

## ALIANÇA TERAPÊUTICA NO CONTEXTO DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE

**Jorge Alberto Carrulo de Sousa\***, **Professora Doutora Eugénia Ribeiro\*\***

\*Instituição: Aluno de Doutoramento em Psicologia Clínica da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Portugal

[j.carrulo@campus.ul.pt](mailto:j.carrulo@campus.ul.pt)

\*\* Escola de Psicologia da Universidade do Minho, Braga, Portugal

*Fecha de recepción: 12 de enero de 2012*

*Fecha de admisión: 15 de marzo de 2012*

### RESUMO

Objectivo: estudar a aliança terapêutica no contexto dos cuidados primários de saúde.

Amostra: 207 utentes de 7 Centros de Saúde.

Instrumentos: Questionário Sociodemográfico, Inventário da Aliança Terapêutica - Contextos de Saúde (IAT-CS), Escala de Adesão aos Medicamentos e Escala de Atitudes Face aos Médicos e à Medicina.

Hipóteses: 1– O tempo de acompanhamento médico do utente está relacionado negativamente com a adesão terapêutica e 2–O tempo de acompanhamento médico do utente está correlacionado positivamente com a aliança terapêutica.

Resultados: Distribuição dos itens por factores pouco coerentes teoricamente na análise factorial exploratória do IAT-CS. Considerando o critério teórico, o IAT-CS global tem um  $\alpha = .88$ . Eliminando três itens da subescala Objectivos, melhorou-se o valor do alfa ( $\alpha = .92$ ). Nas outras subescalas, observaram-se os seguintes valores: Vínculo ( $\alpha = .84$ ), Tarefas ( $\alpha = .78$ ) e Objectivos ( $\alpha = .73$ ). Confirma-se H1 e H2, isto é, o tempo de acompanhamento médico é importante quer para a adesão terapêutica ( $r = -.140$ ,  $p = .05$ ), quer para a aliança terapêutica ( $r = .194$ ,  $p = .006$ ).

Conclusão: os anos de acompanhamento do utente pelo médico estão directamente correlacionados com a relação médico-paciente e inversamente correlacionados com a adesão terapêutica.

**Palavras-chave:** relação médico-paciente; aliança terapêutica; contexto dos cuidados de saúde primários.

### ABSTRACT

Objectives: to study the working alliance in primary healthcare context.

Sample: 207 patients from 7 Health Centers.

Instruments: a Sociodemographic Questionnaire, the Working Alliance Inventory – Health Contexts (WAI-HC), the Reported Adherence to Medication Scale and Attitudes towards Doctors and Medicine Scale.

Hypothesis: 1- the time of patients' medical supervision is negatively related to therapeutic adherence and 2- the time of patients' medical supervision is positively related to the working alliance.

**ALIANÇA TERAPÊUTICA NO CONTEXTO DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE**

Results: Items distribution by factor was theoretically incoherent in the exploratory factor analysis. Considering only the theoretical criterion, the internal consistency analysis of the WAI-HC overall was  $\alpha = .88$ . Eliminating three items from the Goals subscale, we enhance the total alpha score ( $\alpha = .92$ ). The other subscales revealed the following values, Attachment ( $\alpha = .84$ ), Task's ( $\alpha = .78$ ), and Goal's ( $\alpha = .73$ ). Hypotheses 1 and 2 are confirmed, i.e., medical supervision time is important both for therapy adherence ( $r = -.140, p = .05$ ) and working alliance ( $r = .194, p = .006$ ).

Conclusion: medical supervision is positively correlated with the doctor-patient relationship and negatively correlated with therapeutic adherence.

**Keywords:** doctor-patient relationship; working alliance; primary healthcare contexts"

Pesquisas recentes mostram que a aliança terapêutica entre médico e paciente tem impacto nos tratamentos clínicos (Gavin, Mead&Bower, 2000; Schönberger, Humble&Teasdale, 2006a, 2006b; Burns &Evon, 2007; Fuertes, Mislowack, Bennett et al., 2007). A aliança terapêutica surge no contexto da psicoterapia, como um dos factores comuns a todos os modelos teóricos, sendo um factor importante no sucesso psicoterapêutico (Bordin, 1979, 1994; Golden &Rabbins, 1990; Horvath&Symonds, 1991; Safran&Wallner, 1991; Rector, Zuroff&Segal, 1999; Horvath, 2001). Segundo Horvath e Greenberg (1989), Bordin, entre 1975 e 1980, definia-a como uma acção conjunta do cliente e do terapeuta, contra a dor, os comportamentos e os sentimentos de derrotismo do primeiro (Horvath, 1994). Isto é, existe uma relação colaborativa (Horvath&Greenberg, 1989; Horvath, 1994), emocional (Horvath, 2001) e afectiva (Gelso& Carter, 1994; Horvath, 1994; Horvath, 2001) entre o técnico de saúde e o utente.

A aliança terapêutica possui três dimensões: tarefas, objectivos e vínculo (Bordin, 1979). Tarefas dizem respeito à colaboração da díade terapêutica para a negociação das acções necessárias que levam à realização dos objectivos (Bordin, 1979; Horvath&Greenberg, 1989). Objectivos são os alvos/metastas ou resultados esperados em psicoterapia, que foram acordados e estabelecidos mutuamente (Bordin, 1979; Horvath&Greenberg, 1989). Vínculo inclui as questões como confiança mútua, aceitação e confidencialidade entre os parceiros (Bordin, 1979; Horvath&Greenberg, 1989; Horvath; Bordin, 1994), mas também o gostar, o respeito e o cuidar (Bordin, 1994; Horvath, 2001).

A aliança terapêutica (Gavin et al., 1999) está associada a uma melhor capacidade de aliança entre médico e paciente em contextos de saúde primários, mas também, com um melhor funcionamento familiar. Para além disso, está demonstrado que pode influenciar a auto-gestão da saúde nas doenças crónicas e têm um papel importante na prevenção da doença (Ely, Leslie, Alexander&Reed, 2005).

Fuertes e colegas (2007) averiguaram que a aliança, nos contextos médicos, parece encontrar-se fortemente associada à adesão e satisfação do paciente, tanto como relação, como com o tratamento. Burns e Evon (2007) também estudaram o processo terapêutico num programa de reabilitação cardiovascular. Neste tipo de contexto, os resultados mais saudáveis foram facilitados pela aliança entre utentes e profissionais de saúde. Foram encontradas correlações entre factores psicossociais e esforço durante exercícios independentes com duas das dimensões da aliança: tarefas e objectivos. Também, a aliança foi capaz de prever mudanças nos exercícios de *fitness* cardiorespiratório, na perda de peso e no regresso ao trabalho.

O objectivo geral deste estudo foi contribuir para a melhor compreensão do constructo aliança terapêutica no contexto dos cuidados de saúde primários. A importância da aliança terapêutica nestes contextos já foi inicialmente demonstrada por Gavin e colegas (1999), Ely e colegas (2005) e Fuertes e colegas (2007). Contudo, esses estudos ainda são escassos e ainda não se compreende a relação da aliança terapêutica com outras variáveis psicossociais dos contextos médicos (Vermeire, Hearnshaw, Van Royen&Denekens, 2001). Como objectivo específico, pretendeu-se efectuar a adaptação para o contexto dos cuidados de saúde primários do Inventário da Aliança



## PSICOLOGÍA Y VALORES EN EL MUNDO ACTUAL

Terapêutica – Cliente (versão portuguesa do *WorkingAllianceInventory* – *WAI-C* – de Horvath, 1981).

As hipóteses orientadoras do estudo foram: H1 – *O tempo de acompanhamento médico do utente está relacionado negativamente com a adesão terapêutica* e H2 – *O tempo de acompanhamento médico do utente está correlacionado positivamente com a aliança terapêutica*.

## AMOSTRA

Participaram neste estudo duzentos e sete utentes distribuídos por sete Centros de Saúde, que se encontram sob a gestão da Administração Regional de Saúde do Norte de Portugal. Destes duzentos e sete utentes, cento e trinta e nove eram do género feminino (67.1%) e sessenta e cinco do género masculino (31,6%). As idades variam entre os dezoito e os setenta e cinco anos. Setenta e um utentes (34,3%) tinham um acompanhamento médico que variava entre zero e cinco anos, quarenta e sete indivíduos (22,7%) entre onze e vinte anos, 45 (21,7%) entre vinte e um e trinta anos, 28 (13,5%) entre seis e dez anos e quatro (1,9%) entre trinta e um e quarenta anos de acompanhamento médico.

## INSTRUMENTOS

Inventário de Aliança Terapêutica – Contextos de Saúde (Fernandes & Carrulo, 2008 cit in Carrulo, comunicação pessoal, 17 de Setembro, 2009) adaptado do Inventário de Aliança Terapêutica por Machado e Horvath (1999). Este é constituído por trinta e seis itens, tendo como objectivo a avaliação da qualidade da aliança terapêutica: 1) Objectivos (12 itens;  $\alpha = .95$ ), 2) Tarefas (12 itens;  $\alpha = .80$ ), 3) Vínculo (12 itens;  $\alpha = .87$ ) e 4) “Escala Total” (36 itens;  $\alpha = .95$ ) (Machado & Horvath, 1999).

Escala de Adesão aos Medicamentos, criado por Horne, Weinman e Hankins (1997, cit in Pereira & Silva, 1999a), adaptado por Pereira e Silva (1999a), avalia o grau e a frequência com que os indivíduos ingerem os seus medicamentos, de acordo com a prescrição médica. Segundo Pereira e Ferreira (Comunicação pessoal, 29 de Janeiro, 2009), divide-se em duas subescalas: Alteração das Doses de Medicação (dois itens;  $\alpha = .51$ ), e Esquecimento da Toma de Medicação (dois itens;  $\alpha = .65$ ) e Total de Adesão ( $\alpha = .70$ ).

Escala de Avaliação das Atitudes Face à Medicina e aos Médicos, criada por Marteau (1990 cit in Pereira & Silva, 1999b) e avalia as atitudes dos utentes em relação aos médicos e à medicina. Numa adaptação mais recente por Pereira e Roios (Comunicação pessoal, 29 de Janeiro, 2009), esta é constituída por duas subescalas (dezassete itens, pois dois itens não saturam em nenhum dos factores), Atitudes Positivas Face aos Médicos e à Medicina (8 itens;  $\alpha = .74$ ) e Atitudes Negativas Face aos Médicos e à Medicina (9 itens  $\alpha = .70$ ).

## RESULTADOS

Era esperado que o IAT-CS se comportasse como no estudo original (Horvath & Greenberg, 1989). Contudo, através da análise factorial exploratória, verificamos que os dados não foram consistentes, pois averiguou-se uma distribuição dos itens por factores pouco coerentes do ponto de vista teórico. Numa rotação *Varimax*, sem forçar factores e considerando os *eigenvalues* para a selecção de factores  $>1$ , os trinta e seis itens distribuíram-se por nove factores ( $KMO = .890$ ;  $Bartlett = 3189.032$ ,  $p = .000$ ). Quando forçamos três factores (*eigenvalues*  $>4$ ), existe uma correspondência com o estudo de validação empírica (Horvath & Greenberg, 1989).

No que concerne à análise da consistência interna do IAT Global e das suas três subescalas, obtivemos um alfa total idêntico ao estudo da validação empírica do instrumento

**ALIANÇA TERAPÉUTICA NO CONTEXTO DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE**

(Horvath&Greenberg, 1989). Contudo, analisando a contribuição de cada item para a consistência interna do inventário, decidiu-se retirar três itens: 9, 12 e 34, pois não estão saturados pelo factor geral da escala. Eliminados estes itens, verificamos que o valor de alfa aumenta, tanto para o factor geral e para as subescalas.

**Quadro 1. Número de itens por factor e alfa de Cronbachantes e depois da retirada dos itens (N = 207)**

	Nº de Itens	Alfa antes de retirar os itens	Alfa após retirar os itens
Tarefas	12	,50	,78
Vínculo	12	,80	,84
Objectivos	9	,40	,73
Total	33	,88	,92

No que concerne aos itens por subescala (apenas os trinta e três itens), os resultados indicam que todas as subescalas possuem uma boa consistência interna (quadro dois).

**Quadro 2. Coeficientes de correlação entre as escalas do IAT-CS(N = 207)**

	TG	Vínculo	Tarefa	Objectivo
TG				
Vínculo	.921** (p = .000)			
Tarefa	.916** (p = .000)	.740** (p = .000)		
Objectivo	.865** (p = .000)	.723** (p = .000)	.744** (p = .000)	

TG: Factor Geral

Na validação do critério concorrente do IAT-CS, efectuámos uma correlação bivariada entre os resultados do IAT-CS e o total da Escala de Adesão aos Medicamentos (EAM). O teste de *Spearman* revelou que não há uma correlação entre o resultado global do IAT-CS e o resultado global da escala de adesão. Do mesmo modo, também não foram encontradas correlações entre o total de adesão e as subescalas do inventário de aliança terapêutica (quadro três).

**Quadro 3. Correlações entre as Escalas do IAT-CS e o Total EAM(N = 207)**

Escala	Total de Adesão
IAT-CS Total	,004
Factor 1 – Objectivos	-,080
Factor 2 – Tarefas	,007
Factor 3 – Vínculo	,027

IAT-CS Total: factor geral do Inventário da Aliança Terapêutica.

Considerando as duas subescalas de adesão, procurámos avaliar se a aliança e as respectivas subescalas apresentam validade concorrente, quando o critério da adesão era discriminado nas suas subescalas. Mais uma vez, os nossos resultados levam-nos a concluir que não existe uma relação entre aliança e adesão, quer consideremos os seus valores globais quer os seus valores ao nível das subescalas (quadro quatro).



## PSICOLOGÍA Y VALORES EN EL MUNDO ACTUAL

**Quadro 4. Matriz dos coeficientes de correlações de *RhoSpearman* entre as subescalas da Escala de Adesão aos Medicamentos e Inventário da Aliança Terapêutica (N = 207)**

	TA	ADM	ETM	TG	V	T	O
TA							
ADM	.627** (p =.000)						
ETM	.856** (p =.000)	.310** (p =.000)					
TG	.004 (p =.959)	-.080 (p =.251)	-.021 (p =.766)				
V	.020 (p =.776)	-.054 (p =.436)	.001 (p =.991)	.921** (p =.000)			
T	.007 .918	-.105 (p =.131)	-.015 (p =.830)	.916** (p =.000)	.740** (p =.000)		
O	-.080 (p =.251)	-.084 (p =.228)	-.091 (p =.193)	.865** (p =.000)	.723** (p =.000)	.744** (p =.000)	

\*\* .  $p < .01$ . TA. Total de Adesão. ADM. Alteração da Dose da Medicação. ETM. Esquecimento da Toma da Medicação. TG. Total Geral da Aliança. V. Vínculo. T. Tarefas. O. Objectivos.

Contudo, observamos que entre o IAT-CS e a Escala de Atitudes, existe uma correlação significativa, mais exactamente entre as subescalas Atitudes Negativas Face aos Médicos e à Medicina e Tarefas, Objectivos, Vínculo e Factor Geral (IAT-CS), assim como entre Atitudes Positivas Face aos Médicos e à Medicina e Objectivos, Vínculo e Factor Geral. A subescala Tarefas foi a única subescala que não se correlacionou com as Atitudes Positivas Face aos Médicos e à Medicina.



**ALIANÇA TERAPÉUTICA NO CONTEXTO DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE**

**Quadro 5. Matriz dos coeficientes de correlações de *RhoSpearman* entre as subescalas do Inventário da Aliança Terapêutica e Escala de Atitudes (N = 207)**

	O	T	V	TG	APMM	AMMM
O						
T	.744** (p = .000)					
V	.723** (p = .000)	.740** (p = .000)				
TG	.865** (p = .000)	.916** (p = .000)	.921** (p = .000)			
APMM	.194** (p = .005)	.134 (p = .055)	.263** (p = .000)	.220** (p = .001)		
AMMM	-.172* (p = .013)	-.283** (p = .000)	-.166* (p = .017)	-.238** (p = .001)	.056 (p = .424)	

\*\* p < .01. \*p < .05. O. Objectivos. T. Tarefas, V. Vínculo. TG. Total Geral. APMM. Atitudes Positivas Face aos Médicos e à Medicina. AMMM. Atitudes Negativas Face aos Médicos e à Medicina.

Quanto às hipóteses, os resultados indicam que existe uma correlação significativa entre aliança e anos de acompanhamento médico, principalmente no que se refere às dimensões Objectivos e Vínculo mas também entre anos de acompanhamento e escala Global da Aliança. Contudo, não existe correlação entre Anos de Acompanhamento Médico e Tarefas da Aliança.

**Quadro 6. Matriz dos coeficientes de correlações de *RhoSpearman* entre Inventário da Aliança Terapêutica e Anos de Acompanhamento Médico.**

		TG	V	T	O	AC
TG	Spearman					
	P					
	N					
V	Spearman	.921** (p = .000)				
	P					
	N	207				
T	Spearman	.916** (p = .000)	.740** (p = .000)			
	P					
	N	207	207			
O	Spearman	.865** (p = .000)	.723** (p = .000)	.744** (p = .000)		
	P					
	N	207	207	207		
AC	Spearman	.194** (p = .006)	.227** (p = .001)	.128 (p = .074)	.189** (p = .008)	
	P					
	N	197	197	197	197	

\*\* p < .01. TG. Total Geral da Aliança. V. Vínculo. T. Tarefa. O. Objectivos. AC. Anos de Acompanhamento Médico.



## PSICOLOGÍA Y VALORES EN EL MUNDO ACTUAL

No que concerne às relações entre a adesão terapêutica e o tempo de acompanhamento médico do utente, os resultados indicam que a variável Anos de Acompanhamento Médico, embora com um nível marginal de significância, se relaciona negativamente com a subescala Esquecimento da Medicação. Isto revela que os utentes acompanhados há mais anos pelo mesmo médico tendem a esquecer-se menos de tomar a medicação.

**Quadro 7. Matriz dos coeficientes de correlações de *RhoSpearman* entre Anos de Acompanhamento Médico e as subescalas da Escala de Adesão aos Medicamentos e Total de Adesão.**

		AC	ADM	EDM	TA
AC	Spearman				
	<i>P</i>				
	<i>N</i>				
ADM	Spearman	-.111			
	<i>P</i>	( <i>p</i> = .121)			
	<i>N</i>	197			
ETM	Spearman	-.145*	.310**		
	<i>P</i>	( <i>p</i> = .042)	( <i>p</i> = .000)		
	<i>N</i>	197	207		
TA	Spearman	-.140	.627**	.856**	
	<i>P</i>	( <i>p</i> = .050)	( <i>p</i> = .000)	( <i>p</i> = .000)	
	<i>N</i>	197	207	207	

\*. *p* < .05. \*\*. *p* < .01. AC, Anos de Acompanhamento Médico, ADM, Alteração das Doses da Medicação. ETM, Esquecimento da Toma da Medicação. TA, Total da Adesão.

## DISCUSSÃO

Era esperado, à partida, por este estudo, que o IAT-CS se comportasse tal como no estudo original (Horvath & Greenberg, 1989). E, também, de forma semelhante ao observado nos estudos efectuados em contextos de saúde (Elyet al., 2005; Gavinet al., 1999; Schönberger et al., 2006a; Schönberger et al., 2006b; Burns & Evon, 2007; Fuertes et al., 2007). Contudo, verificamos que os dados não foram consistentes, pois averiguou-se uma distribuição dos itens por factores pouco coerentes do ponto de vista teórico. Então, a solução foi manter os critérios teóricos definidos por Horvath (Horvath & Greenberg, 1989; Machado & Horvath, 1999). Isto é, com apenas os trinta e três itens (retiramos três itens), os resultados indicam que todas as subescalas demonstram uma boa consistência interna, corroborando, assim, os resultados das outras investigações, no que concerne à aplicabilidade deste inventário (Fuertes et al., 2007; Horvath & Greenberg, 1989; Machado & Horvath, 1999). A explicação para esta incoerência do ponto de vista teórico pode estar nos *settings* de aplicação da validação deste inventário e na adaptação portuguesa, isto é, o *setting* psicoterapêutico. Entre este *setting* e os contextos de saúde primários, existem diferenças desde o primeiro encontro (Santos, Rosendo, Pimenta, Martins, Francisco, Neto & Santiago, 2007; Lourenço, 2008; Moro & Lachal, 2008). No primeiro contexto, são discutidos os objectivos da consulta, as limitações da intervenção, as etapas necessárias, etc. (Moro & Lachal, 2008). Enquanto nos contextos de saúde primários, o médico efectua um rápido rastreio, ataca o sintoma, estabelece um plano de contingências para lidar com estes e prescreve os eventuais exames de diagnósticos suplementares (Santos et al., 2008). Para além disso, não existe a possibilidade de escolher o técnico de saúde, o que acontece frequentemente em psicoterapia. No que concerne à validação nos contextos de saúde (Fuertes et al., 2007), a explicação para não encontrarmos uma relação coma adesão tera-



## ALIANÇA TERAPÊUTICA NO CONTEXTO DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE

pêutica pode estar relacionada com as diferenças entre os contextos de saúde primários portugueses e norte-americanos, mas também, com o facto de a nossa amostra ter sido constituída por indivíduos que se apresentavam para consulta no médico de família, enquanto nos outros estudos as amostras eram muito específicas (Elyet al., 2005; Gavinet al., 1999; Burns & Evon, 2007; Fuertes et al., 2007).

Relativamente à validade critério do IAT-CS, verifica-se que este não se correlacionou com a Escala de Adesão aos Medicamentos. Estes resultados não estão em conformidade com as investigações efectuadas nos contextos de saúde primários (Elyet al., 2005; Fuertes et al., 2007), que encontraram relações significativas entre aliança e adesão terapêutica. A resposta para este facto pode estar, mais uma vez, no tipo de amostra utilizada. Nos estudos de Fuertes e colegas (2007), Burns e Evons (2007) e de Schönberger e colegas (2006a; 2006b) as amostras de utentes eram constituídas por doentes crónicos específicos, inseridos num programa de reabilitação cardiovascular ou neuropsicológica, enquanto no presente estudo a amostra foi constituída por uma variedade de utentes que simplesmente iam ter uma consulta com o seu médico de família, independentemente da sua patologia. Contudo, existiu uma relação significativa entre a IAT-CS e a Escala de Atitudes, especialmente entre as subescalas Atitudes Negativas Face aos Médicos e à Medicina e as subescalas e o factor geral do IAT-CS. Isto vem corroborar as investigações de Andrén, Andersson, e Rudebeck, (2005) e de Tarrant, Windridge, Boulton, Baker, e Freeman (2003) que observaram que a qualidade da relação médico-paciente se correlacionava com a crença da eficácia do médico.

O facto de a aliança terapêutica se correlacionar com os anos de acompanhamento médico parece suportar a sugestão de Hjortdahl e Laerum (1992) segundo a qual são precisos cinco anos para se desenvolver, nos utentes, uma satisfação com as consultas. Os anos de acompanhamento médico constituem uma variável que influencia a adesão terapêutica e a relação médico-paciente (Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens, 2001; Kearley, Freeman, & Heath, 2001; Vermeire, 2001). No caso mais específico dos anos de acompanhamento médico, existe a possibilidade de estes influenciarem a relação entre continuidade dos cuidados e satisfação com estes (Baker, Mainous, Gray, & Love, 2003; Saultz e Albedaiwi, 2004). Por exemplo, no trabalho de Baker e Streatfield (1995), a satisfação com a prática clínica estava associada, entre outras, à idade dos utentes.

## CONCLUSÕES E LIMITAÇÕES

A versão adaptada do IAT para os contextos de saúde mostrou um instrumento viável, desde que mantenhemos os critérios teóricos dos autores. No nosso estudo, não verificámos uma relação entre a aliança terapêutica e a adesão terapêutica nos contextos de saúde. Contudo, entre a aliança terapêutica e as crenças face aos médicos e à medicina, os nossos resultados permitem afirmar que existe uma relação entre ambas. Por seu lado, quer a aliança terapêutica quer a adesão terapêutica parecem beneficiar do tempo de acompanhamento médico dos utentes, o que nos leva a reflectir que, de facto, se reunidas as condições, estas duas variáveis funcionam no mesmo sentido. Esta relevância do tempo de acompanhamento para a qualidade da aliança parece-nos fazer todo o sentido, pois esta é de natureza colaborativa e de uma ligação contínua.

Este trabalho apresenta algumas limitações, o que nos obriga a uma interpretação e generalização com alguma prudência: a) dificuldade na adesão dos participantes ao segundo momento de avaliação; b) diferenças entre os contextos de saúde primários portugueses e os norte-americanos, o que poderá explicar os resultados encontrados; c) amostra constituída por indivíduos que se apresentavam para consulta no médico de família e, por último, d) o inventário da aliança terapêutica detinha 36 itens cotados de uma escala de 0 a 7, criou alguma desmotivação na resposta aos questionários e por isso menor fidelidade na resposta.



**BIBLIOGRAFIA**

- Andrén, A., Andersson, S.O., & Rudebeck, C.E. (2005). Satisfaction in not all – patients' perception of outcome of general practice consultation, a qualitative study. *BMC Family Practice*, Vol. 5 (43), 1 – 8.
- Baker, R., & Streatfield, J. (1995). What type of general practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction. *British Journal of General Practice*, Vol. 45, 654 – 659.
- Baker, R., Mainous, A.G., Gray, D.P., & Love, M.M. (2003). Exploration of the relationship between continuity, trust in regular doctors and patient satisfaction with consultations with family doctors. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 21, 27 – 32.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, Vol. 16 (3), 252-261.
- Bordin, E.S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: new directions. In Horvath, A.O. & Greenberg, L.S. (Eds.), *The working alliance, theory, research, and practice*, Florida: Irving B. Weiner. pp 13-37.
- 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*, Vol. 26 (6), 684-692
- Dunbar-Jacob, J., & Mortimer-Stephens, M.K. (2001). Treatment adherence in chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, 55 – 60.
- Ely, B., Leslie B. Alexander, L.B., & Reed, M. (2005). The working alliance in paediatric chronic disease management: a pilot study of instrument reliability and feasibility. *Journal of Pediatric Nursing*, 20 (3): 190-200.
- Fuertes, J. N., Mislowack, A., Bennett, J., Paul, L., Gilbert, T.C., Fortan, G., & Boylan, L.S. (2007). The physician-patient working alliance. *Patient Education and Counselling*, 66, 29-36.
- Gavin, L.A., Wamboldt, M.Z., Sorokin, N., Levy, S.Y., & Wamboldt, F.S. (1999). Treatment alliance and its association with family functioning, adherence, and medical outcome in adolescents with severe, chronic asthma. *Journal of Pediatric Psychology*, Vol. 24 (4), 355- 365.
- Gelso, C.J., & Carter, J.A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 41 (3), 296.
- Golden, B.R., & Rabbins, S.B. (1990). The working alliance within time-limited therapy: a case analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 21 (6), 476-481.
- Hjortdahl, P., & Laerum, E. (1992). Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *British Medical Journal*, Vol. 304, 1287 – 1290.
- Horvath, A.O., & Greenberg, L.S. (1989). Development and Validation of the working alliance inventory. *Journal of Consulting Psychology*, Vol. 36 (2), 223-233.
- Horvath, A.O., & Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, Vol. 38 (2), 139-149.
- Horvath, A.O. (1994). Empirical validation of Bordin's pantheoretical model of the alliance: the working alliance inventory perspective. In Horvath, A.O. & Greenberg, L.S. (Eds.), *The working alliance, theory, research, and practice*, Florida: Irving B. Weiner. Pp 109 – 128.
- Horvath, A.O. (2001). The alliance. *Psychotherapy*, Vol. 38 (4), 365-372.
- Lourenço, A. (2008). Do injusticável ao ajustado – Notas sobre terapêuticas e exames complementares de diagnóstico a pedido dos doentes. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Vol. 24, 75 – 84.
- Machado, P., & Horvath, A. (1999). Inventário da aliança terapêutica – W.A.I. In Simões, M.R., Gonçalves, M.M. & Almeida, L.S. (Eds.) *Testes e provas psicológicas em Portugal*, Vol. II (pp.87-93). Braga: APPORT.

**ALIANÇA TERAPÉUTICA NO CONTEXTO DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE**

- Moro, M.R., & Lachal, C. (2008). *As psicoterapias: modelos, métodos e indicações*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Pereira, M. G., & Silva, S. (1999a). Escala de adesão aos medicamentos. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 6, 347-351.
- Pereira, M. G., & Silva, S. (1999b). Escala de atitudes face aos médicos e medicina. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 6, 496-503.
- Rector, N.A., Zuroff, D.C., & Segal, Z.V. (1999). Cognitive change and the therapeutic alliance: the role of technical and nontechnical factors in cognitive therapy. *Psychotherapy*, Vol. 36 (4), 320-238.
- Safran, J.D., & Wallner, L.K. (1991). The relative predictive validity of two therapeutic alliance measures in cognitive therapy. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 3 (2), 188-195.
- Santos, T., Rosendo, I., Pimenta, G., Martins, D., Francisco, M.P., Neto, M.G., & Santiago, L.M. (2008). Qualidade da consulta de Medicina Geral e Familiar: conseguem os médicos julgar correctamente a qualidade sentida pelos doentes? *Rev. Bras. Med. Fam. e Com*, Vol. 3 (9),
- Saultz, J.W., & Albedaiwi, W. (2004). Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Annals of Family Medicine*, Vol. 2 (5), 445 – 451.
- Schönberger, M., Humble, F., & Teasdale, T.W. (2006a). Working alliance and patient compliance in brain injury rehabilitation and their relations to psychosocial outcomes. *Neuropsychological Rehabilitation*, Vol. 16 (3), 298-314.
- Schönberger, M., Humble, F., & Teasdale, T.W. (2006b). Subjective outcome of brain injury rehabilitation in relation to the therapeutic alliance, client compliance and awareness. *Brain Injury*, November, Vol. 20 (12), 1271–1282.
- Tarrant, C., Windridge, K., Boulton, M., Baker, R., & Freeman, G. (2003). Qualitative study of the meaning of personal care in general practice. *British Medical Journal*, Vol. 326 (14), 1- 8.
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26: 331–342.