

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**RELAÇÃO TERAPÊUTICA E INTERVENÇÃO À  
DISTÂNCIA: UM ESTUDO SOBRE A PERCEÇÃO DE  
PSICÓLOGOS CLÍNICOS**

**Ana Rita Machado Justino**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE**  
**Área de Especialização em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental Integrativa**

**2022**

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**RELAÇÃO TERAPÊUTICA E INTERVENÇÃO À  
DISTÂNCIA: UM ESTUDO SOBRE A PERCEÇÃO DE  
PSICÓLOGOS CLÍNICOS**

**Ana Rita Machado Justino**

**Dissertação orientada pela Professora Doutora Ana Catarina Nunes da Silva**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE**

**Área de Especialização em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental Integrativa**

**2022**

## **Agradecimentos**

Não poderia começar os meus agradecimentos sem agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Ana Catarina Nunes da Silva, por todo o apoio e conhecimento que me transmitiu ao longo do meu mestrado. Foi sem dúvida uma peça chave na minha formação enquanto psicóloga e no meu crescimento pessoal. Obrigada pela confiança e disponibilidade, e por me ter feito adquirir um gosto pela investigação.

Quero agradecer a todos os participantes, que apesar das suas agendas profissionais ocupadas, desde cedo se demonstraram disponíveis para dar o seu contributo ao presente estudo, e que espontaneamente, sugeriram colegas para o mesmo efeito.

A família não poderia faltar, e gostava de deixar o meu agradecimento mais profundo aos meus pais e irmãos, por todo o apoio incondicional, amor e força, não só nesta etapa, como em todas as conquistas da minha vida. Um agradecimento especial à minha tia, por me ter apoiado e aconselhado em todos os momentos, e essencialmente, por estar sempre presente. Ao Salvador, que está sempre lá para me ouvir (ou pelo menos fingir que ouve), que me ajuda a ser uma melhor versão de mim e a nunca desistir do meu foco. Aos meus amigos de uma vida, Cláudia e Cláudio, por serem os melhores.

À minha Mariana, que é a pessoa mais importante que conheci nesta casa. Ter vivido tudo isto com ela trouxe um valor especial. Obrigada pelo apoio e amizade, mesmo quando te pergunto a mesma coisa repetidamente (continuarei a fazê-lo, nada temas!).

Por último, às minhas amigas e companheiras da faculdade, que viveram cada etapa comigo, um obrigada por cada risada e partilha, em especial à Sofia e à Joana. Aprendi com cada uma delas e levo-as no coração.

A todos eles, um grande obrigada.

*“A vida, no que tem de melhor, é um processo que flui, que se altera  
e onde nada está paralisado.”*

Carl Rogers

## Resumo

A situação pandémica presente desde o final de 2019, e as consequentes restrições de contacto social levaram a uma adaptação por parte dos psicólogos clínicos, no sentido de assegurar a continuidade dos acompanhamentos e processos psicoterapêuticos. Contudo, ainda pouco se sabe se as relações terapêuticas construídas ou mantidas à distância são tão promissoras para os resultados da intervenção, como acontece na via presencial e de que forma as mesmas são experienciadas pelos intervenientes.

Este estudo, de natureza qualitativa, explora a perspetiva dos psicólogos clínicos sobre a intervenção à distância, mais especificamente, a relação terapêutica, com o foco principal nas semelhanças e diferenças entre a via presencial e à distância. Foram aplicadas entrevistas semiestruturadas a 11 psicólogos clínicos, de orientações teóricas variadas e com o mínimo de três anos de experiência, tendo sido feita uma análise temática com recurso ao *software* QSR Nvivo 12. Surgiram quatro domínios: (1) características comuns à relação terapêutica presencial; (2) diferenças face à relação terapêutica presencial; (3) fatores de insucesso e (4) fatores de sucesso.

Os resultados mostraram que os fatores da relação terapêutica presentes na intervenção à distância são semelhantes ao que acontece na via presencial, tal como a escuta ativa, a confidencialidade, o compromisso e a confiança. Por outro lado, as principais diferenças assentam no *setting* ser fisicamente diferente, que leva à falta de contacto físico, menos acesso à comunicação não-verbal e menos controlo por parte do terapeuta das condições do cliente para a consulta, como é exemplo a privacidade. O estabelecimento da relação terapêutica *online* também foi descrito como diferente. São apresentadas algumas limitações e propostas de estudos futuros.

**Palavras-chave:** relação terapêutica à distância, relação terapêutica presencial, intervenção *online*, psicólogos clínicos

## Abstract

The pandemic situation present since the end of 2019, and the consequent restrictions on social contact, led to a need for adaptation on the part of clinical psychologists, in order to ensure the continuity of follow-ups and psychotherapeutic processes. However, still little is known if the therapeutic relationships built or maintained at distance are as promising for the results of the intervention, as in the face-to-face way and how they are experienced by the participants.

This study, of a qualitative nature, explores the perspective of clinical psychologists on distance intervention, more specifically, the therapeutic relationship, with the main focus on the similarities and differences between the face-to-face and the distance way. Semi-structured interviews were applied to 11 clinical psychologists, of varying theoretical orientations and with at least three years of experience, and a thematic analysis was carried out using the QSR Nvivo 12 software. Four domains emerged: (1) characteristics common to the face-to-face therapeutic relationship; (2) differences from the face-to-face therapeutic relationship; (3) failure factors and (4) success factors.

The results showed that the factors of the therapeutic relationship present in the distance intervention are similar to what happens in the face-to-face way, such as active listening, confidentiality, commitment and trust. On the other hand, the main differences are based on the setting being physically different, which leads to a lack of physical contact, less access to non-verbal communication and less control by the therapist of the client's conditions for the consultation, such as privacy. Establishing the therapeutic relationship online was also described as different. Some limitations and proposals for future studies are presented.

**Keywords:** distance therapeutic relationship, face-to-face therapeutic relationship, online intervention, clinical psychologists

## Índice Geral

Relação Terapêutica: definição e pertinência	1
Semelhanças e diferenças entre a via presencial e à distância	3
Intervenção Terapêutica à distância	4
Caracterização	5
Vantagens	6
Limitações	10
Questões éticas	11
Contexto Português	12
Relevância e Objetivos do estudo	13
<b>Metodologia</b>	15
Caracterização da amostra	15
Instrumentos	16
Guião da entrevista semiestruturada	16
Procedimentos	18
Procedimentos de seleção e recolha de dados	18
Procedimentos de análise de dados	19
<b>Resultados e Discussão</b>	20
<b>Conclusão</b>	35
<b>Referências Bibliográficas</b>	39
<b>Anexos</b>	47

## **Lista dos Anexos**

Anexo A – *Email* convite

Anexo B – Texto para as redes sociais

Anexo C – Consentimento informado

Anexo D – Guião da entrevista semiestruturada

Anexo E – Sistema Hierárquico de Categorias

## **Relação Terapêutica: definição e pertinência**

A relação terapêutica é definida como a relação cliente-terapeuta, onde são expressos os sentimentos e as atitudes que ambos os intervenientes têm em relação ao outro (Norcross, 2010). Segundo Greenberg (2014), a relação terapêutica é vista como um ambiente facilitador de processos de mudança, através do vínculo afetivo, que é caracterizado pela presença do terapeuta e pela sintonia empática, assim como pela aceitação e congruência. Neste sentido, a relação terapêutica caracteriza-se por um padrão de comunicação, verbal e não-verbal, entre terapeuta e paciente, onde acontece a transmissão de informação através da expressão implícita ou explícita de sentimentos (Gelso & Carter, 1985).

Carl Rogers (1951) definiu a relação terapêutica como um tipo de relação social, porém, diferente de qualquer outra relação que o cliente possa ter tido durante a sua vida, ou que tenha no momento do acompanhamento. A relação é caracterizada por afeto, responsividade e reciprocidade entre o terapeuta e o cliente que estão envolvidos na mesma. Nesta relação, os clientes podem ser, verdadeiramente, eles próprios de uma forma genuína, sem necessidade de mecanismos de defesa, algo que muitas vezes experienciam pela primeira vez na sua vida. Assim sendo, e ainda dentro da linha de pensamento de Rogers, a relação terapêutica é definida pelo não julgamento e sem presença de pressão, da parte do terapeuta para com o cliente.

Ao longo das sessões, os psicoterapeutas criam uma ligação que se vai desenvolvendo de forma progressiva e gradual, tornando-se numa relação emocional mais profunda. Nesta ordem de ideias, é uma relação onde existe uma total abertura para a expressão de sentimentos, situações e emoções, pautada pela aceitação e compreensão por parte do profissional (Rogers, 1975). O mesmo autor considerou ainda que o sucesso

de uma intervenção psicológica tem uma relação direta com o modo como os clientes vivem e experienciam a relação terapêutica.

De uma forma consensual, sabe-se que uma relação terapêutica bem construída e sucedida, entre terapeuta e cliente, é um preditor para a eficácia das intervenções psicológicas (Haugh & Paul, 2008; Payne et al., 2020), independentemente da área em Psicologia (Martin et al., 2000). Horvath e Symonds (1991) investigaram a relação de qualidade da aliança terapêutica com os resultados clínicos, e os resultados demonstraram que existe uma associação direta moderada entre uma boa aliança terapêutica e o resultado da terapia ser positivo. Porém, a qualidade da aliança terapêutica parece ser mais preditiva dos resultados quando as avaliações são feitas pelos clientes, em comparação com os terapeutas.

A relação terapêutica é vista como um meio para atingir um fim, pois oferece o ambiente ideal para facilitar e trabalhar processamentos emocionais específicos (Greenberg, 2014). O processo terapêutico envolve diferentes fenômenos emocionais e afetivos de ambas as partes, paciente e terapeuta. A emoção pode ser vista como um recurso onde existem muitas informações motoras, esquemáticas e conceituais, úteis para o processo, sendo que a emoção e a expressividade podem ser vistas com um papel fundamental na intervenção (Greenberg & Safran, 1989).

O conceito de aliança terapêutica é um dos conceitos mais estudados na investigação em psicoterapia e também tem sido apontado como o ingrediente essencial na promoção da mudança terapêutica (Lambert & Simon, 2008; Horvath et al., 2011). A aliança terapêutica apresenta um forte fator de previsão dos resultados em psicoterapia, mais uma vez, independentemente dos modelos teóricos de tratamento (Marziali & Alexander, 1991).

Autores como Hill e Knox (2009) defendem que os terapeutas e os pacientes devem abordar de forma direta, no momento oportuno, os sentimentos e os problemas que surgem ao longo de uma relação terapêutica. Neste sentido, as dificuldades serão ultrapassadas e esta dinâmica assertiva, empática e honesta será aprendida pelo paciente, e por sua vez, transferida para os seus relacionamentos fora da terapia.

As rupturas na aliança terapêutica são episódios de tensão ou pausa na relação entre paciente e terapeuta (Safran et al., 2011). Os mesmos autores descobriram evidências promissoras sobre a relevância de fazer processos de ruptura-reparo na relação, e a forma como os mesmos são positivos para o reforço da aliança e para o resultado terapêutico. Neste sentido, cada vez mais as pesquisas sobre a aliança terapêutica têm um foco no esclarecimento dos fatores que mais contribuem para a reparação ou desenvolvimento da aliança terapêutica (Safran et al., 2001). Estes autores também defendem que os terapeutas devem estar mais atentos às possíveis rupturas e que façam uma exploração dos sentimentos negativos do paciente sobre a terapia. Os terapeutas devem ter uma resposta empática e não defensiva, para mais uma vez, promover a resolução das rupturas e os bons resultados terapêuticos.

*Semelhanças e diferenças entre a via presencial e à distância.* Autores como Minghelli-Pieta e Gomes (2014), afirmaram que existe uma expectativa de que uma relação *online* seja qualitativamente diferente da sua versão em modo presencial. Contudo, investigações recentes não têm confirmado o mesmo, e demonstram que ambos os métodos de atuação (presencial e *online*) apresentam semelhanças no modo de concretização e no resultado da intervenção.

Alguns psicoterapeutas acreditam que as terapias eletrônicas são equivalentes à terapia presencial, no que diz respeito à aliança terapêutica (Cavanagh & Millings, 2013). Outros autores referem ainda que uma relação terapêutica estabelecida por

videoconferência é tão forte quanto a relação estabelecida presencialmente e que os clientes afirmam estar a beneficiar da intervenção, mesmo quando não consideram existir uma relação terapêutica forte (Simpson & Reid, 2014; Noyce & Simpson, 2018).

Os psicólogos pró psicoterapias à distância acreditam que os processos e as características da relação terapêutica são similares, tanto na via presencial como na não presencial. Paralelamente, apesar da dificuldade na perceção da comunicação não-verbal, estes profissionais acreditam que a experiência clínica dos psicólogos poderá ser um fator essencial para a diminuição deste impacto negativo (Payne et al., 2020).

Os “defensores” deste tipo de intervenção através da tecnologia afirmam que os aspetos inerentes ao processo - como a relação terapêutica - são equivalentes às intervenções presenciais e que, apesar do pouco acesso à comunicação não-verbal, os psicólogos experientes têm a capacidade de estabelecer relações terapêuticas de proximidade, afeto e empatia, e despoletar nos clientes sentimentos de positividade, estimulação emocional e uma sensação de estarem a ser ajudados (Hipólito et al., 2020).

Apesar da grande evolução da investigação nesta temática, ainda não é suficiente para acompanhar a evolução e o progresso tecnológico e, por isso, ainda não existem evidências de que se possa afirmar que as intervenções psicológicas à distância podem substituir totalmente as intervenções psicológicas presenciais (Berryhill et al., 2019; Grist et al., 2019; Hipólito et al. 2020).

### **Intervenção Terapêutica à distância**

A situação pandémica vivida desde o início do ano 2020, e as consequentes restrições de contacto social levou a uma necessidade de adaptação, nomeadamente, por parte dos psicólogos clínicos, no sentido de se assegurar a continuidade dos acompanhamentos e processos psicoterapêuticos (Burgoyne & Cohn, 2020), com recurso a plataformas digitais e outros meios eletrónicos, como o telemóvel.

**Caracterização.** As intervenções terapêuticas à distância podem ser realizadas via telefone/telemóvel, apenas com acesso ao áudio (intervenções baseadas em comunicação verbal), via videoconferência, com acesso à imagem e ao áudio (Payne et al., 2020). Porém, apesar de ser um recurso em que se consegue fazer um seguimento terapêutico, e onde é possível realizar tarefas e aplicar técnicas, muitas vezes há necessidade de ajuste na implementação das mesmas, por serem realizadas de forma não presencial.

Os autores Day e Schneider (2002) realizaram um estudo comparativo das três modalidades de terapia - presencial, videoconferência e audioconferência – onde avaliaram cada uma das mesmas através do “*Vanderbilt Psychotherapy Process Scale*”. Os resultados demonstraram que as duas modalidades *online* tiveram melhor pontuação na dimensão da participação do cliente (atividade, iniciativa, confiança, espontaneidade e desinibição) quando comparado com a modalidade presencial. Uma interpretação possível para estes resultados é de que os clientes sentem mais responsabilidade numa interceção à distância, provavelmente pelo facto da sensação de controlo ser maior, e neste sentido, o seu papel tornar-se mais ativo na dinâmica da relação e na responsabilidade em promover condições para a realização da sessão, como o dever de garantir a privacidade.

Autores como Fink (1999) defendem que a “telepresença”, isto é, a sensação de estar na presença de alguém mas sem estar no mesmo espaço físico, é uma condição primordial para as intervenções à distância. Neste sentido, Rathenau et al. (2021) acreditam que a presença terapêutica é a experiência interna sentida do terapeuta quando está de forma plena e com total disponibilidade para o paciente. Sendo que, a telepresença caracteriza-se pelo estado em que o terapeuta consegue abstrair-se e até esquecer-se de que está num espaço físico diferente do paciente, e a interação paciente-terapeuta acontece como se estivessem presencialmente. Os autores Bouchard et al. (2007) vão

mais longe e afirmam que o vínculo terapêutico, nestas condições, pode ser estabelecido como se fosse face a face.

Entre outras competências, o psicólogo deve conduzir sessões de acompanhamento psicológico para efeitos de diagnóstico, avaliação do risco e identificação de estratégias futuras (Capner, 2000). As avaliações de saúde mental são consideradas tanto em termos de entrevista inicial, como utilizadas para a classificação de sintomas de disfunção do estado mental, incluindo psicose, depressão e ansiedade. Segundo o mesmo autor, estas sessões realizadas por meio de videoconferência são vistas como fiáveis, tanto para os psicólogos, como para os psiquiatras da mesma equipa.

Por último, é importante referir que há uma distinção entre psicoterapia *online* e intervenções realizadas pela *internet*. Psicoterapia *online* é uma intervenção psicológica realizada pelo profissional via *e-mail*, *chat*, mensagem instantânea, áudio ou videoconferência, sem a exclusão de sessões presenciais. Intervenções baseadas na *internet*, por sua vez, são programas computadorizados de terapia, com ou sem participação de terapeuta (Minghelli-Pieta & Gomes, 2014).

**Vantagens.** O progresso tecnológico tornou possíveis as intervenções à distância, onde se consegue oferecer inúmeras vantagens em relação às práticas pessoais, incluindo melhor acesso, maior flexibilidade para os clientes e profissionais e uma maior economia de custos e recursos (Andersson & Titov, 2014).

Num sentido lógico da história, as condicionantes resultantes do isolamento social vivido desde 2020, devido à pandemia à escala mundial, a necessidade da implementação do teletrabalho e por consequência na área da saúde mental, a implementação em massa de intervenções psicológicas à distância, como alternativa às presenciais, tornou-se numa realidade. Este acontecimento desafiou a "norma" há muito aceite na prestação de

serviços psicológicos, nomeadamente em terapia (Payne et al., 2020). O trabalho à distância tornou-se uma realidade e, por consequência, as psicoterapias *online* também.

As *e-terapias* (terapias *online*) existem em teoria e na prática desde que o progresso tecnológico as tornou possível. A necessidade de opções digitais à distância, dentro dos serviços psicológicos, é familiar, especialmente para aqueles que não podem facilmente deslocar-se até às sessões presenciais (Andersson & Titov, 2014).

A intervenção psicológica via *online* é uma forma de eliminar a distância geográfica entre o paciente e o psicólogo (Grady et al., 2011) e que possibilita estabelecer uma comunicação síncrona, ou até mesmo assíncrona, em função do meio tecnológico utilizado. Segundo vários autores, as intervenções à distância visam, essencialmente, facilitar o acesso aos serviços de saúde mental e reduzir a estigmatização associada à utilização dos mesmos (Bird et al., 2019; Bush et al., 2019). Porém, apesar da evidência confirmar que as intervenções via telefone e videoconferência têm resultados positivos na terapia, a intervenção por videoconferência é a que mais se assemelha à forma presencial, por possibilitar que os intervenientes se vejam e ouçam em tempo real (Berger, 2017).

As *e-terapias* representam uma nova forma de trabalhar e de estar com os clientes, e por isso, muitos terapeutas referem a facilidade na marcação das sessões, a rentabilização do tempo clínico, e redução de tempos de espera como potenciais vantagens para este tipo de intervenções (Doze et al., 1999). Os profissionais também reconhecem que os clientes, de uma forma geral, apresentam uma opinião bastante positiva e um envolvimento mais profundo nas psicoterapias *online* (Payne et al., 2020).

Porém, numa revisão de literatura de Simpson e Reid (2014), sobre a relação terapêutica, percebeu-se que existe uma tendência para que os clientes e até os psicólogos atribuam classificações altas para avaliar a relação terapêutica *online*, mesmo quando

fatores como o estado da *internet* e a qualidade do áudio e imagem não apresentam uma boa qualidade e podem comprometer a sessão. Este conteúdo poderá sugerir que a avaliação estará a ser influenciada por outros ganhos provenientes do facto das sessões serem *online*, como a rentabilização do tempo, e não com foco nos resultados e progresso terapêutico.

No entanto, Hollis et al. (2017) encontraram efeitos maiores da CBT informatizada para adolescentes e jovens adultos, em comparação com as crianças mais novas, sugerindo que algumas psicoterapias à distância podem ser menos eficazes para esta segunda população-alvo. Neste sentido, acrescenta-se que não só os adultos podem beneficiar da psicoterapia via *internet*, mas também os adolescentes e até as crianças (Marche et al., 2009; Spence et al., 2011). Propõe-se que as crianças mais novas possam beneficiar de um maior envolvimento dos pais para o auxílio com as TIC's, até ganharem alguma destreza no seu manuseamento (Pennant et al., 2015).

Autores como Bee et al. (2008), Turner (2015) e Simpson et al. (2001) confirmaram que nas intervenções com adultos existe uma elevada aceitação e satisfação. Os clientes afirmam uma melhoria do acesso e uma maior conveniência como uma vantagem significativa em relação a sessões de terapia presencial, especialmente para aqueles que enfrentam limitações geográficas, de mobilidade e/ou financeiras (Mohr et al., 2006; Simpson et al., 2001).

A natureza remota das terapias eletrónicas pode promover a remoção dos entraves ao tratamento, tais como o estigma em torno do acesso ao apoio psicológico, nomeadamente quando os pacientes são homens (Payne et al., 2020). Alguns clientes que utilizam intervenções à distância afirmam sentir-se capazes de falar mais livremente e mais livres de julgamento por parte de terceiros (Turner, 2015).

Para culminar os indicadores positivos indicados até agora, também a comunidade científica tem encontrado resultados que parecem promissores para os atendimentos *online* (Minghelli-Pieta & Gomes, 2014; Barak et al., 2008; Tang et al., 2018). Sendo estes preditores de bons resultados, nomeados pelos pacientes e comunidade científica, um incentivo para a utilização de terapias baseadas na *internet*, que são igualmente bem classificados para intervenções de tratamento de condições como depressão, ansiedade, fobia e transtornos alimentares (Carrad et al., 2011; Kessler et al., 2009; Titov et al., 2011).

Alguns autores apoiam a fiabilidade de entrevistas de avaliação realizadas por videoconferência, com resultados de altas correlações entre as avaliações dos clientes pessoalmente e através de videoconferência. A administração de testes psicométricos presencialmente e por videoconferência, em comparação, foi também investigada, assim como tida em conta a experiência do cliente ao receber estes serviços. Os resultados demonstraram que as experiências positivas e negativas relacionam-se com questões de empatia, aliança, sentido de controlo e sentido de presença, sendo estas consideradas independentes do tipo de sessão, presencial ou à distância (Brennan et al., 1998; Baigent et al., 1997; e Zarate et al., 1997).

Nas sessões à distância são necessários alguns ajustes ou ligeiras modificações processuais, nomeadamente, se for necessário a adaptação no manuseamento de algum material. Capner (2000) defende ainda que a videoconferência pode ser utilizada para fornecer intervenções a clientes em comunidades isoladas, podendo ser também útil para a supervisão profissional de psicólogos que trabalham geograficamente distantes. Os tipos de intervenções terapêuticas oferecidas por videoconferência podem incluir trabalho individual, terapia familiar e intervenção em grupo.

**Limitações.** Contudo, Capner (2000) refere existirem ainda psicólogos que demonstram insatisfação com a videoconferência, não só devido às dificuldades tecnológicas associadas mas também à dificuldade em observar a linguagem corporal e a tendência para perder as sutilezas da comunicação não-verbal. Referem que poderá haver uma tendência para a redução da qualidade do relacionamento terapêutico, falta de sensação de presença durante a terapia e espontaneidade reduzida durante a comunicação.

O atendimento psicoterapêutico via telefone é uma prática que remota à década de 50 (Godleski et al., 2008). No entanto, a psicoterapia via *internet* é muito mais recente, tendo começado há cerca de uma década, sempre recebendo grande oposição (Minghelli-Pieta & Gomes, 2014). Os autores acreditavam que a relação terapêutica ficaria comprometida pela dificuldade da observação da comunicação não-verbal do paciente, algo que sempre foi considerado importante na dinâmica cliente-terapeuta. As questões éticas eram postas em causa, visto não se acreditar que seria possível manter a confidencialidade das sessões e dos intervenientes.

Embora as intervenções à distância pareçam estar a ser aceites pela evidência da sua eficácia, alguns clínicos continuam a ter opiniões mistas em relação às mesmas (Payne et al., 2020).

Nesta ordem de ideias, pela perspetiva dos terapeutas existe uma maior dificuldade sentida nas sessões realizadas por videoconferência, em comparação com as presenciais, quando falamos na interpretação da linguagem não-verbal dos clientes e no estabelecimento de uma relação mais empática (Minghelli-Pieta & Gomes, 2014; Mitchell et al., 2003). Por sua vez, na perspetiva dos clientes, estes classificam a relação terapêutica à distância diferente da relação presencial, contudo sem a considerar melhor ou pior (Simpson et al., 2005). Os mesmos estudos afirmam ainda que, na perspetiva do cliente, a versão em vídeo é sentida como estranha ou diferente durante o início das

primeiras interações à distância, sendo rapidamente ultrapassadas e substituídas por uma sensação de presença.

Apesar das provas científicas de que este tipo de terapia tem resultados positivos, a sua implementação ainda levanta alguns receios. Existem ainda algumas preocupações levantadas pelos profissionais e também pelos clientes, assim como por partes das organizações de saúde pública (Payne et al., 2020).

As reservas centram-se em mudanças na relação terapêutica, redução da interação não-verbal, manutenção da confidencialidade, resposta não apropriada a situações de risco, e o não cumprimento das melhores práticas (Barak et al., 2008).

Porém existem na prática algumas questões difíceis de ultrapassar e que poderão ser consideradas uma desvantagem real, como a falta de tecnologia adequada por parte do cliente, que crie uma desvantagem social e o impeça de frequentar as sessões. Ou seja, as desigualdades para as famílias que não têm acesso a tecnologia ou o ambiente para permitir uma utilização adequada será a maior desvantagem das terapias à distância (Payne et al., 2020)

Esta desvantagem pode ser combatida através do investimento por parte dos governantes na saúde pública, em particular na mental, tal como aconteceu em Inglaterra em 2008 com a introdução da iniciativa "*Improving Access to Psychological Therapies*". O objetivo seria o financiamento para melhorar o acesso à terapia com adultos em idade ativa que sofriam de ansiedade e depressão (Clark et al., 2009).

No entanto, é necessário refletir cuidadosamente sobre as considerações práticas de oferecer terapias à distância aos clientes com sintomas mais graves, incluindo a gestão do risco associado (Bower et al., 2013; Richards et al., 2018).

**Questões éticas.** Segundo Capner (2000), existem questões legais associadas à utilização da videoconferência como meio prestador de serviços psicológicos, onde estão

incluídos o consentimento de ambas as partes, a condução das mesmas ser realizada por um profissional com formação reconhecida e a presença de responsabilidade mútua. Por consequência à realidade vivida, muitos psicólogos clínicos e terapeutas estão a realizar acompanhamentos à distância pela primeira vez, sem acordo prévio ou formação específica nesta via, como a única opção viável na continuação do apoio e acampamento dos seus clientes (Payne et al., 2020).

A preocupação da privacidade em sessão estar ameaçada, ainda se encontra presente e existe o receio de que não possa ser possível criar um ambiente seguro, estruturado, neutro e privado quando os clientes estão a falar a partir de casa (Payne et al., 2020). Os distractores ambientais, pessoais e fora do controlo clínico aumentam - membros do agregado familiar, animais de estimação, ruído de fundo excessivo, entre outros. Em alguns casos, a impossibilidade de realizar a consulta por falta de uma divisão onde se consiga manter a privacidade, é um fator negativo para a experiência clínica à distância, tanto do cliente como do terapeuta (Payne et al., 2020).

Para os profissionais que realizam a terapia a partir de casa, esta pode ser uma experiência invasiva da sua privacidade familiar (Haig-Ferguson et al., 2019). Algumas formas de diminuir estas sensações são tirar do alcance da câmara todos os artigos pessoais e fotografias visíveis, por exemplo (Payne et al., 2020).

### **Contexto Português**

Também em Portugal foi necessário a utilização das tecnologias para a prática da intervenção psicológica à distância, devido à pandemia, com o objetivo de continuar o trabalho clínico, sem aumentar a propagação do vírus (Hipólito et al, 2020).

Neste sentido, com a evolução da doença e a continuação deste cenário, mais autores, inclusive em Portugal, exploraram as diferenças e semelhanças entre as duas vias para efetuar a intervenção, presencial e à distância, assim como examinaram a qualidade

da relação terapêutica e a consistência dos resultados. No estudo de Nogueira e Farate (2021) onde avaliaram a aliança terapêutica e os sentimentos contratransferenciais pela perspectiva de psicólogos e médicos portugueses, através de uma análise do pré e pós-pandemia. Os resultados demonstraram que não existem diferenças assinaladas na aliança terapêutica nem nos sentimentos contratransferenciais, para terapeutas que utilizavam a via à distância antes da pandemia em comparação ao que estava a acontecer depois da pandemia.

Simultaneamente, o mesmo estudo de Nogueira e Farate (2021) trouxe mais contribuição de informação para a comunidade científica, pois demonstrou que os psicólogos que utilizam o telemóvel (contacto apenas por áudio) como meio de efetuar a intervenção à distância, pontuam significativamente menos na subescala que avalia a vinculação e são mais propícios a sentirem-se aborrecidos com a intervenção à distância, comparativamente aos psicólogos que utilizam a videochamada. Talvez por esta segunda, ser a condição mais próxima ao presencial e onde se perde menos informação visual.

As intervenções à distância resultaram numa oportunidade de exploração de novos meios e recursos em psicoterapia, no entanto, vieram agregadas algumas dificuldades e até dúvidas sobre as intervenções à distância (Rathenau et al, 2021). Sabe-se que a presença terapêutica, a experiência interna dos terapeutas em estar de forma plena e totalmente disponíveis para paciente, é uma variável fundamental e preditiva da eficácia e mudança terapêutica (Geller & Greenberg, 2002). Rathenau et al. (2021), ao analisar a perceção dos psicólogos clínicos e psicoterapeutas (a maioria portugueses), perceberam que a atitude dos terapeutas perante a intervenção à distância e as dificuldades percebidas pelos mesmos, são preditores significativos da aceitação e da presença terapêutica. Isto é, quando as dificuldades dos terapeutas aumentam, estas têm um efeito negativo e fazem com que a presença terapêutica diminua. Por sua vez, quando as atitudes dos psicólogos

em relação à terapia à distância são positivas, a presença terapêutica correlacionava-se de forma positiva.

### **Relevância e Objetivos do estudo**

Com os avanços normais da história, a tecnologia tem desenvolvido uma crescente expressão na vida da população, e a psicoterapia *online* tem vindo a conquistar cada vez mais utilizados, com resultados muitos promissores. As questões legais e morais neste campo parecem ser parcialmente resolvidas com a criação de regras claras para a prática e o treino, assim como o cumprimento de todos os valores e normas éticas (Minghelli-Pieta & Gomes, 2014).

Contudo, ainda pouco se sabe se as relações terapêuticas construídas ou mantidas à distância são tão promissoras para os resultados da intervenção, como acontece na via presencial, assim como de que forma, as mesmas são experienciadas pelos intervenientes.

Neste sentido, considera-se relevante aprofundar a perspectiva dos psicólogos clínicos sobre a intervenção à distância, mais especificamente, a relação terapêutica, dada a mesma ter sido considerada um fator central para o resultado terapêutico, e o facto de existirem diferenças nesta mesma relação quando presencialmente ou à distância. O presente estudo tem os seguintes objetivos de investigação: (1) perceber as principais semelhanças e diferenças da criação e manutenção de uma relação terapêutica à distância quando comparada com a relação terapêutica presencial; (2) explorar, através da perspectiva do psicólogo, que dimensões consideram relevantes na relação terapêutica e a importância da mesma no processo terapêutico; (3) explorar o conhecimento dos psicólogos face à relação terapêutica, presencial e à distância, e que fatores consideram essenciais para contruir e manter uma relação terapêutica nos dois contextos referidos; (4) aprofundar que fatores os psicólogos consideram determinantes para o sucesso e insucesso de uma relação terapêutica à distância.

## **Metodologia**

De forma a fazer cumprir os objetivos a que este estudo se propõe, recorreu-se a um desenho de investigação baseado em metodologias qualitativas, uma vez que as mesmas são caracterizadas pela sua flexibilidade e que permitem uma exploração e adaptação maior ao longo da sua aplicação (Silverman, 2013). Neste sentido, através das experiências subjetivas dos psicólogos clínicos, analisámos a perspetiva dos mesmos sobre as intervenções terapêuticas à distância em comparação com a via convencional – o presencial. O método selecionado para a recolha de dados foi a entrevista semiestruturada, com o objetivo de facilitar a partilha das experiências dos participantes.

### **Caracterização da amostra**

A amostra é constituída por um total de 11 participantes, psicólogos com formação clínica, onde alguns complementaram a sua formação com competências em psicoterapia. O total dos participantes correspondeu a nove indivíduos do sexo feminino (82%) e dois indivíduos do sexo masculino (18%), com idade compreendidas entre os 41 e os 55 anos ( $M=50.27$ ;  $DP=5.51$ ). As orientações teóricas dos participantes eram variadas e, muitos deles tinham formações complementares em mais que uma área, contudo, conseguiu-se apurar que seis participantes eram de vertente base Psicodinâmica, outros dois Cognitivo-Comportamentais, mais dois de Clínica e da Saúde e um Sistémico. Os participantes tinham entre 14 a 32 anos de experiência profissional em acompanhamento psicológico ( $M=24.36$ ;  $DP=6.53$ ), onde seis participantes contemplam contextos hospitalares e privados, quatro participantes contextos privados e um participante contexto escolar e clínica privada. Destes participantes, sete realizam as sessões psicológicas à distância exclusivamente por via *online* (*Zoom, Skype, Whatsapp*), normalmente com acesso a áudio e imagem, e quatro realizam as sessões por via *online* mas também por via telefónica. Em relação ao início da experiência em intervenção à distância, sete já haviam

começado anteriormente à pandemia e quatro só começaram a praticar após o início da pandemia. Nove participantes afirmaram ter como objetivo continuar a utilizar este tipo de intervenção como um recurso, no seu trabalho presente e futuro, e dois demonstraram algumas dúvidas na sua continuidade. Porém, à data da entrevista, todos eles ainda estavam em regime híbrido, com acompanhamentos à distância e presenciais. Em relação à aquisição de competências e/ou formações sobre práticas psicológicas efetuadas à distância, nenhum participante afirmou ter realizado até ao momento da entrevista, apesar de alguns terem procurado informação sobre o assunto. Por último, nove participantes consideraram ter-se sentido confortáveis e recetivos quando realizaram as primeiras sessões à distância, e apenas dois referiram ter sentido desconforto e resistência no início do processo à distância.

## **Instrumentos**

*Guião da entrevista semiestruturada.* Com a finalidade do cumprimento dos objetivos estabelecidos, recorreu-se à criação de um guião de uma entrevista semiestruturada (anexo D). A escolha desta metodologia permitiu uma exploração da temática, como já mencionado, e a exploração das experiências subjetivas de cada participante sobre a criação e manutenção da relação terapêutica.

A entrevista centrou-se em quatro dimensões exploratórias – (1) Conceptualização da relação terapêutica; (2) Relação terapêutica à distância; (3) Relação terapêutica presencial versus à distância e (4) Psicólogo clínico em contexto de intervenção à distância.

No que respeita à dimensão da conceptualização da relação terapêutica, existem três temáticas – (1.1) *definição da relação terapêutica*, cujo objetivo se prende com a compreensão do que o Psicólogo entende por relação terapêutica; (1.2) *fatores que*

*contribuem para uma boa relação terapêutica*, com o objetivo de perceber que fatores são tidos em conta para se construir e manter uma boa relação terapêutica; e (1.3) *importância da relação terapêutica*, com o objetivo de perceber a importância que o Psicólogo dá à relação terapêutica no processo e resultado clínico.

No que concerne a dimensão da relação terapêutica à distância, podem ser consideradas quatro temáticas – (2.1) *introdução da relação terapêutica à distância*, com o objetivo de perceber o que o Psicólogo entende por este conceito; (2.2) *eficácia da relação terapêutica à distância*, que tem como objetivo perceber o que o Psicólogo acha das relações terapêuticas à distância e clarificar se considera as mesmas eficazes no processo clínico; (2.3) *fatores fundamentais para o sucesso e insucesso da relação terapêutica à distância*, cujo objetivo se prende com a clarificação dos fatores que o participante considera serem determinantes para o sucesso e insucesso da relação terapêutica; (2.4) *tríade de fatores que podem condicionar a relação terapêutica: privacidade, características dos pacientes e experiência dos psicólogos*, com o objetivo de perceber os aspetos que podem afetar a manutenção e criação da relação à distância.

Relativamente à dimensão da relação terapêutica presencial versus à distância, existem três temáticas – (3.1) *diferenças entre relação terapêutica presencial e à distância*, com o objetivo de clarificar as diferenças que o participante considera entre uma relação terapêutica presencial em comparação à distância; (3.2) *características comuns aos dois tipos de relações*, cujo objetivo se prende com a clarificação das semelhanças que o participante considera entre as relações; (3.3) *tempo de acompanhamento*, com o objetivo de clarificar como o tempo de acompanhamento do paciente pode facilitar a passagem de um acompanhamento presencial para um à distância.

Por último, no que respeita à dimensão psicólogo clínico em contexto de intervenção à distância, correspondem duas temáticas – (4.1) *formação em intervenção à distância*, com o objetivo de perceber se os participantes têm algum tipo de formação em intervenção à distância; e (4.2) *atitude do psicólogo clínico face à intervenção à distância*, cujo objetivo se relaciona com a clarificação de como os participantes se sentem face à intervenção à distância.

## **Procedimentos**

Após a criação do guião semiestruturado da entrevista, foram realizadas três aplicações piloto com o objetivo de determinar a duração aproximada da entrevista, assim como perceber a clareza e lógica da sequência das perguntas e, se necessário, alterar e corrigir algum destes aspetos. Simultaneamente, estas aplicações piloto foram essenciais para a entrevistadora treinar a condução da aplicação do guião e familiarizar-se com a tarefa. O presente estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética e Deontologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

***Procedimentos de seleção e recolha de dados.*** O estudo foi divulgado via *email* convite, através da rede de contactos das investigadoras e pode ser consultado no anexo A. Nas redes sociais das mesmas (*LinkedIn* e *Facebook*) também foi publicado um texto, que pode ser consultado no anexo B, com o objetivo de chegar a um maior número de possíveis participantes. Foram dadas informações sobre os objetivos da investigação, critérios de inclusão, duração da entrevista, confidencialidade e possibilidade de realizar a entrevista presencialmente ou via *Zoom*, sendo solicitado aos interessados em participar que contactassem a investigadora através do *email* para se proceder ao agendamento da entrevista. Para colaborarem no estudo, os participantes tinham de ser psicólogos clínicos, serem membros efetivos da Ordem dos Psicólogos Portugueses, com o mínimo de dois

anos de experiência profissional, com formação clínica em área indiferenciada e com experiência em acompanhamentos psicológicos presenciais e à distância.

Das 11 entrevistas, dez foram aplicadas através de videochamada pela plataforma *Zoom* e uma foi realizada presencialmente num espaço cedido pela Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Antes do início das entrevistas foi disponibilizado o consentimento informado (anexo C) a cada participante, ou via *email* quando as entrevistas eram por videochamada, ou pessoalmente, e pedido aos participantes que o devolvessem devidamente assinado, pela mesma via que o receberam. Neste sentido, procedeu-se à apresentação da entrevistadora e do tema, assim como dos objetivos pretendidos do estudo, seguido da referência à confidencialidade dos participantes e da possibilidade que os mesmos tinham em poder desistir a qualquer momento da entrevista. Seguidamente, a investigadora passou à aplicação do guião e recorrente adaptação do mesmo, mediante as necessidades e dinâmicas de cada participante. No final, a entrevistadora agradeceu a colaboração e disponibilidade do participante, assim como deu a possibilidade de acrescentar alguma informação que considera importante e/ou esclarecer alguma dúvida ou questão. As entrevistas tiveram uma duração variável entre 25 a 60 minutos, tendo sido gravadas em formato áudio.

***Procedimentos de análise de dados.*** Após o término da totalidade das transcrições das entrevistas, os dados foram analisados recorrendo à análise temática, através do *software* QRS NVivo 12. A análise temática foi o método escolhido para o processamento dos dados, visto ser caracterizada por identificar, analisar e relatar padrões dentro dos dados, organizando e descrevendo os aspetos pertinentes em detalhe (Braun & Clarke, 2006). Tendo em conta a natureza exploratória do estudo, acredita-se que este método será o mais adequado pela sua flexibilidade e rigor.

Das seis fases propostas por Braun e Clarke (2006), a primeira constituiu a familiarização com os dados através da transcrição e leitura das entrevistas. A segunda fase foi composta pela criação dos primeiros códigos provenientes a partir das respostas dos participantes, e que permitiu organizar os dados de acordo com a uma lógica. Na terceira fase foi realizado o agrupamento das categorias por temas, criando o primeiro sistema de categorias, sendo que na quarta fase foi realizada a revisão dos temas, e analisando a coerência dos dados. A quinta fase foi composta pelo aperfeiçoamento dos dados, a definição e nomeação de cada tema. Na última fase, foi realizada uma análise final dos códigos e do sistema hierárquico, no sentido de perceber se os mesmos vão ao encontro dos objetivos do estudo. Através do seguimento lógico destas fases, e da recodificação contínua dos dados ao longo da análise, foi possível criar um sistema hierárquico de categorias, que pode ser consultado no anexo E, coeso e lógico para o presente estudo. É de referir que a análise e aperfeiçoamento da mesma só foi possível com a discussão conjunta das investigadoras, onde a investigadora orientadora assumiu funções de consultora.

## **Resultados e Discussão**

A análise resultou em 57 categorias relacionadas entre si, e que foram agrupadas em quatro domínios construídos sobre a relação terapêutica à distância: (1) características comuns à relação terapêutica presencial; (2) diferenças face à relação terapêutica presencial; (3) fatores de insucesso e (4) fatores de sucesso (ver anexo E).

### ***Domínio 1. Características comuns à relação terapêutica presencial***

O primeiro domínio foi construído por termo de comparação, entre a relação terapêutica à distância e a presencial, e tem como objetivo analisar e identificar que fatores, os psicólogos clínicos, identificam como comuns aos dois contextos quando refletem sobre as suas próprias experiências (objetivo 1, 2 e 3).

Este domínio é composto por 14 categorias, nomeadamente: 1.1.Fatores da relação terapêutica que se subdivide em 1.1.1.Escuta ativa; 1.1.2.Garantia da privacidade; 1.1.3.Compromisso; 1.1.4.Confiança; 1.1.5.Empatia e validação; 1.1.6.Disponibilidade do paciente e 1.1.7.Genuinidade do terapeuta; 1.2.Estabelecimento da relação; 1.3.Manutenção da relação; 1.4.Relação enquanto processo; 1.5.Estratégias e resultados clínicos semelhantes; 1.6.Impacto da relação no resultado e por último 1.7.Dropout's.

A categoria 1.1.fatores da relação terapêutica (11) retrata as características identificadas para a relação terapêutica à distância que são consideradas como semelhantes à via presencial, a partir do discurso dos participantes.

Os participantes referiram que alguns dos principais fatores comuns para uma boa relação terapêutica, tanto presencial como à distância, são a 1.1.1.escuta ativa (7) “*o psicólogo estar disponível para ouvir*” (p11), a 1.1.2.garantia da privacidade (7) “*não esquecendo essa questão [necessidade de garantir] da confidencialidade e da privacidade*” (p1), o 1.1.3.compromisso (6) “*O estar ali as duas pessoas envolvidas na relação e disponíveis para trabalhar, disponíveis...*” (p11), a 1.1.4.confiança (6) “*Como já referi, o importante é a confiança para se estabelecer a aliança terapêutica*” (p9) e a 1.1.5.empatia e validação (4) “*possibilidade e a expressão da empatia*” (p3).

A par disto, os participantes também referiram que em ambas as relações terapêuticas devem estar presentes a 1.1.6.disponibilidade do paciente (3) “*a pessoa estar disponível para partilhar, para ouvir, para a mudança.*” (p11) e a 1.1.7.genuinidade do terapeuta (1) “*É muito importante a verdade, a honestidade*” (p10).

Estes resultados parecem ir ao encontro da relação na linha daquilo que é o pensamento dos autores humanistas (e.g., Rogers, 1951), onde a mesma tem de ser pautada pela presença de afeto, responsividade, genuinidade e reciprocidade entre a dupla

envolvida, terapeuta-paciente, sendo definida pelo não julgamento da parte do terapeuta para com o cliente.

A garantia da confidencialidade foi das categorias mais assinaladas como semelhantes entre as duas modalidades, o que vai não ao encontro das reservas assinaladas por muitos psicólogos em relação à passagem das intervenções presenciais para à distância (Barak et al., 2008).

Ainda dentro das semelhanças dos dois tipos de intervenção, foram mencionados o 1.2.estabelecimento da relação (8) *“Acho que a relação se estabelece, pode-se estabelecer com a mesma intensidade com as mesmas características, salvo raras exceções.”* (p3), a 1.3.manutenção da relação (6) *“no essencial a relação terapêutica constrói-se, mantém-se pelos mesmos fatores que no presencial”* (p2), assim como a 1.4.relação enquanto processo (6) *“Tem que haver uma relação terapêutica, e o que vem dessa relação terapêutica, quer no online, quer no presencial é o mesmo.”*(p2).

Autores como Simpson e Reid (2014) e Noyce e Simpson (2018) defendem que uma relação terapêutica estabelecida à distância é tão forte quanto a relação estabelecida presencialmente, o que vai de encontro ao referido por oito dos participantes. Ainda neste seguimento, há evidências que comprovam que os processos e as características da relação terapêutica são similares nas duas modalidades (Payne et al., 2020), tal como é assinalado pelos psicólogos nesta investigação.

As 1.5.estratégias e resultados clínicos semelhantes (3) *“O que você faz é o mesmo, portanto, o trabalho, a incidência é a mesma. Ou seja, desde que o... lá está, aqui não falando nas, quando as pessoas têm mais dificuldade em ir para aprofundar mais temas por esta via. O trabalho acaba por ser o mesmo, não é?”* (p4) assim como o 1.6.impacto da relação no resultado (2) *“E de facto é possível construir coisas com as pessoas e continuar a dar-lhes suporte”* (p4) foram categorias mencionadas pelos

participantes, mas não de forma tão expressiva. Os 1.7.dropout's (1) também foram referidos por um participante como acontecendo de forma semelhante “*acredito que seja o espaço, porque também há dropout's quando se passa é partilhado...não tive assim tantos dropout's com a relação à distância, não tive, é igual, nesse aspeto até tem sido igual... acontecem da mesma forma.*” (p6).

Existe uma expectativa de que uma relação terapêutica à distância seja qualitativamente diferente de uma relação terapêutica presencial (Minghelli-Pieta & Gomes, 2014), algo que não se comprova na evidência científica, visto que as investigações recentes apresentam semelhanças na intensidade da relação, no tipo de trabalho realizado assim como nos resultados clínicos, o que corrobora as últimas categorias nomeadas pelos participantes em relação às semelhanças entre os dois tipos de relação.

## **Domínio 2. Diferenças face à relação terapêutica presencial**

O segundo domínio também foi desenhado através da comparação entre as duas modalidades de intervenção psicológica, presencial e à distância, mas neste caso com o objetivo final de perceber que diferenças os psicólogos clínicos assinalam entre ambas (objetivo 1, 2 e 3).

Este domínio tem 12 categorias, que são elas: 2.1.Contacto não-presencial; 2.2.Estabelecimento da relação; 2.3.Menos acesso à comunicação não-verbal; 2.4.Setting terapêutico; 2.5.Paciente garantir as condições para a sessão; 2.6. Maior esforço mental pelo cansaço associado ao uso das tecnologias; 2.7.Mais potenciais distractores; 2.8.Menos adesão ao processo; 2.9.Perda do contacto visual direto; 2.10.Acesso à autoimagem; 2.11.Mais dificuldade em gerir os silêncios terapêuticos e o 2.12.Manutenção da relação terapêutica.

O 2.1.contacto não presencial (8) “*o cheiro que não temos, o toque que não temos, o físico não temos*” (p6) e o 2.3.menos acesso à comunicação não-verbal (6) “*Possivelmente também, talvez em termos da linguagem corporal seja uma experiência menos rica quando estamos à distância*” (p9), foram das categorias mais nomeadas pelos participantes como diferentes entre a via presencial e à distância.

Muitos psicólogos demonstram insatisfação com as intervenções à distância pelo facto de ser difícil observar a linguagem corporal e existir a tendência para se perder alguns aspetos da comunicação não-verbal (Capner, 2000), tal como foi apontado pelos nossos participantes.

Alguns participantes afirmaram que sentem o 2.2.estabelecimento da relação (7) “*será uma coisa um bocadinho mais lenta se for à distância mas eu levaria mais aqui uma questão de rapidez.*” (p3) como algo diferente na modalidade à distância, contudo, apenas um participante afirmou a 2.12.manutenção da relação terapêutica (1) “*Também lhe digo que em relação às consultas online, acho que pode ser um bocadinho mais difícil manter o mesmo... o mesmo grau de aliança terapêutica*” (p8) como diferente em comparação à via presencial.

Muitos autores demonstram que os psicoterapeutas acreditam que a aliança terapêutica nas intervenções à distância é equivalente à presencial (Cavanagh & Millings, 2013), e que uma relação terapêutica estabelecida por videoconferência é tão forte quanto a relação estabelecida presencialmente (Simpson & Reid, 2014). Apesar dos nossos participantes referirem semelhanças e relações de qualidade, conseguimos também diferenciar aspetos que parecem relevantes nas duas modalidades. Apesar, das relações poderem ser fortes, parecem apresentar características diferentes que podem dar pistas para o próprio treino na relação terapêutica à distância e aspetos a considerar na preparação da intervenção à distância.

Contudo, é importante referir que os participantes reforçam mais a ideia de considerarem o estabelecimento da relação diferente, mas a manutenção da mesma, apenas foi nomeada como diferente por um dos psicólogos, e que assinalou como diferente a manutenção da aliança terapêutica por considerar que há uma frequência e facilidade maior para a desistência do processo.

O 2.4.setting terapêutico (6) “*À distância só quero dizer que as pessoas não estão no mesmo espaço físico como aqui, portanto, mas cada um está no seu local*” (p2) foi também das categorias mais nomeadas como diferente pelos participantes, sendo já expectável, visto que a intervenção psicológica à distância podem ser realizadas via *chat*, mensagem instantânea, áudio ou videoconferência, ou seja, onde os intervenientes estão em sessão mas em espaços físicos diferentes (Minghelli-Pieta & Gomes, 2014).

Um aspeto de parecer derivar destas diferenças no *setting*, e que constitui como uma das maiores fontes de preocupação para os psicólogos, são as questões de privacidade, nomeadamente, o facto de ser o 2.5.paciente garantir as condições para a sessão (4) “*e depois os problemas maiores que eu tenho apanhado é de facto a questão da privacidade do lado do paciente*” (p7), no sentido de o paciente criar um ambiente seguro, estruturado, neutro e privado (Payne et al., 2020), algo que não acontece nas sessões presenciais, pois essa responsabilidade é da parte exclusivamente do terapeuta. Este facto leva a uma menor sensação de controlo desse aspeto na intervenção à distância, em comparação ao que acontece presencialmente.

Simultaneamente, os resultados trouxeram categorias ainda pouco referidas na literatura sobre o tema, como 2.6. maior esforço mental pelo cansaço associado ao uso das tecnologias (3) “*E, portanto acho que há uma saturação bastante grande relativamente à tecnologia, atualmente. Tanto dos técnicos, eu falo por mim própria, como dos utentes.*” (p11), 2.9.perda do contacto visual direto (2), “*Talvez se note um*

*bocadinho a diferença no contacto visual não é? Eu estou a olhar para ti, estou-te a ver mas não te estou a olhar nos olhos posso estar a olhar para a câmara sim, tu vês os meus olhos mas não me veres olhar para ti. Portanto quem valorize muito essa variável talvez seja uma diferença.”* (p1), 2.10.acesso à autoimagem (1) *“nós vemos e sabemos que somos vistos e até nos vemos a nós, não é? Que é uma coisa interessante, que eu acho que é interessante no online que no presencial isso não acontece.”* (p5) e 2.11.mais dificuldade em gerir os silêncios terapêuticos (1) *“A gestão dos silêncios é muito mais difícil nesse registo, e aqui portanto sublinho mais na telefónica, não é?”* (p4).

Apesar de ser apenas referido por dois participantes, nas intervenções à distância existem 2.7.mais potenciais distractores (2) *“Manter o foco, eu acho que é mais difícil, porque mais que psicoterapeuta...estás a falar com uma pessoa que não tem propriamente défice atencional, mas para lá caminho...tens que perceber em que meio é que estás...eu agora estou num gabinete do hospital, que é diferente de estar no meu quarto a fazer sessões, ok? E acho que isto é uma variável muito importante.”* (p6).

Esta categoria vai ao encontro do descrito por alguns autores como Payne e al. (2020), que defendem existirem mais distractores ambientais, pessoais e fora do controlo clínico num ambiente fora das sessões presenciais.

Por último, uma das categorias menos referidas foi 2.8.menos adesão ao processo (2) *“Eu acredito que a adesão ao processo e envolvimento no processo possa ser maior num processo que é presencial.”* (p8) da parte do paciente. Esta categoria é encontrada na análise quando foi pedido aos participantes para pensarem nas diferenças entre as duas vias de intervenção, mas que não aparece referida na literatura. A maioria dos estudos afirmam ainda que a intervenção à distância é vista como diferente, pelos pacientes, durante as primeiras sessões, sendo rapidamente ultrapassada, passando a haver uma sensação de presença e maior envolvimento (Simpson et al., 2005). No entanto, é

importante referir que a literatura recaiu sobre a perspetiva do cliente e os resultados do presente estudo, sobre a perspetiva do psicólogo. Ou seja, os resultados ao transmitirem a perceção do terapeuta acerca dos clientes e não a dos clientes, poderá ser algo mais projetivo, no sentido, de espelharem a própria sensação de desconforto e resistência à intervenção à distância no paciente. Por outro lado, pode ser apenas o percecionado pelo terapeuta mas que não corresponde à experiência do cliente. De referir, que existem estudos (e.g., Mohr et al., 2006) que apontam que a intervenção à distância pode inclusive motivar à adesão pois permite uma melhoria do acesso e uma maior conveniência de horário, em particular para os pacientes que se encontram com limitações geográficas ou de mobilidade.

### ***Domínio 3. Fatores de insucesso***

O terceiro domínio refere-se aos fatores que poderão conduzir ao insucesso da relação terapêutica, e por sua vez, da intervenção à distância, identificados pelos participantes (objetivo 4).

Foram identificadas 13 categorias, que irão passar a ser nomeadas: 3.1.Limitações que se subdividem em 3.1.1.Adaptação ou impossibilidade de aplicar algumas técnicas; 3.1.2.Não substituição da via presencial; 3.1.3.Instabilidade dos equipamentos; 3.1.4.Não é válido para todas as pessoas e a 3.1.5.Dificuldade em gerir desregulação emocional; 3.2.Características dos pacientes que também se subdividem em 3.2.1.Pacientes com traços difíceis ou perturbações da personalidade; 3.2.2.Pacientes com mais dificuldades na relação e em confiar e 3.2.3.Pacientes com personalidades mais resistentes ou hostis; 3.3.Falta de privacidade; 3.4.Falta das condições, estrutura e limites da relação terapêutica e por último 3.5.Resistência e desconforto ao processo à distância.

Dentro dos fatores que perfazem possíveis insucessos neste tipo de intervenções, os participantes salientaram de forma expressiva algumas 3.1.limitações (10) que,

simultaneamente, também contribuem para o pouco sucesso. São elas a necessidade de

3.1.1.adaptação ou impossibilidade de aplicar algumas técnicas (6) “*Mas no processo terapêutico, era o que estava a dizer, há eventualmente algumas técnicas que têm que ser adaptadas, mas outras não, outras acabaram por funcionar...*” (p10), o facto da

3.1.2.não substituição da via presencial (6) “*Acho que não substitui, não é exatamente a mesma coisa ter as pessoas na consulta presencial, ter as consultas utilizando um meio tecnológico. Acho que não é a mesma coisa, não sinto da mesma maneira.*” (p11), a

3.1.3.instabilidade dos equipamentos (4) “*a falta de condições técnicas*” (p7), o 3.1.4.não é válido para todas as pessoas (3) “*Sim, já não acho que seja válido para todos os pacientes, para todas as pessoas, mas acho que depois a discriminação, não sei se essa pergunta vem mais à frente, acho que nem tem a ver com patologias nem é assim lencável ou que possa dizer à partida que aquela pessoa não vai funcionar.*” (p2) e por último a

3.1.5.dificuldade em gerir desregulação emocional (1) “*situações de grande desregulação emocional pode ser complicado e aí o insucesso*” (p3).

Sabe-se que nas sessões à distância, muitas vezes há a necessidade de ajustar ou fazer algumas modificações processuais, principalmente, quando se tem de implementar uma técnica ou tarefa que necessite de manuseamento de material (Capner, 2000), o que vai ao encontro do referido por seis dos participantes.

A literatura descreve algumas limitações das intervenções à distância, que trazem implicações na prática com algumas questões difíceis de ultrapassar, como a falta ou falha de tecnologia adequada algo que também é assinalado pelos participantes e que pode comprometer a sessão (Payne et al., 2020) e o decorrer do processo terapêutico.

Outros fatores menos positivos deste tipo de intervenção remetem para o facto dos terapeutas acharem que as intervenções presenciais não são substituíveis, o que é discutido na literatura, mas ainda não existem grandes evidências nesse sentido

(Berryhill et al., 2019; Grist et al., 2019; Hipólito et al. 2020). Simultaneamente, a dificuldade em se conseguir trabalhar com todas as pessoas e regular descontrolos emocionais, por exemplo. Para contrapor, Rathenau et al. (2021) acreditam que a presença terapêutica é uma experiência interna do terapeuta que acontece quando este está de forma plena e com total disponibilidade na sessão. Esta capacidade permite ao terapeuta sentir e conduzir a sessão, esquecendo-se de que estão à distância, e com isto, não sentir qualquer uma das dificuldades enunciadas anteriormente, transformando a experiência de ambos, igual à presencial. Assim, podemos referir que apesar da experiência relacional do terapeuta não ser independente da postura e desafios presentes em função do cliente, se a próprio terapeuta sentir dificuldades ou estiver mais desconfortável com a intervenção à distancia poderá ter uma postura que dificulte o processo. Assim como na relação presencial a relação apresenta aspetos que são do *setting*, do cliente, mas também no terapeuta.

As 3.2.características dos pacientes (8) foram das categorias mais referidas quando foi explorado com os participantes quais o fatores preditores de insucesso para uma relação terapêutica à distância.

Os participantes referiram de forma maioritária que 3.2.1.pacientes com traços difíceis ou perturbações da personalidade (8) *“A perda de contacto com a realidade, por exemplo, pessoas que estejam com um quadro psicótico acho que também pode ser mais complicado conseguir fazer algum tipo de estratégia de confronto com a realidade.”* (p3) seriam mais difíceis de ter uma intervenção à distância que resultasse e que fosse eficaz no acompanhamento. 3.2.2.pacientes com mais dificuldades na relação e em confiar (3) *“Pessoas com estrutura, com uma estrutura em que... com dificuldades significativas em confiar, também pode dificultar mais.”* (p8) também foram assinalados como preditores de insucesso e os 3.2.3.pacientes com personalidades mais resistentes ou hostis (2) *“se o*

*paciente é resistente, ou seja, se está mais resistente ao processo terapêutico, se é um paciente mais difícil, que nós chamamos paciente mais difícil. Até no sentido de alguma hostilidade maior. Isso, eu acho que aí pode ser difícil, mais difícil. Digamos, quanto mais for, houver... digamos circunstâncias que levem a que o estabelecimento da relação terapêutica se torne mais difícil naquele paciente” (p4).*

Estes resultados são suportados pela evidência científica que reflete sobre as considerações práticas de realizar terapias à distância a clientes com sintomas mais graves e delicados (Bower et al., 2013; Richards et al., 2018). Este poderá ser a maior desvantagem deste tipo de intervenções, por não ser “válida” a um espectro considerável de pessoas. No entanto, a literatura ainda não tem evidência suficiente sobre esta temática.

Mais uma vez a privacidade foi um tema fulcral, desta vez a 3.3.falta de privacidade (6) “*Não haver um espaço íntimo em que as pessoas possam fazer as consultas, ou não haver alternativas rápidas.*” (p11) contribuir para o insucesso das relação à distância, assim como a 3.4.falta das condições, estrutura e limites da relação terapêutica (5) “*a pessoa ter comportamentos inadequados, por exemplo aparecer sempre super tarde, não comparecer de todo, dizer que o e-mail do link não foi recebido, portanto, todos esses procedimentos ou acontecimentos de boicote ou de interferência que possam surgir*” (p1) e o facto de haver 3.5.resistência ao processo à distância (4) “*à partida desconfiarem, entre outras, do online da parte do terapeuta não ajuda, tal como da parte do paciente também não ajuda. Sendo que, acho que o terapeuta tem que ser mais...é mais responsável*” (p2), seja por parte do paciente ou do terapeuta.

A 3.5.resistência ao processo à distância, apesar de não ter sido uma das categorias mais referidas, tem suporte científico na medida em se sabe que a atitude dos terapeutas perante a intervenção à distância é um preditor significativo do sucesso terapêutico. (Rathenau et al, 2021).

#### **Domínio 4. Fatores de sucesso**

O quarto e último domínio assinalado são os fatores que podem contribuir para o sucesso de uma relação e intervenção terapêutica à distância, mais uma vez, pela perspectiva dos psicólogos clínicos (objetivo 4).

Este domínio é composto pelo maior conjunto de categorias, neste caso 18 que irão passar a ser descritas: 4.1.Experiência do psicólogo; 4.2.Objetivos, regras e regularidade terapêutica; 4.3.Ter privacidade; 4.4.Haver abertura e motivação; 4.5.Monitorização das condições de privacidade; 4.6.Ser confortável para ambos na relação; 4.7.Vantagens subdivididas em 4.7.1.Ultrapassar a distância geográfica; 4.7.2.Otimização do tempo e do número de acompanhamentos e 4.7.3.Estar sem máscara e ter acesso total à face; 4.8.Abertura à experiência online mesmo com reservas; 4.9.Boa qualidade dos equipamentos; 4.10.Características do paciente dividida em 4.10.1.Pacientes com mais dificuldades em estar presencialmente e 4.10.2. Pacientes flexíveis ou com capacidade vinculativa; 4.11.Competência e características do psicólogo; 4.12.Conforto com as tecnologias e 4.13.Estabelecimento presencial da relação.

Mais uma vez, a 4.1.experiência do psicólogo (9) *“sim, nomeadamente, porque serão se for um terapeuta com alguma experiência estará mais alerta e estará mais treinado para perceber aspetos da relação terapêutica que possam estar a correr menos bem e poder repará-los na relação à distância, ok?”* (p3) foi tido como uma categoria importante, mas neste caso para o sucesso da intervenção, assim como o facto de 4.4.haver abertura e motivação (6) *“quer a disponibilidade e motivação do paciente”* (p8), para o processo terapêutico à distância, tanto da parte do paciente como do terapeuta.

A evidência científica demonstra que os psicólogos acreditam que a experiência clínica poderá ser um fator essencial para o sucesso terapêutico (Payne et al., 2020), visto

que o profissional tem mais destreza a antever e lidar com possíveis dificuldades no processo, o que vai de encontro aos resultados apresentados neste estudo.

Tal como está descrito na introdução, Rathenau et al. (2021) acreditam que a presença terapêutica caracteriza-se pelo estado em que o terapeuta consegue abstrair-se do facto de estar num espaço físico diferente do paciente, e isso torna a interação paciente-terapeuta parecer presencial. Neste caso, tal como é referido nos resultados, a motivação e abertura dos elementos da relação, terá contribuído para o sucesso terapêutico.

O facto de haver 4.2.objetivos, regras e regularidade terapêuticas (7) *“E depois na primeira sessão eu também tento sempre ser muito clara sobre todo o procedimento e as pessoas percebem mesmo o que eu digo, mesmo a verdade.”* (p10) negociadas na relação, foi um fator referido como positivo para o sucesso terapêutico, assim como a 4.5.monitorização das condições de privacidade (6) *“Do online tem que ser verificada [a privacidade] no início e tem que ser verificada também pontualmente, portanto eu diria mesmo é um fator número um em termos de importância claro.”* (p1), o facto de 4.6.ser confortável para ambos na relação (6) *“Se estamos confortáveis na relação, está bem? Se estamos confortáveis, se não estamos saturados de computadores, se para nós também está a ser bom.”* (p11) e por último, 4.3.ter privacidade (7) *“A questão da privacidade eu acho que é fundamental. Portanto, eu quando estou numa sessão online estou no...quer dizer ou estou no consultório, mas se estiver em casa, por exemplo, tenho um escritório em casa, a porta está fechada e à prática comum as pessoas sabem que não batem à porta e não interrompem, nem entram, não é?”* (p10).

As 4.7.vantagens (7) das intervenções à distância foram tidas como importantes para o sucesso das relações à distância. Os participantes nomearam o facto de 4.7.1.ultrapassar a distância geográfica (6) *“porque permitem que a terapia se faça mesmo quando não é possível as pessoas encontrarem-se fisicamente.”* (p9), a

4.7.2.otimização do tempo e do número de acompanhamentos (4) *“Só que acarretava mais dificuldade, mesmo para sair do trabalho, estacionar, etc. E então acabam por considerar que é mais proveitoso”* (p2) e o 4.7.3.estar sem máscara e ter acesso total à face (1) *“preferem à distância porque podem estar sem máscara.”* (p2) como as vantagens mais presentes nesta modalidade.

A situação pandémica vivida nos últimos anos, trouxe a necessidade de continuar os processos via à distância, visto as restrições de constato presencial estarem ativas, e haver a necessidade de dar seguimento aos processo terapêuticos e não deixar os pacientes sem acompanhamento (Burgoyne & Cohn, 2020). Os clientes de intervenções *online*, afirmam que este recurso lhes permite ultrapassar a distância geográfica (Grady et al., 2011; Doze et al., 1999) o que mais uma vez vai ao encontro dos resultados apresentados. A evolução tecnológica tornou possíveis as intervenções à distância, onde as maiores vantagens são o melhor acesso, maior flexibilidade e uma maior economia de custos e recursos (Andersson & Titov, 2014).

As características menos enunciadas foram a 4.8. abertura à experiência online mesmo com reservas (3) *“mas acho que foi uma das coisas positivas da pandemia que trouxe uma maior abertura a estar à distância...”* (p2), 4.9.boa qualidade dos equipamentos (3) *“conseguirmos ter boas condições técnicas para não haver complicações com a rede e com os cortes de som e com os cortes de imagem”* (p7), as 4.10.características do paciente (3), em particular, 4.10.1.pacientes com mais dificuldades em estar presencialmente (2) *“porque haverá uma ou outra personalidade mais evitante que até pode ter mais à vontade nas relações terapêuticas em vídeo-consulta, não é?”* (p7) e 4.10.2. pacientes flexíveis ou com capacidade vinculativa (2) *“Vamos ver, a capacidade de vincular seja à distância ou não, não é? Capacidade de estabelecer vínculos”* (p7).

Uma das maiores vantagens das terapias à distância, encontrada na literatura é de que pela forma *online* os pacientes sentem que podem falar e aderir livremente, evitando alguns possíveis julgamentos por não haver a necessidade de se dirigir presencialmente ao local, e tornar todo o processo mais privado (Turner,2015). Neste sentido, poderá justificar a referência de alguns participantes, em mencionarem 4.10.1.pacientes com mais dificuldades em estar presencialmente, terem mais adesão à modalidade à distância, mas também pelo facto de algumas pessoas sentirem mais conforto a relacionarem-se melhor através da via eletrónica, possivelmente por uma falsa sensação de proteção.

Este aspeto é curioso na medida que parece apontar para uma vantagem, quando em cima tínhamos categorias que falavam mais das dificuldades, nomeadamente, no estabelecimento da relação. O que mostra a complexidade e variabilidade de perceções acerca, não só da relação à distância, mas da própria intervenção à distância. Neste sentido, as perceções de ambos os intervenientes (cliente e psicólogo), no processo têm impacto no próprio processo, assim como na relação presencial. A preparação para a mudança (Prochaska et al., 1993) é um aspeto importante na intervenção e no estabelecimento da relação, porque tem associadas componentes motivacionais. Este aspeto pode ser importante ter em consideração aquando da estruturação da relação *online*, permitindo aceder a perceções, dificuldades ou benefícios vistos pelos próprios clientes.

As 4.11.competência e características do psicólogo (3) “*Numa relação à distância o que é que eu acho fundamental? Em todas as, obviamente, quer as competências técnicas do terapeuta*” (p8) também foram referidas, mais de forma menos acentuada, assim como o 4.12.conforto com as tecnologias (2) “*eu acho que é uma coisa segura que eu posso dizer é que o conforto com as tecnologias, ou seja, se a pessoa está muito confortável com o uso das plataformas para comunicar eu acho que é sem dúvida mais*

*fácil*” (p3) e o 4.13.estabelecimento presencial da relação (1) “*achei que as relações terapêuticas principalmente se já estivessem estabelecidas que funcionavam.*” (p7).

Porém, as provas científicas demonstram que existe uma tendência para que a relação terapêutica *online* seja avaliada de forma positiva, mesmo quando fatores como o estado da *internet* e a qualidade do áudio e imagem não apresentam uma boa qualidade e podem assim comprometer a sessão (Simpson & Reid, 2014). O que parece justificar o facto da categoria da 4.9.boa qualidade dos equipamentos tenha sido referida apenas por três participantes, não tendo uma presença significativa para o sucesso de uma relação terapêutica à distância.

### **Conclusão**

A análise dos resultados obtidos do presente estudo vão ao encontro dos objetivos a que o mesmo se propôs, permitindo assim perceber as semelhanças e diferenças da relação terapêutica à distância a par da presencial, bem como os fatores que mais contribuem para o sucesso e insucesso das intervenções à distância.

Os participantes foram capazes de explorar o tema mediante a sua perspetiva e experiências profissionais, respondendo através da descrição da sua perspetiva e da reflexão dos seus exemplos práticos. Derivado à continuidade da situação pandémica enquanto as entrevistas foram realizadas, os participantes estavam bastante envolvidos na temática e demonstraram interesse, não só nas suas participações, mas também no acesso aos resultados do estudo.

Os psicólogos eram de áreas clínicas muito diversas, apesar de os anos de experiência não variarem significativamente. Todos eles tinham uma postura própria em relação às intervenções *online*, e apesar de todos afirmarem ponderar a continuação destas intervenções como um recurso futuro (mesmo depois das restrições pandémicas terminarem), nem todos o fazem por se sentirem completamente à vontade com a

modalidade. Contudo, as vantagens que são capazes de reconhecer, permite-lhes ponderar continuar a fazer intervenções à distância.

Nenhum dos participantes teve formação prévia sobre intervenções à distância, porém, a maioria foi-se informando e procurando informação técnica sobre a mesma. Dos 11 participantes, sete já faziam intervenções psicológicas *online*, antes da pandemia, ainda que fosse só de forma pontual. Alguns participantes afirmaram que sentiram algum desconforto quando iniciaram as sessões à distância, mas que ao longo do tempo essa sensação foi passando, tornando-se uma realidade mais confortável apesar de por vezes cansativa.

Atualmente, as intervenções e relações à distância são um fator de interesse para médicos e psicólogos, e acreditamos que os presentes resultados possam vir a ser úteis para a exploração dos fatores que podem influenciar ou prever os bons resultados clínicos neste tipo de abordagens. Assim sendo, o presente estudo pretende contribuir para a compreensão das limitações e vantagens das intervenções à distância, sentidas pelos psicólogos clínicos.

Segundo os participantes, a relação terapêutica à distância a par da presencial é pautada por muitas semelhanças, nomeadamente, quando nos referimos aos fatores e características inerentes de uma relação terapêutica, como a presença de escuta ativa, a confidencialidade, o compromisso e a confiança.

Porém, o leque de participantes também apontou diferenças, algumas mais no especto da envolvência do *setting* e das consequências de os intervenientes na relação não estarem a partilhar o mesmo espaço físico, como o facto de não haver contacto ou sensação de presencial e menos acesso à comunicação não-verbal. Para além do descrito, o estabelecimento da relação terapêutica também foi mencionado como diferente, quando o fazem de forma presencial ou à distância.

Apesar de alguns aspetos menos positivos, como a questão da privacidade, do domínio da tecnologia e das possíveis instabilidades dos equipamentos, existem vantagens percecionadas pelos participantes. O facto de permitirem que seja feita uma otimização do tempo e dos recursos, do terapeuta e cliente, e que a distância geográfica seja ultrapassada quando se quer iniciar ou continuar um processo terapêutico.

A investigação foi caracterizada pela exploração categorial, através da utilização da análise temática, que permite uma análise mais abrangente, exploratória e detalhada dos dados. O facto de ser uma entrevista semiestruturada, e com a possível adaptação ao longo da aplicação, permitiu essa mesma adaptação e exploração, de mais ou menos conteúdos, mediante as necessidades.

Considerando as limitações do presente estudo, primeiramente, o facto da amostra ser constituída maioritariamente por mulheres. É pouco homogénea, ainda que reflita a distribuição desta classe profissional em Portugal. A segunda limitação será o facto da inexperiência da investigadora que poderá ter levado a uma limitação no dirigir das entrevistas e nas suas análises.

Por último, é importante referir que nem todos os participantes partiram do mesmo conceito de relação terapêutica, sendo este obviamente, dependente da área de formação, e que poderá ter influenciado as respostas. O conceito de relação terapêutica à distância não foi disponibilizado, o que fez que o mesmo fosse descrito mediante as próprias experiências dos participantes. Este fator foi pensado previamente e, na altura, visto como positivo para o estudo para não condicionar respostas. Contudo, percebemos que alguns participantes tinham experiência à distância via *online*, com acesso ao áudio e imagem e outros participantes tinham a experiência em videochamada mas também por via voz. Neste sentido, algumas respostas foram condicionadas pelos mesmos. Assim, consideramos que uma definição prévia dos principais constructos, poderia ter sido

benéfico, nomeadamente a diferenciação entre as diversas modalidades de intervenção à distância (videochamada, voz, mensagens, por exemplo), seria algo de possível melhoramento para estudos futuros.

Em suma, as investigadoras esperam que o estudo realizado seja um bom contributo para a área científica, e para o aumento do interesse da explorar da temática das relações terapêuticas e intervenções à distância, no sentido, de melhorarmos as mesmas. Eventualmente, que a apresentação dos resultados também tenha um contributo positivo para se ultrapassar o estigma associado a estas práticas, e por consequência, que as limitações sejam ultrapassadas.

## Referências Bibliográficas

- Andersson, G., & Titov, N. (2014). Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry, 13*(1), 4–11.
- Baigent, M. F., Lloyd, C. J., Kavanagh, S. J., Ben-Tovim, D. I., Yellowlees, P. M., Kalucy, R. S., & Bond, M. J. (1997). Telepsychiatry: ‘tele’yes, but what about the ‘psychiatry’?. *Journal of Telemedicine and telecare, 3*(1\_suppl), 3-5.
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services, 26*(2–4), 109–160.
- Bee, P. E., Bower, P., Lovell, K., Gilbody, S., Richards, D., Gask, L., & Roach, P. (2008). Psychotherapy mediated by remote communication technologies: A meta-analytic review. *BMC Psychiatry, 8*(1), 60.
- Berger, T. (2017). The therapeutic alliance in internet interventions: A narrative review and suggestions for future research. *Psychotherapy research, 27*(5), 511-524.
- Berryhill, M. B., Culmer, N., Williams, N., Halli-Tierney, A., Betancourt, A., Roberts, H., & King, M. (2019). Videoconferencing psychotherapy and depression: a systematic review. *Telemedicine and e-Health, 25*(6), 435-446.
- Bird, M. D., Chow, G. M., Meir, G., & Freeman, J. (2019). The influence of stigma on college students' attitudes toward online video counseling and face-to-face counseling. *Journal of College Counseling, 22*(3), 256-269.
- Bouchard, S., Robillard, G., Marchand, A., Renaud, P., & Riva, G. (2007, October). Presence and the bond between patients and their psychotherapists in the cognitive-behavior therapy of panic disorder with agoraphobia delivered in videoconference. In *Proceedings of the 10th Annual International Workshop on Presence, Barcelona* (pp. 25-27).

- Bower, P., Kontopantelis, E., Sutton, A., Kendrick, T., Richards, D. A., Gilbody, S., ... & Liu, E. T. H. (2013). Influence of initial severity of depression on effectiveness of low intensity interventions: meta-analysis of individual patient data. *Bmj*, *346*.
- Brennan, J. A., Kealy, J. A., Gerardi, L. H., Shih, R., Allegra, J., Sannipoli, L., & Lutz, D. (1998). A randomized controlled trial of telemedicine in an emergency department. *Journal of Telemedicine and Telecare*, *4*(1\_suppl), 18-20.
- Burgoyne, N., & Cohn, A. S. (2020). Lessons from the transition to relational teletherapy during COVID-19. *Family Process*, *59*(3), 974-988.
- Bush, N. E., Armstrong, C. M., & Hoyt, T. V. (2019). Smartphone apps for psychological health: A brief state of the science review. *Psychological Services*, *16*(2), 188.
- Capner, M. (2000). Videoconferencing in the provision of psychological services at a distance. *Journal of Telemedicine and Telecare*, *6*(6), 311-319.
- Carrad, I., Crépin, C., Rouget, P., Lam, T., Golay, A., & Van der Linden, M. (2011). Randomised controlled trial of a guided self-help treatment on the internet for binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *49*(8), 482-491.
- Cavanagh, K., & Millings, A. (2013). (Inter) personal computing: the role of the therapeutic relationship in e-mental health. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *43*(4), 197-206.
- Clark, D. M., Layard, R., Smithies, R., Richards, D. A., Suckling, R., & Wright, B. (2009). Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behaviour Research and Therapy*, *47*(11), 910-920.
- Day, S. X., & Schneider, P. L. (2002). Psychotherapy using distance technology: A comparison of face-to-face, video, and audio treatment. *Journal of Counseling Psychology*, *49*(4), 499.

- Doze, S., Simpson, J., Hailey, D., & Jacobs, P. (1999). Evaluation of a telepsychiatry pilot project. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 5(1), 38-46.
- Fink, J. (1999). *How to use computers and cyber-space in the clinical practice of psychotherapy*. Aronson.
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2002). Therapeutic presence: Therapists' experience of presence in the psychotherapeutic encounter. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1(1-2), 71–86.  
<https://doi.org/10.1080/14779757.2002.9688279>
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The counseling psychologist*, 13(2), 155-243.
- Godleski, L., Nieves, J. E., Darkins, A., & Lehmann, L. (2008). VA telemental health: Suicide assessment. *Behavioral sciences & the law*, 26(3), 271-286.
- Grady, B., Myers, K. M., Nelson, E. L., Belz, N., Bennett, L., Carnahan, L., & Voyles, D. (2011). Evidence-based practice for telemental health. *Telemedicine and e-Health*, 17(2), 131-148.
- Greenberg, L. (2014). The therapeutic relationship in emotion-focused therapy. *Psychotherapy*, 51(3), 350–357. <https://doi.org/10.1037/a0037336>
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1989). Emotion in psychotherapy. *American Psychologist*, 44(1), 19–29. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.1.19>
- Grist, R., Croker, A., Denne, M., & Stallard, P. (2019). Technology delivered interventions for depression and anxiety in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 22(2), 147-171.

- Haig-Ferguson, A., Loades, M., Whittle, C., Read, R., Higson-Sweeney, N., Beasant, L., Starbuck, J., & Crawley, E. (2019). “It's not one size fits all”; the use of videoconferencing for delivering therapy in a Specialist Paediatric Chronic Fatigue Service. *Internet interventions, 15*, 43-51.
- Haugh, P. S., & Paul, S. (2008). The relationship not the therapy? What the research tells us. *The Therapeutic Relationship: Perspectives and Themes. Ross-on-Wye: PCCS Books*, 9-23.
- Hill, C. E., & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy research, 19*(1), 13-29.
- Hipólito, J., Nunes, O., Brites, R., & Silva, B. (2020). Intervenção psicológica à distância em tempos de pandemia: da revisão de literatura à reflexão profissional. *PSIQUE-Anais de Psicologia, 16*, 8-21.
- Hollis, C., Falconer, C. J., Martin, J. L., Whittington, C., Stockton, S., Glazebrook, C., & Davies, E. B. (2017). Annual Research Review: Digital health interventions for children and young people with mental health problems—a systematic and meta-review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 58*(4), 474-503.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Fluckiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training, 48*(1), 9-16.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 139–149. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>
- Kessler, D., Lewis, G., Kaur, S., Wiles, N., King, M., Weich, S., & Sharp, D. J. et al. (2009). Therapist-delivered Internet psychotherapy for depression in primary care: a randomised controlled trial. *The Lancet, 374*(9690), 628-634.

- March, S., Spence, S. H., & Donovan, C. L. (2009). The efficacy of an internet-based cognitive-behavioral therapy intervention for child anxiety disorders. *Journal of Pediatric Psychology, 34*(5), 474-487.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(3), 438-450.
- Marziali, E., & Alexander, L. (1991). The power of the therapeutic relationship. *American Journal of orthopsychiatry, 61*(3), 383-391.
- Minghelli-Pieta, M. A., & Gomes, W. B. Psicoterapia pela Internet: viável ou inviável? *Psicol cienc prof.* 2014; 34 (1): 18-31.
- Mitchell, J. E., Meyers, T., Swan-Kremeier, L., & Wonderlich, S. (2003). Psychotherapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine. *European Eating Disorders Review, 11*(3), 222- 230.
- Mohr, D. C., Hart, S. L., & Marmar, C. (2006). Telephone administered cognitive-behavioral therapy for the treatment of depression in a rural primary care clinic. *Cognitive Therapy and Research, 30*(1), 29-37.
- Nogueira, S. A., & Farate, C. O. (2021). A Relação Psicoterapêutica à Distância: aliança terapêutica, sentimentos contratransferenciais e características dos psicoterapeutas em telepsicologia (Master's thesis, ISMT).
- Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (pp. 113-141). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12075-004>

- Noyce, R., & Simpson, J. (2018). The experience of forming a therapeutic relationship from the client's perspective: A metasynthesis. *Psychotherapy Research*, 28, 281-296. <http://doi.org/10.1080/10503307.2016.1208373>
- Payne, L., Flannery, H., Kambakara Gedara, C., Daniilidi, X., Hitchcock, M., Lambert, & Christie, D. (2020). Business as usual? Psychological support at a distance. *Clinical child psychology and psychiatry*, 25(3), 672-686.
- Pennant, M. E., Loucas, C. E., Whittington, C., Creswell, C., Fonagy, P., Fuggle, & Group, E. A. (2015). Computerised therapies for anxiety and depression in children and young people: a systematic review and meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, 67, 1-18.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1993). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *Addictions Nursing Network*, 5(1), 2-16.
- Rathenau, S., Sousa, D., Vaz, A., & Geller, S. (2021). The effect of attitudes toward online therapy and the difficulties perceived in online therapeutic presence. *Journal of Psychotherapy Integration*.
- Richards, D., Duffy, D., Blackburn, B., Earley, C., Enrique, A., Palacios, & Timulak, L. (2018). Digital IAPT: the effectiveness & cost-effectiveness of internet-delivered interventions for depression and anxiety disorders in the Improving Access to Psychological Therapies programme: study protocol for a randomised control trial. *BMC psychiatry*, 18(1), 1-13.
- Rogers, C. R. (1951). Client-centered therapy; its current practice, implications, and theory. *Houghton Mifflin*.
- Rogers, C. R. (1975). Empathic: An Unappreciated Way of Being. *The Counseling Psychologist*, 5, 2-10. <http://doi.org/10.1177/001100007500500202>

- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy, 48*(1), 80–87. <https://doi.org/10.1037/a0022140>
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., & Stevens, C. (2001). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(4), 406–412. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.406>
- Silverman, D. (2013). *Doing qualitative research: A practical handbook*. Sage.
- Simpson, J., Doze, S., Urness, D., Hailey, D., & Jacobs, P. (2001). Telepsychiatry as a routine service-the perspective of the patient. *Journal of Telemedicine and Telecare, 7*(3), 155-160.
- Simpson, S., Bell, L., Knox, J., & Mitchell, D. (2005). Therapy via videoconferencing: A route to client empowerment? *Clinical Psychology & Psychotherapy, 12*(2), 156-165.
- Simpson, S. G., & Reid, C. L. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *The Australian Journal of Rural Health, 22*, 280–299. <http://doi.org/10.1111/ajr.12149>
- Spence, S. H., Donovan, C. L., March, S., Gamble, A., Anderson, R. E., Prosser, S., & Kenardy, J. (2011). A randomized controlled trial of online versus clinic-based CBT for adolescent anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(5), 629-642.
- Tang, W. X., Zhang, L. F., Ai, Y. Q., & Li, Z. S. (2018). Efficacy of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for the management of chronic pain in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Medicine, 97*(36).
- Titov, N., Dear, B. F., Schwencke, G., Andrews, G., Johnston, L., Craske, M. G., & McEvoy, P. (2011). Transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression: a randomised controlled trial. *Behaviour research and therapy, 49*(8), 441-452.

Turner, J. (2015). *Telephone versus face-to-face psychological therapy in an improving access to psychological therapies (IAPT) low-intensity service: an exploration of practitioners' and patients' experiences and its effectiveness* (Doctoral dissertation, University of Southampton).

Zarate, C. A., Weinstock, L., Cukor, P., Morabito, C., Leahy, L., & Baer, L. (1997). Applicability of telemedicine for assessing patients with schizophrenia: acceptance and reliability. *The Journal of clinical psychiatry*, 58(1), 1231.

## **Anexos**

## **Anexo A**

### *Email convite*

Caríssimo(a) \*\*\*,

O meu nome é Ana Rita Justino e frequento o último ano do Mestrado Integrado em Psicologia, na área Clínica Cognitivo-Comportamental e Integrativa, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Venho por este meio, convidá-lo a participar numa investigação sobre a Relação Terapêutica e Intervenção à Distância que está a ser realizada no âmbito da minha Dissertação de Mestrado sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Nunes da Silva. O principal objetivo é explorar, através da experiência profissional, a perspetiva dos psicólogos clínicos sobre as semelhanças e diferenças na criação e manutenção da relação terapêutica à distância em comparação com o método presencial.

O seu endereço de *email* foi-me sugerido por/pela \*\*\*, no sentido de poder preencher os requisitos pretendidos para os participantes.

A participação consiste numa entrevista, marcada previamente mediante a sua disponibilidade, e com uma duração prevista de 40 minutos, realizada através do Zoom. Todos os dados recolhidos estão protegidos pela confidencialidade do estudo e apenas serão guardados até ao processamento dos dados.

Se tiver interesse em colaborar ou quiser esclarecer alguma dúvida poderá entrar em contacto comigo através de resposta a este *email*.

Agradeço desde já a sua atenção.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Rita Justino

## **Anexo B**

### Texto para as redes sociais

Olá a todos!

O meu nome é Ana Rita Justino e frequento o último ano do Mestrado Integrado em Psicologia, na área Clínica Cognitivo-Comportamental e Integrativa, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Neste momento estou a realizar uma investigação sobre Relação Terapêutica e Intervenção à Distância no âmbito da minha Dissertação de Mestrado sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Catarina Silva. O principal objetivo é explorar, através da experiência profissional, a perspetiva dos psicólogos clínicos sobre as semelhanças e diferenças na criação e manutenção da relação terapêutica à distância em comparação com o método presencial.

Assim sendo, procuro psicólogos clínicos com pelo menos dois anos de experiência profissional, com ou sem formação em Psicoterapia. Os profissionais poderão ser de qualquer área clínica de especialização, contudo, é necessário que tenham experiência em acompanhamento psicológico de forma presencial e à distância.

A participação consiste numa entrevista, marcada previamente mediante a disponibilidade do participante, e com uma duração prevista de 40 minutos, realizada através do Zoom. Todos os dados recolhidos estão protegidos pela confidencialidade do estudo e apenas serão guardados até ao processamento dos dados.

Se tiver interesse em participar ou quiser esclarecer alguma dúvida poderá entrar em contacto comigo através de mensagem privada ou para o seguinte endereço eletrónico:

[psicologia.anaritajustino@gmail.com](mailto:psicologia.anaritajustino@gmail.com)

Muito obrigada pela atenção e agradecia se pudesse partilhar!

## **Anexo C**

### Consentimento informado



### **Consentimento Informado**

Eu, Ana Rita Machado Justino, venho por este convida-lo(a) a participar num estudo sobre Relação Terapêutica e Intervenção à Distância. O principal objetivo é explorar, através da experiência profissional, a perspetiva de psicólogos clínicos sobre as semelhanças e diferenças na criação e manutenção da relação terapêutica à distância em comparação com o método presencial.

O presente estudo será realizado no âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica do Núcleo Cognitivo-Comportamental e Integrativo pela Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, sob a orientação e responsabilidade da Professora Doutora Ana Catarina Nunes da Silva.

Caso esteja interessado em participar será realizada uma entrevista, através do Zoom Meeting, com a duração média de 40 minutos e que será gravada, com a hipótese de ocultar a imagem do participante.

Toda a informação recolhida neste estudo é confidencial, servindo apenas para o propósito de investigação científica. Será atribuído um código à sua participação para que não possa ser reconhecido e após a conclusão do estudo as gravações serão eliminadas.

A sua participação neste estudo é totalmente voluntária, tendo a possibilidade de desistir a qualquer momento, sem qualquer penalização.

Se, eventualmente, houver interesse da sua parte em saber alguma informação adicional e / ou conhecer os resultados do estudo, após a conclusão do mesmo, poderá entrar em contacto através dos seguintes endereços eletrónicos: Ana Nunes da Silva (investigadora responsável) – [acsilva@psicologia.ulisboa.pt](mailto:acsilva@psicologia.ulisboa.pt) e/ou Ana Rita Justino (investigadora proponente) [psicologia.anaritajustino@gmail.com](mailto:psicologia.anaritajustino@gmail.com)

Data: \_\_/\_\_/\_\_

---

Assinatura do participante

## Anexo D

### Guião da entrevista semiestruturada

#### 1. Apresentação e abertura da entrevista

<b>Temáticas</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Exemplares de frases</b>
Apresentação	Apresentar as investigadoras e a FPUL.	“Olá! O meu nome é Ana Rita Justino e sob a orientação da Prof. <sup>a</sup> Dr. <sup>a</sup> Ana Catarina Silva estou a realizar a minha Dissertação de Mestrado na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.”
Contextualização do estudo	Breve introdução da problemática e dos objetivos do estudo.	“Esta entrevista tem como objetivo perceber a sua visão sobre a Relação Terapêutica, e através da sua experiência profissional, dar o seu ponto de vista sobre as relações terapêuticas à distância a par das presenciais.”

#### 2. Conceptualização da Relação Terapêutica

<b>Temáticas</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Exemplares de frases</b>
Definição da Relação Terapêutica	Perceber o que o Psicólogo entende por Relação Terapêutica.	“Como é que define uma Relação Terapêutica?”
Fatores que contribuem para uma boa Relação Terapêutica	Perceber que fatores são considerados para se construir e manter uma boa Relação Terapêutica.	“Quais os fatores que considera serem fundamentais para se conseguir construir e manter uma boa Relação Terapêutica?” *se o participante só referir um dos fatores (construção ou manutenção) questionar o outro.
Importância da Relação Terapêutica	Perceber a importância que o Psicólogo dá à Relação Terapêutica no processo e resultado clínico.	“Considera que a Relação Terapêutica tem importância no processo e resultado clínico?” *se o participante só referir um dos fatores (processo ou resultado) questionar o outro.

### 3. Relação Terapêutica à distância

<b>Temáticas</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Exemplares de frases</b>
Introdução da Relação Terapêutica à distância	Perceber o que o Psicólogo entende por Relação Terapêutica à distância.	“O que entende por Relação Terapêutica à distância?”
Eficácia da Relação Terapêutica à distância	Perceber a percepção do Psicólogo sobre as Relações Terapêuticas à distância. Clarificar se considera as Relações Terapêuticas eficazes no processo clínico.	“O que acha das Relações Terapêuticas à distância?”  “Considera que uma relação terapêutica construída à distância consegue ser viável para o processo terapêutico?”  “Considera que uma relação terapêutica mantida à distância consegue ser viável para o processo terapêutico?”
Fatores fundamentais para o sucesso e insucesso de uma Relação Terapêutica à distância	Clarificar que fatores o participante considera serem determinantes para o sucesso e por sua vez insucesso da Relação Terapêutica.	“Que fatores considera serem fundamentais para o sucesso de uma Relação Terapêutica à distância?”  “Que fatores considera contribuir para o insucesso de uma Relação Terapêutica à distância?”
Tríade de fatores que podem condicionar a Relação Terapêutica: Privacidade, Características dos Participantes e Experiência dos Psicólogos	Perceber os aspetos que podem afetar a manutenção e criação da relação à distância.  Nomeadamente, a privacidade, as características dos participantes e a experiência dos Psicólogos.	“Tendo em conta os fatores de sucesso e insucesso como considera o fator privacidade numa Relação Terapêutica à distância?”  “Que características pessoais dos pacientes considera contribuir mais ou menos para a Relação Terapêutica à distância?”  “Como considera que a experiência profissional dos Psicólogos, em acompanhamento clínico, pode contribuir para a Relação Terapêutica à distância?”

#### 4. Relação Terapêutica presencial versus à distância

<b>Temáticas</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Exemplares de frase</b>
Diferenças entre Relação Terapêutica presencial e a Relação Terapêutica à distância	Clarificar as diferenças que o participante considera entre uma Relação Terapêutica presencial em comparação com uma à distância.	“Quais as diferenças que assinala entre uma Relação Terapêutica à distância a par com uma Relação Terapêutica presencial?”
Características comuns aos dois tipos de relações	Clarificar as semelhanças que o participante considera entre uma Relação Terapêutica presencial e à distância.	“Quais as características comuns entre uma Relação Terapêutica à distância e a Relação Terapêutica presencial?”
Tempo de acompanhamento	Clarificar como o tempo de acompanhamento do paciente pode facilitar a passagem de um acompanhamento presencial para um à distância.	“Considera haver diferenças entre uma relação que se inicie e mantenha à distância a par de uma relação que iniciou de forma presencial e passou para uma relação à distância?” Se sim, quais?

#### 5. Psicólogo Clínico em contexto de Intervenção à distância

<b>Temáticas</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Exemplares de frases</b>
Formação em Intervenção à distância	Perceber se os participantes têm algum tipo de formação em Intervenção à distância.	“Antes do início da sua prática clínica à distância teve alguma formação ou preparação para a mesma?”
Atitude do Psicólogo Clínico face à Intervenção à distância	Clarificar como os participantes se sentem face à Intervenção à distância.	“Como se sentiu quando iniciou a Intervenção à distância?” “Se ainda mantém algum acompanhamento à distância, como se sente face ao mesmo?”

## 6. Conclusão e fecho da Entrevista

<b>Temáticas</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Exemplares de frases</b>
Conclusão e Perguntas Finais	Perceber se os participantes têm alguma questão ou querem acrescentar alguma informação que achem relevante	“Tem alguma questão que queira esclarecer?” “Deseja acrescentar alguma informação que considere relevante?”
Agradecimento ao participante	Demonstrar o agradecimento aos participantes pela participação	“Gostava de agradecer a sua participação e tempo despendido nesta entrevista.”

## Anexo E

### Sistema Hierárquico de Categorias

<b>Categorias</b>	<b>Fontes</b>	<b>Referências</b>
<b>Relação terapêutica à distância</b>	<b>11</b>	<b>351</b>
1.Caraterísticas comuns à relação terapêutica presencial	11	82
1.1.Fatores da relação terapêutica	11	41
1.1.1.Escuta ativa	7	8
1.1.2.Garantia da privacidade	7	9
1.1.3.Compromisso	6	8
1.1.4.Confiança	6	7
1.1.5.Empatia e validação	4	5
1.1.6.Disponibilidade do paciente	3	3
1.1.7.Genuinidade do terapeuta	1	1
1.2.Estabelecimento da relação	8	12
1.3.Manutenção da relação	6	12
1.4.Relação enquanto processo	6	8
1.5.Estratégias e resultados clínicos semelhantes	3	5
1.6.Impacto da relação no resultado	2	3
1.7. <i>Dropout's</i>	1	1
2. Diferenças face à relação terapêutica presencial	11	74
2.1.Contacto não-presencial	8	13
2.2.Estabelecimento da relação	7	20
2.3.Menos acesso à comunicação não-verbal	6	7
2.4. <i>Setting</i> terapêutico	6	11

2.5.Paciente garantir as condições para a sessão	4	7
2.6. Maior esforço mental pelo cansaço associado ao uso das tecnologias	3	4
2.7.Mais potenciais distractores	2	3
2.8.Menos adesão ao processo	2	2
2.9.Perda do contacto visual direto	2	3
2.10.Acesso à autoimagem	1	1
2.11.Mais dificuldade em gerir os silêncios terapêuticos	1	2
2.12.Manutenção da relação terapêutica	1	1
<hr/>		
3.Fatores de insucesso	11	90
<hr/>		
3.1.Limitações	10	36
3.1.1.Adaptação ou impossibilidade de aplicar algumas técnicas	6	13
3.1.2.Não substituição da via presencial	6	9
3.1.3.Instabilidade dos equipamentos	4	6
3.1.4.Não é válido para todas as pessoas	3	6
3.1.5.Dificuldade em gerir desregulação emocional	1	2
3.2.Características dos pacientes	8	26
3.2.1.Pacientes com traços difíceis ou perturbações da personalidade	8	20
3.2.2.Pacientes com mais dificuldades na relação e em confiar	3	4
3.2.3.Pacientes com personalidades mais resistentes ou hostis	2	2
3.3.Falta de privacidade	6	14
3.4.Falta das condições, estrutura e limites da relação terapêutica	5	7

3.5.Resistência e desconforto ao processo à distância	4	7
4.Fatores de sucesso	11	105
4.1.Experiência do psicólogo	9	14
4.2.Objetivos, regras e regularidade terapêutica	7	11
4.3.Ter privacidade	7	9
4.4.Haver abertura e motivação	6	11
4.5.Monitorização das condições de privacidade	6	8
4.6.Ser confortável para ambos na relação	6	11
4.7.Vantagens	6	19
4.7.1.Ultrapassar a distância geográfica	6	10
4.7.2.Otimização do tempo e do número de acompanhamentos	4	7
4.7.3.Estar sem máscara e ter acesso total à face	1	2
4.8.Abertura à experiência <i>online</i> mesmo com reservas	3	5
4.9.Boa qualidade dos equipamentos	3	5
4.10.Características do paciente	3	4
4.10.1.Pacientes com mais dificuldades em estar presencialmente	2	2
4.10.2. Pacientes flexíveis ou com capacidade vinculativa	2	2
4.11.Competência e características do psicólogo	3	3
4.12.Conforto com as tecnologias	2	4
4.13.Estabelecimento presencial da relação	1	1