

Psicologia em Pesquisa

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/psicologiaempesquisa>

Aliança Terapêutica na Psicoterapia Infantil: Adaptação de Instrumento e Evidências de Validade

Therapeutic Alliance in Child Psychotherapy: Instrument Adaptation and Validity Evidence

Alianza Terapéutica en la Psicoterapia Infantil: Adaptación de Instrumento y Evidencias de Validez

Cibele Ferrari¹, Eduardo Brusius Brenner², Gabriela Dionisio Ffner³, Rebeca Veras de
Andrade Vieira⁴ & Vera Regina Röhne Ramires⁵

¹ Unisinos. E-mail: ciciferrari@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2515-6258>

² Unisinos. E-mail: edub.brenner@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2519-7965>

³ Unisinos. E-mail: ffner.gabi@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5519-8462>

⁴ Unisinos. E-mail: rebecavieirapsico@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2907-8699>

⁵ Atitus Educação. E-mail: verareginaramires@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1760-7154>

Informações do Artigo:

Cibele Ferrari

ciciferrari@hotmail.com

Recebido em: 31/10/2023

Aceito em: 19/04/2024

RESUMO

A aliança terapêutica é um importante elemento do processo terapêutico. Para ser analisada, requer instrumentos válidos e confiáveis. O objetivo deste estudo foi desenvolver a adaptação transcultural da *Therapy Process Observational Coding System for Child Psychotherapy – Alliance Scale* (TPOCS – A) para o português brasileiro e examinar confiabilidade e evidências de validade da versão adaptada. A versão brasileira apresentou boa equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual, fidedignidade do avaliador, boa consistência interna e evidências de validade convergentes. Análise fatorial resultou numa solução de um fator, consoante com estudos internacionais, indicando tratar-se de instrumento válido e confiável para análise da aliança terapeuta-paciente.

PALAVRAS-CHAVE:

Adaptação de instrumento; Aliança terapêutica; Crianças; Psicoterapia; TPOCS-A.

ABSTRACT

Therapeutic alliance is an important element of the therapeutic process. To be analyzed it requires valid and reliable instruments. This study aimed to develop a cross-cultural adaptation of the *Therapy Process Observational Coding System for Child Psychotherapy - Alliance Scale* (TPOCS - A) into Brazilian Portuguese and to examine the reliability and validity evidence of the adapted version. The Brazilian version showed good semantic, idiomatic, experiential, and conceptual equivalence, evaluator's reliability, good internal consistency, and convergent validity evidence. Factor analysis resulted in a one-factor solution, consistent with international studies, indicating that it is a valid and reliable instrument for analyzing the therapist-patient alliance.

KEYWORDS:

Instrument adaptation; Therapeutic alliance; Children; Psychotherapy; TPOCS-A.

RESUMEN

La alianza terapéutica es un elemento importante del proceso terapéutico. Para ser analizada requiere instrumentos confiables. El objetivo de este estudio fue desarrollar la adaptación transcultural del *Therapy Process Observational Coding System for Child Psychotherapy - Alliance Scale* (TPOCS - A) al portugués brasileño y examinar las evidencias de confiabilidad y validez. La versión brasileña mostró buena equivalencia semántica, idiomática, experiencial y conceptual, confiabilidad del evaluador, buena consistencia interna y evidencias de validez convergente. El análisis factorial resultó en una solución de un factor, indicando tratar-se de un instrumento válido y confiable para el análisis de la alianza terapeuta-paciente.

PALABRAS CLAVE:

Adaptación de instrumentos; Alianza terapéutica; Niños; Psicoterapia; TPOCS-A.

Este estudo teve como foco a adaptação de um instrumento para avaliação da aliança terapêutica (AT) na psicoterapia de crianças, a *Therapy Process Observational Coding System for Child Psychotherapy – Alliance Scale* (TPOCS – A), desenvolvida por McLeod e Weisz (2005). A AT se refere à qualidade afetiva da relação terapeuta-paciente, bem como ao nível de concordância entre ambos acerca das atividades da psicoterapia (McLeod, 2011). Ela desempenha um papel relevante na mudança do paciente, pois é vista como pré-condição para o estabelecimento de um processo psicoterápico e tem sido considerada um fator comum de diferentes abordagens terapêuticas (Hayes, 2017; Karver et al., 2018).

As raízes do conceito da AT podem ser encontradas na teoria psicanalítica freudiana, relacionada ao conceito de transferência positiva. Posteriormente, Greenson (1965/2017) diferenciou a dimensão transferencial da relação racional entre o paciente e o analista, referindo-se à capacidade do paciente de trabalhar em prol do seu tratamento. Mais adiante, Bordin (1994) contribuiu consideravelmente para a expansão dos estudos sobre o tema, ao conceituar a AT como um constructo multidimensional.

Desta forma, para Bordin (1979), a aliança entre terapeuta e paciente seria constituída por três aspectos fundamentais: (i) o vínculo; (ii) o objetivo e (iii) a tarefa. O autor postula que os objetivos do tratamento são estabelecidos a partir de uma negociação entre paciente e terapeuta, variando de acordo com a modalidade terapêutica. As tarefas referem-se às atividades realizadas pelo paciente em colaboração com o terapeuta e incluem ações concretas, trocas não concretas, compreensão empática, modos de comunicação e auto exploração. O vínculo se estabelece entre terapeuta e paciente na psicoterapia, podendo ser de diferentes tipos, e constitui a dimensão afetiva do relacionamento entre ambos. As contribuições de Bordin serviram de base referencial para o desenvolvimento de várias escalas de avaliação do constructo.

Aliança Terapêutica na Psicoterapia de Crianças

Na psicoterapia psicodinâmica com crianças, espera-se que elas produzam material clínico, o que pode ocorrer através de brinquedos, arte, uso das palavras, jogos. Por meio da relação da díade, a criança poderá tomar o terapeuta como um objeto seguro e constante, confiando na sua capacidade de compreender e organizar seu mundo interno (Chethik, 2003). Para Chethik, o brincar entre a díade se divide em duas partes: relação de transferência e AT. A transferência implica o deslocamento de sentimentos e conflitos em direção ao terapeuta,

enquanto a AT é a verdadeira relação entre a criança e o terapeuta, incluindo as emoções positivas reais da criança para com o terapeuta e a possibilidade de um vínculo de confiança.

A relação entre a AT e os resultados das psicoterapias vem ocupando a atenção dos pesquisadores há bastante tempo. Karver et al. (2018) desenvolveram uma meta-análise sobre a relação prospectiva entre aliança e resultado na psicoterapia de crianças e adolescentes, identificando um tamanho de efeito equivalente a $d = 0,39$, consistente com a literatura para adultos e a literatura prévia sobre psicoterapia de crianças (Karver et al., 2006; McLeod, 2011; Shirk et al., 2011). Na mesma direção, Halfon (2021), investigando o efeito da técnica psicodinâmica da AT e suas interações com os resultados da psicoterapia de crianças, identificou que o maior uso de técnica psicodinâmica no contexto de uma AT de alta qualidade foi preditor de melhores resultados nos casos de pacientes com problemas externalizantes. Por outro lado, Halfon et al. (2020) não encontraram associação entre AT e o desfecho da psicoterapia, medido como melhora sintomática, sinalizando a necessidade de mais estudos na área, diante dos resultados controversos identificados.

Considerando a importância que a AT pode assumir para o processo terapêutico e para seus resultados, deparamo-nos com a necessidade de instrumentos específicos para essa finalidade. Essa carência é mais pronunciada ainda no que diz respeito à psicoterapia de crianças no contexto brasileiro.

Avaliação da Aliança Terapêutica

A maioria dos instrumentos que avaliam a AT tem como base o conceito transteórico de Bordin (1979), contemplando todas ou algumas das dimensões descritas pelo autor (vínculo, objetivos e tarefas). No âmbito da psicoterapia de crianças, alguns instrumentos foram desenvolvidos em contexto internacional para avaliação da AT: o *Child's Perception of Therapeutic Relationship*, CPTR (Kendall, 1994), a *Therapeutic Alliance Quality Scale* -

TAQS (Hurley et al., 2013), o *Working Alliance Inventory - Child and Adolescents*, WAI-CA (Figueiredo et al., 2016) e o *Children's Alliance Questionnaire* CAQ (Roest et al., 2016). Esses instrumentos avaliam a AT da perspectiva da criança. Já a *Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale*, VTAS (Shelef & Diamond, 2008), analisa a AT da perspectiva do terapeuta, enquanto a *Therapeutic Alliance Scale for Children*, TASC (Shirk & Saiz, 1992) toma a perspectiva de ambos, criança e terapeuta. A *Child Psychotherapy Process Scales - CPPS* (Estrada & Russell, 1999) assume a visão de um observador externo para análise da AT.

Para McLeod e Weisz (2005), uma questão importante é a perspectiva sob a qual a avaliação da AT é realizada: da criança, do terapeuta ou de um observador externo. As medidas de autorrelato avaliam de forma direta os envolvidos na terapia, criança e terapeuta. Porém, pode haver limitações quanto à habilidade da criança de relatar sua experiência sobre a relação terapêutica (Shirk & Saiz, 1992). Para McLeod e Weisz, as medidas fornecidas por um observador externo são menos suscetíveis aos vieses, razão pela qual desenvolveram a *Therapy Process Observational Coding System for Child Psychotherapy – Alliance Scale*, TPOCS-A, objeto deste estudo. A TPOCS-A é um sistema detalhado de codificação observacional da AT entre a criança e o terapeuta. Composta por duas subescalas que avaliam vínculo e tarefas terapêuticas, foi desenvolvida tomando como referência uma extensa literatura sobre o processo terapêutico com crianças e alguns instrumentos já existentes como o CPTR, a TASC, o CPPS e a VTAS, assim visando superar limitações no exame da associação entre a aliança e o resultado na psicoterapia de crianças.

Uma vez que a criança não vem sozinha para psicoterapia, sendo em geral trazida pelos pais, e pode não concordar com a visão desses sobre os problemas, os psicoterapeutas são desafiados a construir uma aliança com ambos. A manutenção e o bom termo de uma psicoterapia com crianças dependem de uma boa aliança do terapeuta tanto com a criança

quanto com os pais. Além disso, a maioria das medidas da AT com crianças se apoiam em instrumentos de autorrelato da criança, do terapeuta ou dos pais, sendo altamente desejável que se possa contar com medidas baseadas em observação direta da relação terapêutica, respondidas por observadores externos.

A TPOCS-A difere de instrumentos prévios, na medida em que: (i) focaliza cada um dos principais atores envolvidos no processo terapêutico da criança, isto é, a própria criança e os seus pais (ela possui duas formas, uma para avaliar a aliança entre o terapeuta e a criança e uma outra forma para avaliar a aliança entre o terapeuta e os pais); (ii) avalia a aliança em duas dimensões, quais sejam, o vínculo e a tarefa; e (iii) é baseada na codificação de um observador a respeito de sessões do tratamento. O observador poderá ser um clínico com experiência em psicoterapia de crianças e/ou um pesquisador treinado para uso do instrumento, que conta com Manual detalhado para sua aplicação.

As propriedades psicométricas da TPOCS-A têm sido descritas em diversos estudos. McLeod e Weisz (2005) examinaram a confiabilidade interavaliadores, a consistência interna e a validade convergente da TPOCS-A num estudo que analisou a psicoterapia de 22 crianças ($M = 10,3$ anos, $DP = 1,83$), atendidas em cinco clínicas comunitárias da Califórnia, EUA. A confiabilidade interavaliadores, medida pelo índice de correlação intraclassa (ICC), foi aceitável ($M = 0,59$, $DP = 0,10$) para a escala global, variando de 0,40 a 0,75 no nível dos itens. A consistência interna foi considerada aceitável para toda a amostra ($\alpha = 0,95$), assim como para a aliança inicial (média das duas primeiras sessões; $\alpha = 0,93$) e ao final dos tratamentos (média das duas últimas sessões; $\alpha = 0,91$). A validade convergente foi examinada em relação aos resultados obtidos com a TASC (Shirk & Saiz, 1992) na mesma amostra, resultando numa correlação de 0,53 ($p < 0,02$) para a escala global. Na dimensão “vínculo” a correlação entre a TPOCS-A e a TASC foi de 0,51 ($p < 0,02$) e na dimensão “tarefas” foi de 0,66 ($p < 0,01$).

Estudos posteriores também reportaram propriedades psicométricas satisfatórias da TPOCS-A. Chiu et al. (2009) analisaram 123 sessões do tratamento de crianças de seis a 13 anos com transtornos de ansiedade. Identificaram que o ICC nessas sessões variou de 0,49 a 0,85 ($M = 0,71$, $DP = 0,13$). A consistência interna na fase inicial dos tratamentos foi $\alpha = 0,92$ e ao final $\alpha = 0,91$. Na mesma direção, Langer et al. (2011) relataram consistência interna de 0,91 e ICC de 0,80 da TPOCS-A, em estudo que analisou se tratamentos manualizados prejudicam a AT.

A estrutura fatorial da TPOCS-A foi analisada por Fjermestad et al. (2012), numa amostra de 52 crianças e adolescentes, entre oito e 15 anos de idade ($M = 12,43$, $DP = 2,23$), diagnosticados com transtorno de ansiedade. Foi realizada uma análise fatorial exploratória baseada no método de estimação do eixo principal para examinar a estrutura dos nove itens da TPOCS-A. Foi utilizada a rotação *Promax*, na expectativa de que, caso surgisse mais de um fator, eles estariam correlacionados. A análise inicial produziu dois fatores altamente correlacionados que cumulativamente representaram 71,76% da variância, com uma queda substancial do primeiro para o segundo fator (62,19% vs. 9,57%). Sete itens tiveram cargas acima de 0,30 no fator 1 e três itens tiveram cargas acima de 0,30 no fator 2. Um item ("não cumprir as tarefas terapêuticas") teve carga cruzada em ambos os fatores. Todos os cinco itens da TPOCS-A formulados positivamente tiveram cargas mais altas no Fator 1, enquanto apenas três dos quatro itens TPOCS-A formulados negativamente tiveram maior pontuação no fator 2. Como resultado, a solução de dois fatores foi difícil de interpretar teoricamente, não sendo consistente com a literatura. Já a solução de um fator foi responsável por 64,86% da variância total e produziu cargas de itens adequadas que variaram de 0,44 a 0,87, indicando, segundo os autores, que cada item era pelo menos moderadamente representativo do construto aliança. Os autores constataram que a solução unifatorial forneceu o único resultado interpretável de uma

perspectiva teórica, concluindo que a TPOCS-A é melhor caracterizada por uma solução unifatorial.

Quanto à tradução da TPOCS-A para outros idiomas, Liber et al. (2007) adaptaram a escala para o holandês. Esses autores examinaram as propriedades psicométricas da TPOCS-A numa amostra de 31 crianças e adolescentes com transtornos de ansiedade e 50 pais que participaram de um programa de tratamento cognitivo-comportamental. A idade das crianças variou de oito a 16 anos ($M = 11,74$, $DP = 2,30$). A confiabilidade interavaliadores reportada pelos autores foi excelente no nível da escala (0,81), e boa no nível dos itens, variando de 0,42 a 0,59 ($M = 0,48$, $DP = 0,06$). A consistência interna total da escala foi $\alpha = 0,92$, enquanto a medida no início dos tratamentos foi $\alpha = 0,83$ e ao final $\alpha = 0,81$.

Para McLeod e Weisz (2005), a TPOCS-A possui características que asseguram seu potencial para preencher uma importante lacuna no campo de estudos de processo da psicoterapia de crianças. A participação de observadores externos possibilita uma avaliação objetiva e não reativa do relacionamento terapeuta-paciente, oferecendo, dessa forma, mais um recurso para a elucidação do que funciona e como funciona no atendimento psicológico de crianças. Partindo dessas premissas, o objetivo deste estudo foi realizar a adaptação transcultural da TPOCS-A para o Português Brasileiro e avaliar sua confiabilidade e evidências de validade da versão adaptada.

Método

Foi realizado um estudo de adaptação e validação de instrumento, seguindo as diretrizes de Borsa et al. (2012).

Participantes

Um grupo de sete psicólogos, com formação em psicoterapia psicodinâmica, colaborou no estudo, na qualidade de um comitê de *experts*, convidado para analisar e discutir a clareza

e pertinência da escala. Seis integrantes desse grupo eram do sexo feminino e um do sexo masculino. O tempo de experiência clínica variou de dois a 35 anos ($M = 10,71$ anos; $DP = 11,53$).

Um grupo de seis avaliadores, composto por estudantes dos últimos semestres do curso de Psicologia e por psicólogos formados também participou do estudo, avaliando as sessões de psicoterapia com base na TPOCS-A. Cinco eram do sexo feminino e um do sexo masculino.

O estudo piloto envolveu a análise de um banco de dados composto pelos *videotapes* de quatro psicoterapias de crianças em idade escolar. Essas psicoterapias ocorreram em *settings* naturalísticos e somam, no total, 407 sessões. Três meninos (Antônio, Pedro e Walter; pseudônimos) e uma menina (Alice; pseudônimo) foram atendidos por três psicoterapeutas com reconhecida competência atestada pelo tempo de experiência, formação em psicoterapia psicanalítica de crianças e reconhecimento pelos pares. Mediante a concordância das terapeutas, dos pais e das crianças, as sessões foram filmadas para análises posteriores. Essas psicoterapias tiveram a duração de 40, 58, 151 e 158 sessões, cada uma.

Instrumentos

Therapeutic Process Observational Coding System for Child Psychotherapy –Alliance Scale – TPOCS-A

A escala possui duas formas, uma que avalia a aliança terapeuta-criança e outra que avalia a aliança terapeuta-pais (McLeod & Weisz, 2005). Nesse estudo, foi adaptada e validada a forma que focaliza a AT entre o terapeuta e a criança.

A TPOCS-A tem como base a codificação feita por observadores externos de *videotapes* de sessões de psicoterapia de crianças e vem acompanhada por um Manual com instruções e exemplos detalhados dessa codificação para, assim, classificar as sessões de maneira eficiente, padronizada e confiável (McLeod, 2010). Contempla duas dimensões, a do

“vínculo”, que diz respeito aos aspectos afetivos da relação terapeuta-paciente e a da “tarefa”, que diz respeito à participação e engajamento do paciente nas atividades da terapia, tais como na brincadeira, no jogo, na discussão de sentimentos, pensamentos etc.

A subescala do “vínculo” é composta por seis itens que são avaliados de acordo com uma escala *Likert* de 0 a 5 (0 – de modo algum e 5 - bastante). A subescala “tarefas terapêuticas” é composta por três itens que são avaliados de acordo com a mesma escala *Likert* (McLeod, 2010).

Child Psychotherapy Q-Set – CPQ

Procedimento que visa à análise do processo terapêutico com crianças de 3 a 13 anos de idade (Ramires & Schneider, 2016; Schneider & Jones, 2012). O instrumento é composto por 100 itens contendo, cada um, uma declaração que descreve uma característica importante do processo terapêutico e que representam: (i) atitudes da criança; (ii) ações e atitudes do terapeuta; e (iii) a natureza da interação da díade. Esses itens recebem uma pontuação de um a nove, de acordo com o quanto foram característicos da sessão sob análise, havendo um número limite de itens em cada posição, numa distribuição forçada. Um manual de codificação oferece definições claras e exemplos de cada item, refletindo características que podem ser identificadas usando *videotapes* das sessões. O CPQ foi adaptado para o Português brasileiro (Ramires & Schneider, 2016) e tem sido utilizado em estudos nacionais e internacionais. Sua validade discriminante foi demonstrada, assim como a fidedignidade interavaliadores (Goodman & Athey-Lloyd, 2011; Goodman et al., 2016; Schmidt et al., 2018). Nove itens do CPQ foram selecionados para utilização neste estudo, com base na literatura sobre AT e numa análise de conteúdo, por avaliarem características da AT. O CPQ foi utilizado para análise da validade convergente da TPOCS-A.

Procedimentos

Para tradução e adaptação da TPOCS-A, foram percorridas quatro etapas, conforme recomendado por Borsa et al. (2012). Na primeira etapa, dois tradutores fluentes no idioma de origem traduziram a escala, de modo independente, para o Português Brasileiro. Na segunda etapa, as traduções foram comparadas pelas autoras do presente estudo, avaliando cada questão de acordo com a equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual (Borsa et al., 2012). A versão sintetizada foi então analisada pelo comitê de *experts*. Na terceira etapa, foi realizada a tradução reversa para o idioma de origem (*back translation*) por dois tradutores nativos no idioma alvo, fluentes e proficientes no idioma de origem do instrumento, o Inglês. A síntese das versões retrotraduzidas foi obtida por consenso e a versão final foi submetida à avaliação do autor da TPOCS-A, tendo sido aprovada.

Na quarta etapa, a versão final da TPOCS-A foi aplicada ao *videotape* de 204 sessões de psicoterapia de crianças. Uma a cada duas sessões de cada um dos tratamentos descritos acima foi analisada, todas as sessões ímpares. Em 183 sessões, as análises foram feitas por dois juízes independentes, por sessão. Essa etapa consistiu no estudo piloto e incluiu o grupo de seis avaliadores. Os pares de juízes foram intercambiáveis, e a distribuição das sessões entre eles foi aleatória. Esses juízes não possuíam informações sobre os processos terapêuticos. As análises deveriam atingir um ICC de pelo menos 0,70 (Koo & Li, 2016). O grupo de juízes foi treinado pela orientadora deste estudo, que possui experiência de mais de 35 anos em psicoterapia de crianças. O treinamento consistiu na leitura e análise do instrumento, do manual, análise de cinco sessões em grupo, com discussão de cada pontuação atribuída, e análise individual de cinco sessões, com ICC de pelo menos 0,70.

Para identificar evidências de validade da TPOCS-A, foram realizadas análises de fidedignidade do avaliador, com base no teste de correlações intraclass (Zanon & Hauck, 2015), e análises de validade, buscando identificar evidências baseadas na estrutura interna, calculadas com base em análise fatorial e análise de consistência interna (Coeficiente *Alpha de Cronbach*) (Pacico et al., 2015). Foram também analisadas evidências baseadas nas relações com outras variáveis (validade convergente).

Para avaliar a adequação da matriz de correlações para realização da análise fatorial exploratória, foram realizados os testes *Kaiser-Meyer-Olkin* de adequação de amostragem (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett. O teste de *Bartlett* confirmou a adequação da base de dados para redução, indicando o resultado de $p < 0,0001$. O KMO foi 0,892, confirmando a fatorabilidade da matriz de correlações. O método de extração utilizado foi o de análise de componente principal. Uma vez que não havia base teórica para o pressuposto de ortogonalidade (independência entre os fatores), a análise fatorial exploratória adotou o método de rotações oblíquas (*Oblimin* direto). Para retenção de fatores adotou-se o critério do *eigenvalue* $> 1,0$.

Para identificar evidências baseadas nas relações com outras variáveis (validade convergente), os resultados obtidos com a TPOCS-A foram correlacionados com os resultados obtidos nas mesmas sessões com os nove itens do CPQ (Pacico et al., 2015). Os itens do CPQ utilizados relacionados ao vínculo foram: Item 1 - A criança expressa sentimentos negativos (ex. crítica, hostilidade) em direção ao terapeuta (vs. expressa aprovação ou admiração); Item 20 - A criança é provocadora; desafia as regras e limites da sessão; Item 41 - A criança não se sente compreendida pelo terapeuta; Item 44 - A criança se sente cautelosa ou desconfiada (vs. confiante e segura); Item 49 - A criança transmite ou expressa sentimentos confusos ou conflituosos sobre o terapeuta; Item 64 - A criança inclui o terapeuta no jogo. Os itens do CPQ

relacionados às atividades terapêuticas foram: Item 23 - A sessão terapêutica tem um tema ou foco específico; Item 58 - A criança parece relutante em examinar pensamentos, reações ou motivações relacionadas aos problemas; Item 88 - O material da sessão é significativo em relação aos conflitos da criança. As codificações das sessões de acordo com o CPQ já haviam sido previamente realizadas em estudo anterior, e compunham o banco de dados analisados no presente estudo. Uma vez que os pressupostos de normalidade não foram atendidos, foi utilizado o teste de correlação de *Spearman*. Todas as análises foram realizadas utilizando o programa estatístico SPSS, versão 23.0.

O estudo que deu origem ao banco de dados foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da universidade (Parecer CAAE número 02873112.8.0000.5344). Todos os participantes, incluindo as terapeutas, as crianças e seus pais estavam cientes e concordaram com o armazenamento das sessões no banco de dados e sua utilização para estudos futuros sobre psicoterapia, resguardadas todas as condições de sigilo e confidencialidade.

Resultados

Tradução da TPOCS-A

Na tradução do instrumento, dos nove itens, cinco foram ajustados para assegurar a equivalência semântica. Posteriormente, com base na análise do comitê de experts, dois termos foram ajustados, visando a preservar sua equivalência experiencial. O termo “*client*”, traduzido inicialmente como “cliente”, foi substituído por “paciente”, considerado mais abrangente em nosso contexto, já que “cliente” é mais utilizado por terapeutas da abordagem cognitivo-comportamental. Da mesma forma, a expressão “tarefas terapêuticas” (*therapeutic tasks* no original) gerou dúvidas no comitê de *experts*, por não representar as atividades das sessões de diferentes abordagens teóricas. Consequentemente, optou-se por adotar “atividades/tarefas terapêuticas”, contemplando desta forma um espectro mais amplo de ações na sessão, e pelo

fato de a expressão “atividades” ser utilizada no manual do instrumento elaborado pelos autores, na explicação dos itens.

De modo geral, os especialistas consideraram a TPOCS-A precisa e seus itens pertinentes para avaliação da AT, endossando-a como um instrumento válido para análise dessa dimensão do processo terapêutico de crianças. A versão final dos itens foi formulada da seguinte forma:

Parte I – Vínculo: R1. Em que medida o paciente indicou que ele/ela experimenta o terapeuta como compreensivo e/ou suportivo? R2. Em que medida o paciente agiu de maneira hostil, crítica ou defensiva em direção ao terapeuta? R3. Em que medida o paciente demonstrou afeto positivo em relação ao terapeuta? R4. Em que medida o paciente compartilhou sua experiência com o terapeuta? R5. Em que medida o paciente pareceu desconfortável quando interagindo com o terapeuta? R6. Em que medida o terapeuta e o paciente pareceram ansiosos ou desconfortáveis interagindo um com o outro?

Parte II – Tarefas terapêuticas: R1. Em que medida o paciente utilizou as atividades/tarefas terapêuticas para produzir mudanças fora da sessão? R2. Em que medida o paciente não cumpriu atividades/tarefas terapêuticas? R3. Em que medida o terapeuta e o paciente trabalharam juntos igualmente nas atividades/tarefas terapêuticas?

Fidedignidade do Avaliador

O grau de concordância entre os juízes que analisaram as sessões de acordo com a TPOCS-A foi altamente satisfatório. O teste de correlações intraclasse indicou uma média na concordância interavaliadores de 0,88 (*alpha de Cronbach*) com *DP*=0,09, variando de 0,70 a 0,99. A Tabela 1 mostra esses resultados para cada caso do estudo piloto.

Tabela 1*Resultados do ICC na Aplicação da TPOCS-A Para Cada Caso Analisado*

Caso (N de sessões)	ICC (DP)	Valor mínimo e máximo (IC = 95%)
Alice (20)	0,94 (0,04)	0,88 a 0,96
Antônio (29)	0,84 (0,09)	0,70 a 0,97
Pedro (76)	0,84 (0,07)	0,71 a 0,97
Walter (79)	0,89 (0,09)	0,70 a 0,99
Todos os casos (204)	0,88 (0,09)	0,70 a 0,99

Nota. ICC = coeficiente de correlação intraclasse; IC = Intervalo de Confiança.

Validade dos Resultados Obtidos com o Teste

O teste de *Spearman*, que analisou a correlação dos resultados da TPOCS-A com os obtidos com o CPQ, resultou em $\rho = 0,50$, $p < 0,01$, na análise global da TPOCS-A em relação aos nove itens do CPQ. Quando se considerou a subescala Vínculo, correlacionando-a com itens similares do CPQ, o resultado foi $\rho = 0,48$, $p < 0,01$ e com relação à subescala Tarefas Terapêuticas o resultado foi $\rho = 0,43$, $p < 0,01$.

A análise fatorial exploratória resultou em apenas um fator, com autovalor maior que um, e variância total explicada de 62,24%. A carga fatorial de cada item da TPOCS-A foi a seguinte: I-R1 = 0,82; I-R2 = 0,75; I-R3 = 0,82; I-R4 = 0,82; I-R5 = 0,72; I-R6 = 0,82; II-R1 = 0,84; II-R2 = 0,77; e II-R3 = 0,83.

A análise da consistência interna do fator resultou num coeficiente alfa de 0,998. A análise de consistência interna da TPOCS-A identificou um coeficiente *alfa de Cronbach* excelente, de 0,93 (Zanon & Hauck, 2015). Quanto às subescalas, os resultados foram também bastante satisfatórios, sendo o coeficiente *alfa de Cronbach* da subescala Vínculo igual a 0,89 e o da subescala Tarefas Terapêuticas igual a 0,84. A consistência interna também foi analisada

em relação aos resultados obtidos em cada um dos quatro casos. Esses resultados estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2

Consistência Interna da TPOCS-A no Conjunto de Sessões de Cada Caso Analisado

Paciente	Número de Sessões	Coeficiente alfa TPOCS-A Global	Coeficiente alfa Subescala Vínculo	Coeficiente alfa Subescala Tarefas Terapêuticas
Alice	20	0,85	0,84	0,31
Antônio	29	0,91	0,90	0,80
Pedro	76	0,86	0,79	0,69
Walter	79	0,94	0,91	0,88

Discussão

Este estudo teve como objetivo realizar a adaptação transcultural da TPOCS-A para o Português Brasileiro e avaliar sua confiabilidade e evidências de validade da versão adaptada. A versão adaptada da TPOCS-A correspondeu aos critérios propostos por Borsa et al. (2012), apresentando boa equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual. Os pequenos ajustes formulados a partir da análise do comitê de *experts* contribuíram para incrementar a clareza do instrumento em nosso contexto sem, contudo, comprometer o sentido dos enunciados. A versão adaptada foi aprovada na íntegra pelo autor do instrumento.

Nesse sentido, a aplicação da escala no estudo piloto corroborou sua utilidade para avaliação da AT, de acordo com a visão dos juízes que colaboraram nesse estudo. Além disso, a análise de fidedignidade do avaliador, medida pelo ICC, resultou numa média global de 0,88, índice considerado bastante satisfatório (Koo & Li, 2016; Zanon & Hauck, 2015). Ao

considerarmos o conjunto de sessões dos casos individualmente, os resultados foram igualmente satisfatórios, variando de 0,84 a 0,94.

Esses resultados foram superiores aos relatados por McLeod e Weisz (2005), que identificaram um índice de 0,59 (DP = 0,10). Foram próximos aos resultados relatados em estudos subsequentes com a TPOCS-A, como o estudo de Chiu et al. (2009), que reportaram uma média 0,71 (DP = 0,13) num estudo que analisou 123 sessões de psicoterapia de crianças, variando de 0,49 a 0,85. Resultado semelhante foi encontrado por Langer et al. (2011), que relataram confiabilidade interavaliadores (ICC) de 0,80, e por Liber et al. (2007), que encontraram um índice de 0,81 na versão holandesa da TPOCS-A. Fjermestad et al. (2012), que analisaram a fidedignidade do avaliador para cada item da TPOCS-A, numa amostra de 52 crianças em psicoterapia para transtornos de ansiedade, descreveram índices que variaram de 0,54 (itens I-R1 e I -R2) a 0,93 (item II – R2). Uma hipótese que pode ser levantada para explicar as diferenças entre alguns estudos diz respeito à experiência clínica dos avaliadores, principalmente com psicoterapia de crianças. Além disso, diferenças quanto ao treinamento recebido para utilizar a escala também podem contribuir para explicar tais diferenças.

A análise de validade convergente, neste estudo, foi examinada em relação ao resultado obtido em nove dos 100 itens que compõem o CPQ, medida de processo terapêutico para tratamento de crianças. A correlação de *Spearman* resultou em $\rho = 0,50$ ($p < 0,01$) para a escala global, $\rho = 0,48$, ($p < 0,01$) para a subescala Vínculo e $\rho = 0,43$ ($p < 0,01$) para a subescala Tarefas Terapêuticas. Tais correlações são semelhantes às aquelas encontradas pelos autores do instrumento (McLeod e Weisz, 2005). Comparando os resultados obtidos com a TPOCS-A e a TASC, os autores encontraram uma correlação de 0,53 ($p < 0,02$) para a escala global, 0,51 ($p < 0,02$) para a subescala Vínculo e 0,66 ($p < 0,01$) para a subescala Tarefas.

Neste estudo, ao interpretarmos as correlações moderadas identificadas, devemos considerar que os itens do CPQ recebem uma distribuição forçada, que limita o número de itens considerados mais e menos característicos de cada sessão, e que recebem as pontuações mais altas ou mais baixas. Se a forma de pontuação fosse numa escala *Likert*, como é o caso da TPOCS-A, seria possível que encontrássemos escores ainda mais semelhantes entre os dois instrumentos para os itens considerados sobre AT. Mesmo assim, observa-se que houve um grau de correlação significativo entre ambos.

Um outro aspecto a ser considerado é que não existe um critério de corte claro para interpretar coeficientes de validade ao determinar validade convergente, conforme Ary et al. (2010). Para esses autores, coeficientes acima de 0,40 têm sido sugeridos como indicando validade satisfatória. Nesse sentido, e também com base no critério de Ary et al. (2010), Fjermestad et al. (2012) identificaram um índice de 0,52 ao examinar a validade convergente entre a TPOCS-A e a TASC-C, o que argumenta em favor dos resultados do presente estudo.

Quanto à consistência interna da versão brasileira da TPOCS-A, o resultado da análise indicou um coeficiente alfa excelente, de 0,93 (Zanon & Hauck, 2015). Da mesma forma, a análise da consistência interna das subescalas indicou resultados bastante satisfatórios: 0,89 e 0,84, para as subescalas Vínculo e Tarefas Terapêuticas, respectivamente. Esses resultados foram bastante semelhantes aos relatados em diferentes estudos na literatura, cujos coeficientes variaram de 0,95 a 0,91 para a escala global (Chiu et al., 2009; Fjermestad et al., 2012; Langer et al., 2011; Liber et al., 2007; McLeod & Weisz, 2005).

A consistência interna da TPOCS-A também ficou evidenciada quando se analisou a AT em cada psicoterapia individualmente. Neste caso, para a escala global, os coeficientes variaram de 0,85 (na psicoterapia de Alice) a 0,94 (na psicoterapia de Walter). Na subescala Vínculo todos os coeficientes corroboraram a consistência interna da escala, como mostra a

Tabela 2, sendo que na subescala Tarefas foi identificado um coeficiente de 0,31 na psicoterapia de Alice. Uma hipótese para explicar esse resultado diz respeito ao menor número de sessões analisadas neste caso (apenas 20), ou ainda o fato de que os escores de AT nessa psicoterapia foram altos no geral, em todas as sessões.

A validade de constructo da TPOCS-A também foi examinada com base numa análise fatorial exploratória. Na mesma linha de estudos anteriores, foi identificada uma solução de um fator, capaz de explicar a variância de mais de 60% dos dados. McLeod e Weisz (2005) assinalaram a interdependência entre as escalas vínculo e tarefas, e Fjermestad et al. (2012) encontraram também uma solução de um fator em seu estudo. Para esses autores, na psicoterapia de crianças, não é possível segmentar a AT em diferentes dimensões como acontece na psicoterapia de adultos (em que se aborda a AT considerando as dimensões do vínculo, dos objetivos e da tarefa). Assim, o presente estudo contribui para confirmar um pequeno, mas crescente corpo de evidências, que tem sugerido que a AT na psicoterapia de jovens pode ser mais bem definida por um único fator. Isso é verdadeiro mesmo quando a aliança é avaliada por uma medida de autorrelato, e tem sido reportado em diferentes estudos e com base em instrumentos diferentes (Faw et al., 2005; Hogue et al., 2006).

Este achado é importante, considerando suas implicações para a prática clínica. Se não for possível estabelecer um vínculo positivo entre o terapeuta e a criança, com base nesses resultados é possível prever que haverá mais dificuldades para engajar a criança nas atividades da psicoterapia e atingir melhores resultados. Isso também foi identificado no estudo de Halfon (2021). Da mesma forma, a maior dificuldade de compreensão e/ou de comprometimento com as atividades terapêuticas poderá impactar o vínculo terapeuta-paciente, fragilizando a qualidade da aliança terapêutica como um todo.

Com base nos resultados discutidos acima, considera-se que a versão brasileira da TPOCS-A se mostrou uma medida válida e confiável da aliança entre o terapeuta e a criança na psicoterapia dessa faixa etária. Os estudos de processo terapêutico e de resultados, voltados para esse público, são muito mais escassos comparados aos estudos com foco em adultos, e uma das razões é a falta de instrumentos. A TPOCS-A contribui para o preenchimento dessa lacuna, embora possua algumas desvantagens. A principal é que necessita que as sessões de psicoterapia sejam filmadas. Além disso, sua aplicação é onerosa, pois demanda treinamento e um tempo significativo, que inclui assistir o vídeo da sessão por inteiro para que possa ser codificada.

Por outro lado, traz a vantagem de poder ser utilizada por um observador externo, livre dos vieses de quem está envolvido na relação terapêutica e sob o impacto da transferência e da contratransferência. Deve-se considerar, também, que não necessariamente ela precisa ser aplicada em todas ou quase todas as sessões de uma psicoterapia, como neste estudo. A TPOCS-A pode ser utilizada em sessões do início, do meio e do final, e fornece bons indicadores da qualidade da AT nesse processo. Numerosos estudos sobre AT avaliam esse construto dessa forma.

Algumas limitações do estudo devem ser pontuadas. Embora tenha sido examinado um número significativo de sessões (204), ele é referido a quatro casos, ou seja, quatro processos terapêuticos. Futuros estudos, envolvendo um maior número de casos e uma maior diversidade clínica dos pacientes poderão contribuir para elucidar as potencialidades e limitações da escala. Também é recomendável aplicá-la a tratamentos que sigam abordagens teórico-técnicas diferentes, verificando-se se suas propriedades psicométricas se mantêm.

Sugere-se que futuros estudos sobre AT possam também correlacionar as pontuações da aliança atribuídas por codificadores treinados com os relatos dos terapeutas, assim como investigar a relação entre a aliança, os níveis de adesão ao tratamento, e os resultados das psicoterapias. Ademais, considera-se relevante incluir a avaliação de fatores que possam interferir na AT, tais como variáveis do terapeuta e o próprio funcionamento psíquico do paciente.

Considerações Finais

O presente estudo revelou que a versão brasileira da TPOCS-A se mostrou uma medida válida e confiável da AT entre o terapeuta e a criança em psicoterapia. Foram identificadas evidências de fidedignidade do avaliador, e evidências de validade dos resultados obtidos com a escala com base em variáveis externas e baseadas na sua estrutura interna.

Embora conceitualmente a AT seja um constructo limite, intimamente conectado a outras dimensões da relação terapeuta-paciente, na prática tem sido o constructo mais investigado do processo terapêutico, especialmente em psicoterapia de adultos. No caso do tratamento de crianças, tem sido menos investigado, e a razão principal é a ausência de instrumentos disponíveis, lacuna a qual o presente estudo contribui para preencher.

Os resultados do presente estudo têm implicações clínicas e de pesquisa. A AT é um dos fatores comuns mais estudados em pesquisas em psicoterapia, assim como as associações entre a qualidade da aliança e os resultados do tratamento. Diante das evidências presentes na literatura, somadas aos resultados acerca das qualidades psicométricas da versão brasileira obtidas por este estudo, espera-se que psicoterapeutas e pesquisadores considerem incluir a avaliação da AT em sua prática profissional, tomando-a como uma medida valiosa para compreender as respostas individuais aos tratamentos propostos.

Referências

- Ary, D., Jacobs, L. C., & Razavieh, A. (2010). *Introduction to research in education*. Harcourt.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *Wiley series on personality processes. The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 13-37). John Wiley & Sons.
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: Algumas considerações. *Paidéia*, 22(53), 423–432. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2012000300014>
- Chethik, M. (2003). *Techniques of child therapy: Psychodynamic strategies* (2ª ed.). Guilford Press.
- Chiu, A. W., McLeod, B. D., Har, K., & Wood, J. J. (2009). Child-therapist alliance and clinical outcomes in cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 751–758. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01996.x>
- Estrada, A., & Russell, R. (1999). The development of the Child Psychotherapy Process Scales (CPPS). *Psychotherapy Research*, 9(2), 154–166. <https://doi.org/10.1093/ptr/9.2.154>
- Faw, L., Hogue, A., Johnson, S., Diamond, G. M., & Liddle, H. A. (2005). The Adolescent Therapeutic Alliance Scale (ATAS): Initial psychometrics and prediction of outcome in family-based substance abuse prevention counseling. *Psychotherapy Research*, 15, 141–154. <https://doi.org/10.1080/10503300512331326994>
- Figueiredo, B., Dias, P., Lima, V. S., & Lamela, D. (2016). Working Alliance Inventory For

- Children And Adolescents (WAI-CA): Development and psychometric properties. *European Journal of Psychological Assessment*, 35(1), 22–28. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000364>
- Fjermestad, K. W., McLeod, B. D., Heiervang, E. R., Havik, O. E., Öst, L. G., & Haugland, B. S. (2012). Factor structure and validity of the therapy process observational coding system for Child Psychotherapy–Alliance Scale. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(2), 246–254. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.651999>
- Goodman, G., & Athey-Lloyd, L. (2011). Interaction structures between a child and two therapists in the psychodynamic treatment of a child with Asperger’s disorder. *Journal of Child Psychotherapy*, 37(3), 311–326. <https://doi.org/10.1080/0075417X.2011.614749>
- Goodman, G., Midgley, N., & Schneider, C. (2016). Expert clinicians’ prototypes of an ideal child treatment in psychodynamic and CBT: Is mentalization seen as a common process factor? *Psychotherapy Research*, 26(5), 590–601. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1049672>
- Greenson, R. R. (2017). The working alliance and the transference neurosis. *The Psychoanalytic Quarterly*, 34(2), 155–181. (Original publicado em 1965). <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2008.tb00334.x>
- Halfon, S. (2021). Psychodynamic technique and therapeutic alliance in prediction of outcome in psychodynamic child psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(2), 96–109. <https://doi.org/10.1037/ccp0000620>

-
- Halfon, S., Goodman, G., & Bulut, P. (2020). Interaction structures as predictors of outcome in a naturalistic study of psychodynamic child psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 30(1-2), 251–266. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1519267>
- Hayes, J. (2017). What leads to change? I. Common factors in child therapy. In N. Midgley, J. Hayes, & M. Cooper (Eds.), *Essential Research Findings in Child and Adolescent Counselling and Psychotherapy* (pp.119-147). Sage.
- Hogue, A., Dauber, S., Stambaugh, L. F., Cecero, J. J., & Liddle, H. A. (2006). Early therapeutic alliance and treatment outcome in individual and family therapy for adolescent behavior problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 121–129. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.1.121>
- Hurley, K. D., Lambert, M. C., Van Ryzin, M., Sullivan, J., & Stevens, A. (2013). Therapeutic alliance between youth and staff in residential group care: Psychometrics of the therapeutic alliance quality scale. *Children and Youth Services Review*, 35(1), 56–64. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.10.009>
- Karver, M. S., De Nadai, A. S., Monahan, M., & Shirk, S. R. (2018). Meta-analysis of the prospective relation between alliance and outcome in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy*, 55(4), 341–355. <https://doi.org/10.1037/pst0000176>
- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, J. B., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, 26, 50–65. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.09.001>
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 62(1), 100–110. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.1.100>

-
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Langer, D. A., McLeod, B. D., & Weisz, J. R. (2011). Do treatment manuals undermine youth–therapist alliance in community clinical practice? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 427–432. <https://doi.org/10.1037/a0023821>
- Liber, J. M., Van der Leeden, A. J. M., Sauter, F., & Treffers, P. D. A. (2007). Therapeutische alliantie: de TPOCS-A. Een observatie-codeersysteem voor het beoordelen van de band tussen cliënt en therapeut bij kinderpsychotherapie. *Kind en Adolescent*, 28, 21–32. <https://doi.org/10.1007/BF03061007>
- McLeod, B. D. (2010). *Scoring Manual for the TPOCS-A*. (Manuscrito não publicado). Virginia Commonwealth University.
- McLeod, B. D. (2011). Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(4), 603–616. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.02.001>
- McLeod, B. D., & Weisz, J. R. (2005). The therapy process observational coding system–alliance scale: Measure characteristics and prediction of outcome in usual clinical practice. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(2), 323–333. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.2.323>
- Pacico, J. C., Hutz, C. S., Schneider, A. M. A., & Bandeira, D. R. (2015). Validade. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, & C. M. Trentini (Eds.), *Psicometria*. (pp. 71-84). Artmed.

- Ramires, V. R. R. & Schneider, C. (2016). Psicoterapia de Crianças: Desenvolvimento da Versão em Português do Child Psychotherapy Q-Set. *Psicologia: Teoria e Pesquisa (Brasília. Online)*, 32(3), 1–10. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-3772e323218>
- Roest, J., Helm, P., van der, Strijbosch, E., Brandenburg, M., van, & Stams, G. J. (2016). Measuring therapeutic alliance with children in residential treatment and therapeutic day care: A validation study of the Children's Alliance Questionnaire. *Research on Social Work Practice*, 26(2), 212–218. <https://doi.org/10.1177/1049731514540478>
- Schmidt, F. D., Gastaud, M. B., & Ramires, V. R. R. (2018). Interaction structures in the psychodynamic psychotherapy of a girl diagnosed with adjustment disorder. *Temas em Psicologia*, 26(2), 719–734. <https://doi.org/10.9788/tp2018.2-07pt>
- Schneider, C., & Jones, E. E. (2012). Appendix IB. Child Psychotherapy Q-Set. Coding Manual. In R. A. Levy, J. S. Ablon, & H. Kächele (Eds), *Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence*. (pp 611–626). Humana Press.
- Shelef, K., & Diamond, G. M. (2008). Short form of the revised Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale: Development, reliability, and validity. *Psychotherapy Research*, 18(4), 433–443. <https://doi.org/10.1080/10503300701810801>
- Shirk, S. R., & Saiz, C. C. (1992). Clinical, empirical, and developmental perspectives on the therapeutic relationship in child psychotherapy. *Development and Psychopathology*, 4(4), 713–728. <https://doi.org/10.1017/S0954579400004946>
- Shirk, S. R., Karver, M. S., & Brown, R. (2011). The alliance in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 17–24. <https://doi.org/10.1037/a0022181>
- Zanon, C., & Hauck, N. (2015). Fidedignidade. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, & C. M. Trentini (Eds.), *Psicometria* (pp. 85–96). Artmed.