



ARTIGO ORIGINAL

O vínculo terapêutico nas terapias cognitivas

The therapeutic relationship in cognitive therapy

Diana Lopes Alves^a

^a Especialista em Terapia Cognitiva

Instituição: CeTePo (Centro de Terapia Cognitiva Posracionalista – Roma, Itália)

Resumo

O presente artigo, por meio de consulta à literatura específica sobre o tema, tratou de pesquisar a vinculação terapêutica na abordagem cognitiva. No desenvolvimento do trabalho, foram abordados os seguintes aspectos: como a aliança terapêutica foi concebida no contexto das terapias cognitivas; o papel do terapeuta na relação terapêutica; e como se constrói a vinculação terapêutica. A boa relação terapêutica é considerada por muitos autores como um preditor de sucesso do processo psicoterápico. No entanto, para se construir o vínculo deve-se considerar importantes aspectos, tais como: o cuidado precoce da relação, características específicas e individuais da terapia e do terapeuta. Ainda, constatou-se, na conclusão do artigo, a pouca produção na língua portuguesa e o impacto do vínculo na condição do terapeuta. No âmbito teórico da abordagem cognitiva: a diferença na importância e na ênfase da vinculação entre a terapia cognitiva de cunho racionalista e a perspectiva construtivista.

Palavras-chave: Terapia cognitivo-comportamental. Vínculo terapêutico. Terapia cognitiva. Empatia. Relação terapêutica.

Abstract

This review of the literature addresses the issue of therapeutic alliance within the cognitive approach. The following themes were addressed: how is the therapeutic alliance conceived in the context of cognitive therapies; the cognitive therapist's role in forming the therapeutic relationship; and how to build a therapeutic bond. A good therapeutic relationship is considered by many authors as a predictor of success in the psychotherapeutic process. However, to form a bond with the patient, some important aspects have to be considered, such as the early care with the relationship and specific characteristics of the therapy and the therapist. It was also concluded that the literature in the Portuguese language is sparse and that the bond has an impact on the therapist. It is also discussed that the rationalist and the constructivist approaches to cognitive therapy lay different importance and emphasis on the therapeutic bond.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy. Therapeutic bond. Cognitive therapy. Empathy. Therapeutic relationship.

Introdução

O interesse de discorrer acerca da importância da relação terapêutica nos contextos das terapias cognitivas está associado não apenas pelo interesse ao tema, como também a partir do resultado de constatação empírica em consultório durante o andamento das sessões. Tal experiência estimulou embasamento teórico sobre o assunto na prática clínica e a leitura de vários autores. O envolvimento com o assunto aponta que, sob o ângulo de diversas abordagens psicológicas, a aliança terapêutica é tida como um preditor no êxito dos tratamentos e está associada aos bons resultados de um tratamento psicoterápico⁸.

O conceito de aliança terapêutica foi construído ao longo do século XX. Pioneiro, Freud menciona, em seu trabalho "The dynamics of transference" (1912), a importância de o analista manter o interesse e uma atitude compreensiva em relação ao paciente para que de forma mais saudável seja estabelecida uma relação positiva entre ambos. Afirmou, ainda, em suas primeiras publicações sobre o assunto, que o afeto do paciente por seu terapeuta era uma forma benéfica e positiva de transferência, concedendo autoridade/poder ao analista².

Antes de Freud, filósofos do século XIX já ressaltavam a importância da intuição e de respostas subjetivas para a compreensão de outra pessoa durante uma sessão terapêutica. Mais tarde, esse conceito foi entendido como empatia, sendo posteriormente incorporado à terapia psicanalítica por Freud como transferência e contratransferência, desde que mantida "certa distância", o que tem sido aceito por quase todos os teóricos psicodinâmicos⁸.

A partir de uma revisão bibliográfica sobre o "vínculo terapêutico" (relação terapêutica/aliança terapêutica), constatou-se que o aspecto transferencial enfatizava e favorecia, sob a perspectiva da teoria freudiana, a aceitação das explicações e interpretações do terapeuta pelo paciente. Entretanto, à medida que a presente pesquisa avançava sob a perspectiva histórica, percebeu-se que este conceito de aliança terapêutica,

apesar de incorporado pela maioria das escolas psicoterapêuticas, foi se distanciando da leitura transferencial apresentada originalmente segundo a teoria de Freud.

Com isso, percebe-se que as teorias psicodinâmicas passam a ser focadas na redução do impulso, nos mecanismos defensivos, na estrutura de caráter ou na formação da relação². Em outras análises desenvolvidas nos últimos anos, muitos investigadores e teóricos têm começado a explorar o potencial valor da aliança terapêutica como um constructo psicoterapêutico geral. Não obstante, as distintas abordagens sobre a relação terapêutica denotam um ganho de *insight* e de efeitos terapêuticos¹⁵.

Outro aspecto a ser considerado é que não será objeto deste trabalho definir as várias formas de nomear ou mesmo dissecar a variedade de conceitos que se referem à relação terapêutica. Para a psicanálise, as expressões utilizadas são os termos como “transferência e contratransferência”, as quais também serão utilizadas por alguns autores cognitivos aqui estudados. Dessa forma, é importante esclarecer que são empregadas múltiplas formas para se referir ao “vínculo terapêutico” na literatura, sendo respeitado o termo utilizado por cada autor.

O critério acima descrito também será aplicado em relação às características que segundo os autores estudados facilitariam a vinculação, às características da relação e do terapeuta, por serem consideravelmente variáveis, aspectos para serem estudados em trabalhos posteriores.

Como enfoque deste artigo, a importância do vínculo terapêutico na abordagem cognitiva, foram consultados os trabalhos iniciais de Aaron Beck e seus colaboradores e as perspectivas construtivistas. A partir da pesquisa do citado autor, terapeutas cognitivos demonstram haver um maior interesse na relação terapêutica em resposta aos resultados das investigações, desenvolvimentos teóricos e necessidades práticas. Nos últimos anos, esse conceito tem sido desenvolvido por meio da investigação da confiabilidade e da validade das medidas da relação terapêutica também por outros autores das terapias cognitivas⁸.

Atualmente, apesar de haver algumas divergências entre os modelos psicoterápicos acerca do tema, os terapeutas cognitivos são confluentes no sentido de que uma boa relação entre o terapeuta e paciente se faz necessária para que haja um processo colaborativo no processo terapêutico⁶.

O desenvolvimento do trabalho terá como temas abordados os seguintes conceitos: a concepção da aliança terapêutica no contexto das terapias cognitivas; o papel do terapeuta na relação terapêutica; e como se constrói a vinculação terapêutica.

Referencial teórico

A chamada “revolução cognitiva” contribui na revitalização do interesse pela relação terapêutica. De fato, a orientação cognitiva (e mais concretamente as perspectivas construtivistas) considera a aliança terapêutica como o cerne do processo terapêutico²³. Acredita-se que esse interesse renovado não está alheio a algumas

conclusões obtidas a partir das investigações de resultados em psicoterapia nas últimas duas décadas. Nos anos que se seguem aos estudos do citado autor, o constructo de aliança foi progressivamente integrado a uma variedade de psicoterapias e tem fomentado a pesquisa para compreender os mecanismos de mudança, já que ainda não se demonstrou a sua real efetividade em um dado tratamento.

Na tentativa de explicar que a partir de intervenções terapêuticas diferentes pode haver resultados surpreendentemente similares em quase todas as variáveis medidas, diversos pesquisadores postularam que fatores não específicos, ou seja, comuns a todas as formas de terapia, podem representar um papel mais importante na melhora clínica do cliente do que os fatores específicos empregados (únicos para cada tipo de tratamento). Um dos fatores não específicos mais citados é a qualidade do relacionamento terapêutico⁸.

Assim, a psicoterapia não pode ser concebida sem considerar o estabelecimento de uma relação interpessoal entre cliente e terapeuta. A qualidade emocional e relacional do vínculo entre ambos é uma parte imprescindível para o êxito no processo psicoterápico. Na realidade, a investigação em psicoterapia indica que tal fato é um aspecto determinante da eficácia da terapia¹⁰.

Freeman e Dattillio corroboram com o exposto de que a importância do vínculo terapêutico na terapia cognitiva torna-se relevante na medida em que, como ocorre na maior parte das outras modalidades de terapia, um dos métodos iniciais do tratamento é desenvolver uma aproximação com o paciente. Isso é particularmente importante à luz do fato de que a terapia cognitiva envolve uma colaboração entre o cliente e o terapeuta que é essencial no processo de mudança¹³.

Afirmam ainda os autores que o desenvolvimento de um relacionamento de trabalho terapêutico é um pré-requisito necessário para qualquer tratamento e destacam que, no caso de pacientes gravemente perturbados, isso leva um período maior para acontecer. Os princípios sobre os quais relacionamentos com esses pacientes devem ser edificados baseiam-se na concepção de uma base segura. É a partir dessa base que o paciente será estimulado a explorar o seu próprio ambiente e construir um esquema próprio, autoconfiante¹³.

No que tange à “resistência”, para os cognitivistas refere-se a “qualquer ocorrência no comportamento, no pensamento, na emoção e no estilo interpessoal do paciente que interfere com a sua capacidade para utilizar o tratamento e adquirir habilidades em lidar com problemas fora da terapia e após a terapia haver terminado”²⁰. Segundo Beck, a princípio a resistência foi considerada fenômeno não desejável, devendo ser trabalhada em termos de solução de problemas para que não atrapalhasse o andamento da terapia. Essa não cooperação por parte do paciente poderia ser originada por fatores relacionados a si mesmo, ao terapeuta, como também à própria relação. De uma forma geral, os terapeutas cognitivos concordam que uma boa relação é necessária para uma experimentação colaborativa, marca da terapia cognitiva⁴.

Em consonância com esse olhar sobre a terapia cognitiva, promover uma estrutura racional e efetiva é também uma questão fundamental na terapia, tanto para o curso do tratamento quanto para a própria sessão de terapia. A medida assegura a continuidade e a concentração nas questões imediatas (que estão

sendo tratadas), e também maximiza a utilização de tempo e esforço. Uma vez estabelecida uma estrutura, o processo de colaboração é empregado fundamentalmente para ajudar o terapeuta e o cliente a desenvolver uma lista de problemas específicos que devem ser tratados durante a terapia¹³.

Beck e Freeman postulam que o terapeuta cognitivo reconhece e maneja a transferência para identificar esquemas disfuncionais⁷. O terapeuta deve procurar sinais indicadores de uma “cognição transferencial”, uma vez que essas reações abrem janelas para o mundo privado do paciente. Trazidas à tona, tais reações fornecem um rico material para o entendimento dos significados e crenças existentes por trás das reações idiossincráticas do paciente; por outro lado, caso não sejam exploradas, as interpretações distorcidas persistirão, podendo interferir na colaboração. O tipo de colaboração terapêutica que a terapia cognitiva propõe tende a reduzir os problemas e frustrações que a “transferência” e a “contratransferência” podem produzir sob o ponto de vista de Beck et al.⁶.

Ainda, o autor discorre sobre ser necessária a sintonia com o paciente e atentar para aquilo que é o tema mais importante a ser discutido pelo paciente durante uma determinada consulta. Considera o autor que, se o terapeuta adotar um esquema rígido/preciso ao conduzir uma sessão, pode criar uma distância excessiva entre ele e o paciente. Enfatiza que o profissional deve se empenhar no trabalho junto ao paciente em busca da solução da problemática proposta, e não de reformar o paciente⁴.

Com isso, a terapia cognitiva ocorre em um contexto interpessoal e é da maior importância que esse relacionamento seja terapêutico. Beck et al.⁶ observam que o terapeuta cognitivo que é caloroso, sincero e possui uma empatia acurada vai facilitar o tratamento. Coerente com isso, a confiança, o bom relacionamento e a colaboração são os principais sinais de interação entre o terapeuta cognitivo e o cliente, segundo Freeman e Dattillio¹³.

Em *Principi di terapia cognitiva*, Beck⁴ considera a colaboração terapêutica um componente importante na eficácia da psicoterapia, uma vez que o terapeuta pode ter uma perspectiva diferente do paciente e vice-versa. Assim, ambos deverão discutir o problema sendo tratado como finalidade da terapia e como poderão alcançá-lo. Inclusive, devem entrar também em acordo sobre a expectativa de duração do processo terapêutico. Por isso, será importante que o terapeuta prepare o paciente sobre o tipo de terapia escolhida para que aumente sua eficácia, tudo isso como forma de fortalecer a relação terapêutica.

Outro destaque dado pelo autor na citada obra em relação à colaboração na terapia cognitiva é o feedback. Ele pode ser uma preciosa ferramenta, em relação às técnicas psicoterápicas, para se obter do paciente informações importantes sobre os pensamentos e sentimentos do paciente. Além disso, a ênfase na abordagem colaborativa reduz a tendência do paciente a projetar o terapeuta no papel de um “super-homem”. Assim, a fim de viabilizar um resultado mais favorável, o psicoterapeuta deverá adotar as seguintes características: calor humano sincero, aceitação e uma verdadeira empatia⁴.

Esse processo, conforme o teórico, que envolve a dupla-exploração e a dupla-elaboração, serve como

base de apoio ao processo psicoterapêutico e ambas derivam do desenvolvimento de uma forte relação de trabalho. Soma-se a isso uma atitude inquiridora – uma curiosidade ou fascinação com a perspectiva do cliente e suas implicações.

O autor também percebe que a atitude de aproximação aos processos de construção do cliente (que a teoria dos construtos pessoais propõe) valoriza, assim, a necessidade de o terapeuta entender/compreender/assimilar as teorias do cliente, incluindo a teoria sobre a sua própria mudança na terapia. Ao longo desse processo, a relação estabelecida entre terapeuta e cliente deve apresentar um caráter colaborativo, assumindo, tanto o terapeuta como o cliente, um papel ativo para a mudança terapêutica⁴.

Essa acepção de atuação da psicologia clínica, mais especificamente da psicoterapia, considera que a aliança terapêutica é uma construção conjunta entre paciente e terapeuta. Destarte, as expectativas, as opiniões, as construções que ambos desenvolvem sobre o trabalho que estão realizando, as impressões que um tem do outro, bem como a relação estabelecida, resultam relevantes não apenas para o estabelecimento da aliança terapêutica como também influencia em como a aliança modula a relação²⁷.

Na teoria dos construtos pessoais de Kelly²¹, considera-se o ser humano como uma entidade em permanente movimento, antecipando e construindo as suas experiências. Neste contexto, o homem tem a oportunidade de criar ou reconstruir o conhecimento sobre si mesmo e sobre os outros. De acordo com esse autor, a psicoterapia é entendida como um processo de reconstrução dos significados em que o cliente dá sentido a sua experiência e ao mundo.

Neste contexto, Corbella et al.¹⁰ afirmam que o terapeuta intervém de modo a favorecer a validação ou invalidação das teorias pessoais do cliente. Isso favorece a construção/reconstrução do seu sistema de significação fazendo com que, dessa forma, ocorram mudanças na construção da experiência do cliente através do diálogo colaborativo. No mesmo sentido, Neimeyer²⁴ considera que a psicoterapia pode ser entendida como uma forma de colaboração na construção e reconstrução de significados, no âmbito de uma relação temporária.

Se para garantir o sucesso do processo psicoterápico deve-se considerar a qualidade da vinculação entre paciente e terapeuta, outros elementos de uma relação interpessoal deverão ser igualmente apreciados – tanto as histórias pessoais do paciente como as do terapeuta terão influência na capacidade de ambos para desenvolver uma boa aliança terapêutica. Somam-se a isso as qualidades pessoais do terapeuta e do paciente, que podem interatuar para o estabelecimento do sucesso da relação terapêutica²⁷.

Outro aspecto a ser destacado sobre a importância do vínculo se refere à perturbação emotiva que nasce da relação terapêutica – que é uma relação real como todas as relações humanas. Essa é também uma relação bastante específica e característica entre as relações humanas. Pode, inclusive, chegar a um nível de intimidade e de confiança que são encontrados em poucas relações e, por isso, origina uma dinâmica emotiva muito forte. É uma relação na qual se desenvolve um nível de intimidade e confiança por parte do paciente que provavelmente não se desenvolverá em nenhuma relação afetiva ou de amizade. Nenhuma relação chega

a um nível de profundidade desse tipo e isso fornece uma qualidade particular à relação em questão¹⁸.

De acordo com os conceitos trazidos pela terapia cognitivo-comportamental, tem-se separado fatores não específicos dos específicos, ou seja, separação do papel da aliança e da técnica, sendo esta última apontada como a agente central de mudança. Em *Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade*, Beck e Alford⁵ afirmam, por exemplo, que o processo de terapia comumente denominado de “relação terapêutica” ou aliança é básico e simplesmente uma troca de informações entre terapeuta e paciente independente de conteúdo. A relação terapeuta-paciente, entretanto, não constitui o contexto total da vida do paciente. E esse fato pode ter induzido estudiosos acerca do assunto a não enfatizarem a importância da aliança terapêutica, o que pode ser constatado em publicações de trabalhos sobre o tema no Brasil.

No entanto, atualmente, muitos terapeutas cognitivo-comportamentais conceitualizam a aliança como uma parte integrada ao tratamento, que pode ser usada conjuntamente com a técnica para conduzir à mudança. Acreditam que, por meio da relação empática, podem ser empregadas intervenções técnicas para auxiliar os pacientes a resolver problemas pessoais e modificar seus pensamentos, sentimentos e comportamentos disfuncionais. Nessa concepção, as intervenções empáticas são especialmente importantes em duas situações: sempre que os pacientes expressarem desconfiança ou raiva para com seus terapeutas; ou sempre que os pacientes estiverem chateados e precisarem espairer, estando ou não em conflito com seus terapeutas²⁰.

No que se refere à empatia, elemento importante para o estabelecimento de uma boa relação terapêutica, avalia-se que está particularmente ligada a um bom compromisso e é descrita como a capacidade de o terapeuta adentrar e entender, tanto afetiva como cognitivamente, o mundo do cliente. O compromisso requer também a discussão do terapeuta e o acordo dos objetivos da terapia do cliente. Estudos evidenciam o quanto é importante priorizar o estabelecimento precoce de um acordo entre ambos na terapia¹².

Torna-se importante observar, neste sentido, que a empatia terapêutica, em geral, é um conceito central em psicoterapia. Certamente, os terapeutas deveriam utilizar toda a informação disponível para o entendimento e a conceituação de seus pacientes, incluindo suas próprias respostas subjetivas durante as sessões. Essas respostas fornecem uma fonte de informação não verbalizada sobre a qualidade e a natureza do relacionamento terapêutico¹⁷.

O terapeuta não pode compreender os processos centrais do outro sem engajar-se neles. Uma vez que o processo está intimamente ligado à emoção, terapeuta e cliente devem experienciar emoções similares. Pelo fato de a realidade que vem sendo construída naquele momento ser uma cocriação que ocorre através da interação dinâmica entre os participantes, se o terapeuta não se aproximar da experiência do cliente, isso determinará que nenhum dos dois participantes experiencie o “processo” inerente à relação de papéis. Neste caso, ambos os participantes provavelmente estarão participando em si próprios e no outro de uma forma estática¹⁵.

Portanto, a distinção entre as intervenções técnicas e as empáticas é um tanto artificial, porque esses

dois modos são idealmente integrados. Qualquer técnica cognitiva ou comportamental não fundamentada no contexto de um relacionamento terapêutico de confiança estará fadada ao fracasso de acordo com as ideias apresentadas por Safran²⁷.

Outro ponto crucial para a obtenção de resultados satisfatórios na terapia é a expressão e aceitação emocional. Para alguns terapeutas, a relação é o veículo que permite apoio e expressão às emoções. A relação emocional é vista como uma experiência catártica, embora haja estudiosos que acreditam que a experiência emocional leve à mudança das condições e à habilitação do cliente para a exploração de visões alternativas de si mesmo⁸. Afinal, para os autores, mesmo em uma forma de terapia altamente técnica, tal como a terapia cognitivo-comportamental, a qualidade do relacionamento terapêutico tem um impacto substancial no grau de recuperação clínica.

Conclui Neimeyer²⁵ que, a partir daí, o terapeuta desenvolve um tipo de experimentação colaboradora, estabelecendo um relacionamento ativo que transporta uma vontade de unir-se ao cliente em um processo exploratório que pode procurar testar ou transcender as limitações da visão do mundo pessoal do cliente.

Dessa forma, a aliança reflete três aspectos importantes do trabalho terapêutico, segundo Greenberg¹⁶: o vínculo ou os sentimentos que os participantes têm em relação um ao outro; o nível de acordo existente entre eles sobre os objetivos da terapia; e o modo como irão alcançar esses objetivos.

A partir desse novo delineamento da literatura, a colaboração entre terapeuta e cliente torna-se decisiva. É na relação de confiança e na comunicação entre terapeuta e cliente que a necessidade não se reduz a apenas formulação e exame das autonarrativas, mas também para sua reelaboração e renarração. O método da autoconfrontação é utilizado na forma de um procedimento relacional no qual terapeuta e cliente colaboram não apenas para investigar conteúdo e estrutura, bem como para o interesse no panorama geral das avaliações, que podem estimular a visão de novas relações, levando, dessa maneira, à renarração, que aprofunda a autonarrativa e a complementa com novos significados¹⁹.

Assim, o desenvolvimento da colaboração passa a ser considerado como um aspecto fundamental na relação terapêutica, pois se torna fulcral criar um clima emocional que proporcione um vínculo caloroso de confiança, como estabelecer um vínculo interpessoal ao longo da terapia a fim de que se torne possível o trabalho das emoções: tanto das emoções evitadas como emoções reguladas à superfície ou em profundidade¹⁶.

Na percepção de Balbi³, por meio de uma visão pós-racionalista da terapia cognitiva, durante a relação terapêutica há a possibilidade de o terapeuta funcionar tecnicamente como um “perturbador estrategicamente orientado”, citando Guidano. Esse procedimento, seguindo o curso de algumas mudanças emocionais do paciente (que o terapeuta percebe no contexto da relação terapêutica de modo a oferecer de forma gradual novas explicações alternativas de seu olhar ao próprio funcionamento), promove, pouco a pouco, um ponto de vista sobre ele mesmo.

No estágio de estabelecimento da relação terapêutica, quando o terapeuta cria um relacionamento

com o cliente, começa a nomear os problemas. Nessa fase, o terapeuta primeiro encontra o cliente e faz o importante trabalho de convidá-lo a adentrar a sala de sessão, estabelecendo o tom da terapia. Comumente, algum tipo de conflito não resolvido, confusão de identidade, ou experiência de crise faz a pessoa expor sua intimidade a um estranho. O que é preciso, portanto, é um clima de aceitação, respeito e segurança pessoal⁹.

Carlsen⁹ acentua, ainda, que, em uma vinculação satisfatória, as atividades exploratórias e tentativas de compartilhar, questionar e responder são iniciadas enquanto o terapeuta continua a cultivar um ambiente receptivo. Dentro dessa receptividade, as raízes da confiança são plantadas e fertilizadas em direção ao crescimento. O diálogo terapêutico (e tudo o que a expressão implica em termos de relação de ajuda) permanece fundamental, somando seu próprio momento à coleta de dados com um misto de depoimento e réplica, de questionamento e resposta, de sentimento e reação.

Todo esse envolvimento, segundo Guidano¹⁷, não diz respeito a uma relação de amizade, que tem por finalidade o prazer da relação em si. Em outros termos, em cada relação há um nível de intimidade e partilha muito alto, sejam relações de amizade ou de casal. E desfrutar de emoções é o foco de contemplação da relação em si. Ao contrário de qualquer outro tipo de relacionamento, na relação terapêutica há um objetivo e, portanto, não há um caráter de prazer em si, apesar da produção intensa de emoções. Mas, para que seja atingida a finalidade terapêutica, é necessário chegar a um nível de intimidade e confiança alto, que em outros tipos de relações não é alcançado.

Um último aspecto importante para a relação terapêutica é apontado por Leitner²¹ com o conceito de ótima distância terapêutica – expressão utilizada pelo autor para explicar a mistura ideal entre a proximidade e o distanciamento associados à terapia de relação de papéis. A expressão implica estar próximo o suficiente do outro, para poder experimentar seus sentimentos. Porém, ao mesmo tempo, deve-se estar distante o bastante para reconhecê-los como sendo do outro – e não os de si próprio.

Papel do terapeuta no estabelecimento do vínculo terapêutico

Em consulta bibliográfica sobre o tema abordado, nota-se que alguns autores destacam, além da função no processo terapêutico em relação ao vínculo, as condições pessoais do terapeuta. Essas condições compreendem, entre outras, na perspectiva da terapia cognitiva, especificamente o treinamento de um conjunto de habilidades de autocontrole e de autocuidado. A finalidade de tal medida tem por objetivo a prevenção dos efeitos prejudiciais mais comuns que aparecem no terapeuta como consequência da prática clínica.

Beck e Freeman⁷ ressaltam a importância da habilidade para desenvolver a cooperação, principalmente quando se trata de atendimentos a pacientes com transtornos de personalidade. Os citados autores também declaram que o terapeuta pode desenvolver intervenções terapêuticas específicas e estratégias eficazes de tratamento caso já tenha desenvolvido as habilidades práticas e teóricas da conceituação do caso.

Como premissa da terapia cognitiva, “é indispensável uma boa relação terapêutica, na qual o terapeuta

é ativo e o paciente um colaborador”, conforme Beck et al.⁶⁻²⁰. A partir dos autores, verifica-se que a relação e a aliança terapêutica são usadas não simplesmente como os instrumentos para aliviar sofrimentos, mas como veículos facilitadores de acesso, visando a atingir metas específicas.

Ainda destacam que o desenvolvimento e a manutenção da relação terapêutica envolvem tanto o paciente como o terapeuta, e devem basear-se na colaboração, no *apoio* e na confiança. E a contribuição especial do terapeuta é orientar o paciente sobre quais dados coletar e como utilizar essas informações terapêuticamente.

Beck⁴⁻⁶ em suas contribuições enfatiza as características do terapeuta que facilitam a aplicação da terapia, tais como a aceitação, a empatia e a autenticidade, utilizadas sem excesso e sem ingenuidade. Esclarece que a aceitação é definida como a preocupação sincera e demonstração de interesse pelo paciente. A empatia se traduz no modo como o terapeuta adentra ao mundo do paciente, como ele vê e experimenta a vida do paciente, se colocando em seu lugar. E a autenticidade se resume na capacidade de ser honesto consigo mesmo e com o outro. Assim, terapeuta e paciente formam uma equipe frente a um trabalho e a terapia se concretiza num trabalho conjunto de investigação, sem descartar as reações de transferência e contratransferência.

Beck e colaboradores⁶ sugerem que o terapeuta deve atingir um equilíbrio apropriado, evitando uma atitude cordial demasiadamente intensa. Ele deve estar muito atento àqueles sinais que sugerem que suas atitudes estão sendo contraproducentes. A melhor das opções consiste em perguntar diretamente ao paciente como ele percebe o terapeuta, já que o fator determinante não é o grau real de cordialidade expressado pelo terapeuta, mas sim a percepção da cordialidade pelo cliente. O profissional geralmente transmite sua aceitação e cordialidade através de sua forma de interação com o paciente – tom de voz, o modo de frasear suas palavras. Inicialmente, o paciente vai exigir demonstrações abertas de cordialidade, sendo isso uma forma de julgamento acerca do nível de atenção concedida por parte do terapeuta.

Estabelecer uma boa relação terapêutica, promover a empatia, incrementar a motivação à mudança e reduzir, ao mesmo tempo, os níveis de resistência dos pacientes, aprender a controlar sua própria raiva e também sua ansiedade estão entre alguns dos desafios mais importantes impostos pela prática clínica a todos aqueles que se dedicam a trabalhar como psicoterapeutas. A aquisição das diversas habilidades por parte do terapeuta é possível a partir do seu próprio estilo, bem como por meio da interação com modalidades de consultas variadas (intimidatória, agressiva, sedutora, desesperante, entre outras)¹⁰.

Na avaliação de Freeman e Dattillio¹³, para que um ótimo resultado seja obtido na psicoterapia, o terapeuta deve estar ciente da importância de vários fatores não específicos. Além das técnicas empregadas, deve ser considerada, inclusive, a capacidade de o terapeuta estabelecer e manter um relacionamento de trabalho, de demonstrar empatia e cuidado, de envolver-se em um processo de escuta ativo etc.

Para Leahy et al.²⁰, o comportamento do terapeuta está associado a objetivos de intenção, expectativa, motivação e esperança. Isso inclui três elementos da condição terapêutica que contribuem para a qualidade e força da relação terapêutica: a ligação afetiva e a sociedade; o consenso cognitivo sobre os objetivos e as

tarefas; e a relação da história dos participantes. Por exemplo, em se tratando do transtorno de personalidade, necessita-se de uma relação terapêutica mais íntima e calorosa do que em casos de transtornos agudos. Nestes últimos, o terapeuta assume o papel de uma autoridade que conhece os procedimentos necessários para ajudar o paciente a livrar-se dos sintomas dolorosos. Em troca, o paciente geralmente sente afeto e gratidão para com o auxiliar especializado. Primeiramente, devido ao alívio do sofrimento agudo; e, num segundo momento, em reconhecimento à rápida melhora no estado clínico¹³.

Assim sendo, torna-se fundamental que o papel do terapeuta seja, então, observado com mais parcimônia, considerando que o aumento da aliança está diretamente associado ao decréscimo da sintomatologia. Pesquisas já mostraram que os terapeutas mais experientes, ou aqueles que têm maior domínio da teoria ou da técnica, não são necessariamente aqueles mais bem-sucedidos na condução da psicoterapia²².

Alguns terapeutas têm excelentes habilidades intelectuais, cognitivas e comportamentais, mas parecem desconfortáveis no modo interpessoal e empático. Já outros terapeutas são bons ouvintes e fornecem apoio emocional, mas não têm ferramentas (também técnicas) cognitivas ou comportamentais desenvolvidas. O “terapeuta ideal” – aquele que integra conjuntamente os modos técnico e empático – será mais flexível e eficaz do que um terapeuta unidimensional. Essa integração pode, às vezes, ser muito difícil⁸.

A capacidade de o terapeuta adequar a terapia às necessidades individuais e características dos clientes é de extrema importância. Sensibilidade apropriada e flexibilidade são requisitos importantes para a manutenção da relação terapêutica. Segundo Dimaggio e Semerari¹¹, sob a perspectiva da terapia dialética do comportamento, o processo psicoterápico é por natureza interativo. Assim, é importante que o terapeuta estimule o paciente a relatar, de forma escrita ou não, suas reações às intervenções do profissional.

Com efeito, grande parte do desempenho do terapeuta vai consistir em recorrer a suas próprias experiências de vida e sabedoria para propor soluções possíveis aos problemas, bem como para educar o paciente em relação à natureza dos relacionamentos íntimos. Com o passar do tempo, o terapeuta torna-se um modelo para o paciente, alguém que o paciente pode igualar demonstrando considerações, tato, sensibilidade e compreensão para com o seu próprio círculo de familiares e amigos⁷.

Para o desenvolvimento da autorreferencialidade do paciente, recomenda Guidano, citado por Balbi³, a implicação emocional do terapeuta. Em outras palavras, se o profissional não estiver envolvido emotivamente o bastante com o seu trabalho e seu paciente no “*setting* terapêutico”, não poderá criar um nível de discrepância neste. Destarte, é de suma importância que o terapeuta tenha uma atitude de empenho/auto-observação no trabalho, como alguém comprometido e disposto a assumir todas as consequências daquilo que diz e apresenta como alternativa. É desse ângulo que o profissional deve ser visto pelo paciente³.

Sob essa perspectiva, os terapeutas, afirma Safran²⁷, poderão ter sentimentos negativos em relação aos seus pacientes. Segundo ele, ainda que isso não seja demonstrado pelo cliente, o fato acarretará impacto na

aliança. Apesar disso, se tais sentimentos forem reconhecidos, sentidos como seus e explorados, os terapeutas reportam a consequências positivas.

O desafio do terapeuta no tocante às próprias sensações é o de permitir o surgimento de reações negativas pelo paciente na relação terapêutica, não provocá-las deliberadamente, devendo estar alerta para sinais de raiva, desapontamento e frustração experimentados. Essas reações abrem janelas de acesso ao mundo privado do paciente. Além disso, se não forem exploradas, as interpretações distorcidas persistirão, podendo interferir na colaboração²⁰.

O reconhecimento da ruptura na relação por parte do terapeuta é um primeiro passo importante frente à resolução. Isso impõe ao terapeuta que esteja apto para refletir sobre a sua própria posição na terapia e sobre os seus sentimentos acerca do cliente e como a terapia está progredindo. Rupturas e dificuldades na aliança terapêutica são inevitáveis. Portanto, uma das habilidades terapêuticas mais importantes consiste no manejo terapêutico desses processos negativos e a capacidade de reparar a ruptura da aliança²⁷.

Estabelecimento do vínculo terapêutico

Na literatura²⁷, geralmente encontramos artigos nos quais os pacientes são considerados como indivíduos com bases singulares de interpretação, crenças, reações, narrativas etc., e o clínico tendo que respeitar e compreender essa variação pessoal. No entanto, o autor formula indagações sobre como os terapeutas podem ser tão flexíveis, considerando que também têm os próprios estilos pessoais e, ainda, como podem lidar com a diversidade humana se sempre são os mesmos em suas próprias singularidades.

Essas reflexões de Safran²⁷ são importantes para iniciar o entendimento de como se estabelece o vínculo. Nesse ponto do desenvolvimento do interesse do tema central, descreve as orientações e explicações das várias abordagens das terapias cognitivas. Os diversos manuais de psicoterapia e terapia cognitiva concordam que, tendo feito o diagnóstico, através da conceitualização do caso, o terapeuta deverá evitar rótulos e pensar em termos de crenças, sensibilidades, significados e assim por diante e principalmente solidariedade com o paciente^{24,13,27,15,20}.

A partir daí, o terapeuta pode começar a reduzir a tensão na terapia, em colaboração com o cliente, e a desenvolver uma agenda para as sessões subsequentemente. Isso frequentemente envolve uma revisão dos acontecimentos da semana anterior. O último estágio da sessão é dedicado ao estabelecimento da colaboração e à avaliação da lição de casa designada na sessão anterior¹³. Desde o início, o cliente é treinado, implicitamente, através do consistente foco empático do terapeuta na experiência interna do cliente para atentar nela¹⁶.

Os terapeutas, na fase inicial da terapia, transmitem compreensão e reconhecimento pela dor do cliente, validam os seus esforços e focam-se no impacto emocional dos eventos na vida do cliente. Devido a uma audição atenta, interesse e expressão facial, corporal, incluindo os olhos e as mãos do terapeuta, que

transmitam a consideração pelo cliente, este começa a sentir-se visto, valorizado e respeitado e, por isso, mais inclinado a confiar e a abrir-se²³.

O terapeuta comunica que a intenção nuclear da terapia é ajudar o cliente a abrir-se e a revelar os seus sentimentos íntimos, significados e medos – arriscar-se a ser vulnerável com o seu terapeuta na esperança de, juntos, chegarem a um melhor entendimento do mundo interior e exterior do cliente e efetuarem mudanças significativas, que irão melhorar o sentimento desconfortável¹⁵.

À medida que o paciente se sente mais confiante e encorajado a falar de seu mundo interno, percebendo que tem um receptor disponível e respeitoso, o processo de construção de novos significados se torna muito facilitado pela vívida evocação em terapia da experiência emocionalmente carregada, colocando-a em contato com os processos reflexivos¹⁶.

Balbi³ explica que o objetivo da reorganização do significado pessoal do paciente, na relação terapêutica, é o meio pelo qual ele consente ao terapeuta auxiliá-lo no processo de distinção, partilha e integração de uma série progressivamente complexa de discrepância afetiva. O autor acredita que não é o conteúdo específico da explicação oferecida pelo terapeuta que dá lugar à reorganização, mas aquilo que gera a perturbação no paciente a ponto que este perceba a discrepância da explicação habitual sobre si mesmo e aquela proposta pelo terapeuta. É importante ressaltar que essa explicação só terá um efeito intrigante, capaz de provocar uma reorganização da lógica do paciente, se for oferecida no contexto da relação terapêutica com um alto grau de investimento emocional.

Caso as reflexões relatadas pelo terapeuta forem respeitadas durante a jornada conjunta (em vez de autoritários pronunciamentos profissionais), elas podem entrelaçar-se com as dos próprios clientes, ajudando a validar e a consolidar as mudanças proporcionadas pela ligação terapêutica²⁴. Numa trilha similar, esse mesmo autor cita Gonçalves²⁴, que tem desenvolvido uma forma de psicoterapia cognitiva-narrativa cujo objetivo é o de ajudar os clientes a lembrar, objetivar (amplificar os detalhes sensoriais), subjetivar (amplificar a experiência interna), metaforizar (simbolizar temas centrais) e projetar as narrativas de vida (desenvolvendo possíveis metáforas-ponte)³.

Para viabilizar essa cooperação e coconstrução desenvolvida pelos atores do processo psicoterápico, é necessário o desenvolvimento da capacidade de empatia parcialmente baseada na disposição do terapeuta de experienciar as coisas como os outros humanos experienciam. Normalmente isso requer um esforço deliberado para adotar, temporariamente, o modo de pensar não familiar de outra pessoa⁸.

Safran²⁷ considera que a atitude de empatia profundamente segura do terapeuta, o respeito e apreço pelo cliente e o foco nas suas forças e recursos ajudam a criar um vínculo emocional de confiança e estima. Além disso, desenvolve ambiente e base segura para a exploração que terá lugar à medida que o processo terapêutico avança.

Segundo Mahoney²², quando o conselheiro está emocionalmente presente, parece se envolver mais

genuinamente e compassivamente, sendo responsivo às lutas e aos sofrimentos do cliente. Tal concepção tem se tornado cada vez mais visível. A presença desse envolvimento é frequentemente um desafio emocionalmente exaustivo para o psicoterapeuta. Dessa forma, uma das contribuições mais valiosas para o conselheiro no processo terapêutico torna-se também uma das mais difíceis de manter.

É por essa razão que Mahoney²²⁻²³ acredita que o autocuidado é uma medida essencial para a saúde mental dos psicoterapeutas. A aprendizagem que se dá no contexto da interação terapêutica sempre é mais profunda do que o cliente e o terapeuta conscientemente imaginam – para melhor e para pior. Desenvolver o sentimento de esperança no cliente está associado com a manutenção da terapia e com melhores resultados²⁰.

Portanto, podemos concluir, a partir dos estudos realizados para o desenvolvimento deste artigo, que um fator de suma importância para um bom resultado da terapia é o relacionamento entre terapeuta e paciente. Um bom relacionamento com um provedor de serviço é importante para qualquer aspecto da saúde física ou mental. O bom relacionamento é fundamental para a terapia, pois em parte ele pode aumentar a expectativa de receber ajuda. E o papel do profissional nesse processo é fundamental. Assim, seria de grande valia se a maioria das pessoas no campo da saúde usasse o “poder curativo da expectativa do paciente para ajudá-lo a ter sucesso na terapia”¹⁴.

Considerações finais

A investigação em torno do vínculo terapêutico na terapia cognitiva revela claramente que o desenvolvimento precoce de uma boa relação entre paciente/terapeuta fortalece o compromisso do cliente com a terapia, sendo este o objetivo principal durante o tratamento. Denota-se a importância de construir expectativas positivas tanto no cliente como no terapeuta acerca da terapia, ou seja, no que diz respeito ao papel de cada um dos participantes (aquilo que se é esperado do terapeuta e do cliente), e também nos acontecimentos significativos da relação durante o processo. Isso revela o contraste com a distância emocional prescrita nos primórdios da teoria psicanalítica ortodoxa.

O reconhecimento de que alguns terapeutas são consistentemente mais capazes de contribuir para a melhora do paciente do que outros é unânime entre todos os autores pesquisados para este trabalho. Além disso, afirmam que as diferenças na habilidade do terapeuta são mais importantes que o enfoque terapêutico durante a sessão. E, quanto mais capazes de ajudar o seu cliente, mais fácil desenvolver a aliança terapêutica. Com isso, as intervenções técnicas e empáticas requerem tipos dramaticamente diferentes de atitudes terapêuticas e pessoais.

No que concerne aos importantes detalhes referentes à abordagem cognitiva, pode-se concluir que os diversos enfoques admitem o impacto do vínculo terapêutico como preditor de bons resultados, mas com algumas diferenças. Por exemplo, naquelas terapias denominadas terapias cognitivo-comportamentais (ou as terapias cognitivas racionalistas), o papel de uma boa relação terapêutica facilita o processo de mudança.

Já nas terapias cognitivas construtivistas, é o vínculo terapêutico que viabilizará o sucesso do processo psicoterápico como ponto central. Os construtivistas mostram-se bastante cautelosos com relação à dedicação exclusiva à técnica, preferindo, ao invés disso, enfatizar o papel crucial do relacionamento terapêutico de possibilitar e iniciar uma mudança humana. Nesta perspectiva, entende-se que é na relação terapêutica que surge a possibilidade de o terapeuta atuar em um processo genuíno de ajuda ao cliente. Assim, fica claro que, quando se trabalha o contexto interpessoal, como o de colaboração recíproca, a relação terapêutica torna-se uma ferramenta de exploração para construir uma compreensão sobre o outro, a partir das suas experiências e da concepção de si mesmo frente à mudança.

Quanto aos aspectos mais específicos e individuais da relação terapêutica com efetividade (demonstrada para melhorar os resultados em terapia), a aliança terapêutica deverá conter alguns elementos cruciais, tais como: uma relação afetiva entre paciente e terapeuta, havendo, ainda, compreensão empática e compromisso deste no processo. Neste caso, devem ser enfatizados principalmente o papel ativo do terapeuta para a manutenção da aliança terapêutica, as características pessoais, o manejo técnico, as habilidades e, em alguns momentos, as dificuldades também.

Diante da análise de publicações de diversos autores acerca do tema em questão, visando à construção do presente artigo, quando o enfoque é referente aos fatores que determinam a efetividade na psicoterapia, depreende-se que as características e competências pessoais do terapeuta, não raro, produzem efeitos significativos/positivos no resultado da psicoterapia. Efeitos estes mais importantes do que aqueles determinados a partir de orientação ou domínio teóricos ou mesmo da técnica de tratamento adquiridos pelo terapeuta.

Não obstante, além da dificuldade de conseguir uma literatura mais atualizada, com todo o levantamento feito acerca do vínculo terapêutico na abordagem cognitiva constata-se que os estudos sobre a efetividade da relação terapêutica no processo psicoterapêutico ainda são modestos, principalmente no que tange àqueles referentes à língua portuguesa. As produções frequentemente são traduções de obras escritas em outras línguas, conseqüentemente trazendo outras realidades, utilizadas em nosso contexto cultural de forma adaptada. Assim, a partir deste trabalho, verifica-se a necessidade do desenvolvimento de investigação acerca do papel do vínculo terapêutico na terapia cognitiva na língua portuguesa oportunamente nesta realidade.

Outro ponto a destacar é o pouco que se produz sobre o impacto da vinculação na condição do terapeuta. Sendo a relação terapêutica considerada uma relação interpessoal como outra qualquer, seria de grande valia estudar os efeitos e conseqüências dessa vinculação na pessoa do terapeuta. Nesse quesito, as produções teóricas que se tem, em âmbito nacional, são traduzidas e nos limitam a inferir sobre os desafios e dificuldades vividos e experimentados pelo profissional de psicoterapia.

Ainda mais especificamente, poder-se-ia, através do crescente interesse da abordagem cognitiva pela temática da relação terapêutica, ampliar sob esse prisma a investigação dos efeitos da vinculação sobre o terapeuta cognitivo, não apenas o papel ativo no manejo da relação como também de quem “sofre” o impacto da relação.

Referências

1. Abreu CN de. A teoria da vinculação e a prática da psicoterapia cognitiva. Rev Bras Ter Cogn [internet]. 2005 dez [citado 2014 dez 21];1(2). Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org>.
2. Arango MC, Moreno MFF. Más allá de la relación terapéutica: un recorrido histórico y teórico. Act Colomb Psicol [internet]. 2009 jan [citado 2015 jan];12(2). Disponível em: <http://www.scielo.org.co/>.
3. Balbi J. Terapia cognitiva post-razionalista: conversazione con Vittorio Guidano. Roma: Alpes; 2014. Traduzione: Lucia Collela.
4. Beck AT. Principi di terapia cognitiva: un approccio nuovo alla cura dei disturbi affettivi. Roma: Astrolabio; 1998.
5. Beck A, Alford B. O poder integrador da terapia cognitiva. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
6. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Terapia cognitiva da depressão. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
7. Beck A, Freeman A. Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
8. Burns DD, Auerbach A. Empatia terapêutica em terapia cognitivo-comportamental: ela realmente faz diferença? In: Salkovskis P. Fronteiras da terapia cognitiva. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2012.
9. Carlsen MB. Construção de significado e envelhecimento criativo. In: Neimeyer RA, Mahoney MJ, et al. Construtivismo em psicoterapia. Armando MG, Apolinario F, tradutores. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
10. Corbella S, Fernández-Álvarez H, Saúl LA, García F, Botella L. Estilo personal del terapeuta y dirección de intereses [internet]. Córdoba: Apuntes de Psicología; 2008 [citado 2015 jan 05]. Disponível em <http://www.apuntesdepsicologia.es>.
11. Dimaggio G, Semerari A. I Disturbi di personalità: modelli e trattamento. Roma: Laterza; 2009.
12. Falcone E. A relação terapêutica. In: Knapp P e cols. Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica. São Paulo: Artmed Editora; 2004.
13. Freeman A, Dattillio FM. Compreendendo a terapia cognitiva. Tradução: Magda Lopes e Maria carnaval. São Paulo: Psy; 1998.
14. Gazzaniga MS, Heatherton TF. Ciência psicológica: mente, cérebro e comportamento. Veríssimo MA, tradutora. 2ª impressão revisada. Porto Alegre: Artmed; 2007.
15. Greenberg L, Paivio SC. Trabajar con las emociones en psicoterapia. Buenos Aires: Paidós; 2000.
16. Greenberg L, Pascual-Leone J. Uma abordagem construtivista dialética à mudança experiencial. In: Neimeyer RA, Mahoney MJ, et al. Construtivismo em psicoterapia. Tradução: Mônica giglio Armando e Fabio Apolinario. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
17. Guidano VF. Psicoterapia cognitiva post-razionalista: una ricognizione dalla teoria alla clinica. Milano: FrancoAngeli; 2001.
18. Guidano VF. La psicoterapia tra arte e scienza. Milano: FrancoAngeli; 2008.

19. Hermans M, Hubert J. Da avaliação à mudança: o significado pessoal dos problemas clínicos no contexto da autonarrativas. In: Neimeyer RA, Mahoney MJ, et al.. Construtivismo em psicoterapia. Tradução: Mônica giglio Armando e Fabio Apolinario. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
20. Leahy RL, Tirsch D, Napolitano LA. Regulação emocional em psicoterapia: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental. Porto Alegre: Artmed; 2013.
21. Leitner LM. A distância terapêutica ideal: a experiência de um terapeuta com a psicoterapia dos construções pessoais. In: Neimeyer RA, Mahoney MJ, et al. Construtivismo em psicoterapia. Tradução: Mônica giglio Armando e Fabio Apolinario. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
22. Mahoney MJ. As exigências psicológicas quando se é psicoterapeuta. In: Neimeyer RA, Mahoney MJ, et al. Construtivismo em psicoterapia. Tradução: Mônica giglio Armando e Fabio Apolinario. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
23. Mahoney MJ. Processos humanos de mudança: as bases científicas da psicoterapia. Porto Alegre: Artmed; 1998.
24. Neimeyer GJ. O desafio da mudança. In: Neimeyer RA, Mahoney MJ, et al. Construtivismo em psicoterapia. Tradução: Mônica giglio Armando e Fabio Apolinario. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
25. Neimeyer RA. Narrativas desenvolvidas pelos clientes em psicoterapia. In: Neimeyer RA, Mahoney MJ, et al. Construtivismo em psicoterapia. Tradução: Mônica giglio Armando e Fabio Apolinario. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
26. Neimeyer RA, Mahoney MJ, et al.. Construtivismo em psicoterapia. Tradução: Mônica giglio Armando e Fabio Apolinario. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
27. Safran JD. Ampliando os limites da terapia cognitiva: o relacionamento terapêutico, a emoção e o processo de mudança. Porto Alegre: Artmed; 2002.
28. Sadock BJ, Sadock VA. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artmed; 2007.

Correspondência

Diana Lopes Alves

Av. Barao do Rio branco, 2817 / 1501

36010-012 Juiz de Fora, MG, Brasil

dianapsic@gmail.com

Submissão em: 22/03/2016

Aceito em: 07/02/2017