



ARTIGO ORIGINAL

Uma breve revisão das revisões e metanálises sobre aliança terapêutica

Diogo de Bitencourt Machado^a

Cláudio Laks Eizirik^b

^a Psiquiatra. Mestre em Ciências Médicas: Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

^b Psiquiatra e psicanalista. PhD em Ciências Médicas: Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil. Departamento de psiquiatria e medicina legal, UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil.

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Resumo

A aliança terapêutica (AT) é a relação que se desenvolve entre terapeuta e paciente durante os tratamentos em geral. É um dos aspectos mais estudados na psicoterapia e as pesquisas mostram que a AT alta está relacionada a tratamentos mais eficientes. Este trabalho é uma revisão sobre as revisões que envolvem a AT, apresentando algumas das contribuições mais relevantes desses estudos. As revisões narrativas, revisões sistemáticas e metanálises identificadas avaliaram a relação da AT e diferentes aspectos, como tratamentos de adultos, tratamentos de crianças e adolescentes, abandono de tratamento, estilo de apego, diferenças culturais entre terapeuta e paciente, aspectos do terapeuta e da técnica, *e-therapy* e instrumentos de avaliação. De acordo com as revisões, a AT está comprovadamente associada aos resultados do tratamento nos diferentes modelos teóricos de psicoterapia. Por outro lado, as pesquisas indicam que seus efeitos são pequenos, ou

seja, existem outros elementos que influenciam a maior parte dos resultados. Considerando que os estudos de eficácia mostram a ligação entre AT e os resultados, um próximo passo das pesquisas é avaliar de que forma a AT influencia o tratamento com os diferentes tipos de pacientes e situações clínicas.

Palavras-chave: Processos psicoterapêuticos; Psiquiatria; Psicoterapia.

Abstract

The therapeutic alliance (TA) is the relationship developed between therapists and patients during treatment in general. It is one of the most studied aspects of psychotherapy, and researches show that high TA is related to more effective treatments. This paper is a review of the reviews involving TA, featuring some of the most important contributions of these studies. The narrative reviews, the systematic reviews and the identified meta-analyzes evaluated the relation between TA with different aspects, such as treatment of adults, treatment of children and adolescents, treatment dropout, attachment style, cultural differences between therapists and patients, aspects of the therapists and the techniques, and e-therapy and assessment tools. According to these reviews, TA is demonstrably associated with the treatment results in different theoretical frameworks of psychotherapy. On the other hand, researches indicate that the effects are small, i.e., there are other factors that influence most of the results. Considering that the efficacy studies show the connection between TA and the results, the next step on researches is to evaluate how TA can influence the treatment among the different kinds of patients and clinical situations.

Keywords: Psychotherapeutic Processes; Psychiatry; Psychotherapy.

Introdução

A aliança terapêutica (AT) é a relação positiva necessária entre terapeuta e paciente, sendo um poderoso instrumento para identificação e resolução dos problemas interpessoais, fundamental para o sucesso da psicoterapia segundo a literatura teórica e ligada a pesquisas.

Este trabalho irá apresentar uma revisão sobre as revisões narrativas (RNs), revisões sistemáticas (RSs) e metanálises (MAs) sobre a AT. A partir desses trabalhos será apresentada uma descrição histórica da AT e uma síntese dos principais achados. Além da apresentação dos resultados, existe a intenção de encorajar os psicoterapeutas a confiar nesses trabalhos e perder o desconforto causado pela metodologia rigorosa e as necessárias noções de estatística para interpretação das MAs.

Esta revisão foi construída a partir das bases de dados Pubmed, PsycInfo e Google Academics, onde se buscou por RNs, RSs, MAs e por termos que representassem AT, como “therapeutic alliance”, “help alliance” ou “work alliance”, combinados a “psychotherapy” ou “treatment”. Os estudos tiveram seus títulos e resumos

avaliados para então serem selecionados ou eliminados. Foram identificados 24 estudos que datam desde 1990, que foram avaliados na íntegra para a confecção deste texto e suas referências checadas para identificação de outras revisões. Foram incluídos somente textos em inglês e excluídas teses e dissertações.

Considerações históricas sobre a aliança terapêutica

Se por um lado parece haver quase um consenso sobre a existência e o papel importante da AT no tratamento em geral, as leituras das revisões e outros textos revelam algumas questões históricas divergentes. A primeira seria quando a noção da AT passou a ser considerada, ainda que ninguém deixe de mencionar Freud. Como ele nunca escreveu diretamente o termo “aliança terapêutica” ou então termos semelhantes, como “relação terapêutica”, “relação de trabalho” ou outros, os leitores da sua obra identificaram diferentes passagens dos seus textos que representariam a AT.

Uma primeira descrição pode ser atribuída ao trabalho “A psicoterapia da histeria”, de 1893⁵, onde Freud escreveu que durante o tratamento o paciente é transformado em um colaborador. Já em 1912, em “A dinâmica da transferência”⁶, descreveu a transferência positiva, que seria algo consciente, racional e colaborativo com o terapeuta.

Uma segunda divergência é sobre quem cunhou o termo AT. Segundo Gomes¹, o conceito de forma concreta foi apresentado por Sterba em 1934⁷, onde a AT foi descrita como proveniente de uma dissociação do ego em uma parte colaborativa que está a serviço da realidade e uma parte em oposição ao terapeuta, esta a serviço de impulsos do id, ordens do superego e defesas do ego. Destacou também outro marco histórico importante, quando, em 1956, Zetzel⁸ reconheceu que a transferência era formada pela neurose de transferência e pela AT, ainda que para esse desenvolvimento houvesse o pré-requisito de um ego maduro por parte do paciente.

Como o conceito clássico utilizado em psicoterapia psicanalítica e psicanálise que melhor descreve a relação do paciente com o terapeuta é a transferência, é natural que a AT se desenvolvesse ao seu lado. Também existem opiniões que são mais cautelosas ou que negam sua existência. Custis, em 1970, argumentou que a AT pode representar um perigo, pois tira o foco de outros conceitos, como conflito inconsciente, livre associação, interpretação da transferência e da resistência⁹. Brenner argumentou que a AT não existe, pois a relação entre terapeuta e paciente é a expressão da transferência deste¹⁰.

Além dos domínios da psicanálise, foram mencionados como importantes para o desenvolvimento da AT os trabalhos realizados a partir de 1951 por Rogers e colaboradores sobre a “Abordagem centrada na pessoa”, com seus três elementos: consideração positiva incondicional, empatia e congruência¹¹.

Os autores deram importância ao conceito panteórico da AT que surgiu na década de 1970, dando destaque os trabalhos de Bordin, denominados de “pioneiros” por Horvath e Luborsky¹². A principal contribuição

de Bordin foi a divisão da AT em três elementos, que são vínculo, envolvimento com os objetivos e envolvimento com as tarefas da terapia¹³. Ainda de acordo com Horvath e Luborsky¹², as primeiras pesquisas foram realizadas por Luborsky et al. em 1976¹⁴, Gomes-Schwartz¹⁵ em 1978, Hartley e Strupp¹⁶ em 1983 e Marmar et al. em 1986¹⁷, contribuindo com o desenvolvimento de instrumentos e metodologias de pesquisa.

A partir dos anos 1990, segundo Ardito e Rabelino, as pesquisas de efetividade mostraram que as psicoterapias funcionam e permitiram o surgimento de pesquisas que se preocupam sobre como as psicoterapias funcionam, destacando a AT como um dos principais elementos a serem compreendidos²².

As revisões narrativas: sínteses escritas por especialistas

Na literatura científica em geral, a maioria das revisões é escrita no formato de RN, especialmente quando o tema não tem boas evidências, ou então quando há muitas controvérsias, esperando-se que sejam escritas por especialistas do assunto¹⁸.

Foram localizadas cinco RNs, que datam entre 1990 e 2011. Na primeira revisão, Gaston afirmou que existem evidências que dão suporte à ideia de que a AT apresenta relação com os resultados do tratamento em diferentes modalidades de terapia e com diferentes perfis de pacientes, ainda que alguns estudos tenham falhado em demonstrar isso¹⁹.

Horvath e Luborsky publicaram a segunda revisão em 1993. Nesse trabalho, a AT foi reconhecida como importante para a psicoterapia comportamental, cognitiva, gestáltica e psicodinâmica. Como consideração para a prática, destacou-se que a AT avaliada pelo paciente ou observador é um melhor preditor de resultados do que se for avaliada pelo terapeuta. Outras duas considerações destacadas foram a de que, se a AT não surgir nos primeiros momentos do tratamento, está determinado um provável término prematuro, e a interpretação da transferência parece ser mais importante para o manejo da AT do que a interpretação da extratransferência¹².

Em 2004, Catty apresentou dados referentes a estudos sobre o comportamento da AT nas diferentes fases da psicoterapia. Haveria dois momentos específicos: um pico até a quinta sessão e uma diminuição considerável da simpatia e apoio do paciente ao terapeuta em algum momento do tratamento. Essa crise aconteceria de forma concomitante ao desenvolvimento da psicoterapia, ou seja, ocorreria como uma resposta às intervenções nos padrões neuróticos do paciente²⁰. No mesmo ano, uma RN sobre atendimento tipicamente psiquiátrico identificou que a AT também é importante nesse amplo *setting*²¹.

A última revisão foi publicada em 2011 por Ardito e Rabelino²², que destacaram resultados que indicam que a resolução das rupturas da AT é mais importante para o bom resultado da terapia do que uma AT crescente²³. Outro resultado é a existência de três padrões de AT: estável, de crescimento linear e quadrático (em forma de U), este último estando relacionado aos melhores resultados²⁴.

As metanálises de estudos com adultos

As MAs são um tipo de estudo que a maioria dos psicoterapeutas não estão acostumados a ler, pois não fazem parte das aulas, seminários e supervisões dos principais referenciais teóricos utilizados em nosso meio. Segundo Greenhalgh²⁵, são provocadoras de medo e relutância em estudantes, médicos e leitores de medicina baseada em evidências, porém são o tipo de estudo ideal para reunir resultados de pesquisas.

Um dos aspectos mais importantes a serem considerados nesses trabalhos é o tamanho de efeito (TE). O TE permite a avaliação da relação entre a variável preditora (como a AT) e a variável de desfecho (os diferentes resultados, na maioria das vezes a sintomatologia). O TE é um coeficiente matemático que permite a interpretação dos resultados de pesquisa, avaliando o quanto uma variável influencia outra variável. Dessa forma, é possível avaliar o quanto a AT influencia as diferentes variáveis de desfecho. Para este fim, costuma ser utilizado o coeficiente de Cohen²⁶. Os valores partem de “0”, sendo considerados fracos quando estão em torno de “0.2”, médios quando estão em torno de “0.5” e fortes a partir de “0.8”.

Foram identificadas quatro MAs sobre os resultados em geral e outras três que avaliaram diferentes aspectos. A primeira MA sobre resultados foi realizada em 1991, envolvendo 24 estudos de pacientes adultos em psicoterapia individual, apresentando um TE 0.26²⁷. Os TEs encontrados nas três MAs seguintes foram 0.22 em 2000²⁸, 0.21 em 2002²⁹ e 0.275 em 2011³⁰. Isso significa que existe uma parte dos resultados que pode ser atribuída à AT, pois foi detectado um efeito diferente de “0”. No entanto, o TE levemente acima do valor considerado “pequeno” quer dizer que existem outros elementos responsáveis pelos efeitos do tratamento, o que não foi avaliado por nenhum dos estudos identificados.

A última MA sobre resultados classificou o achado como robusto e não afetado por viés de publicação. Também foi analisado se haveria diferenças nos resultados diante dos diferentes instrumentos, avaliadores, tempo de avaliação da AT, desfechos, tipo de tratamento e fonte do estudo. Todos esses fatores avaliados apresentaram resultados fortemente significativos, indicando que a AT é presente em diferentes contextos de tratamento e formas de avaliação³⁰.

Em relação às demais MAs, uma avaliou a relação entre a AT e o abandono de psicoterapia. Foram localizados 11 estudos que envolveram psicoterapia em diferentes *settings*, como ambulatórios universitários ou hospitalização, assim como diferentes terapias e pacientes. Foi identificado um TE 0.55 da AT no abandono; isto é, os escores de AT nos pacientes que permaneceram em tratamento foram moderadamente maiores em relação aos escores daqueles que abandonaram. A AT foi considerada um dos elementos mais determinantes para a prevenção de abandono, mais do que as variáveis demográficas³¹.

Outra MA verificou o estilo de apego dos pacientes e identificou que o apego seguro produz um TE 0.17 na AT. Foi sugerido que o psicoterapeuta tenha especial atenção com o paciente de apego inseguro, monitorando qualquer sinal de distância ou descontentamento³².

A última MA teve como objetivo avaliar o quanto o terapeuta influencia a AT. Foi utilizada uma metodologia que envolveu uma taxa formada pelo número de pacientes divididos pelo número de terapeutas de cada estudo. Partiu do princípio de que, se esse valor é alto, a maior parte da variabilidade da AT se deve aos pacientes, e, se for baixo, isso se deve possivelmente aos terapeutas. Os resultados encontrados indicam essa taxa como principal moderadora entre a AT e os resultados, enquanto outras covariáveis, como diagnóstico de eixo II, desenho da pesquisa, avaliador da AT, avaliador do desfecho e instrumento de AT, têm importância secundária³³.

Estudos sobre psicoterapia de crianças e adolescentes

Foram identificadas três MAs para avaliação dos efeitos da psicoterapia de crianças e adolescentes e uma RN. As MAs apresentaram os mesmos critérios das MAs de adultos, porém, além de o foco dos atendimentos se dirigir somente para a psicoterapia de crianças e adolescentes, foram incluídos estudos de psicoterapia de família.

A primeira MA foi escrita em 2003 e foi identificado um TE 0.24, porém os autores explicaram que, se um estudo grande o suficiente para interferir nesse resultado for excluído, o TE cai para 0.22³⁴. A segunda MA apresentou um TE 0.28, indo até 0.17 se for feito como no estudo anterior³⁵. As primeiras MAs mostraram TEs semelhantes aos identificados nos estudos de adultos.

A última MA foi escrita em 2011 e apresentou diferenças metodológicas importantes em relação às anteriores. Foram excluídos estudos que envolveram terapia de família e a definição de AT para a seleção de estudos foi mais estreita. O TE identificado foi 0.14, menor do que qualquer MA citada. Uma das explicações para essa diferença em relação às MAs de adultos é a natureza diferente da relação, que envolve mais pessoas do que a simples dupla, ou seja, envolve os pais dos pacientes. A diferença para as MAs sobre crianças pode ser explicada por diferenças da amostra e diferenças metodológicas. Foram identificados alguns fatores moderadores do efeito, começando pelo fato de as crianças apresentarem maiores ATs do que adolescentes. Também foram identificadas maiores ATs quando: os pacientes/família procuram tratamento por própria vontade, o paciente apresenta algum problema externalizante, quando o tratamento é focado no paciente, quando a fonte de avaliação de AT foi os pais e quando a avaliação ocorreu em momento avançado da terapia³⁶.

A RN é de 2007 e também faz uma análise das MAs escritas até o momento de sua publicação. Sua principal crítica em relação aos resultados encontrados está ligada aos instrumentos de avaliação de AT. Essa RN apresentou uma síntese das pesquisas realizadas e discutiu aspectos moderadores da AT, como a técnica do terapeuta e participação dos pais no tratamento³⁷.

As revisões sistemáticas

Segundo Pereira, as RSs tiveram um grande impulso a partir da década de 1990 na área da saúde. A RS é uma pesquisa científica realizada em bases de dados bibliográficos de textos científicos. Não apresentam os mesmos conceitos estatísticos das MAs, portanto são mais fáceis de serem aceitas por psicoterapeutas, porém ainda assim alguns preferem não examinar esses tipos de estudo¹⁸.

As RSs possuem alguns pontos fortes, pois apresentam métodos explícitos que limitam o viés de seleção, apresentam conclusões mais confiáveis, possibilitam apresentação de grandes volumes de informação, que pode ser rapidamente assimilada pelos profissionais, reduzem o atraso entre descobertas científicas, permitem a comparação dos resultados de diferentes estudos, permitem a análise da heterogeneidade ou inconsistência dos resultados e juntamente com as MAs podem aumentar a precisão dos resultados em pesquisa²⁵.

Por outro lado, são trabalhos que normalmente envolvem mais de um autor e um grau importante de empenho de todos eles. Uma RS apresenta diferentes etapas, que são a formulação de uma questão de pesquisa, busca de artigos, seleção de artigos de acordo com critérios de inclusão e exclusão previamente determinados, extração de dados de cada estudo por observadores independentes, síntese dos resultados, análises dos resultados, interpretação e apresentação dos resultados¹⁸.

Foram identificadas oito RSs. Uma avaliou as características dos terapeutas e da técnica que influenciam o desenvolvimento e manutenção da AT. Quanto às características do terapeuta, identificou que flexibilidade, experiência, honestidade, respeito, confiabilidade, fidelidade, interesse, atenção, amizade, calor e abertura são importantes para a formação da AT. Já as características da técnica que influenciam a AT são: exploração, profundidade, reflexão, suporte, observação das terapias anteriores, interpretações acuradas, facilitação da expressão do afeto, postura ativa, assertividade, compreensão e atendimento das expectativas do paciente³⁸.

Em relação às características dos pacientes, uma RS identificou que pacientes com apego seguro apresentaram melhor AT; no entanto, a relação entre apego inseguro com AT foi incerta. Concluiu-se que a avaliação do estilo de apego no início da terapia pode indicar a força da AT durante o tratamento³⁹. Outra RS avaliou o impacto das diferenças étnicas e culturais entre pacientes e terapeutas, destacando a importância do terapeuta considerar esses aspectos no atendimento de pacientes com culturas diferentes da sua⁴⁰.

Três RSs avaliaram situações clínicas específicas, começando por um trabalho que identificou nos estudos examinados a influência da AT no manejo de caso em serviços de saúde mental⁴¹. Outra avaliou a AT entre a equipe de enfermagem e pacientes esquizofrênicos, identificou que ela influenciou os resultados, porém não foi determinante⁴². A terceira descreveu os efeitos positivos da AT na psicoterapia de pacientes com câncer, nos diferentes tratamentos oferecidos, que foram TCC, *mindfulness* e hipnose⁴³.

O surgimento de abordagens psiquiátricas e psicoterápicas pela internet permitiu a publicação de uma RS sobre o impacto da AT na *e-therapy*. Esta consiste em serviços de saúde mental utilizando *e-mail*,

videoconferência, realidade virtual ou *chat*. A análise dos 11 estudos possibilitou a identificação de semelhanças nas propriedades da AT na psicoterapia tradicional e na *e-therapy*, apontando esta como uma alternativa de tratamento viável⁴⁴.

A maioria das RNs e MAs sobre os resultados da AT apresentaram suas revisões sobre os instrumentos para avaliação da AT em atendimento psiquiátrico secundário e suas propriedades psicométricas, no entanto, um trabalho teve especificamente esse fim⁴⁵. Segundo Ardito e Rabellino, os instrumentos mais utilizados são: as escalas da Pennsylvania, como Helping Alliance questionnaire (HAq); as escalas de Vanderbilt, como Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale (VTAS); as escalas de Toronto, como Therapeutic Alliance Rating Scale (TARS); Working Alliance Inventory (WAI); as escalas da Califórnia, como California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS); Therapeutic Session Report (TSR); Therapeutic Bond Scales (TBS); Psychotherapy Status Report (PSR); Agnew Relationship Measure (ARM); e Kim Alliance Scale (KAS)²².

Considerações finais

A literatura e prática clínica destacam desde o surgimento das psicoterapias que a AT é um elemento importante do tratamento, dado reforçado pelas pesquisas. Cabe ao terapeuta de qualquer referencial procurar estabelecer uma boa AT, que representa uma relação de colaboração, envolvimento e respeito entre paciente e terapeuta desde o início do tratamento.

É importante frisar que a AT influencia a melhora de forma fraca-moderada, ou seja, existe uma série de outros aspectos que influenciam esses resultados, como aspectos próprios do paciente, diagnóstico psiquiátrico ou estruturação de relações objetais e aspectos do terapeuta.

Não há dúvidas de que a AT é fundamental na psicoterapia de crianças e adolescentes, porém o menor efeito encontrado nestes estudos pode representar que a AT apresenta propriedades diferentes daquelas encontradas na psicoterapia de adultos.

Os estudos que avaliaram estilo de apego e diferenças culturais mostram claramente aspectos que contribuem permanentemente com o funcionamento do paciente. Especialmente nesses casos, o terapeuta precisa usar sua flexibilidade e se ajustar a condições que são difíceis de se modificar, realizando seu trabalho que inclui a manutenção da AT.

A existência de uma revisão sobre AT na *e-therapy* apresenta uma situação com muito a ser explorada, que são os tratamentos pela internet. Surgem então questões ligadas ao funcionamento de uma nova forma de AT, a AT *on-line*.

A grande maioria dos estudos que estão incluídos nas revisões envolvem somente psicoterapias, porém foram localizados estudos envolvendo manejo de caso e atendimento em serviço de saúde mental secundário.

No entanto, não foi localizada qualquer revisão que abordasse AT no atendimento farmacológico ou na internação hospitalar, como exemplo de outros tratamentos em saúde mental.

Ainda considerando a AT em outros *settings*, um estudo não incluído merece ser citado, pois se refere à AT entre o optometrista e seu cliente⁴⁶. O optometrista é um técnico em oftalmologia, profissão não reconhecida no Brasil. Os resultados são coerentes com o que foi apresentado nos demais estudos, sendo a AT importante para o bom resultado do tratamento. Seguindo essa linha, estudos futuros poderão avaliar o quanto e como a AT influencia a resposta aos tratamentos médicos gerais e cirurgias, como exemplos.

Não existem ainda revisões que avaliem a AT nos estudos com somente uma dupla de paciente e terapeuta, que são os estudos que avaliam o processo do tratamento e que permitem a avaliação de aspectos sutis, impossíveis de serem avaliados da forma quantitativa tradicional. Essa área poderia ser explorada em revisões futuras, que certamente necessitarão de uma série de considerações metodológicas.

Este trabalho não abrangeu revisões da literatura impressa, nas dissertações e teses e na “literatura cinza”, que poderiam revelar bons trabalhos que auxiliem os clínicos e pesquisadores.

As RSs e especialmente as MAs apresentam uma série de outros aspectos metodológicos que devem ser considerados juntamente com o TE, mas fogem do escopo deste trabalho. Algumas ferramentas podem auxiliar o leitor tanto para entender os artigos citados quanto outros, como o protocolo PRISMA⁴⁷ ou Cochrane Handobook⁴⁸.

A AT é um dos ingredientes reconhecidamente mais importantes na psicoterapia e tratamentos em saúde mental. A manutenção dela é algo que deve ser buscado durante todo o tratamento, ainda que existam outros aspectos que são responsáveis pela melhora dos pacientes, como o uso adequados da técnica, empatia e motivação do terapeuta e fatores externos da psicoterapia.

Referências

1. Gomes F. A aliança terapêutica e a relação real com o terapeuta. In: Ezirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS. Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2015. p. 238-48.
2. Ezirik CL, Libermann Z, Costa F. A relação terapêutica: transferência, contratransferência e aliança terapêutica. In: Cordioli AV, editor. Psicoterapias: abordagens atuais. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 74-84.
3. Knapp P. Princípios fundamentais de terapia cognitiva. In: Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 19-41.
4. Gabbard GO. Tratamentos em psiquiatria dinâmica: psicoterapia individual. In: Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 79-102.

5. Freud S. A psicoterapia da histeria. Rio de Janeiro: Imago; 1976. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 2).
6. Freud S. A dinâmica da transferência. Rio de Janeiro: Imago; 1976. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 12).
7. Sterba RF. The fate of the ego in analytic therapy. *Int J Psychoanal.* 1934;15:117-26.
8. Zetzel EF. Current concepts of transference. *Int J Psychoanal.* 1956;37(4-5):369-76.
9. Curtis H. The concept of the therapeutic alliance: implications for the 'widening scope'. *J Am Psychoanal Assoc.* 1979;27(suppl):159-92.
10. Brenner C. Working Alliance, therapeutic alliance, and transference. *J Am Psychoanal Assoc.* 1979;27(suppl):136-58.
11. Rogers CR. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *J Consult Psychol.* 1957;21(2):95-103.
12. Horvath AO, Luborsky L. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol.* 1993;61(4):561-73.
13. Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychother Theory Res Pract.* 1979;16(2):252-60.
14. Luborsky L. Helping alliances in psychotherapy. In: Claghorn JL, editor. *Successful psychotherapy.* New York: Brunner/Mazeo; 1976. p. 92-116.
15. Gomes-Schwartz B. Effective ingredients in psychotherapy: prediction of outcome from process variables. *J Consult Clin Psychol.* 1978; 46(5):1023-35.
16. Hartley D, Strupp H. The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. In: *Empirical studies of psychoanalytic theories.* Hillsdale: Erlbaum; 1983. p. 1-38.
17. Marmar CR, Horowitz M, Weiss D, Marziali E. Development of therapeutic rating system. In: *The psychotherapeutic process: a research handbook.* New York: Guilford; 1986. p. 367-90.
18. Pereira MG. Introdução do artigo. In: *Artigos científicos: como redigir, publicar e avaliar.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. p. 41-56.
19. Gaston L. The concept of the alliance and its role in psychotherapy: theoretical and empirical considerations. *Psychother Theory Res Pract Train.* 1990;27(2):143-53.
20. Catty J. The vehicle of success: theoretical and empirical perspectives on the therapeutic alliance in psychotherapy and psychiatry. *Psychol Psychother.* 2004;77(pt 2):255-72.
21. McCabe R, Priebe S. The therapeutic relationship in the treatment of severe mental illness: a review of methods and findings. *Int J Soc Psychiatry.* 2004;50(2):115-28.

22. Ardito R, Rabellino D. Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Front Psychol.* 2011;2:270.
23. Safran JD, Crocker P, McMain S, Murray P. Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychother Theory Res Pract Train.* 1990;27(2):154-65.
24. Kivlighan DM, Shaughnessy P. Analysis of the development of the working alliance using hierarchical linear modeling. *J Couns Psychol.* 1995;42(3):338-49.
25. Greenhalgh T. Artigos que resumem outros artigos (revisões sistemáticas e metanálises). In: *Como ler artigos científicos.* Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 134-53.
26. Cohen J. The significance of a product moment r_s . In: *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* 2. ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1988. p. 75-104.
27. Horvath AO, Symonds BD. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *J Couns Psychol.* 1991;38(2):139-49.
28. Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68(3):438-50.
29. Horvath AO. The alliance. *Psychother Theory Res Pract Train.* 2001;38(4):365-72.
30. Horvath AO, Del Re AC, Fluckiger C, Symonds D. Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy.* 2011;48(1):9-16.
31. Sharf J, Primavera LH, Diener MJ. Dropout and therapeutic alliance: a meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychother Theory Res Pract Train.* 2010;47(4):637-45.
32. Diener MJ, Monroe JM. The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: a meta-analytic review. *Psychotherapy.* 2011;48(3):237-48.
33. Del Re AC, Fluckiger C, Horvath AO, Symonds D, Wampold BE. Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: a restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2012;32(7):642-49.
34. Shirk SR, Karver M. Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71(3):452-64.
35. Karver MS, Handelsman JB, Fields S, Bickman L. Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: the evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clin Psychol Rev.* 2006;26(1):50-65.
36. McLeod BD. Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2011;31(4):603-16.
37. Zack SE, Castonguay LG, Boswell JF. Youth working alliance: a core clinical construct in need of empirical maturity. *Harv Rev Psychiatry.* 2007;15(6):278-88.
38. Ackerman SJ, Hilsenroth MJ. A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clin Psychol Rev.* 2003;23(1):1-33.

39. Smith AEM, Msetfi RM, Golding L. Client self rated adult attachment patterns and the therapeutic alliance: a systematic review. *Clin Psychol Rev.* 2010;30(3):326-37.
40. Vasquez MJT. Cultural difference and the therapeutic alliance: an evidence-based analysis. *Am Psychol.* 2007;62(8):875-85.
41. Howgego IM, Yellowlees P, Owen C, Meldrum L, Dark F. The therapeutic alliance: the key to effective patient outcome? A descriptive review of the evidence in community mental health case management. *Aust N Z J Psychiatry.* 2003;37(2):169-83.
42. Hewitt J, Coffey M. Therapeutic working relationships with people with schizophrenia: literature review. *J Adv Nurs.* 2005;52(5):561-70.
43. Schnur JB, Montgomery GH. A systematic review of therapeutic alliance, group cohesion, empathy, and goal consensus/collaboration in psychotherapeutic interventions in cancer: Uncommon factors? *Clin Psychol Rev.* 2010;30(2):238-47.
44. Socala M, Schnur JB, Constantino MJ, Miller SJ, Brackman EH, Montgomery GH. The therapeutic relationship in e-therapy for mental health: a systematic review. *J Med Internet Res.* 2012;14(4):e110.
45. Catty J, Winfield H, Clement S. The therapeutic relationship in secondary mental health care: a conceptual review of measures. *Acta Psychiatr Scand.* 2007;116(4):238-52.
46. Kaplan S. The importance of the therapeutic alliance. *J Am Optom Assoc.* 1998;69(10):637-642.
47. Mother D, Liberati A, Tezloff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med.* 2009;6(7).
48. Higgins J, Green S. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 5.1.0.* The Cochrane Collaboration; 2011.

Correspondência

Diogo de Bitencourt Machado

Gonçalves Chaves, 3817/102

96015-560 Pelotas, RS, Brasil

db_machado@yahoo.com

Submetido em: 19/01/2015

Aceito em: 31/03/2015