



## **Terapia por internet para dependentes de álcool: estudos de casos sobre aliança terapêutica e satisfação**

### **Online psychotherapy for alcoholic patients: case studies on therapeutic alliance and satisfaction**

Bianca Aparecida Ribeiro Singulane (orcid.org/0000-0003-2450-8039)<sup>1</sup>

Laisa Marcorela Andreoli Sartes (orcid.org/0000-0002-1335-4305)<sup>2</sup>

#### **Resumo**

A psicoterapia por internet tem sido avaliada como uma modalidade alternativa de tratamento para usuários de álcool e outras drogas e para outros transtornos, mas pouco se sabe ainda sobre o processo terapêutico. O objetivo deste estudo foi avaliar a aliança terapêutica e a satisfação com o tratamento na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) por internet para dependentes de álcool. Foi realizado um estudo de casos múltiplos, selecionados em amostra de um ensaio clínico randomizado. Para isso, realizou-se uma triangulação de dados, trabalhados de forma qualitativa e quantitativa. Os resultados apontaram que houve a formação de uma aliança terapêutica de qualidade, que os clientes ficaram satisfeitos com o tratamento e que esses resultados puderam ser comparáveis aos obtidos com a terapia presencial. Tais resultados contribuem para uma melhor compreensão acerca do processo terapêutico na TCC por internet e indicam que essa pode ser uma alternativa viável de tratamento para dependentes de álcool.

**Palavras-chave:** Internet; aliança terapêutica; Terapia Cognitivo-Comportamental; alcoolismo.

#### **Abstract**

Online psychotherapy has been evaluated as an alternative modality of treatment for users of alcohol and other drugs and for other disorders, but little is known about the therapeutic process. This study aims to evaluate the therapeutic alliance and treatment satisfaction in Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy (ICBT) for alcoholic patients. This is a multiple cases study using a sample selected from a randomized clinical trial. Data analysis was performed using data triangulation – qualitatively and quantitatively. The results show that quality therapeutic alliance was formed and that patients were satisfied with the treatment; these results are comparable to those obtained with the face-to-face therapy. The results contribute to a better understanding of the therapeutic process in ICBT and indicate that this may be a viable treatment alternative for alcoholic patients.

---

<sup>1</sup> Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil. E-mail: bianca.singulane@gmail.com.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil. E-mail: laisa.sartes@gmail.com.

**Keywords:** Internet; therapeutic alliance; cognitive behavioral therapy; alcoholism

---

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o consumo de álcool e outras drogas destaca-se como um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo (Laranjeira et al., 2012). Segundo informações do Relatório Global sobre Álcool e Saúde, realizado pela OMS no ano de 2014, o uso nocivo do álcool está entre os cinco principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças, invalidez e morte em todo o mundo. Dados do mesmo relatório indicam que o seu consumo está relacionado ao risco de desenvolvimento de problemas de saúde, como a dependência do álcool, cirrose, câncer e lesões (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2014).

Apesar dos graves problemas decorrentes do uso abusivo, o número de pessoas que procuram tratamento devido ao abuso ou dependência de álcool e outras drogas é baixo, principalmente, em regiões rurais e em populações economicamente vulneráveis (Duarte, Stempluk, & Barroso, 2009). Assim, tornam-se necessários o desenvolvimento e a implementação de abordagens alternativas de tratamento para esses indivíduos. Segundo a agenda de prioridades em pesquisa em saúde mental no Brasil (Gregório et al., 2012), há necessidade de implementar novas pesquisas que abordem o uso de tecnologias (telemedicina) como ferramentas para intervenções contra o efeito do uso de álcool e outras drogas e para a educação e o treinamento de profissionais de saúde.

Devido à expansão mundial do uso de computadores e acesso à internet (Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2014; Webb, Joseph, Yardley, & Michie, 2010), nos últimos anos buscou-se realizar projetos de terapia on-line como forma alternativa de tratamento. Essa forma de terapêutica é um meio de tecnologia de comunicação à distância que tem ganhado credibilidade por ser um modo conveniente e prático de tratamento psiquiátrico e psicológico (Simpson & Reid, 2014). Além disso, há pesquisas apontando a eficácia dessa modalidade de intervenção em diferentes transtornos mentais (Christensen, Griffiths, & Jorm, 2004; Titov et al., 2010), inclusive com o abuso de substâncias (Cunningham, 2012; Rooke et al., 2010). Porém, o número de pesquisas, principalmente brasileiras, ainda é insuficiente para chegarmos a um consenso sobre o seu uso.

Uma das abordagens psicoterapêuticas mais utilizadas em intervenções por internet é a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) (Arpin-Cribbie, Irvine, & Ritvo, 2012; Paxling et al., 2013). Ela tem demonstrado ser eficaz para o tratamento de diversos transtornos mentais, inclusive para o uso problemático de substâncias psicoativas (Hutton & Taylor, 2013; Riper et al., 2014), e caracteriza-se como uma psicoterapia breve, com foco no presente, estruturada, direcionada para resolver problemas atuais e modificar os comportamentos e pensamentos disfuncionais (Beck, 1997). Desse modo, devido às características de objetividade, a TCC pode ser uma alternativa viável de tratamento por internet para dependentes de álcool.

Por outro lado, apesar do crescente uso de intervenções computadorizadas, uma preocupação importante relacionada à psicoterapia realizada por internet refere-se à aliança terapêutica, uma das condições básicas para que haja um atendimento psicoterapêutico (Horvath, 2000). Em 1991, Horvath e Symonds realizaram uma metanálise em que incluíram 24 estudos que relacionavam a aliança terapêutica aos resultados do tratamento. A metanálise encontrou associação moderada, porém significativa, entre uma aliança terapêutica de qualidade e bons resultados da psicoterapia. Normalmente, a aliança pode ser avaliada pelos clientes, por terapeutas ou por observadores externos. Esse estudo mostrou que as avaliações dos clientes e dos observadores foram mais preditivas de resultados do que as dos terapeutas. Em uma revisão sistemática, Singulane e Sartes (2017) encontraram nove artigos que avaliaram aliança terapêutica na terapia cognitivo-comportamental realizada por videoconferência. Observou-se que a maioria dos estudos encontrou boa aliança terapêutica nessa modalidade de terapia, comparável à terapia presencial.

Em contrapartida, a relação entre aliança e resultados do tratamento foi pouco explorada. Os estudos foram direcionados para uma população variada com problemas relacionados a diabetes, ao estresse pós-traumático e a outros transtornos alimentares, mas nenhum com usuários de álcool e outras drogas. A maioria dos estudos utilizou o *Working Alliance Inventory* (WAI) para medir aliança e realizou ensaios clínicos randomizados e não randomizados, enquanto um estudo se tratava de uma série de estudos de caso. Os estudos foram publicados entre 2004 e 2014, no entanto, não foram encontrados estudos brasileiros sobre o tema que preenchessem os critérios de inclusão. De acordo com Prado e Meyer

(2006), se houvesse aliança terapêutica na psicoterapia realizada por internet, seria possível considerar a realização de procedimentos terapêuticos à distância. De modo geral, os tratamentos realizados por internet têm encontrado evidências de forte aliança terapêutica (Knaevelsrud & Maercker, 2007), embora estudos também tenham encontrado aliança frágil quando comparada com a terapia presencial, ainda que não estatisticamente significativa (Klein, Richards, & Austin, 2006).

A aliança terapêutica é definida como uma relação de colaboração mútua, marcada por concordâncias entre terapeuta e paciente e constituída por três componentes interdependentes: objetivos, tarefas e vínculo (Bordin, 1979). Os objetivos dizem respeito ao consenso sobre expectativas de resultados de curto e longo prazo entre terapeuta e cliente. As tarefas podem ser definidas como acordos ou consensos entre terapeuta e cliente no que diz respeito ao que deve ser feito e como atividades diversas na terapia contribuirão para a resolução do problema do cliente. Já o vínculo está associado à ligação afetiva entre terapeuta e cliente. Utilizando o *Working Alliance Inventory* (WAI), Cook e Doyle (2002) encontraram escores gerais e do componente objetivo significativamente mais altos entre clientes de uma terapia on-line quando comparados com a realizada face a face.

Vários aspectos tradicionalmente foram identificados como influenciadores do desenvolvimento da aliança, como a experiência do terapeuta, a motivação do cliente para o tratamento e a gravidade do transtorno do cliente (Cook & Doyle, 2002; Horvath & Luborsky, 1993). Cabe destacar, neste último caso, que a gravidade do problema, como entre os dependentes de álcool, pode interferir no histórico pessoal de dificuldades de relacionamento e formação de vínculos do indivíduo, fato que pode influenciar na habilidade em formar a aliança com o terapeuta (Cook & Doyle, 2002).

A mensuração da aliança terapêutica faz parte de um tipo maior de avaliações, denominadas avaliações de processo terapêutico. Através dos estudos que abordam a avaliação de processo, podemos compreender como ocorre a mudança no decorrer do tratamento e identificar os mecanismos de ação terapêutica (Serralta, Nunes, & Eizirik, 2007). Além da aliança terapêutica, outras variáveis fazem parte da avaliação de processo, como a satisfação com o tratamento, a credibilidade, a adesão e o atrito. Tais variáveis são apontadas como fatores preditivos de resultado em psicoterapia (Hedman, Andersson,

Lekander, & Ljótsson, 2015). Segundo Serralta, Nunes e Eizirik (2011), o estudo de caso é um dos meios de se estudar o processo terapêutico. Esse método de investigação é considerado importante para a produção de conhecimento em psicoterapia, pois através dele existe a possibilidade de reduzir a distância entre prática clínica e pesquisa empírica. De acordo com Cassel et al. (2015), nos estudos de caso é possível o uso de instrumentos nas pesquisas de processo, dado que objetivam medir variáveis do processo psicoterapêutico em sessões transcritas ou gravadas em áudio e/ou vídeo.

Dessa forma, o presente artigo teve como objetivo realizar um estudo de casos múltiplos, buscando avaliar qualitativamente e quantitativamente a aliança terapêutica e a satisfação com o tratamento em uma psicoterapia por internet para dependentes de álcool.

## **Método**

Trata-se de um estudo de casos múltiplos (dois casos), analisados por meio de triangulação de dados, de natureza quantitativa e qualitativa. Esse estudo é um recorte de um ensaio clínico randomizado, cujo objetivo foi avaliar a efetividade da TCC realizada por internet utilizando como controle a terapia realizada face a face. Detalhes sobre o protocolo de pesquisa podem ser vistos em Gumier (2015) ou no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (REBEC Nº RBR-74jtv m – <http://www.ensaiosclinicos.gov.br/rg/RBR-74jtv m/>).

### *Participantes*

Foram selecionados os primeiros dois casos que completaram pelo menos quatro sessões do grupo que recebeu a TCC por internet para dependentes de álcool. Eles preencheram os seguintes critérios de inclusão para participar do estudo: serem maiores de 18 anos, do sexo masculino, indicados pelo *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) (Amorim, 2000) como dependentes de álcool.

Os pacientes não apresentaram outras comorbidades psiquiátricas indicadas pelo MINI (exceto depressão e ansiedade), como os diagnósticos de dependência e/ou de abuso de outras drogas (exceto tabaco), síndrome psicótica, risco de suicídio, Transtorno de Personalidade Antissocial e de abuso de álcool. Além disso, também não estavam em

tratamento psicoterapêutico, ambulatorial ou em qualquer outra forma de intervenção não medicamentosa nos três meses anteriores à intervenção.

O Caso 1 é de E.S.F., sexo masculino, 54 anos, solteiro, com ensino superior incompleto e sem religião. Informou que usava a internet de dois a três dias por semana e se autoavaliava com alguma dificuldade em relação ao uso do computador. Foi encaminhado para o tratamento pelo Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e Outras Drogas (CAPS-AD) e mostrou ser bem articulado e objetivo. Relatou ter sofrido um rompimento conjugal recente e estava com problemas judiciais envolvendo sua ex-cônjuge. Seus problemas com o abuso de álcool estavam altamente relacionados a dificuldades em lidar com os sentimentos. E.S.F. tinha família de classe média e residiu por vários anos em cidades do exterior, apresentando dificuldade em se adaptar novamente ao Brasil. Demonstrava sintomas de dependência do álcool há vários anos, porém, a situação se agravou após retornar ao país de origem e não conseguir emprego. O paciente completou o tratamento e chegou ao final com redução significativa do número de doses de álcool por ocasião (1 dose = 10 a 12 gramas de álcool puro), consumidas nos 30 dias anteriores às entrevistas. No início do tratamento, consumia 12,5 doses por ocasião e reduziu para 4 doses após as 12 sessões, obtendo uma diminuição de 8,5 doses por ocasião em que bebia. Além disso, através da observação clínica considerou-se que E.S.F. obteve outros benefícios com o tratamento, tornando-se mais assertivo e menos impulsivo. No final da psicoterapia, conseguiu retornar ao mercado de trabalho e resolver o problema judicial que tinha com sua ex-cônjuge. No caso de E.S.F., não foi possível obter dados dos três meses posteriores ao tratamento, pois não participou da entrevista de *follow up*.

O Caso 2 é de C.S., sexo masculino, 44 anos, divorciado, com 4ª série do Ensino Fundamental completa e de religião católica. Informou que não usava computador e que nunca havia tido contato com um anteriormente. C.S. foi encaminhado para o tratamento por uma instituição que abrigava indivíduos em situação de rua, apresentava histórico de vulnerabilidade social e situações de moradia de rua ao longo da vida. No início do tratamento, C.S. apresentava sintomas que preencheriam os critérios de episódio depressivo maior atual, porém, estava vivenciando um período de luto motivado pela morte recente de sua ex-namorada. C.S. residia com ela em uma casa de aluguel social, quando esta faleceu

devido ao desenvolvimento de cirrose ocasionada pelo alcoolismo. Desde então, ele mudou-se para a instituição e se sentiu motivado a tratar sua dependência. C.S tinha histórico de abuso de álcool desde a infância e alguns membros de sua família também tinham problemas com essa substância. O paciente completou o tratamento e obteve uma redução de 12 doses de bebidas alcoólicas na ocasião em que bebia para 0 nos 30 dias anteriores às entrevistas, conseguindo manter-se abstinente. Do mesmo modo, após três meses do término do tratamento, ele afirmou na entrevista de *follow up* que permanecia abstinente de álcool. Através da observação clínica considerou-se que C.S. obteve outros benefícios com a psicoterapia, tornando-se mais assertivo, comunicativo e com maior autorregulação emocional. No final e após três meses da psicoterapia, C.S. encontrava-se motivado a retornar ao mercado de trabalho, participando frequentemente de entrevistas de emprego.

#### *Tratamento e procedimentos*

O tratamento foi composto por 12 sessões de TCC para dependentes de álcool, baseado no protocolo de estudo de Gumier (2015). Tal protocolo foi traduzido e adaptado do *Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity* (Projeto MATCH), um ensaio clínico nacional, multicêntrico, organizado pelo *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA) dos Estados Unidos (Kadden et al., 1995). Os participantes receberam a mesma intervenção em um período de 12 semanas, em formato de terapia individual, com duração de 50 minutos. O conteúdo era composto pelo estabelecimento de metas a serem alcançadas, psicoeducação do paciente em conceitos relacionados ao alcoolismo, reconhecimento de situações de risco, discussão de estratégias de motivação, treino em habilidades de enfrentamento e em resolução de problemas, tarefas de automonitoria do uso do álcool e dos pensamentos e sentimentos envolvidos nessas situações. O protocolo em questão contém oito sessões fixas, com conteúdo prestabelecido, e quatro sessões eletivas, utilizadas de acordo com a necessidade e o interesse de cada paciente. Os indivíduos participaram ainda de quatro sessões de avaliação realizadas presencialmente, duas antes do início da terapia, uma no final e outra após três meses. Nas sessões de avaliação iniciais foram realizadas as entrevistas com os instrumentos padronizados e a devolutiva dos resultados na semana seguinte, com elementos motivacionais.

O recrutamento dos participantes foi realizado por meio de divulgação em serviços de saúde, como Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS-AD), através do recebimento de encaminhamentos e acolhimento de demanda espontânea. O Caso 1 participou de todas as sessões e avaliações propostas, mas o Caso 2 obteve uma falta, completando apenas 11 sessões de terapia. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, redigido de acordo com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF, que aprovou este projeto (Nº 1.047.823).

As intervenções ocorreram nas dependências do Centro de Psicologia Aplicada (CPA) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). As sessões de psicoterapia foram realizadas através do computador, utilizando-se a ferramenta virtual de comunicação (Jitsi.org, n.d.), usando-se a intranet, para evitar que ocorressem quedas de internet durante a realização das sessões. Terapeuta e cliente se encontravam nas dependências do CPA, porém em salas separadas, e não tinham contato pessoal durante o tratamento, com exceção das sessões de avaliação iniciais. Ao longo da psicoterapia um membro da equipe de psicologia acompanhava o paciente até a sala de atendimento e ficava disponível para auxiliá-lo em casos de queda com a conexão ou dificuldade de acessar o conteúdo do programa.

O mesmo terapeuta atendeu os dois casos em estudo, sendo especialista em abuso de drogas, e recebeu treinamento e supervisão de um terapeuta doutor com ampla experiência clínica.

### *Instrumentos e análises dos dados*

Para análise quantitativa dos dados foram utilizados os resultados do instrumento *Working Alliance Inventory (WAI)*, nas versões para cliente e terapeuta, aplicado em três momentos do tratamento: 4ª, 8ª e 12ª sessões. O WAI (Horvath & Greenberg, 1989) é um instrumento metateórico de relação terapêutica, baseado na teoria de aliança de trabalho de Bordin (1979). Consiste em um questionário com versões para cliente, terapeuta e observador. Ele contém três subdimensões (objetivos, tarefa e vínculo) com 12 questões cada, avaliadas por uma escala do tipo *Likert* com sete pontos (sempre - nunca). Para a

utilização do instrumento, foi obtida a licença de seu autor.

A periodicidade de avaliação foi baseada em relatos de estudos anteriores de aliança terapêutica (Prado & Meyer, 2006; Rodrigues, 2014). Devido à 4ª sessão ser considerada o momento em que o vínculo terapêutico está formado (Prado & Meyer, 2006), a avaliação da aliança terapêutica iniciou-se a partir dela. O terapeuta preencheu sua versão do WAI ao final das mesmas sessões em que o cliente respondeu e não teve acesso aos resultados durante o tratamento, sendo que esse recurso foi utilizado para evitar que as respostas do cliente influenciassem na percepção do terapeuta. O WAI foi autoaplicado no Caso 1, em que o participante no final da sessão preenchia o questionário e o colocava em um envelope lacrado. Porém, no Caso 2, devido à dificuldade de leitura e compreensão do paciente, um membro da equipe aplicou o referido instrumento.

Os dados dos instrumentos foram transferidos para um banco de dados para as análises descritivas. Os resultados do WAI geralmente são avaliados pela soma dos pontos assinalados a cada pergunta (escore total mínimo= 36 e máximo= 252). Porém, neste estudo, a fim de utilizarmos uma forma mais pragmática de interpretação (Prado & Meyer, 2006; Rodrigues, 2014), não usamos a soma dos itens, mas a média dos pontos atribuídos a cada item em cada subescala. Isso é possível considerando que os valores são dispostos em uma escala *Likert* (mínimo de 1 e máximo de 7), variando entre os extremos “nunca” e “sempre”, tendo como ponto médio da escala o “às vezes”.

Para a análise qualitativa, foi utilizada uma entrevista semiestruturada elaborada pelos pesquisadores com o objetivo de coletar indícios acerca da formação da aliança terapêutica e da satisfação com o tratamento na TCC por internet. Tal roteiro foi baseado em dados disponíveis na literatura da área sobre o conteúdo da aliança terapêutica e da satisfação nessa nova modalidade de atendimento (Openshaw et al., 2012). As entrevistas foram realizadas uma semana após o término do tratamento e aplicadas por um membro da equipe de psicologia devidamente treinado. O entrevistado foi informado sobre os objetivos da entrevista e sobre o fato de que o terapeuta não teria acesso aos resultados antes do final do tratamento.

Para análise dos dados as entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e submetidas à análise de conteúdo temática (Bardin, 2011). Primeiramente, foi realizada uma

análise vertical das entrevistas, em que foram focalizados os trechos significativos do discurso de cada participante e, em seguida, formou-se a categorização dos relatos, descrevendo a tendência geral dos participantes acerca dos temas encontrados.

## **Resultados e discussão**

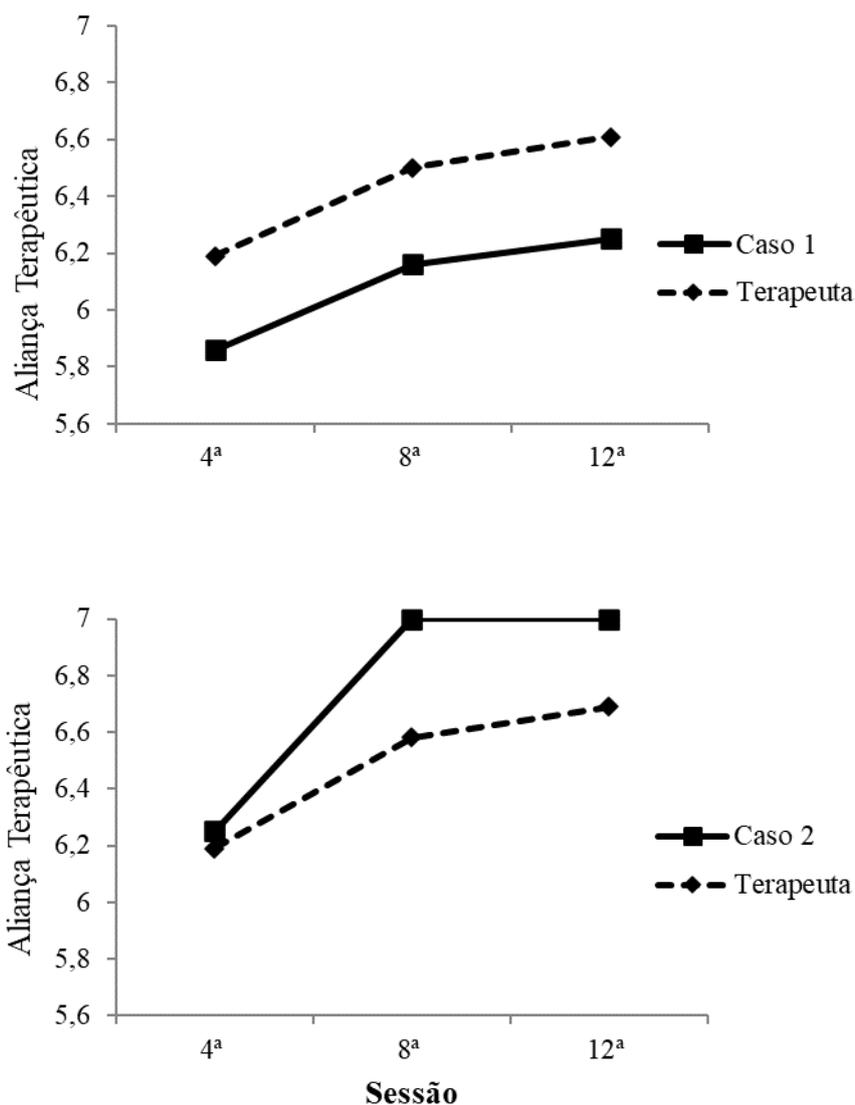
Os temas globais de análise encontrados foram: a) aliança terapêutica; b) satisfação com o tratamento; c) infraestrutura do serviço ofertado. Cada um deles foi composto por subtemas, que serão discutidos e analisados a seguir.

### *Aliança terapêutica*

A Figura 1 mostra os resultados do escore global do WAI na 4<sup>a</sup>, 8<sup>a</sup> e 12<sup>a</sup> sessões, avaliados tanto pelos clientes do Caso 1 e do Caso 2, quanto pelo terapeuta. No primeiro gráfico, do Caso 1, as médias do WAI foram altas em todos os momentos de avaliação, com pontuação mínima de 5,86 (cliente) e máxima de 6,61 (terapeuta). Ao longo do processo terapêutico houve um aumento do escore de aliança terapêutica, tanto nas avaliações realizadas pelo cliente, quanto pelo terapeuta. Porém, a avaliação do cliente manteve pontuações ligeiramente inferiores às pontuações do terapeuta nos três momentos de aplicação do WAI. Com relação às subescalas do instrumento (objetivo, tarefa e vínculo), elas tiveram o mesmo comportamento que o gráfico do escore total.

A subescala objetivo avaliada pelo cliente obteve valor de 5,75 na 4<sup>a</sup> sessão e 6 nas 8<sup>a</sup> e 12<sup>a</sup> sessões. Essa mesma subescala avaliada pelo terapeuta obteve escores de 6 na 4<sup>a</sup> sessão; 6,41 na 8<sup>a</sup> e 6,5 na 12<sup>a</sup> sessão. Com relação à subescala tarefa, os valores obtidos pela avaliação do cliente na 4<sup>a</sup>, 8<sup>a</sup> e 12<sup>a</sup> sessões foram, respectivamente: 6,08, 6,5 e 6,58. A subescala tarefa avaliada pelo terapeuta obteve valores de 6,25 na 4<sup>a</sup> sessão e 6,6 nas 8<sup>a</sup> e 12<sup>a</sup> sessões. Quanto à subescala vínculo, o escore avaliado pelo cliente na 4<sup>a</sup> sessão foi de 5,75; na 8<sup>a</sup> foi de 6; e na 12<sup>a</sup>, de 6,16. Essa mesma subescala avaliada pelo terapeuta obteve valores na 4<sup>a</sup>, 8<sup>a</sup> e 12 sessões, respectivamente, de: 6,3, 6,58 e 6,6.

Figura 1 - Comparação das médias dos escores gerais obtidas pelo WAI cliente e WAI terapeuta na 4ª, 8ª e 12ª sessões do Caso 1 e do Caso 2.



Os resultados do escore total do WAI do Caso 1 foram parecidos com os encontrados na literatura acerca da avaliação da aliança terapêutica na terapia presencial (Kan, Henderson, von Sternberg, & Wang, 2014). As médias foram altas em todos os momentos de aplicação do instrumento e aumentaram ao longo das sessões de terapia. Isso sugere que a aliança terapêutica no início do tratamento pode ainda estar se desenvolvendo e que, com o andamento das sessões, a relação de colaboração entre terapeuta e cliente pode ganhar ainda mais força ou ocorrer alguma ruptura. Horvath, Marx e Kamann (1990) propuseram que na fase inicial da terapia a aliança é forte, seguida por um período de declínio e um

período subsequente de reparação. No presente estudo o declínio não foi observado, talvez por se tratar de uma psicoterapia breve.

Observa-se que o terapeuta considerou a aliança de forma mais positiva que o cliente em todos os momentos de avaliação. Horvath e Symonds (1991) assinalaram que as avaliações da aliança terapêutica respondidas pelos clientes são melhores preditores de resultado no tratamento do que as avaliações feitas pelos terapeutas. Segundo os autores, alguns terapeutas tendem a superestimar a avaliação da aliança, como, por exemplo, confundindo o comportamento aparente com a colaboração genuína.

Na Figura 1, sobre o Caso 2, observa-se que o comportamento do segundo gráfico foi o oposto do apresentado pelo primeiro gráfico no que se refere à diferença de avaliação entre terapeuta e cliente. O Caso 2 pontuou valores mais elevados em todos os momentos de aplicação do WAI quando comparado às avaliações realizadas pelo terapeuta. Em contrapartida, se observarmos os valores do WAI ao longo do tempo, pode-se notar que, como no Caso 1, houve um aumento da aliança terapêutica no decorrer do tratamento, apontado tanto nas avaliações feitas pelo cliente, quanto pelo terapeuta. Como no Caso 1, as médias do WAI foram altas em todos os momentos de avaliação e as subescalas do instrumento (objetivo, tarefa e vínculo) tiveram o mesmo comportamento que o gráfico do escore total.

Os valores descritos a seguir dizem respeito às subescalas objetivo, tarefa e vínculo, avaliadas pelo terapeuta e pelo Caso 2 na 4ª, 8ª e 12ª sessões. Os escores obtidos pela avaliação do cliente na subescala tarefa ao longo do tratamento foram: 6,92 na 4ª sessão e 7 nas 8ª e 12ª sessões. Essa mesma subescala avaliada pelo terapeuta obteve 6,41 na 4ª sessão, 6,58 na 8ª sessão e 6,6 na 12ª sessão. Com relação à subescala vínculo os valores obtidos através da avaliação do cliente foram 6,58 na 4ª sessão e 7 nas 8ª e 12ª sessões. Os valores do terapeuta nessa mesma subescala foram: 5,92 na 4ª, 6,58 na 8ª e 6,6 na 12ª sessão. Quanto à subescala objetivo os escores avaliados pelo cliente aumentaram de 5,25 na 4ª sessão para 7 na 8ª e 12ª sessões. Já os escores pontuados pelo terapeuta na subescala objetivo foram: 6,25 na 4ª sessão, 6,58 na 8ª sessão e 6,75 na 12ª sessão.

Observa-se que no Caso 2, assim como ocorreu no Caso 1, houve um aumento do escore global de aliança terapêutica ao longo do tratamento. Porém, com relação à diferença

de avaliação entre terapeuta e cliente o comportamento foi o inverso: o cliente avaliou a aliança de forma mais positiva que o terapeuta em todos os momentos de mensuração. Além disso, pôde-se perceber um possível efeito teto nas avaliações desse caso, dado que o cliente classificou a aliança de forma extremamente positiva nas duas últimas avaliações. Isso pode ter ocorrido pelo fato que durante a aplicação do instrumento o cliente teve dificuldade em responder às perguntas, fornecendo geralmente respostas contidas nos extremos da escala (nunca- sempre). Como dito anteriormente, o Caso 2 apresentava nível de escolaridade baixo e dificuldade cognitiva, portanto, nesse caso, o questionário não pôde ser autoaplicado, interferindo na forma com que o paciente poderia responder às questões. Dessa forma, pôde-se supor que, tratando-se da análise quantitativa, talvez a avaliação da terapeuta fosse mais fidedigna para retratar o caso.

Quanto à análise qualitativa das entrevistas, os subtemas encontrados a partir da análise de conteúdo dessa categoria global foram: a) percepção quanto ao terapeuta; b) vínculo com o terapeuta; c) preferência quanto ao sexo do terapeuta; d) consenso quanto aos objetivos da terapia; e) importância das tarefas realizadas ao longo da terapia.

Sobre o subtema “percepção quanto ao terapeuta”, os dois casos apontaram que ficaram satisfeitos com a terapeuta e com a forma pela qual se relacionaram com ela. O Caso 1 frisou a surpresa de ter uma terapeuta jovem, mas com experiência e compromisso, e o Caso 2 aprovou a terapeuta pela forma com que ela o tratou, com gentileza e respeito.

Com relação ao subtema “vínculo com o terapeuta”, os dois casos fizeram referência em diversos momentos da entrevista sobre a formação do vínculo terapêutico. Os dois afirmaram que houve um entendimento mútuo entre terapeuta e cliente. O Caso 1 apontou que a terapia tinha funcionado devido ao vínculo:

“(...) principalmente porque foi com a (nome da terapeuta) e... tive assim, outros grupos de terapia e não gostei muito! Não é que a terapeuta não era boa terapeuta, mas às vezes não teve, assim, afinidade ou... em muitos casos eu penso que tinha vocação, entendeu? Aí deu errado... Eu acho que funcionou”.

Em contraste, ao responder uma pergunta sobre se a terapeuta o entendia, é possível perceber um momento em que pode ter ocorrido uma ruptura do vínculo terapêutico no Caso 1, quando mencionou:

“(...) eu falei com ela alguma coisa que poderia ser assim relacionado ao meu caso e nisso ela acho que não deu muita importância talvez porque tivesse focada na TCC (...)”.

A ruptura da aliança pode ocorrer devido a uma relação empobrecida entre terapeuta e cliente, a um enfraquecimento no processo colaborativo entre terapeuta e cliente, a um desgaste na comunicação ou a uma falha no desenvolvimento de um processo colaborativo desde o começo da terapia (Safran & Muran, 2006). No caso acima citado, pode ter havido um enfraquecimento do processo colaborativo entre cliente e terapeuta. Porém, isso parece não ter impactado no resultado do tratamento como um todo, dado que o paciente conseguiu atingir bons resultados com a psicoterapia e o vínculo foi aumentando no decorrer das sessões, de acordo com os resultados do WAI. Além disso, ao longo da entrevista, o cliente frisou como a relação de compreensão entre ele e a terapeuta o ajudou. Outra forma de entender esse fato está relacionada a uma possível crítica do paciente ao modelo da TCC, por ela ser uma psicoterapia estruturada, breve e focada na resolução do problema.

Em relação ao subtema “preferência quanto ao sexo do terapeuta”, os dois casos apontaram que não havia diferença no fato do terapeuta ser homem ou mulher desde que a relação entre eles fosse boa. O Caso 2 afirmou:

“(...) desde que seja... que trata bem igual a (nome da terapeuta) tava me tratando, eu acho que seria a mesma coisa mesmo! (...)”.

No que se refere ao consenso quanto aos objetivos da terapia, pôde-se perceber que nos dois casos houve um consenso entre terapeuta e cliente com relação aos resultados a longo e a curto prazo que seriam atingidos com a terapia. Tais objetivos estavam relacionados com a redução do consumo de álcool e a outras formas de melhorias na qualidade de vida do paciente. Esse relato está de acordo com os altos escores apresentados pelo WAI no componente objetivos. Sobre o subtema “importância das tarefas realizadas ao longo da terapia”, os casos clínicos analisados apontaram que havia um consenso entre terapeuta e cliente quanto ao que deve ser feito em terapia para atingir os objetivos das sessões. Além disso, os pacientes frisaram que sabiam a importância da tarefa terapêutica, como a automonitorização do consumo de álcool, e que as tarefas realizadas os ajudaram a atingir os objetivos do tratamento.

Nos subtemas acima descritos, podemos perceber a formação da aliança terapêutica a partir dos elementos que a constituem: objetivo, tarefa e vínculo. Os resultados da análise qualitativa vão ao encontro da quantitativa, ou seja, houve formação de aliança terapêutica na terapia por internet para dependentes de álcool. Apesar de ter apresentado elementos de ruptura do vínculo, pode-se dizer que isso é universal em qualquer forma de psicoterapia, não sendo exclusivo da terapia por internet (Ribeiro, Coutinho, Sousa, & Machado, 2011). Portanto, torna-se possível que processos de formação e manutenção do vínculo terapêutico sejam comuns nas duas formas de psicoterapia, não dependendo unicamente do meio em que é realizada. O contato anterior com a terapeuta nas sessões de avaliação pode ter contribuído para a formação da aliança terapêutica. Por outro lado, isso provavelmente auxiliou na adesão desses pacientes ao tratamento.

#### *Satisfação com o tratamento*

Tratando-se da avaliação da satisfação com o tratamento, os resultados foram baseados exclusivamente na análise da entrevista. Os subtemas encontrados a partir da análise de conteúdo dessa categoria global foram: a) ineditismo dessa nova forma de terapia; b) vantagens e desvantagens em ser atendido por computador; c) satisfação quanto à quantidade de sessões propostas; d) percepção acerca da eficácia do tratamento; e) percepção quanto ao uso dos questionários; f) preferência de o tratamento ser presencial ou por computador; g) indicação do tratamento para outras pessoas.

Sobre o subtema “ineditismo desta nova forma de terapia”, os dois casos apontaram que nunca haviam feito uma terapia por computador e a classificaram como interessante. A característica inovadora e peculiar dessa modalidade terapêutica pode ter contribuído para a motivação dos participantes. O Caso 2, apesar da falta de contato anterior com um computador, relatou que a terapia por internet foi interessante pois o computador é “*muito maneiro, muito bonito!*”. O Caso 1 disse que, apesar do contato anterior com a internet através de conversa com os amigos, achou a experiência muito conveniente, afirmando:

“(...) em terapia foi interessante, porque às vezes nem sempre é possível o contato, eu posso tá viajando e continuar a terapia, por exemplo, é bom (...)”.

Os clientes foram questionados acerca das possíveis vantagens e desvantagens de serem atendidos por computador. O Caso 2 não conseguiu responder à pergunta. Uma suposição é que ele não tenha entendido o seu sentido, apenas afirmando que gostou da terapia. Já o Caso 1 apontou como vantagem o fato de ser mais cômodo, devido a não gastar com deslocamentos ou nos casos em que o terapeuta e o cliente não podem comparecer à sessão. Além disso, ele também apontou que o serviço pode ser mais barato se comparado à terapia presencial. Como desvantagem, o Caso 1 acredita que algumas pessoas podem ter dificuldade de fazer a terapia por não estarem acostumadas ao uso do computador, principalmente pessoas mais idosas.

Com relação ao subtema “satisfação quanto à quantidade de sessões propostas”, os dois clientes não se sentiram satisfeitos com o número de sessões e declararam que gostariam de uma continuidade no tratamento. O Caso 1 sugeriu que houvesse sessões de manutenção, já que o tratamento é feito por internet e isso pode facilitar o contato. Pode-se perceber, ainda, que o Caso 1 teve dificuldade em lidar com o modelo de estruturação do tratamento, ou seja, 12 sessões fixas. Ele afirmou:

“(…) Igual se for em consultório, ninguém vai falar: são dez sessões. Acredito que um terapeuta não ia falar isso! São dez, aí causa até assim... uma certa ansiedade, né? Hoje é o último! (...)”.

Esse resultado pode estar relacionado aos dados nacionais, que mostram ainda um predomínio da utilização de abordagens psicodinâmicas no Brasil (Almeida & Malagris, 2015), apesar de outras abordagens teóricas terem crescido nos últimos anos, como no caso da TCC (Gauy et al., 2015). Assim, o Caso 1 pode ter o estereótipo do que seria uma terapia convencional, seguindo um modelo psicanalítico, o qual não trabalha com número de sessões fixas e estruturadas. Quanto ao subtema “percepção acerca da eficácia do tratamento”, os dois casos apontaram que a terapia atingiu o que eles buscavam, ou seja, ficaram satisfeitos com o resultado do tratamento. O Caso 2 afirmou que a terapia o ajudou no seguinte sentido:

“(…) Ah, porque eu acho que melhorou bastante, né? De como que eu tava, né (...) Ah, o sistema do jeito que eu tava, tava andando muito alterado, muito nervoso...”.

O Caso 1 afirmou que a terapia o ajudou na adaptação com as frustrações advindas com o seu retorno ao Brasil:

“Sim, ajudou bastante! (...) Eu esperava arranjar um bom emprego, igual eu tinha, e fiquei foi desempregado... depois fiquei sem dinheiro e nunca tinha ficado sem dinheiro... fiquei... os amigos tinham casado, outros mudaram e eu tava então... exagerei no álcool! Fiz o contrário do que devia!”.

Com relação ao subtema “percepção quanto ao uso dos questionários”, o Caso 1 relatou dificuldade de se expressar por meio de uma escala *Likert*. Ele deu o exemplo de uma pergunta em que teve dificuldade em responder:

“(...) aí tem algumas perguntas ou várias... se o álcool me torna mais corajoso, por exemplo, a curto prazo sim, mas a longo prazo não. A longo prazo é até o contrário, se eu beber agora, por exemplo, talvez a curto prazo fique mais corajoso para uma entrevista, para falar aqui agora, mas a longo prazo é o contrário, se eu não beber é melhor (...)”.

Essa pergunta faz parte do Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais Acerca do Álcool (IECPA) (Gouveia et al., 1993), usado para avaliar expectativas e crenças a respeito dos efeitos do álcool e no estudo de efetividade. A resposta fornecida pelo Caso 1 demonstra uma mudança de crenças com relação ao álcool, mas que pode ter sido mascarada pelo uso do inventário. O Caso 2 percebeu que teve uma maior dificuldade em responder às questões dos instrumentos no início do tratamento, mas depois foi se familiarizando com os questionários, começou a responder de forma mais fidedigna. Sobre o subtema “preferência de o tratamento ser presencial ou por computador”, os dois clientes não demonstraram preferência quanto à modalidade de atendimento. O Caso 2 relatou algo que pode se referir ao conceito do Senso de Presença:

“(...) Ah, tá vendo ela do mesmo jeito ué! Eu não tava vendo ela pelo computador? Então, pessoalmente eu ia ver ela também ué (...)”.

O Senso de Presença é um conceito frequentemente utilizado nos estudos sobre intervenções computacionais e pode ser definido como “a experiência subjetiva de estar em um lugar ou em um ambiente, mesmo quando a pessoa está fisicamente localizada em outro” (Witmer & Singer, 1998). Ou seja, seria a percepção de estar no mesmo ambiente físico do terapeuta/paciente, ao invés de estarem em ambientes físicos diferentes. Os dois

clientes apontaram que indicariam esse tratamento para uma pessoa conhecida, amigo ou parente dentro do subtema “indicação do tratamento para outras pessoas”. O Caso 2 afirmou:

“(...) falava com eles que aqui é bom, que o tratamento é bom... (...)”.

A partir da análise dos subtemas acima descritos observa-se que os dois clientes participantes da psicoterapia por internet se mostraram satisfeitos com o tratamento no final da intervenção. Estudos anteriores apontam uma correlação positiva entre a satisfação e os resultados do tratamento (Donker et al., 2013; Gros et al., 2013). No presente estudo foi possível observar que, apesar de estarem participando de um tipo diferente e novo de tratamento, os clientes aceitaram de forma positiva a intervenção. Além disso, o fato de o terapeuta e o cliente não se verem pessoalmente não interferiu na satisfação dos participantes.

#### *Infraestrutura do Serviço Ofertado*

Tratando-se da avaliação da infraestrutura do serviço ofertado, os subtemas encontrados a partir da análise de conteúdo dessa categoria global foram: a) satisfação quanto ao espaço físico da clínica e ao atendimento da portaria; b) assiduidade do terapeuta; c) localização da clínica; d) percepção quanto ao auxílio da bolsista que os acompanhava; e) qualidade da imagem, do som e da conexão da internet.

Sobre o subtema “satisfação quanto ao espaço físico da clínica e ao atendimento da portaria”, os dois clientes se sentiram satisfeitos e confortáveis com relação ao espaço físico em que foram recebidos e acolhidos e bem atendidos pela portaria. Quanto à assiduidade do terapeuta, esse subtema apareceu apenas na entrevista do Caso 1. Este cliente frisou que a assiduidade dos funcionários, nos atendimentos da portaria e da terapeuta, foi essencial para o bom andamento das sessões. No que se refere à localização da clínica, os dois clientes ficaram satisfeitos e não tiveram dificuldade em encontrá-la. Já com relação ao auxílio da pessoa da equipe que os acompanhava, o Caso 1 afirmou que não havia necessidade do acompanhamento, apenas no início do tratamento. Porém, o Caso 2 achou muito útil a ajuda, dado que ele nunca havia tido contato com um computador e, assim, precisou do auxílio. Sobre o subtema “qualidade da imagem, do som e da conexão da

internet”, os dois clientes afirmaram que a qualidade dessas ferramentas foi boa e se mostraram satisfeitos. Porém, quando questionados se a conexão caiu alguma vez e isso atrapalhou o andamento da sessão, o Caso 1 respondeu da seguinte forma:

“(...) falhou umas quatro sessões, três ou quatro... Falhou um pouco e às vezes interrompe e interrompe o pensamento... Aí eu tinha que ir lá chamar a (nome da bolsista) pra arranjar pra mim (...)”.

Essa afirmação tem relação com estudos anteriores que apontam que interrupções na conexão com o sistema de internet podem atrapalhar o desenvolvimento de uma relação terapêutica de qualidade (Germain et al., 2010), porém, de maneira geral, essas interrupções não demonstraram um impacto significativo na aliança estabelecida com o Caso 1. O mesmo também não ocorreu com o Caso 2.

Pode-se perceber, por meio da análise dos subtemas associados à infraestrutura do serviço ofertado, que os clientes se mostraram satisfeitos com o ambiente em que foram atendidos. A infraestrutura do serviço é um dos itens avaliados nos estudos acerca da satisfação com o tratamento, sendo um quesito importante para analisar o processo terapêutico (Larsen, Attkisson, Hargreaves, & Nguyen, 1979). O tratamento por internet ou computador pode ser oferecido em serviços públicos, para diferentes populações, inclusive de baixo nível educacional. Nesse sentido, o auxílio da equipe de profissionais parece ser fundamental.

### **Considerações Finais**

Os resultados do presente estudo contribuem para uma melhor compreensão acerca do processo terapêutico nas psicoterapias por internet. Os clientes que participaram desse tipo de tratamento se mostraram satisfeitos com o atendimento e estabeleceram uma relação terapêutica de qualidade com a terapeuta. Resultados como esse podem desmistificar crenças de que é impossível realizar intervenções por internet, dado que não há formação de aliança terapêutica. A ausência de relação terapêutica na terapia on-line para casos de consumo grave de álcool poderia nos direcionar para o uso da internet somente como fonte de informação e não como recurso para serviços de intervenção psicológica, mas esse não parece ser o caso. Por outro lado, embora o estudo de caso seja

um importante método de avaliação do processo terapêutico, não permite generalizações. Estudos futuros podem avaliar o processo terapêutico de forma quantitativa, por meio de um ensaio clínico randomizado, a fim de obter uma amostra representativa e estabelecer relações de causalidade.

Os resultados da avaliação da satisfação com o tratamento nos mostraram dois tipos de perfis de atendimento. O Caso 1, com maior nível de escolaridade, não teve dificuldade em usar o computador e não achou necessário um acompanhamento para isso. Porém, o Caso 2 achou o acompanhamento algo muito importante. Intervenções em unidades de saúde teriam que levar em consideração essas peculiaridades para um melhor atendimento aos usuários. Perfis como o do Caso 2 merecem uma atenção especial no planejamento do tratamento por internet, principalmente em intervenções cognitivo-comportamentais, em que pessoas com dificuldade cognitiva teriam menor entendimento de certas técnicas utilizadas nessa forma de psicoterapia.

## Referências

- Almeida, R. A. D., & Malagris, L. E. N. (2015). Psicólogo da Saúde no Hospital Geral: um Estudo sobre a Atividade e a Formação do Psicólogo Hospitalar no Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(3), 754–767. Doi 10.1590/1982-3703001312013.
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106–115. Doi 10.1590/S1516-44462000000300003.
- Arpin-Cribbie, C., Irvine, J., & Ritvo, P. (2012). Web-based cognitive-behavioral therapy for perfectionism: a randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 22(2), 194–207. Doi 10.1080/10503307.2011.637242.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Beck, J. (2007). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252–260.
- Cassel, P. A., Sanchez, L. F., Campezzato, P. V. M., Khater, E., Nunes, M. L. T., & Yoshida, E. (2015). Therapeutic Cycles Model (TCM): instrument of evaluation of psychotherapeutic

- process. *Psico-USF*, 20(1), 39–50. Doi: 10.1590/1413–82712015200104.
- Christensen, H., Griffiths, K. M., & Jorm, A. F. (2004). Delivering interventions for depression by using the internet: randomized controlled trials. *BMJ Clinical Research*, 328, 265 – 269. Doi: 10.1136/bmj.37945.566632.EE.
- Comitê Gestor da Internet no Brasil (2014). TIC domicílios e empresas 2013: pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação no Brasil.
- Cook, J. E., & Doyle, C. (2002). Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: Preliminary results. *Cyber Psychology & Behavior*, 5(2), 95–105. Doi: 10.1089/109493102753770480.
- Cunningham, J. A. (2012). Comparison of two internet-based interventions for problem drinkers: Randomized controlled trial. *Journal of medical internet research*, 14 (4), 24–30. Doi: 10.2196/jmir.2090.
- Donker, T., Bennett, K., Bennett, A., Mackinnon, A., van Straten, A., Cuijpers, P., ... & Griffiths, K. M. (2013). Internet-delivered interpersonal psychotherapy versus internet-delivered cognitive behavioral therapy for adults with depressive symptoms: randomized controlled noninferiority trial. *Journal of medical Internet research*, 15(5). Doi: 10.2196/jmir.2307.
- Duarte, P. C. A. V., Stempliuk, V. A., & Barroso, L. P. (2009). Relatório Brasileiro Sobre Drogas. SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília: DF.
- Gauy, F. V., Fernandes, L. F. B., Silves, E. F. D. M., Marinho-Casanova, M. L., & Löhr, S. S. (2015). Perfil dos Supervisores de Psicologia em Serviços-Escola Brasileiros. *Psicol. ciênc. prof.*, 35(2), 543–556. Doi: 10.1590/1982–370300852013.
- Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Guay, S., & Drouin, M. S. (2010). Assessment of the therapeutic alliance in face-to-face or videoconference treatment for posttraumatic stress disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(1), 29–35. Doi: 10.1089/cpb.2009.0139.
- Gibbons, C. J., Nich, C., Steinberg, K., Roffman, R. A., Corvino, J., Babor, T. F., & Carroll, K. M. (2010). Treatment process, alliance and outcome in brief versus extended treatments for marijuana dependence. *Addiction*, 105(10), 1799–1808. Doi: 10.1111/j.1360–0443.2010.03047. x.

- Gouveia, J. P., Ramalheira, C., Robalo, M., Borges, J. C., & Almeida, J. R. (1993). IECPA– Inventário de Expectativas e crenças pessoais acerca do álcool. *Porto Alegre: Casa do Psicólogo*.
- Gregório, G., Tomlinson, M., Gerolin, J., Kieling, C., Moreira, H. C., Razzouk, D., & Mari, J. J. (2012). Setting priorities for mental health research in Brazil. *Official Journal of the Brazilian Psychiatric Association*, 34 (4) Doi: 10.1016/j.rbp.2012.05.006.
- Gros, D. F., Gros, K. S., Acierno, R., Frueh, B. C., & Morland, L. A. (2013). Relation between treatment satisfaction and treatment outcome in veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(4), 522–530. Doi: 10.1007/s10862-013-9361-6.
- Gumier, A. B. (2015). *Terapia por internet para dependentes de álcool: desenvolvimento de um protocolo de pesquisa e intervenção*. Dissertação de mestrado, Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.
- Hedman, E., Andersson, E., Lekander, M. & Ljótsson, B. (2015). Predictors in Internet-delivered cognitive behavior therapy and behavioral stress management for severe health anxiety. *Behaviour research and therapy*, 64, 49–55 Doi: 10.1016/j.brat.2014.11.009.
- Horvath, A. O. (2000). The therapeutic relationship: from transference to alliance. *Journal of clinical psychology*, 56(2), 163–173. Doi 10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:2<163: : AID-JCLP3>3.0.CO;2-D.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 438–448.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(4), 561.
- Horvath, A. O., Marx, R. W., & Kamann, A. M. (1990). Thinking about thinking in therapy: An examination of clients' understanding of their therapists' intentions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(5), 614.
- Horvath, A.O., & Symonds, B.D. (1991). The relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139–149.
- Hutton, P., & Taylor, P. J. (2013). Cognitive behavioral therapy for psychosis prevention: a

- systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 44 (3), 449–468. Doi: 10.1017/S0033291713000354.
- Jitsi.org (n.d.). *Jitsi: About*. Recuperado em 20 de dezembro de 2015, de: <https://jitsi.org/Main/About>.
- Kadden, R., Carroll, K., Donovan, D., Cooney, N., Monti, P., Abrams, D., ...& Hester, R. (1995). *Cognitive-Behavioral coping skills therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Project Match Monograph Series (v.3), Editor: Margareth E. Mattson, Rockville.
- Kan, L. Y., Henderson, C. E., von Sternberg, K., & Wang, W. (2014). Does change in alliance impact alcohol treatment outcomes? . *Substance abuse*, 35(1), 37–44. Doi 10.1080/08897077.2013.79276.1.
- Klein, B., Richards, J. C., & Austin, D. W. (2006). Efficacy of internet therapy for panic disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 37(3), 213–238. Doi 10.1016/j.jbtep.2005.07.001.
- Laranjeira, R., Madruga, C.S., Pinsky, I., Caetano, R., Mitsuhiro, S.S., & amp; Castello, G. (2012). Segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas – Lenad. Unifesp.
- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A., & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and program planning*, 2(3), 197–207.
- Openshaw, D. K., Morrow, J., Law, D., Moen, D., Johnson, C., & Talley, S. (2012). Examining the satisfaction of women residing in rural Utah who received therapy for depression through teletherapy. *Journal of Rural Mental Health*, 36(2), 38. Doi 10.1037/h0095814.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2014). *Global status report on alcohol and health*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Paxling, B., Lundgren, S., Norman, A., Almlöv, J., Carlbring, P., Cuijpers, P., & Andersson, G. (2013). Therapist behaviours in internet-delivered cognitive behaviour therapy: analyses of e-mail correspondence in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 41(3), 280–289. doi 10.1017/S1352465812000240.

- Prado, O.Z., & Meyer, S.B. (2006). Avaliação da relação terapêutica na terapia assíncrona via internet. *Psicologia em estudo*, 11(2), 247–257.
- Ribeiro, E., Coutinho, J., Sousa, Z., & Machado, C. (2011). Rupturas na aliança terapêutica e expressão verbal de necessidades do cliente: um estudo de caso. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 13(1), 71–86.
- Riper, H., Andersson, G., Hunter, S. B., Wit, J., Berking, M., & Cuijpers, P. (2014). Treatment of comorbid alcohol use disorders and depression with cognitive-behavioural therapy and motivational interviewing: a meta-analysis. *Addiction*, 109 (3), 394–406. Doi 10.1111/add.12441.
- Rodrigues, C.G. (2014). *Aliança Terapêutica na Psicoterapia Breve Online*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, Brasília.
- Rooke, S., Thorsteinsson, E., Karpin, A., Copeland, J., & Allsop, D. (2010). Computer-delivered interventions for alcohol and tobacco use: A meta-analysis. *Addiction*, 105(8), 1381–1390. Doi 10.1111/j.1360-0443.2010.02975.x.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 286–291. Doi 10.1037/0033-3204.43.3.286.
- Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2011). Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 28(4), 501–510. Doi 10.1590/S0103-166X2011000400010.
- Simpson, S. G., & Reid, C. L. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *Australian Journal of Rural Health*, 22(6), 280–299. Doi 10.1111/ajr.12149.
- Singulane, B.A.R., & Sartes, L.M.A (2017). Aliança Terapêutica nas Terapias Cognitivo-comportamentais por Videoconferência: uma Revisão da Literatura. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37 (2), 1–15. Doi 10.1590/1982-3703000832016.
- Titov, N., Andrews, G., Schwencke, G., Robinson, E., Peters, L., & Spence, J. (2010). Randomized controlled trial of internet cognitive behavioral treatment for social phobia with and without motivational enhancement strategies. *Australian and New Zealand*

*Journal of Psychiatry*, 44(10), 938–945. Doi 10.3109/00048674.2010.493859.

Webb, T., Joseph, J., Yardley, L., & Michie, S. (2010). Using the internet to promote health behavior change: a systematic review and meta-analysis of the impact of theoretical basis, use of behavior change techniques, and mode of delivery on efficacy. *Journal of medical Internet research*, 12(1), e4. Doi 10.2196/jmir.1376.

Witmer, B.G., & Singer, M.J. (1998). Measuring presence in virtual environments: A presence questionnaire. *Presence: Teleoperators and virtual environments*, 7(3), 225–240.

Submetido em: 24/09/2018.

Aprovado em: 25/05/2020.