disability and Rehabilitation</i>	Holanda	<i>Working Alliance Inventory Rehabilitation Dutch Version (WAI-Red)</i>	Definição de Bordin (1979)
<i>Effectiveness of an Attachment-Informed Working Alliance in Interdisciplinary Pain Therapy</i>	Pfeifer et al. (2019)	<i>Journal of Clinical Medicine</i>	Alemanha	<i>Inpatient and Day-Clinic Experience Scale-German Version</i> . Possui 7 escalas: vínculo com o terapeuta individualmente, vínculo com a equipe terapêutica, concordância nas tarefas e objetivos, coesão com o grupo de pacientes, autorrevelação, atitude crítica e autopercepção positiva.	AT definida como a capacidade dos terapeutas fornecerem uma base de apego seguro para os pacientes e a compreensão e apoio dos terapeutas em relação as motivações e necessidades individuais baseadas no apego de seus pacientes.

Continua



Continuação						
<i>Predictors and impact of the working alliance in the neuropsychological rehabilitation of patients with multiple sclerosis</i>	Rosti-Otajärvi et al. (2014)	Journal of the Neurological Sciences	Austrália	Working Alliance Inventory (WAI)	Definição de Bordin (1979)	
<i>Building the bond: Predictors of the alliance in neurorehabilitation</i>	Rowlands et al. (2020)	NeuroRehabilitation	Reino Unido	Working Alliance Inventory Short Revised (WAI-SR)	Definição de Bordin (1979)	
<i>The relationship between perceived injustice and the working alliance: a cross-sectional study of patients with persistent pain attending multidisciplinary rehabilitation</i>	Scott et al. (2016)	Disability and Rehabilitation	Canadá	Working Alliance Inventory Short Revised (WAI-SR)	Definição de Bordin (1979)	
<i>Does validation and alliance during the multimodal investigation affect patients' acceptance of chronic pain? An experimental single case study</i>	Svanberg et al. (2018)	Clinical Pain Research	Suécia	Duas perguntas que foram retiradas do Working Alliance Inventory (WAI)	Definição de Bordin (1979)	
<i>Predictors of working alliance in cognitive behaviour therapy adapted for traumatic brain injury</i>	Zelencich et al. (2019)	Neuropsychological Rehabilitation	Finlândia	WAI-SR-0 -versão de observador	Definição de Bordin (1979)	

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

RESULTADOS DOS ESTUDOS EM RELAÇÃO A ALIANÇA TERAPÊUTICA E QUADRO CLÍNICO DE BASE

Ao se pensar no tamanho da equipe de reabilitação de lesão da medula espinhal e estabelecimento da aliança, verificou-se que a quantidade de vezes que o profissional realizava atendimentos com o paciente influenciou de forma mínima a participação no tratamento. O estudo não traz conclusões robustas sobre o impacto na aliança, mas infere que uma equipe grande não significa necessariamente um estranhamento do paciente com os profissionais que o acompanham e que uma possível baixa aliança terapêutica não afetaria a participação ativa dos pacientes nas sessões (Dijkers & Faotto, 2012). Chiattonne (2011) traz que “ao lidar com o paciente enfermo, o psicólogo hospitalar lida com o sofrimento físico sobreposto ao sofrimento psíquico” (p. 190), a partir disso é possível refletir que o objetivo de um paciente em restabelecer o que se convencionou como a “saúde do corpo”, superar limitações físicas, cessar possíveis dores e desconfortos, seja um objetivo suficientemente forte para que um vínculo fraco não impacte tanto no desfecho, pensando nos referidos contextos de reabilitação.

Tal questão poderia se diferenciar de contextos de cuidados paliativos, por exemplo, onde o que é considerado um bom desfecho, bem como objetivos e tarefas dos cuidados multiprofissionais a serem realizados, devem fundamentalmente incluir os desejos e valores do paciente e família. Dessa forma, depende mais fortemente do diálogo e da relação entre os profissionais com o paciente e seus familiares (Porto & Lustosa, 2010). Outro exemplo seria em contextos de pacientes com doenças crônicas com os quais mudanças no estilo de vida e engajamento no tratamento são de extrema importância, mas que, por não terem sintomas proeminentes e que geram limitações muito significativas, fatores da relação podem ser muito mais importantes e relevantes para o desfecho e para uma possível conscientização da necessidade de realizar mudanças (Rollnick et al., 2009).

O artigo ainda encontra que o *Treatment Concentration Index* (TCI), ou seja, o escore que representa o número de atendimentos que cada paciente recebeu por categoria profissional, para os psicólogos foi muito mais alta (0,82 em média para as todas sessões de tratamento; 0,95 para sessões individuais) do que o escore para os fisioterapeutas (0,45 e 0,53, respectivamente) podendo indicar que esse resultado se dá tendo em vista que formar uma aliança terapêutica mais forte é muito mais importante, em termos de eficácia das intervenções, para os psicólogos do que para os fisioterapeutas. Bordin (1979) já levantou esse questionamento sobre quão forte um vínculo precisa ser para que um tratamento ou abordagem funcione apropriadamente, entretanto o autor se referia às diferentes abordagens clínicas da psicologia como a análise do comportamento ou a psicanálise. Cabe, agora, verificar em relação às diferentes categorias profissionais.

Quanto à relação entre fatores sociodemográficos do paciente e as características da doença influenciando na aliança, os dois artigos que faziam essa comparação concluíram que, no geral, estas não foram características preditivas da força da aliança. Em Zelencich et al. (2019) constatou-se que as classificações médias no WAI-SR-O refletiram uma forte aliança no grupo com lesão cerebral traumática, com os escores de aliança variando entre 13 e 37. Apontam também que estas classificações foram relativamente estáveis ao longo da intervenção de nove sessões. Os autores avaliaram a depressão e verificaram que esse escore estava negativamente relacionado à percepção do facilitador sobre a aliança, inferem que é um fenômeno que pode exercer o papel de barreira para o desenvolvimento da aliança e discutem as possíveis causas para que isso se dê, sugerindo a importância de se identificar sintomatologias depressivas nos

contextos de reabilitação, já que estas pode influenciar diretamente na execução das tarefas e atividades comprometendo, assim, a recuperação.

Rosti-Otajärvi et al. (2014) também abordaram que nenhum dos fatores de linha de base estavam relacionados à aliança e que uma aliança melhor avaliada pelo paciente foi associada a uma diminuição mais proeminente nos sintomas de fadiga e maior alcance das metas de reabilitação da esclerose múltipla. Rosti-Otajärvi et al. (2014) observaram ainda que quando a aliança era mais bem avaliada pelo terapeuta, este também respondia que houve um maior benefício da intervenção para o paciente. Além disso, que uma aliança melhor avaliada pelo paciente foi associada a uma redução mais proeminente nos sintomas de fadiga e maior alcance das metas de reabilitação. Neste mesmo estudo, a aliança terapêutica não foi associada aos resultados dos testes cognitivos, déficits cognitivos percebidos, humor e carga psicológica da doença.

Já na pesquisa com pacientes com câncer, no contexto de psicoterapia cognitiva baseada em *mindfulness* presencial e online (Bisseling et al., 2019), a aliança terapêutica aumentou ao longo do tempo nas duas modalidades de intervenção. Na segunda semana de tratamento, a aliança previu uma diminuição no distresse psicológico e um aumento no bem-estar mental na avaliação pós-tratamento. Já a relação com a redução do distresse psicológico foi diferente entre as modalidades de tratamento: uma aliança terapêutica precoce mais fraca previu maior distresse psicológico no pós-tratamento na intervenção presencial, mas não na intervenção online. Nesse artigo, os autores não fornecem conclusões diretas sobre o impacto desses resultados no tratamento do câncer, porém como o distresse psicológico é um fator presente em um terço dessa população e que influencia diretamente em um aumento da hospitalização, diminuição da adesão aos cuidados médicos e redução da qualidade de vida (Albuquerque & Pimenta, 2014), faz-se relevante para a presente revisão.

Dentre os estudos de pacientes com dor crônica, naquele em que os pacientes sofreram lesões musculoesqueléticas a partir de um acidente de trabalho (Scott et al., 2016), houve uma correlação negativa significativa entre a injustiça percebida relacionada à lesão e as classificações dos clientes no WAI. A expressão da raiva também foi uma variável que apresentou uma correlação negativa com aliança terapêutica, a partir das avaliações dos clientes, e foi a única variável de raiva que foi significativamente correlacionada com a injustiça percebida e as classificações dos clientes da aliança de trabalho. A aliança terapêutica atendeu aos requisitos para ser um potencial mediador da associação entre aliança de trabalho e percepção de injustiça. Observa-se a partir desses resultados a importância de estudos que avaliem características de populações clínicas específicas. A origem do problema desse grupo de pacientes, aquela que foi responsável pela internação e posterior reabilitação, se deu a partir de acidentes laborais que geraram sentimentos de raiva e percepção de injustiça e estes sentimentos, por sua vez, influenciaram no estabelecimento da aliança com a possibilidade de impactos no próprio tratamento.

Essa discussão se conecta com um outro estudo incluído, de (Paap et al., 2021) que, através do uso de metodologia qualitativa, verificou elementos que estavam influenciando na reabilitação de pacientes com dor crônica. Os autores observaram que quase todos os participantes mencionaram um histórico de cuidados de saúde anterior fragmentado e decepcionante, e os autores referem que isso afetou as cognições, percepções e crenças desses pacientes sobre o programa que estavam participando no momento. Os pacientes não se sentiam suficientemente empoderados para falar sobre seus problemas e constantemente evitavam o tópico desses incômodos

para não gerar confrontos, o que, de acordo com os pesquisadores, impactou na aliança terapêutica formada com a equipe multiprofissional daquele programa. Eles concluíram que, para que os profissionais possam melhorar os desfechos nos programas de tratamento de reabilitação da dor, é necessário levar em consideração as percepções e necessidades dos pacientes e focar em uma colaboração, dita pelos autores, como personalizada: ir além do que o programa de reabilitação coloca como o padrão de tratamento, dando ênfase às especificidades de cada pessoa. Citando Romano (2017, p. 22), cabe aos profissionais adotarem a postura de “um intérprete flexível das normas da instituição”.

No artigo de Pfeifer et al. (2019) houve diferença significativa na redução da dor em um dos dois grupos de intervenção: naquele em que os profissionais não haviam recebido a informação de qual era o tipo de apego do paciente, e este resultado foi mediado pela aliança. Hipotetizaram que profissionais recentemente treinados em teoria do apego, ao estarem cientes do estilo de apego do paciente, podem ter gerado estigmas que afetam a aliança terapêutica. Os autores colocam que esse efeito de redução da dor mediado pela aliança, por sua vez, é dependente do apego inseguro: altos valores de apego inseguro negam o efeito positivo da aliança de trabalho, enquanto valores baixos de apego inseguro reforçam essa mediação da aliança terapêutica no nível de dor. Os autores concluem que esse treinamento em apego pode ser implementado em equipes interdisciplinares para dor, já que a redução dos sintomas foi significativamente maior nos grupos de intervenção quando comparado ao grupo controle.

Em Burns et al. (2015), a pré-contemplação e as atitudes de ação em relação ao autogerenciamento da dor mostraram tendências quadráticas significativas, de modo que 67% e 94,1% (respectivamente) do total de mudanças pré e pós-tratamento ocorreram nas primeiras quatro semanas. Os desfechos mostraram apenas tendências lineares significativas. Regressões defasadas cruzadas (*cross-lagged regressions*) revelaram que as mudanças nas atitudes desde a avaliação pré-tratamento até a avaliação na quarta semana de tratamento e os níveis de aliança terapêutica na quarta semana foram significativamente relacionadas às mudanças a partir da quarta semana até o pós-tratamento na intensidade da dor, mas não vice-versa. Nas análises em que fatores de mecanismo de mudança foram inseridos simultaneamente revelaram efeitos únicos não-significativos sobre os resultados.

Por fim, Svanberg et al. (2018), que também pesquisaram sobre dor crônica e aliança terapêutica, verificaram que os seis pacientes experienciaram boa aliança durante a realização do estudo. Entretanto, a aceitação da dor melhorou apenas em um paciente durante a MMI e nenhum dos pacientes apresentou melhora clinicamente relevante no enfrentamento da dor, depressão ou catastrofização após o MMI. A Tabela 2 descreve as principais características dos estudos incluídos nessa revisão.

Tabela 2. Características dos estudos incluídos

Estudo	População clínica	Metodologia	Objetivos em relação à aliança terapêutica (AT)	Categorias profissionais envolvidas	Tipo de intervenção e tempo de duração
Bisseling et al. (2019)	Câncer (245 pacientes)	Ensaio Clínico controlado aleatorizado multicêntrico - quantitativo	Explorar se a AT precoce prediz o abandono do tratamento na intervenção presencial e na intervenção online. Ainda, comparar o desenvolvimento da AT nas duas modalidades de tratamento e examinar é preditora da redução do distress psicológico e do aumento do bem estar mental no pós-tratamento em ambas as condições.	Psicologia	Terapia Cognitivo-Comportamental baseada em mindfulness (online e presencial). As intervenções eram em grupo, ambas com duração de 9 semanas.
Burns et al. (2015)	Dor (94 pacientes)	Ensaio Clínico aleatorizado - quantitativo	Utiliza-se dados de um ECR para avaliar se mudanças nas atitudes dos pacientes em relação à adoção de uma abordagem de autogerenciamento da dor e a qualidade da AT, junto às expectativas do paciente no início do tratamento estavam relacionadas à mudanças nos resultados do tratamento posteriormente.	Psicologia	Psicoterapia da TCC em um protocolo de 10 sessões semanais com duração de 60 minutos cada.
Dijkers e Faoto (2012)	Lesão da medula espinal (1376 pacientes)	Estudo observacional multicêntrico - quantitativo	Verificar a relação entre tamanho da equipe e qualidade das interações entre cada profissional e o paciente.	Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Serviço Social, Fonoaudiologia e Enfermagem.	O número de sessões que cada paciente recebeu variou entre 8 e 931, com uma média de 222.
Paap et al. (2021)	Dor persistente (26 pacientes)	Análise de entrevistas não estruturadas - Qualitativo	Explorar fatores que influenciam a percepção dos participantes sobre a AT com os profissionais de saúde, sua participação na AT e seu compromisso com o tratamento em um ambiente multidisciplinar de reabilitação da dor	Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia e Medicina	Intervenções multiprofissionais com 12 semanas de duração.

Continua



Continuação

Pfeifer et al. (2019)	Dor Crônica (374 pacientes)	"Block design" com três grupos de pacientes – quantitativo	Testar a AT enquanto mediadora da eficácia do tratamento.	Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia e Medicina	Intervenções multiprofissionais com 4 semanas de duração.
Rosti-Otajarvise et al. (2014)	Eslerosse múltipla (102 pacientes)	Quantitativo. Há apenas um grupo que recebeu a intervenção e é feita uma medida pré, pós e de seguimento	Coletar dados sobre a linha de base do paciente e fatores relacionados à doença e avaliar os efeitos dessas variáveis na AT. Ainda, avaliaram os efeitos da AT no resultado da reabilitação.	Neuropsicologia	Sessões de 60 minutos, 13 semanas consecutivas.
Rowlands et al. (2020)	Lesão neurológica (45 pacientes)	Correlacional – não experimental – quantitativo.	Investigar as percepções do facilitador e do paciente sobre a força da AT e como fatores emocionais, cognitivos e demográficos, podem influenciar a formação da relação terapêutica e, ainda, se fatores de AT foram preditivos do envolvimento do paciente na intervenção.	Psicologia	7 sessões em grupo de psicoeducação semanais com 2 horas de duração cada, conduzida por um facilitador e co-facilitador.
Scott et al. (2016)	Dor persistente após lesões musculoesqueléticas (66 pacientes)	Estudo correlacional - quantitativo	Examinar a associação entre a percepção de injustiça e AT em pessoas com dor persistente em um programa de reabilitação multidisciplinar.	Cinesiologistas, terapeutas ocupacionais e psicólogos	Intervenções multiprofissionais com 7 semanas de duração.
Svanberg et al. (2018)	Dor crônica (6 pacientes)	Desenho AB de sujeito único - quantitativo	Rastrear como os pacientes mudam durante a intervenção. E, mais especificamente, quais mudanças ocorrem na AT.	Fisioterapia, Psicologia, Enfermagem e Medicina	Investigação multimodal com 6 à 8 semanas de duração.
Zelencich et al. (2019)	Lesão cerebral traumática (31 diades terapeuta-paciente)	Análise de gravações de áudio de um Ensaio Clínico randomizado - Quantitativo	O estudo examinou a associação de variáveis e variáveis relacionadas à lesão com a AT.	Psicologia	Análise de 177 gravações de áudio.

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo da presente revisão foi apontar o que os estudos têm abordado sobre o estabelecimento da aliança terapêutica entre pacientes e profissionais no contexto da saúde, em relação aos desfechos do quadro clínico de base e quando há a presença do psicólogo. Os resultados aqui apresentados devem ser considerados de maneira cautelosa, considerando o pequeno número de artigos encontrados e a variabilidade da metodologia aplicada nos estudos. A realização da revisão por pares apenas na etapa de leitura integral dos artigos selecionados também deve ser vista como uma limitação do presente estudo. Contudo, importantes considerações podem ser feitas a partir dos resultados apresentados.

Observa-se um interesse crescente a respeito dessa temática. No geral os resultados dos estudos são diversos, pois os seus objetivos também o foram. Pode-se verificar que a maior parte deles apontou para uma relação positiva entre a força da aliança terapêutica e resultados importantes para boa manutenção da saúde, como a diminuição da dor, redução da fadiga e menores níveis de distresse. Viu-se nos estudos incluídos que características demográficas do paciente e da doença não atuam necessariamente como barreiras para estabelecimento da aliança.

Foram encontradas também algumas variáveis que exercem influência sobre a aliança, dentre elas a raiva e percepção de injustiça, mecanismos gerais e específicos do tratamento e a influência do histórico de tratamentos progressos dos pacientes. Houve, além disso, a discussão de que talvez o tamanho da equipe não influencie no resultado da reabilitação, mesmo que exerça impacto na força da aliança terapêutica e apontou-se a importância de maior investigação nesse campo. Viu-se como necessário, ainda, maior investigação a respeito dos instrumentos de medida de aliança que podem ser utilizados na saúde, que sejam de fato adaptados e validados para esse contexto. O único instrumento encontrado na presente revisão foi a escala *Inpatient and Day-Clinic Experience Scale*, sendo utilizada em apenas um estudo.

Durante o processo de busca e seleção dos artigos, foi observado que havia pesquisas com outros grupos clínicos de pacientes e, também, em outros campos de atuação da saúde como em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), unidades de atenção básica de saúde e que houve uma quantidade grande de estudos avaliando aliança terapêutica em hospitais psiquiátricos com pacientes internados. Para fazer uma revisão dessa magnitude, levando em consideração todos esses outros campos e formatos de estudos, seria necessário despende de uma quantidade maior de recursos e fugiria ao escopo da proposta dessa revisão, podendo ser um enquadramento frutífero para futuras pesquisas. Os próximos estudos também poderão incluir em seus descritores termos referentes à Psicologia, de modo a dar maior enfoque na busca pelas produções específicas desse campo nos contextos de saúde.

CONTRIBUIÇÃO AUTORAL

Concepção do estudo: JDFS, NSR, FRS; **coleta de dados:** JDFS, NSR; **análise dos dados:** JDFS, NSR; **redação do manuscrito:** JDFS, NSR, FRS; **revisão crítica para conteúdo intelectual importante:** JDFS, NSR, FRS.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, K. A., & Pimenta, C. A. M. (2014). Distress do paciente oncológico: prevalência e fatores associados na opinião de familiares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(5), 744-751. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670511>.
- Ardito, R. B., & Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in Psychology*, 2, 270. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00270>.
- Babatunde, F., MacDermid, J., & MacIntyre, N. (2017). Characteristics of therapeutic alliance in musculoskeletal physiotherapy and occupational therapy practice: A scoping review of the literature. *BMC Health Services Research*, 17, 375. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2311-3>.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo: edição revista e ampliada*. Edições 70.
- Bisseling, E., Cillessen, L., Spinhoven, P., Schellekens, M., Compen, F., van der Lee, M., & Speckens, A. (2019). Development of the therapeutic alliance and its association with internet-based mindfulness-based cognitive therapy for distressed cancer patients: secondary analysis of a multicenter randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 21(10), e14065. <https://doi.org/10.2196/14065>.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>.
- Botella, L., & Corbella, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de Psicología*, (101), 21-34.
- Burns, J. W., Nielson, W. R., Jensen, M. P., Heapy, A., Czlapinski, R., & Kerns, R. D. (2015). Specific and general therapeutic mechanisms in cognitive behavioral treatment of chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(1), 1-11. <https://doi.org/10.1037/a0037208>.
- Burns, J. W., & Evon, D. (2007). Common and specific process factors in cardiac rehabilitation: independent and interactive effects of the working alliance and self-efficacy. *Health Psychology*, 26(6), 684-692. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.26.6.684>.
- Chiattonne, H. B. C. (2011). A significação da psicologia no contexto hospitalar. In V. A. Angerami-Camon, & E. G. Vasconcellos (Orgs.), *Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica* (2a ed., pp. 143-229). Cenage Learning.
- Crits-Christoph, P., & Gibbons, B. C. (2021). Psychotherapy processe-outcome research: advances in understanding causal connections. In M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (7th ed., pp. 263-296). John Wiley & Sons.
- Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2019). The role of common factors in psychotherapy outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 207-231. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424>.
- Dijkers, M. P., & Faotto, R.-M. (2012). Team size in spinal cord injury inpatient rehabilitation and patient participation in therapy sessions: the SCIRehab project. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 35(6), 624-634. <https://doi.org/10.1179/2045772312Y.0000000065>.
- Fuertes, J. N., Mislouack, A., Bennett, J., Paul, L., Gilbert, T. C., Fortan, G., & Boylan, L. S. (2007). The physician-patient working alliance. *Patient Education and Counselling*, 66(1), 29-36. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.09.013>.
- Hilsenroth, M. J., Peters, E. J., & Ackerman, S. J. (2004). The development of therapeutic alliance during psychological assessment: Patient and therapist perspectives across treatment. *Journal of Personality Assessment*, 83(3), 332-344. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8303_14.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.561>.
- Huibers, M. J. H., Lorenzo-Luaces, L., Cuijpers, P., & Kazantzis, N. (2021). On the road to personalized psychotherapy: a research agenda based on cognitive behavior therapy for depression. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 607508. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.607508>.

- Isolan, L., Pheula, G., & Cordioli, A. V. (2008). Fatores comuns e mudanças em psicoterapia. In A. V. Cordioli (Ed.), *Psicoterapias: abordagens atuais* (pp. 58-73). Artmed.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(3). <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>.
- Paap, D., Krops, L. A., Preuper, H. R. S., Geertzen, J. H. B., Dijkstra, P. U., & Pool, G. (2021). Participants' unspoken thoughts and feelings negatively influence the therapeutic alliance; a qualitative study in a multidisciplinary pain rehabilitation setting. *Disability and Rehabilitation, 44*(18), 5090-5100. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1924297>.
- Pearson, A., White, H., Bath-Hextall, F., Salmond, S., Apostolo, J., & Kirkpatrick, P. (2015). A mixed-methods approach to systematic reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare, 13*(3), 121-131. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000052>.
- Peters, M., Godfrey, C. M., Khalil, H., & Mcinerney, P. (2017). Scoping reviews. In Aromataris, E., Munn, Z. Guidance for the conduct of JBI scoping reviews (Chapter 11). The Joanna Briggs Institute. <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>.
- Pfeifer, A.-C., Meredith, P., Schröder-Pfeifer, P., Penedo, J. M. G., Ehrental, J. C., Schroeter, C., Neubauer, E., & Schiltenswolf, M. (2019). Effectiveness of an attachment-informed working alliance in interdisciplinary pain therapy. *Journal of Clinical Medicine, 8*(3). <https://doi.org/10.3390/jcm8030364>.
- Porto, G., & Lustosa, M. A. (2010). Psicologia hospitalar e cuidados paliativos. *Revista da SBPH, 13*(1), 76-93. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.13.454>.
- Ribeiro, N. S., Torres, A. P. F., Pedrosa, C. A., Silveira, J. D. F., & Sartes, L. M. A. (2019). Caracterização dos estudos sobre medidas de aliança terapêutica: revisão da literatura. *Contextos Clínicos, 12*(1), 303-341. <https://doi.org/10.4013/ctc.2019.12.13>.
- Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. C. (2009). *Entrevista motivacional no cuidado da saúde: ajudando pacientes a mudar o comportamento*. Artmed.
- Romano, B. W. (2017). *O psicólogo clínico em hospitais: contribuição para o aperfeiçoamento da arte no Brasil*. Vetor.
- Rosti-Otajärvi, E., Mäntynen, A., Koivisto, K., Huhtala, H., & Hämäläinen, P. (2014). Predictors and impact of the working alliance in the neuropsychological rehabilitation of patients with multiple sclerosis. *Journal of the Neurological Sciences, 338*(1-2), 156-161. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2013.12.039>.
- Rowlands, L., Coetzer, R., & Turnbull, O. H. (2020). Building the bond: predictors of the alliance in neurorehabilitation. *NeuroRehabilitation, 46*(3), 271-285. <https://doi.org/10.3233/NRE-193005>.
- Schönberger, M., Humle, F., Zeeman, P., & Teasdale, T. W. (2006). Working alliance and patient compliance in brain injury rehabilitation and their relation to psychosocial outcome. *Neuropsychological Rehabilitation, 16*(3), 298-314. <https://doi.org/10.1080/09602010500176476>.
- Scott, W., Milioto, M., Trost, Z., & Sullivan, M. J. L. (2016). The relationship between perceived injustice and the working alliance: a cross-sectional study of patients with persistent pain attending multidisciplinary rehabilitation. *Disability and Rehabilitation, 38*(24), 2365-2373. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1129444>.
- Stiles, W. B. & Goldsmith, J. Z. (2010). The Alliance over time. In J. C. Muran, & J. P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance: an evidence-based guide to practice*. (pp. 44-62.) Guilford Press.
- Svanberg, M., Johansson, A. C., & Boersma, K. (2018). Does validation and alliance during the multimodal investigation affect patients' acceptance of chronic pain? An experimental single case study. *Scandinavian Journal of Pain, 19*(1), 73-82. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2018-0051>.
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garrity, C. . . . Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine, 169*(7), 467-473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>.

Zelencich, L., Kazantzis, N., Wong, D., McKenzie, D., Downing, M., & Ponsford, J. (2019). Predictors of working alliance in cognitive behaviour therapy adapted for traumatic brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation, 30*(9), 1682-1700. <https://doi.org/10.1080/09602011.2019.1600554>.

FICHA TÉCNICA

Editor-chefe: Marcus Vinícius Rezende Fagundes Netto

Editor assistente: Layla Raquel Silva Gomes

Editor associado: Angelo Márcio Valle da Costa

Secretaria editorial: Cláudio Kazuo Akimoto Júnior

Coordenação editorial: Andrea Hespanha (CRB/8-8151)

Consultoria e Assessoria: Oficina de Ideias
