

ALIANÇA TERAPÊUTICA NA PSICOTERAPIA BREVE ONLINE

CARMELITA GOMES RODRIGUES

“A técnica propõe, mas o homem dispõe”, Pierre Lévy

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da  
Universidade de Brasília como exigência para obtenção do  
título de Mestre em Psicologia Clínica, sob a orientação do  
professor Doutor Marcelo Tavares.

BRASÍLIA-DF

2014

Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura  
Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília

Banca Examinadora

---

Jorge Ponciano Ribeiro  
Universidade de Brasília

---

Beatriz Montenegro Franco de Souza Parente  
Secretaria de Estado de Saúde do GDF (membro  
externo)

---

Marcelo Tavares  
Universidade de Brasília

---

Maurício da Silva Neubern  
Universidade de Brasília  
(Suplente)

Brasília, 2014

Dedico este trabalho a Augusto Francisco da Silva,  
sogro e amigo generoso, sem o qual minhas aspirações  
profissionais mais autênticas não teriam sido realizadas.

## Agradecimentos

Agradeço, inicialmente, ao professor Marcelo Tavares, por ter aceitado o desafio de me orientar em uma proposta cujo percurso, os riscos e os resultados eram, então, imprevisíveis;

Agradeço de forma especial ao empresário Rodrigo Jonas Fragola, da Aker, o primeiro a acreditar na relevância e viabilidade da pesquisa, graças à visão de futuro e genuíno espírito de responsabilidade social, cuja contribuição foi determinante para a realização do estudo.

Agradeço às cinco pacientes que aceitaram se submeter a uma prática terapêutica ainda não regulamentada, de caráter experimental e, em face disso, contendo em si limitações; por terem me confiado suas queixas e seus segredos, mesmo sem me conhecerem nem terem tido qualquer tipo de contato presencial comigo.

Agradeço ao professor Moacir Rodrigues, meu eterno professor e pai intelectual.

Agradeço de modo muito particular ao meu sobrinho Estevão Lucas do Carmo, que me lançou no ciberespaço.

Agradeço ao meu sobrinho Igor Gomes de Lima, pelo suporte técnico providencial nos momentos necessários.

Agradeço às amigas Vanessa Cortines, Sara Bernal e Gabriela Barros, que muitas vezes transcenderam o papel de amigas e se transformaram em partícipes diretas do trabalho, dando suporte indispensável.

Agradeço ao professor Maurício Neubern, Maurício Sarmet e Bruno Costa, que prestaram indispensável contribuição, quase sempre de forma inesperada, mas fundamental.

Agradeço à equipe da Biblioteca da UnB, de quem recebi importante suporte, sempre de forma eficaz e eficiente.

# Aliança terapêutica na psicoterapia online em atendimentos síncronos

## Sumário

Resumo .....	8
Abstract.....	9
Capítulo I – Contextualização e fundamentação teórica .....	10
Resistência aos avanços tecnológicos.....	14
Relação terapêutica e aliança terapêutica .....	17
Psicoterapia online.....	19
Vantagens e desvantagens da psicoterapia online .....	23
Aspectos éticos .....	25
Fronteiras geográficas e limites legais.....	26
Confidencialidade e segurança nas comunicações .....	27
Situações de crise.....	30
Capítulo II – Método .....	33
Sobre os instrumentos.....	34
O Inventário de Aliança Terapêutica ( <i>Working Alliance Inventory – WAI</i> ).....	35
O Questionário de Avaliação de Sessão ( <i>Session Evaluation Questionnaire – SEQ</i> ).....	37
Outros questionários .....	39
Divulgação da pesquisa .....	39
Medidas de segurança.....	42

---

Capítulo 3 – Resultados e Discussão.....	43
Descrição dos sujeitos .....	43
PACIENTE 1: AKEMI.....	44
Processo terapêutico .....	45
PACIENTE 2: TEREZA .....	47
Processo terapêutico .....	49
PACIENTE 3: GIOVANA .....	51
Processo terapêutico .....	52
PACIENTE 4: HÉLIDA.....	52
Processo terapêutico .....	53
PACIENTE 5: LORENA.....	55
Processo terapêutico .....	56
Avaliações das pacientes sobre a experiência com psicoterapia online .....	57
Avaliações da terapeuta .....	61
A construção da aliança terapêutica nos atendimentos online .....	68
A internet neste estudo e no Brasil .....	72
A aliança terapêutica e das sessões nos atendimentos online a partir das respostas nos instrumentos.....	74
Capítulo IV - Conclusão .....	87
Referências .....	91
ANEXOS .....	96

**Índice da tabela e figuras**

Tabela 1: Descrição das participantes	44
Figura 1: Comparação do Resultado Geral Inventário de Aliança Terapêutica (WAI) entre Terapeuta e Pacientes	78
Figura 2: Resultados Gerais do Inventário de Aliança Terapêutica (WAI) ara Terapeuta e Pacientes	78
Figura 3: Escala Objetivo do Inventário de Aliança Terapêutica (WAI) para Terapeutas e Pacientes	79
Figura 4: Escala Vínculo do Inventário de Aliança Terapêutica (WAI) para Terapeutas e Paciente	79
Figura 5: Escala Tarefa do Inventário de Aliança Terapêutica (WAI); para Terapeutas e Pacientes	80
Figura 6: Questionário de Avaliação de Sessão (SEQ); gráfico da escala Profundidade para Terapeuta e Pacientes	83
Figura 7: Questionário de Avaliação de Sessão (SEQ); gráfico da escala Suavidade para Terapeuta e Pacientes	84
Figura 8: Questionário de Avaliação de Sessão (SEQ); gráfico da escala Alerta para Terapeuta e Pacientes	85
Figura 9: Questionário de Avaliação de Sessão (SEQ); gráfico da escala Positividade para Terapeuta e Pacientes	86

## Resumo

Este estudo trata de psicoterapia online, mediada por computadores conectados à internet, em condição de sincronicidade, isto é, em que terapeuta e paciente estão simultaneamente conectados e se comunicando por meio de microfone e câmera. Essa modalidade de atendimento psicológico ainda é vedada no Brasil, exceto como pesquisa autorizada por um comitê de ética, e em situações eventuais, em observância a critérios da Resolução 011/2012 do Conselho Federal de Psicologia (CFP). O objetivo geral deste estudo qualitativo é avaliar a aliança terapêutica em atendimentos psicológicos realizados exclusivamente pela internet. Cinco mulheres, com idades variando entre 19 e 59 anos, participaram dos atendimentos de psicoterapia breve focal online, no período de 16 semanas. Foram usados dois questionários. O Questionário de Avaliação de Sessão (*Session Evaluation Questionnaire - SEQ*) avalia, a cada sessão, as dimensões profundidade, suavidade, positividade e mobilização. O Inventário de Aliança Terapêutica (*Working Alliance Inventory -WAI*) analisa a aliança terapêutica e seus componentes (foco na tarefa, congruência com objetivos e percepção de vínculo), que foram aplicados na quarta e na última sessão. Os resultados mostram que apesar da variabilidade das avaliações a cada sessão, a aliança terapêutica e seus componentes se estabeleceram nos cinco casos e mantiveram-se ao longo do processo. A avaliação qualitativa do processo terapêutico como um todo permite concluir que a construção da relação terapêutica em atendimentos online síncronos é muito semelhante à presencial, tanto em suas vantagens quanto em seus desafios.

Palavras-chaves: aliança terapêutica; psicoterapia online, psicoterapia breve, WAI, SEQ, psicologia e avanços tecnológicos.



## Abstract

This is a study about online psychotherapy, mediated by computers connected to the internet, in condition of synchronicity, that is, in which the therapist and patient are simultaneously connected and communicating by means of microphone and camera. This type of psychological treatment is still not allowed in Brazil, except as research, authorized by an ethics committee, and other few situations, in compliance with the Resolution 011/2012 of Brazilian Council of Psychology (CFP). The aim of this qualitative study is to evaluate the establishment of therapeutic alliance in psychological services conducted exclusively over the Internet. Five women, between 19 and 59 years old, participated in the brief focal online psychotherapy, for 16 weeks. Two questionnaires were used. The Session Evaluation Questionnaire (SEQ), assesses dimensions of depth, smoothness, positivity and mobilization of each online session. The Inventory of Therapeutic Alliance (WAI), assesses the therapeutic alliance and its components (focus on the task, congruence with goals and client-therapist bond), which were evaluated in the fourth and last session. The results showed that, despite variability in the evaluation of the sessions along the process, the therapeutic alliance and its components were established in five cases and remained throughout the process. The qualitative evaluation of the therapeutic process as a whole leads to the conclusion that the development of the therapeutic relationship in synchronic online consultations is very similar to the face to face process, as far as its advantages and challenges.

Keywords: therapeutic alliance, online psychotherapy, e-therapy, brief psychotherapy, WAI, SEQ.

## Capítulo I – Contextualização e fundamentação teórica

No Brasil, a psicoterapia online ainda é vetada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), sob a alegação de não existirem estudos sistemáticos ou pesquisas em número suficiente que justifiquem ou embasem a autorização desse serviço. Apesar disso, na prática existem muitos psicólogos realizando esse serviço no Brasil, seja por desconhecerem a restrição do CFP ou por se oporem a ela parcialmente.

Conversas sobre o assunto entre psicólogos e pacientes de terapias, no entanto, revelam a tendência desse tipo de serviço se disseminar no nosso país, a despeito da inexistência de regulamentação e das recalcitrâncias em geral aos avanços tecnológicos. Uma das molas propulsoras para isso é a demanda real pelo serviço, o que pode ser explicado, em parte, pelo seguinte raciocínio: “As pessoas que buscam terapia virtual fazem isso porque elas estão lá, no espaço virtual” (DF, Jorge Ponciano Ribeiro, comunicação pessoal, 19 de novembro de 2013).

De fato, nos dias atuais, há um grande número de pessoas que cresceram usando computadores e utilizando a internet. Jovens com menos de trinta anos de idade já manuseavam computadores com eficiência antes mesmo de serem alfabetizados. Comunicar-se pela web é para essas pessoas algo tão natural quanto o é para pessoas de meia-idade conversar sentadas no sofá da sala.

No Brasil também os novos processos de mediação das práticas psicológicas se expandem e tendem a continuar crescendo, o que parece assustar os mais conservadores e avessos a novidades. No entanto, como afirma Pierre Levy, “a emergência do ciberespaço acompanha, traduz e favorece uma evolução geral da civilização.” (Levy, 1999, pág. 25).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelam que a propagação da Internet e a comunicação por meio dela é algo irreversível. A cada ano aumenta o número de brasileiros que acessam a rede mundial de computadores: de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), em 2001 quatro milhões de

brasileiros, com idade acima de 10 anos, acessavam a Internet. Em 2007 esse número subiu para 11,4 milhões (IBGE, 2008). Dois anos depois, em 2009, o número de usuários já havia subido para 67,9 milhões (IBGE, 2010). Em 2012, esse montante havia subido para 82,9 milhões de pessoas (Anexo 11). A motivação para se conectar à rede de computadores também aumentou, ainda conforme dados do IBGE, sendo a comunicação o motivo mais citado para utilização da Internet (83,2% dos usuários) em 2008, superando os fins educacionais e de aprendizado (65,9%), que eram a principal razão dos acessos em 2005 (IBGE, 2009).

As inúmeras possibilidades de interação humana mediadas pela rede mundial de computadores conquistam a cada dia mais adeptos e com isso surgem novas demandas e diferentes possibilidades de prestação de serviços via internet. A psicologia não está isenta das influências desse fenômeno social, como apontam estudos do Núcleo de Psicologia e Informática da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), que têm pesquisado a interface Psicologia e Informática (Prado, Fortim e Cosentino, 2006):

Após os primeiros cinco anos do novo século, vemos que a informática e a tecnologia estão se tornando mais presentes na vida diária. A tecnologia, que antes era um sonho idealizado para o futuro, hoje para nós passou a ser a realidade, que envolve microcomputadores, celulares e tecnologias de todas as espécies. Com estas rápidas mudanças, observamos que todas as ciências foram modificadas, auxiliadas, senão revolucionadas pela tecnologia. A psicologia, portanto, não escaparia do debate acerca do tema e de reflexão sobre os usos das novas ferramentas no cotidiano da profissão. (p.03).

É importante para a Psicologia acompanhar as mudanças sociais, o que exige a realização de debates, pesquisas e estudos variados que propiciem a compreensão ampla da relação entre os avanços tecnológicos e essa ciência, levantando as possibilidades de interação humana que surgem a partir das inovações tecnológicas e de que forma elas podem ser usadas sem prejuízo da segurança das pessoas e do respeito à ética da atuação profissional.

A psicoterapia online se apresenta como possibilidade a mais, como um novo meio de prestação de serviço na área de saúde mental, com potencialidade para preencher lacunas significativas, entre elas a de propiciar oportunidade de atendimento a pessoas com dificuldade de mobilidade, com limitações de tempo, moradoras de localidades rurais ou distantes dos centros urbanos e dos profissionais especializados, além de propiciar

redução de custos. Obviamente que surgem com esse novo “espaço” de trabalho novas configurações de atendimentos psicológicos, tanto da técnica quanto dos sujeitos da técnica.

Estamos na era da informática, do predomínio das conquistas tecnológicas, do surgimento de um novo espaço relacional, o ciberespaço. Aqui, faz-se necessário compreender o que é o ciberespaço, esse lugar novo para interações e outras vivências humanas. Para Lévy (1999) “Ciberespaço é o novo meio de comunicação que surge da interconexão mundial dos computadores. O termo especifica não apenas a infraestrutura material da comunicação digital, mas também o universo oceânico de informações que ela abriga, assim como os seres humanos que navegam e alimentam esse universo” (p. 17).

Para esse mesmo autor (Lévy, 1999), cibercultura é o conjunto de técnicas (materiais e intelectuais), de práticas, atitudes, modos de pensamento e valores que se desenvolvem juntamente com o crescimento do ciberespaço. É a cultura contemporânea marcada pelas tecnologias digitais conectadas à rede mundial de computadores e que permeiam nosso cotidiano em forma de bancos eletrônicos, e-mails, cartões digitais, declaração de imposto de renda via rede, home pages, inscrições via internet, redes sociais, compras pelo computador, etc. A psicoterapia virtual, por sua vez, vem se construindo também nesse espaço novo e, conquanto possa ter uma configuração diferente da presencial, permite levar ajuda a quem não pode (ou não quer) estar presente em um espaço concreto.

E o que é o virtual? Novamente recorrendo a Pierre Lévy (1996), a palavra virtual vem do latim medieval *virtualis*, e este, por sua vez, deriva de *virtus*, força, potência. O virtual tende a atualizar-se sem precisar passar pela concretização efetiva ou formal, ou seja, virtual é algo que não existe na forma física. Para Lévy, o virtual é mediado ou potencializado pela tecnologia; é produto da externalização de construções mentais em espaços de interação cibernéticos. De modo simplificado, o termo refere-se a qualquer sistema de trocas, a qualquer relacionamento intermediado pela rede mundial de computadores.

Há muita resistência às mudanças promovidas e/ou anunciadas por força das tecnologias. No entanto, o barulho das vozes entusiasmadas com os avanços parece cobrir

as profecias negativas dos refratários a novidades. Até porque, a internet, considerando-a exemplo de avanço tecnológico de grande amplitude, não impõe as transformações que decorrem da existência dela; as pessoas é que buscam-na como alternativa, como novo caminho, novo modus operandi para velhas rotinas, práticas estabelecidas e sedimentadas aos ditames de antigas construções de conhecimento.

No livro *Cibercultura* (Lévy, 1999), um capítulo é reservado a explanações acerca dos conflitos, da diversidade de interesses e de pontos de vista, das críticas e contra-críticas à cibercultura. Nele, Lévy afirma que o devir da cibercultura simplesmente não é controlável porque na maior parte do tempo, diversos atores, diversos projetos, diversas interpretações estão em conflito. Mais: que a aceleração da mudança, da virtualização e universalização são tendências de fundo provavelmente irreversíveis que devem ser integradas às decisões. Lévy afirma ser um erro pensar que o virtual substitui o real ou que as telecomunicações e a telepresença vão substituir os deslocamentos físicos e os contatos diretos. “A perspectiva da substituição negligencia a análise das práticas sociais efetivas e parece cega à abertura de novos planos de existência, que são acrescentados aos dispositivos anteriores ou os complexificam em vez de substituí-los”. “Uma crítica por vezes mal fundamentada e frequentemente abusiva da técnica inibe o envolvimento dos cidadãos, criadores, poderes públicos e empreendedores em projetos favoráveis ao progresso”. (Lévy, 1999, pág, 217). Chamando a atenção para o caráter indispensável da lucidez, destaca que a emergência da cibercultura, além de irreversível, é parcialmente indeterminada. Ainda refutando os argumentos dos que ele chama de “intelectuais críticos orientados pela lógica da substituição”, defende ser raro que um novo modo de comunicação ou expressão suplante completamente os anteriores. E exemplifica com experiências anteriores da humanidade: a escrita não substituiu a fala, embora a função da palavra viva tenha mudado. A fotografia não fez desaparecer a pintura - o que ocorreu foi que os artistas deixaram de ser os únicos produtores de imagens. O teatro não desapareceu com o cinema nem a ascensão da televisão matou o cinema, embora o tenha afetado e, ao contrário, beneficiado, na medida em que os dois setores passaram a interagir: empresas televisivas participam da produção de obras cinematográficas, ao mesmo tempo em que produções do cinema são exibidos nas TVs (Lévy, 1999).

Quanto à relação internet e psicologia, especificamente quanto a autorizar serviços de psicoterapia pela internet, não se pode afirmar que o conservadorismo, senão temor,

esteja ligado apenas ao receio de substituição. Embora sua gênese possa estar nas dinâmicas apresentadas e contestadas por Pierre Lévy, talvez a resistência se apoie também no temor em relação ao caráter incontrolável e imprevisível do novo, do desconhecido. No entanto, aqueles de visão e posicionamento recalcitrante ou reacionário não podem perder de vista que “condenar algo que visivelmente carrega parte importante do futuro da humanidade não ajuda a fazer escolhas” (Lévy, 1999, pág. 218). Sobre possíveis perdas decorrentes da expansão da cibercultura, Lévy (1999) acrescenta:

A inovação técnica gera fenômenos de crescimento, de atualização das virtualidades latentes. Contribui também para a criação de novos planos de existência. Complexifica a estratificação dos espaços estéticos, práticos e sociais. O que não significa, contudo, que não provoque desaparecimentos. Não há mais ferreiro em cada cidade, nem excrementos de cavalos nas ruas das cidades. Alguma coisa se perdeu. Os hábitos, as habilidades, os modos de subjetivação dos grupos e das pessoas adaptadas ao mundo antigo não são mais adequados. A mudança técnica gera, portanto, quase necessariamente um sofrimento. Enrijecer-se contra esse sofrimento, negá-lo, desconhecê-lo, observar apenas seus aspectos negativos só irá aumentar a parte inevitável da tristeza. Como evitar o sofrimento? Acompanhando lucidamente a transformação ou, melhor, participando do movimento, envolvendo-se em um processo de aprendizagem, aproveitando as oportunidades de crescimento e desenvolvimento humanos. (p. 224).

### ***Resistência aos avanços tecnológicos***

No Brasil, especificamente, a resistência aos avanços tecnológicos não acontece apenas em relação à psicoterapia online, mas à expansão da internet de modo mais amplo, embora de forma por vezes velada. Ao longo da história, outros setores da sociedade foram afetados (e talvez ainda sejam) pela oposição a mudanças advindas de avanços tecnológicos, como por exemplo a educação à distância (EAD), que inicialmente era realizada via rádio, TV e correspondências escritas ou impressas (Brauer, 2008). Apesar de o Instituto Universal Brasileiro começar a oferecer cursos em 1941, o governo federal só estabeleceu leis e normas para a EAD em 2009, mais de duzentos anos depois de a novidade ter surgido nos EUA e na Europa (Alves, 2011). Apesar de essa modalidade de ensino ter demorado a se consolidar no Brasil, atualmente cresce o número de cursos a distância (Brauer, 2008), embora as empresas estejam mais preocupadas em reduzir custos, do que em melhorar a qualidade, foco principal nos Estados Unidos.

A exemplo do que ocorreu com a EAD, atualmente outro setor que experimenta resistência diante das novas possibilidades mediadas pela rede mundial de computadores é o religioso: contrariando oposições, seguem se espalhando pelo país diferentes formas de religiosidades via internet. Quando se estuda sobre psicoterapia pela internet pode-se encontrar reflexões e inquietações semelhantes às de quem estuda a internet como ferramenta para práticas religiosas, sendo pontos de convergência aspectos como riscos envolvidos, comunicação e midiatização, tipos de relações que podem ser construídas e motivações envolvidas na utilização desse meio eletrônico para buscar a Deus ou um terapeuta.

Fausto Neto, no texto de apresentação do livro *E o Verbo se fez bit: a Comunicação e a Experiência Religiosa na Internet* (Sbardelotto, 2011), afirma que as novas tecnologias, funcionando como meios de comunicação, não se restringem aos postulados da lógica dos seus “inventores”. Em vez disso, elas são apropriadas por estratégias de diferentes campos sociais, “lhes impondo destinos que obedecem outras racionalidades, permeadas pelas singularidades de suas práticas (políticas, culturais, científicas, associativas, religiosas etc).” Esse caráter autônomo das tecnologias de comunicação, diz ele, cresce no âmbito da organização social, revela surpresas e põe em questão paradigmas e discursos determinísticos.

A religiosidade mediada pela internet promove a relação de fieis com práticas religiosas que vão além dos templos. Da mesma forma, a psicoterapia online supera os espaços concretos dos consultórios sem, contudo, esvaziar-se nas suas virtudes, apesar da virtualidade, e mantém a possibilidade de relação terapêutica, de acolhimento e ajuda. Do mesmo modo que o “fiel-internauta” é uma realidade nova para as igrejas, o “paciente-online” começou a abrir esse espaço virtual há pouco tempo, em algumas situações à revelia de estatutos legais, e segue pedindo passagem nos países onde a prática ainda é proibida. Nos dois casos, emergiram de ambientes regulados por protocolos consagrados, espaços tidos como sagrados em algum nível. Esses sujeitos, da fé ou das psicoterapias online, estão construindo e ocupando um lugar novo, estabelecendo ambientes diferentes para resultados ou respostas antes buscados apenas em espaços concretos e limitados a paredes. Os tijolos que estão sendo “sentados” no ciberespaço, a despeito das recalitrâncias, constroem novos meios de ajuda, tão concretos quanto os tradicionais.

Os novos processos de midiática das práticas religiosas no Brasil estão surgindo ao mesmo tempo em que começa a ser construído o canal de ligação entre psicologia e internet. Isso porque, “independentemente do caráter das instituições, a internet faz um ‘desembarque’ no âmbito de diferentes práticas” (Sbardelotto, 2011).

De acordo com Pineda de Alcázar, a modernidade, com sua ideia de progresso da técnica e da ciência, afastou o homem ocidental do pensamento metafísico e religioso e instaurou o medo de pensar as subjetividades, os significados e as emoções, como também, instaurou a epistemologia do conhecimento científico como única fonte de verdade. Apesar disso, apresentou contradições, as quais se fizeram mais evidentes a medida que o desenvolvimento científico e tecnológico avançou (Alcázar, 2007).

Alcázar defende ser urgente voltar à teoria como forma de permanente crítica, de confrontar conceitos constituídos, as bases da ciência, especialmente a comunicação com a vida do sujeito, para ajustá-la ao que está ocorrendo atualmente, sobretudo a partir das tecnologias digitais e dos modos de interação que elas tornam possíveis (Alcázar 2007).

Para Sbardelotto, junto com o desenvolvimento da internet como novo meio, está nascendo também um novo ser humano e, conseqüentemente, não apenas um tipo novo de sagrado mas também uma nova religião, “por meio de micro-alterações da experiência religiosa da fé (e por isso também da experiência humana) que caracterizam essa co-evolução *antropotecnocomunicacional*” (Sbardelotto, 2011, pág. 47). Na mesma direção, a psicoterapia online se apresenta como possibilidade a mais, como um novo meio de prestação de serviço na área de saúde mental, com potencialidade para preencher lacunas significativas, entre elas a de propiciar oportunidade de atendimento a pessoas com dificuldade para chegar ao consultório, por diferentes razões.

A maioria dos questionamentos, das inquietações em torno das duas novidades, isto é, do uso da internet para interações de ordem religiosa e para relações terapêuticas, estão ainda sem respostas ou posicionamentos definitivos. Como afirma Pierre Lévy, “não há informática em geral, nem essência congelada do computador, mas sim um campo de novas tecnologias intelectuais, aberto, conflituoso e parcialmente indeterminado. Nada está decidido *a priori*.” (Lévy, 1999, pág. 9).

A internet como meio de interação humana é um paradigma emergente. Há um extenso caminho a ser percorrido até que se entenda o alcance das implicações materiais e



financeiras, pessoais e coletivas, psicológicas ou espiritualistas, que têm ou terão os avanços tecnológicos, quer se pense em uso da internet para fins religiosos ou psicoterápicos. O que há de incontestável é o caráter irreversível da expansão das tecnologias no cotidiano das pessoas, exigindo posturas não de diabolização da internet nem de tentativas de conter uma marcha em curso, mas sim, de buscar alcançar e apreender os reais significados e resultantes dela. Ignorar o desejo das pessoas e até mesmo a necessidade das pessoas de fazerem psicoterapia online pode ser, inclusive, considerado um obstáculo à livre expressão das demandas humanas.

A internet traz consigo as salas de aula virtuais, os *templos virtuais* e os *consultórios virtuais*, que representam indiscutivelmente não apenas novas possibilidades, mas caminho reivindicado pelas pessoas para encurtar distâncias geográficas, desmaterializar ambientes antes limitados por paredes e criar novos ambientes, exigindo novas habilidades de comunicação, de trocas interpessoais no âmbito clínico, inclusive. Há um campo largo para aprendizagem e ignorar a invasão dessa nova realidade não é uma opção disponível.

### ***Relação terapêutica e aliança terapêutica***

Na década de 30, especulações e estudos acerca da eficácia das psicoterapias levaram à descoberta de um importante componente do processo terapêutico: a relação terapêutica. De acordo com Weinberger (citado em Ramos, 2008), em 1936 Saul Rosenzweig publicou artigo questionando a eficácia das psicoterapias e sugeriu que havia fatores comuns em todas as técnicas psicoterápicas, às quais tinham papel verdadeiramente relevante no processo de mudança dos pacientes. Décadas depois, Weinberger sistematizou os fatores comuns mencionados por Rosenzweig, que seriam variáveis comuns às diferentes abordagens:

- A relação terapêutica como oportunidade social para aprendizado;
- Um enquadramento sistemático explicativo e racional, fornecido pelo terapeuta, para a condição do cliente e para melhorá-la;
- O fato de a mudança poder iniciar-se em qualquer área de funcionamento, posteriormente generalizar-se;

- A personalidade do terapeuta: “alguns terapeutas são simplesmente bons e nenhum tipo de terapia tem o monopólio sobre eles” (Weinberg, 1993, p.44, citado em Ramos, 2008).

Posteriormente, novos estudos foram ampliando a compreensão e confirmando a existência desses fatores comuns, de modo particular quanto à relação terapêutica em si, os efeitos dela sobre o processo, inclusive no que há de determinante para o sucesso ou obtenção dos objetivos esperados, resultando em afirmações como a que se segue, de Horvath e Bedi, 2002 (citado em Ramos, 2008): “a relação terapêutica em geral, e a aliança em particular, é a quintessência da base comum partilhada pela maior parte das psicoterapias” Ou seja, a relação terapêutica não é um elemento específico de uma abordagem, mas algo comum às diferentes abordagens, às diferentes metodologias do fazer psicoterapia.

O termo "aliança terapêutica" é atribuído à psicanalista norte-americana Elisabeth Zetzel, para quem trata-se de uma relação de trabalho construída entre paciente e psicoterapeuta no processo terapêutico em prol do processo. Para essa autora, tal relação se assenta nas funções autônomas do ego do paciente, estando relacionado às suas relações objetais infantis, sendo, assim, dependente da capacidade do terapeuta de demonstrar empatia e respeito, propiciando condições para a ocorrência de uma identificação consistente a ponto de neutralizar as forças instintivas desencadeadas com a transferência (Zetzel, 1956, *in* Peres).

Neste estudo, a proposta é a avaliação desse componente da relação terapêutica, a aliança terapêutica ou aliança de trabalho terapêutico. Se a relação terapêutica é vista como sendo parte essencial e determinante do processo psicoterápico e, havendo evidências empíricas de que a qualidade da aliança de trabalho pode ser preditiva dos resultados, há que se verificar se ela ocorre em atendimentos a distância, mediados pela internet. Antes de prosseguir, faz-se necessário entender a conceituação de psicoterapia: aplicação sistemática de técnicas e métodos psicológicos para promover a saúde mental e propiciar ao indivíduo condições para o enfrentamento de conflitos e/ou transtornos psíquicos, conforme especifica a Resolução nº 010/00 do Conselho Federal de Psicologia (CFP). Destaca-se aqui a característica de processo sistemático para diferenciar de atendimentos e/ou intervenções eventuais, como orientações ou aconselhamentos pontuais

e esporádicos. A psicoterapia, quando realizada por meio da internet e em situação de sincronidade é chamada de psicoterapia online ou e-terapia.

A correlação entre aliança terapêutica e resultados obtidos em atendimentos psicoterápicos já foi amplamente investigada nas últimas décadas. Dezenove anos atrás, Luborsky fez um estudo de revisão literária em torno desse tema, englobando pesquisas de 1976 a 1994, e concluiu que a aliança terapêutica era, na época, a mais popular fonte de verificação de medidas preditivas de resultados em psicoterapias (Luborsky, 1994).

Clara E. Hill e Sarah Knox (HILL, 2009) também reafirmam a importância da aliança terapêutica nos resultados da terapia. Esses autores ressaltam que embora existam outros mecanismos de mudança em psicoterapia, como por exemplo, o insight, o trabalho relacional é um mecanismo de mudança de crucial importância para os pacientes.

### ***Psicoterapia online***

No Brasil, a psicoterapia online ainda é vedada, podendo ser realizada apenas em caráter experimental, submetendo-se a condições estabelecidas pela Resolução 011/12 do CFP. Entre as restrições está a exigência de submissão à aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisas, vinculado ao Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Outras condições a serem observadas: respeito à ética profissional dos psicólogos e gratuidade.

Conquanto a psicoterapia intermediada pela rede mundial de computadores seja uma prática ainda restrita a exceções no nosso país, fora do Brasil, principalmente nos Estados Unidos e em alguns países da Europa, essa modalidade de atendimento psicológico já vem sendo praticada há alguns anos, obviamente orientando-se também por restrições e limitações impostas por leis, regras e regulamentações respectivas.

Há, no Brasil, neste momento, número reduzido de pesquisadores dedicando-se ao tema e poucos artigos acadêmicos de instituições nacionais abordando essa modalidade de serviço psicológico. Esse aspecto é preocupante, ao se perceber que existe, por parte da sociedade, demanda para o serviço, sendo do conhecimento de poucos que a prática é vetada no país. A maioria da literatura científica que trata do assunto é escrita em inglês, por referir-se a estudos realizados fora do Brasil, principalmente nos Estados Unidos.

Na busca por publicações e artigos científicos sobre psicoterapia não foram encontrados resultados apresentando invalidação ou inviabilidade dessa modalidade de atendimento psicológico, tampouco mostrando quantidade de desvantagens superior às vantagens. No entanto, uma importante ressalva deve ser feita: não se deve enxergar a psicoterapia online como prática excludente ou substitutiva da terapia presencial, nem que aquela modalidade seja adequada a todos os casos ou interessados em fazer psicoterapia ou que dela precise.

No Brasil, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) posiciona-se de forma muito conservadora e talvez se possa dizer que até mesmo excessivamente cautelosa em relação à psicoterapia online, impondo obstáculos tanto ao exercício dela quanto à realização de sessões experimentais em pesquisas, como está detalhado na Resolução 011/2012. Conforme essa norma jurídica disciplinar, atendimentos psicoterápicos eventuais para pacientes em trânsito ou momentaneamente impossibilitados de comparecer ao atendimento presencial, e serviços como orientação e aconselhamento, podem ser realizados a distância por meios tecnológicos de comunicação, mas com o número limitado de atendimentos e a regularidade na prestação desses serviços exige credenciamento de um site e outras restrições previstas nessa Resolução vigente desde dezembro de 2012.

O site do CFP disponibiliza via internet a cartilha Sistema de Credenciamento de Sites – Serviços psicológicos online: nova ferramenta de credenciamento (CFP/selo, 2012). Contém orientações sobre o certificado eletrônico, na forma de selo, emitido por esse Conselho para sites cujos responsáveis estejam interessados em oferecer pela internet determinados serviços, tais como orientação psicológica ou profissional, orientação de aprendizagem e escolar, orientação ergonômica, consultoria a empresas, entre outros. O credenciamento prevê autorização de serviços online por três anos, renováveis por igual período.

Em São Paulo, a Pontifícia Universidade de São Paulo mantém o Núcleo de Pesquisas da Psicologia em Informática (NPPI) há 19 anos. Segundo Rosa Maria Farah (FARAH, 2011), uma das fundadora e atual coordenadora do NPPI da PUC-SP, o ano de 1995 foi quando a internet se abriu para toda a população brasileira e não apenas para os meios acadêmicos. Desde então essa universidade vem pesquisando e aperfeiçoando mecanismos de compreensão e uso da internet na relação com a Psicologia. O NPPI da

PUC/SP (NPPI, 2014) oferece orientação psicológica via email. Os atendimentos são de orientação psicológica breve e pontual, com até oito trocas de email, não se constituindo processo de psicoterapia.

Dados do CFP enviados por email (Anexo 10) informam que desde 2005, ano em que entrou em vigor a primeira Resolução do CFP tratando de atendimentos mediados pela internet (Resolução 012/2005, revogada pela 011/12), houve até este momento (março de 2014) 840 solicitações para aquisição do selo de credenciamento. Desses, 467 foram aprovados, 13 deles do DF; 203 foram reprovados; e 170 dos pedidos não necessitavam de selo pois os serviços oferecidos não estavam explicitados na Resolução do CFP. O email afirma que o Conselho recebe frequentes pedidos de esclarecimento sobre dúvidas quanto ao cadastro de sites, por diferentes canais: telefone, e-mail, ou pessoalmente, e estatísticas dos conselhos regionais de Psicologia apontam aumento, no decorrer dos anos, de solicitações para credenciamento que autorize atendimento pela internet.

Uma iniciativa importante destinada a debater o tema da psicoterapia online e divulgar as realizações nesse campo foi o seminário Serviços Psicológicos online, realizado pelo CFP em novembro de 2011 e transmitido pela internet pelo site do CFP, o POL – Psicologia On Line. Desde então, foi o único evento do gênero realizado no país.

Nos Estados Unidos a psicoterapia online é permitida, mas existem restrições, estabelecidas por legislações estaduais. Lá, a autorização para um terapeuta atender pela internet restringe-se à localização geográfica do registro profissional dele, ou seja: se um terapeuta for registrado no Alabama, só poderá atender pessoas que estejam no Alabama. Cada estado norte-americano tem suas próprias regras, dado que ainda não há uma lei de abrangência federal.

A *American Psychological Association* (APA) emitiu, em 1997, uma declaração do Comitê de Ética sobre serviços por telefone, teleconferência e internet esclarecendo que o Código não é específico em relação à terapia por telefone, teleconferência ou quaisquer serviços prestados por via eletrônica, e que não há regras que proíbam tais serviços. Por isso, reclamações sobre essas questões devem ser tratadas caso a caso. A citada declaração acrescenta que a prestação de serviços por meios eletrônicos é uma área em rápida evolução e que será tema a ser considerado em futura revisão do Código de

Ética da APA. O texto prossegue informando que até existirem regras definitivas é recomendado aos psicólogos seguir os Limites de Competência padrão do atual Código, segundo os quais, nas áreas emergentes em que não existem normas reconhecidas devem se adotadas medidas razoáveis para assegurar a competência do seu trabalho e para proteger do mal os pacientes, clientes, estudantes, participantes de pesquisa, e outros (APA, 2012).

Ainda nos Estados Unidos, no estado da Califórnia há o *Department of Consumers Affairs* (Departamento de Consumidores), um órgão de proteção e defesa do consumidor, ao qual está vinculado o *Board of Behavioral Sciences* (Conselho de Ciências do Comportamento da Califórnia). Este dispõe de uma homepage com um tópico específico sobre psicoterapia online, destinada a orientar os consumidores californianos quanto às exigências impostas aos profissionais que ofereçam essa modalidade de serviço de saúde pela internet. Em um dos trechos, esclarece: os indivíduos que forneçam psicoterapia ou aconselhamento, seja presencial, por telefone ou por meio da internet, na Califórnia são obrigados por lei a serem licenciados nesse estado, já que os critérios de licenciamento variam de estado para estado (BBS.CA. GOV, 2012).

Neste projeto denominamos de “psicoterapia online” a modalidade de atendimento individual realizado por meio da internet, de modo sistemático e contínuo, semelhante aos atendimentos clínicos face a face que ocorrem em consultório por um psicoterapeuta registrado no CRP. Esse tipo de atendimento psicoterápico, aconselhamento ou orientação psicológica com intermediação da rede mundial de computadores tem recebido diferentes terminologias, como por exemplo psicoterapia online, e-therapy, cybertherapy (Barak, 2009). No Brasil a forma mais adotada é psicoterapia online (Farah, 2011; Fortn, 2006 e Prado, 2006).

A comunicação via internet chamada de assíncrona é aquela realizada por meio de emails e fóruns, em que emissor e receptor das mensagens não estejam, necessariamente, conectados simultaneamente. A outra forma, chamada de síncrona, é a que se realiza entre pessoas conectadas simultaneamente, em tempo real, seja por meio de chats (bate-papo em tempo real), videoconferências ou programas de mensagens instantâneas online como o extinto MSN e o Skype (softwares que permitem comunicação pela internet via conexão de voz sobre IP ou *Voice over Internet Protocol*).

Ignorar a expansão da internet, bem como a possibilidade de uso dela para psicoterapias, pode ser algo mais arriscado do que posicionamento cauteloso em excesso para autorizar o uso dela, na medida em que a ausência de regras atualizadas pode levar à prática de atendimentos online sem parâmetros, sem os necessários cuidados ou mesmo sem formação específica que propicie segurança ao serviço. O depoimento de um psicólogo de Brasília exemplifica isso: “eu já atendi uma paciente brasileira que estava no exterior algum tempo atrás. Ela já tinha sido minha paciente, precisou de atendimento depois que se mudou para a Europa e me pediu para atendê-la pelo Skype. Na época, pesquisei no site do CFP sobre a legalidade desse serviço e até liguei lá, mas a quantidade de exigências, a complicação que me apresentaram era tanta que eu desistir – não de atender a pessoa pela internet, mas de me preocupar com o que eles queriam. Eu quis fazer a ‘coisa certa’, honestamente, mas ficou inviável da forma como eles queriam; então considerei mais importante atender à necessidade da paciente e assumi o risco” (comunicação verbal, preservado o anonimato).

### ***Vantagens e desvantagens da psicoterapia online***

Um psicoterapeuta ou um terapeuta não-psicólogo, assim como médicos e outros profissionais de saúde, podem atender pacientes pela internet de diferentes formas: dando orientação via chat ou emails; realizando atendimentos em grupo no formato videoconferência; conectados por intermédio de sites que propiciem possibilidade de troca de mensagens instantâneas, semelhante ao Google Talking, Orkut e Facebook; ou em atendimento online via Skype.

Uma compilação dos possíveis motivadores para uma pessoa recorrer ao serviço de psicoterapia online (OCD, 2012; Rochelen, 2004 e Esparcia, 2002) nos leva aos seguintes casos em que esse meio de intervenção psicológica possa ser útil:

- Condição física que limite a mobilidade;
- A pessoa residir em áreas distantes dos locais onde exista atendimento especializado;
- Condições psicológicas que restrinjam deslocamentos ou viagens, embora curtos (como sofrer de episódios de pânico, por exemplo);

- Impedimento de comprometer-se com atendimento presencial devido a constantes viagens;
- Mulheres grávidas ou com filhos recém-nascidos, assim como aquelas que não têm com quem deixar a criança para ir a um consultório;
- Conflito de agendamento inesperado que impeça a presença em consulta previamente marcada, no caso de pacientes de psicoterapia presencial em andamento;
- Agenda de trabalho extensa que provoque falta de tempo para deslocamentos;
- Dificuldade para relatar queixas ou admitir determinados conteúdos pessoais face-a-face a face.

Citando outros autores Lovejoy, Travis I. , Demireva, P., Grayson, J. L. e Mcnamara, O. R. (2009), relacionam vantagens da psicoterapia online e uma delas é poder funcionar como coadjuvante de processos psicoterapêuticos presenciais. As demais vantagens citadas por eles incluem: possibilitar atendimento a pessoas que vivem em localidades rurais ou geograficamente isoladas; pessoas sem meios de transporte (ou que não dirigem); idosos ou portadores de deficiência motora, além de favorecer também quem tem limitação de tempo em função dos horários de trabalho ou que precisa viajar com frequência.

Segundo esses autores, a psicoterapia online também é adequada para terapia de família quando os membros estão geograficamente separados. Outra vantagem relacionada por esses pesquisadores é a redução de custos e de tempo no atendimento a detentos com problemas de saúde mental que precisem de cuidados rotineiros.

Finfgeld (1999) arrola como potenciais vantagens da psicoterapia online, além de propiciar maior acessibilidade, a conveniência, o desenvolvimento de senso de responsabilidade no paciente e capacitação dele para conhecer a si mesmo e interpretar os problemas conforme sua própria visão de mundo. Em contrapartida, cita como desvantagens a perda do contato visual, atraso nas respostas (apenas nos casos de comunicações assíncronas), risco de quebra de sigilo (aspecto que será abordado mais adiante) e elitismo, embora ressalte que essa última característica ocorra também na modalidade presencial.



Essa autora defende a necessidade de esforço conjunto de psicólogos, organizações profissionais e governo, de forma que sejam realizadas investigações sobre a eficácia terapêutica e custo-efetividade da psicoterapia online, estabelecendo-se diretrizes legais, éticas e práticas para a comunidade global e garantindo o maior grau possível de privacidade no ciberespaço. Isso porque o número de empreendedores do ciberespaço vai se proliferar.

No entanto, ao se pensar em psicoterapia online, não se pode considerar apenas as vantagens desse tipo de procedimento. Há que se levar em conta também os casos em que deve-se colocar em dúvida se esse tipo de atendimento pode ser considerado benéfico ou seguro.

Além disso, a proposta de psicoterapia online não pode ser vista como algo a ser utilizado de forma indiscriminada, tampouco como substituto dos atendimentos convencionais face a face. Há casos em que a psicoterapia online é desaconselhável, pelo menos até que se tenha mais conhecimento acerca dos resultados e das consequências dela.

### ***Aspectos éticos***

Em um artigo de revisão sobre ética em psicoterapia online, Ragusea, Anthony S. & Creek, L. V. (2003) afirmam não haver consenso acerca da ética na prática da psicoterapia online. Isso seria, em parte, devido à complicação das questões em si e, em outro tanto, por haver poucas pesquisas empíricas para esclarecer tais questões.

Esses autores encontraram muita divergência sobre se é mesmo necessário haver um padrão ético em separado para a prática online. Para eles, até que as controvérsias sejam resolvidas, são necessárias sugestões especializadas para a prática ética de modo a ajudar os terapeutas que já atendem nessa modalidade e para quem seus respectivos códigos de ética profissional são insuficientemente específicos para orientá-los quanto aos inúmeros dilemas que surgem.

Ao se referir a preocupações éticas, Esparcia (2002) cita o que ele considera princípio básico e fundamental, derivado da bioética e dos códigos das ciências da saúde: a diretriz de “não causar dano” ou que se deve ter o cuidado de não provocar um dano superior ao benefício esperado.

Parte da hesitação de algumas organizações profissionais para falar especificamente e com determinação sobre questões éticas ou melhores práticas recomendáveis deve-se à fluidez, ao caráter dinâmico e em constante mudança de tudo que diz respeito às atuais tecnologias de comunicação (Ragusea, 2003), ou seja, os problemas e as soluções mudam à medida que as tecnologias evoluem.

### ***Fronteiras geográficas e limites legais***

A pesquisadora chilena Golda Barrientos aborda a preocupação com as fronteiras geográficas e o alcance das leis, quando analisa a ética da psicoterapia pela internet: *“¿en el ciberespacio las fronteras no existen! Un psicólogo de Estados Unidos puede realizarle terapia a un paciente de China. Surgen varias preguntas al respecto: ¿cuáles son las leyes que regulan este intercambio? ¿En qué país se está realizando la terapia? (...) Para las compañías de seguros, y para las organizaciones encargadas de regular las prácticas clínicas respectivas, estas sí son cuestiones serias”* (Barrientos, 2002, pág. 02).

O modelo de legislação norte-americano pode orientar a legislação de outros países quanto aos serviços via internet. No Brasil, por exemplo, de acordo com as regras vigentes do Conselho Federal de Psicologia (CFP), o registro de um psicólogo emitido por determinado Conselho Regional de Psicologia (CRP) só vale para a área de circunscrição desse CRP, quando se trata de atendimento presencial, mas para serviço via internet o registro de um CRP vale para todo o território nacional, de acordo com a Resolução 011/2012. Em se tratando de psicoterapia online, em que desaparecem as fronteiras geográficas concretas, o Conselho Federal de Psicologia terá que reavaliar essa abrangência dos registros e definir, por exemplo, se um psicoterapeuta licenciado em Brasília poderá atender, pela internet, um paciente de São Paulo ou de outro estado brasileiro. Por outro lado, uma regulamentação semelhante à dos EUA poderia prejudicar as população de regiões onde há carência de profissionais especializados, como a dos estados do Norte e Nordeste brasileiros.

A *International Society for Mental Health Online* (ISMHO, 2011), afirma que há algum tipo de regulamentação sobre psicoterapia online no Canadá, na Áustria, China, em Santa Lúcia (Caribe) e no Brasil (Resolução 011/2012). No estatuto dessa sociedade internacional, o artigo 2 afirma ser propósito da entidade a elaboração de normas para interação online entre profissionais de saúde e consumidores (ISMHO, 2012):

2.1. The purpose of the ISMHO is to promote the understanding, use and development of online communication, information and technology for the international mental health community. To achieve this purpose, the activities of the ISMHO shall include:

2.1.1 Aid and stimulate mental health professionals and others in the development of new online technology and applications;

2.1.2 Educate mental health professionals and others about existing online information and communication technologies and applications.

A formação de profissionais habilitados a praticar a psicoterapia online é outra preocupação que deve entrar em pauta ao se pensar em regular esse tipo de serviço. Na Califórnia (EUA), o *ZUR Institute - Innovative Resources and Online Continuing Education* - é uma instituição que oferece treinamentos e cursos pela internet. Entre outros cursos, ensina sobre o uso do Skype na telessaúde, no e-aconselhamento e na e-terapia. O treinamento é voltado para psicólogos, assistentes sociais e outros especialistas (Zur Institute, 2012).

Esse instituto aconselha que se verifique se o Skype é compatível com o HIPAA, o que exige, entre outros aspectos que haja criptografia dos dados. No início deste estudo, essa foi uma das primeiras preocupações apresentadas à empresa Aker Security Solutions, que ofereceu apoio à pesquisa em relação à segurança nas comunicações, o que será melhor explicado adiante.

### ***Confidencialidade e segurança nas comunicações***

A *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA) é um ato, uma lei do governo norte-americano, em vigor desde 1996, cujo objetivo é reduzir fraudes e assegurar a confidencialidade de informações médicas, que se tornaram mais vulneráveis a partir da disseminação das tecnologias de informações. Também regula a abrangência de planos de saúde e apólices de seguro. O HIPAA é usado como parâmetro internacional de segurança em troca de informações, o qual inclui como medida de segurança a criptografia nas comunicações.

Ao se considerar os riscos de divulgação indevida de informações trocadas nas sessões (receio existente tanto em relação à terapia presencial quanto à online), não é possível afirmar que haja risco maior na modalidade online nem que a forma tradicional de atendimento é menos arriscada (Midkiff & Wyatt, 2008). Isso porque, na terapia presencial, pode acontecer, por exemplo, de um assaltante arrombar armários de um terapeuta e roubar informações do cliente ou um paciente sorrateiramente usar um gravador e registrar uma sessão. Esses autores afirmam ser importante que os programas tradicionais de chat ou e-mail sejam aperfeiçoados, incorporando tecnologias de criptografia, com o intuito de aumentar a segurança na troca das comunicações a partir da conversão de texto simples em texto cifrado (Midkiff & Wyatt, 2008).

Apesar dessas observações, não se pode ignorar que os riscos em terapia online parecem ser maiores. No entanto, sabe-se que investimento em esforços para “quebrar criptografia” ou para rastreamento são proporcionais ao valor das informações sigilosas. Assim, em se tratando de uma personalidade pública ou alguém envolvido com interesses de segurança nacional, os riscos seriam possivelmente maiores, sendo a psicoterapia online desaconselhável nesses casos. No entanto, em se tratando de pessoas (terapeuta e paciente) sem projeção pública, é menos provável que alguém invista altos valores para quebrar todas as medidas de segurança adotadas.

Apesar disso, os anseios quanto aos riscos de quebra de confidencialidade das informações trocadas via internet são compreensíveis, considerando-se a habilidade dos hackers e crackers, entre outros “piratas da internet”. Há o temor de que informações importantes, trocadas no contexto da terapia, caiam em mãos erradas, causando prejuízos graves não apenas ao processo terapêutico, mas à vida dos pacientes e dos profissionais que os atendam.

Barnet (2003) relaciona alguns cuidados recomendados: uso de senha ou criptografia de todas as informações confidenciais do paciente; acesso limitado ao computador; backup de todos os dados do computador em discos, com a certeza de que estes sejam guardados em local secreto; ao descartar discos usados, usar programa que apague arquivos, imprimindo caracteres aleatórios sobre eles para que os dados apagados não possam ser reconstituídos; e uso de firewall para ajudar a prevenir o acesso não autorizado a materiais confidenciais através da internet.

Midkiff & Wyatt mencionam a necessidade de tecnologias de criptografia para atendimentos terapêuticos via internet e afirmam que o terapeuta online deve ter entendimento básico de desenvolvimento na web e de recursos que melhorem a confidencialidade e privacidade (2008).

Para eles, o terapeuta não está obrigado a preocupar-se apenas em ser ético e respeitar a confidencialidade como, por exemplo, resguardando revelações do paciente, mas deve também proteger a privacidade do paciente, o que significa empenhar-se em adotar medidas que impeçam a divulgação de informações do processo terapêutico. Esses autores atribuem responsabilidade maior pela confidencialidade aos terapeutas.

Quanto a isso, pensando em resguardar também a segurança do profissional, a proposta do presente trabalho é de que a responsabilidade deve ser mútua, isto é, terapeutas e pacientes devem estar comprometidos com a confidencialidade da troca de informações via internet. Esse compromisso pode ser oficializado por meio da assinatura de um instrumento jurídico, um termo de compromisso que relacione procedimentos a serem adotados para reduzir riscos de quebra de confidencialidade.

Entre tais procedimentos, pode-se citar a necessidade do uso de um computador que tenha: configurações de criptografia, autenticação e segurança em nível máximo; sistema operacional atualizado (com todas as correções disponibilizadas pelo fabricante); programa de antivírus também atualizado e ativado. É aconselhável, ainda, que seja consultado um técnico ou especialista em informática para assegurar que essas medidas preventivas estão observadas e ativadas. Além disso, ambas as partes devem comprometer-se a realizar as sessões em ambiente suficientemente iluminado, de modo a permitir a identificação dos participantes da conversa que devem, antes de iniciar a sessão, tornar-se mutuamente visíveis por meio de webcam. Devem, ainda, providenciar para que a sessão aconteça em espaço reservado, no qual paciente e terapeuta estejam sozinhos.

Midkiff e Wyatt (2008) aconselham o uso conjunto do protocolo de segurança Secure Socket Layer (SSL), um padrão global de tecnologia de segurança que cria um canal criptografado entre um servidor web e um navegador (conhecido pelo símbolo de um cadeado dourado na barra de endereços) e o uso de programas submetidos ao HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability), que é um ato do governo dos Estados Unidos, destinado a reduzir fraudes e assegurar a confidencialidade de informações da

área de saúde, usado como referência em vários países. O Skype é exemplo de programa que observa as exigências do HIPPA.

O consentimento informado, um documento a ser assinado pelo paciente da terapia online, destinado a conscientizar o paciente acerca das suscetibilidades próprias desse tipo de atendimento, é considerado ponto central em termos éticos e destacado em alguns estudos (Cook, 2002, Lehavot, 2010 e Midkiff, 2008). Deve conter informações sobre os procedimentos do processo via internet, o que pode ser esperado em termos de ajuda, alternativas de salvaguarda contra os riscos eventuais, vantagens e desvantagens.

### *Situações de crise*

Quanto a intervenções em crise, Rochlen, A. B; Zack, J. S. e Speyer, C. (2004) reconhecem ser um problema significativo, principalmente em se tratando de paciente que apresente tendência suicida ou homicida, e que esteja obtendo atendimento por e-mail, na modalidade assíncrona. A inquietação é quanto ao fato de não haver certeza de que a resposta chegue no momento da necessidade do paciente. Isso, para eles, torna a habilidade para lidar com as crises de forma segura e confiável um desafio, senão algo impossível.

Em relação à inquietação quanto a situações de crise, Lovejoy, Travis I. (2009) destaca que terapeutas online devem tornar os pacientes conscientes quanto à necessidade de haver um serviço de emergência disponível para eles caso ocorra uma situação de crise. Manhal-Bangus (2001) também ressalta essa medida, afirmando que os sites de terapia online devem ter um aviso instruindo as pessoas com tendência suicida a terem sempre em mãos o telefone de contato de um serviço de emergência ou de alguém que possa dar-lhes atendimento imediato em caso de crise. E acrescenta que esses pacientes podem ter, como ocorre nos casos de atendimentos face-a-face, o número do celular, do *pager*, do correio de voz e telefone da casa do terapeuta, como também os recursos dos órgãos oficiais disponibilizados para a comunidade local de onde morem.

Fenichel e cols. (2002) afirmam que, apesar da distância e, portanto, da ausência de sinais de comunicação não-verbal, pessoas em sofrimento emocional grave podem ser ajudadas por meio da comunicação pela internet online, mas ele defende a forma síncrona, em que terapeuta e paciente estejam simultaneamente conectados. Afirma também que

muitas pessoas em situações de crise tendem a compartilhar suas experiências e sentimentos com anônimos da web, como forma de reduzir inibições pessoais. Assim, segundo esse autor, um serviço de intervenção em crise, realizado por profissionais treinados, pode ser de grande ajuda para pessoas angustiadas que se sintam atraídas por espaços virtuais, onde podem compartilhar experiências dolorosas.

Participantes de uma pesquisa que comparou aliança terapêutica em atendimentos online e presencial acrescentaram comentários acerca de sete temas propostos, entre eles desinibição, e muitos deles afirmaram ter tido sensação de liberdade para falar deles mesmos na terapia online sem o constrangimento ou medo do julgamento do terapeuta e relataram sentir estresse nas situações de atendimentos face-a-face. A análise dos dados indicou que muitos dos 15 pacientes que fizeram terapia online demonstraram habilidade para serem completamente honestos e abertos com o terapeuta (Cook, 2002).

Para Esparcia (2002), o anonimato da terapia online favorece pessoas com dificuldade de realizar comunicação cara-a-cara, como as que são tímidas, inseguras e introvertidas, na hora de buscarem ajuda psicológica. Isso talvez seja mais pertinente para comunicações assíncronas; pois nos atendimentos síncronos há menos anonimato, mas permanece a distância física que pode intimidar pessoas mais retraídas e menos propensas a se lançarem em conversas sobre temas íntimos e pessoais. Esse autor também aborda os limites e riscos de atendimentos psicológicos mediados pelo computador e alerta para o cuidado primordial de quem trabalha com saúde, ou seja, o de não prejudicar, e chama a atenção para o fato de que a atuação do profissional de saúde não deve provocar dano superior ao benefício esperado. Também alerta para a necessidade de se oferecer atuação efetiva: *“Estas pautas de comportamiento son especialmente importantes en las intervenciones a través de Internet, dado que existe la duda razonable de que la ausencia de interacción personal ‘cara a cara’, puede constituir un handicap en algunas actuaciones profesionales (pág. 19)”*.

A pesquisadora Ivelise Fortim, ligada ao NPPI da PUC, diz haver crenças e visões pré-estabelecidas acerca da psicoterapia online, com a prevalência de duas posturas: a dos românticos, avessos a tecnologia, e a dos entusiastas da computação. Segundo ela, a grande maioria dos psicólogos, no entanto, ainda lida com essas questões com certo romantismo, priorizando o relacionamento face a face e sendo avesso ao uso das novas tecnologias (Fortim, 2006).

Jonathan E. Cook afirma que embora as pesquisas empíricas sobre a eficácia da terapia online sejam incipientes, os resultados preliminares são animadores, havendo vários estudos publicados que contêm resultados semelhantes entre a terapia tradicional face a face e a terapia online (Cook, 2002).

No estudo de Cook (2002), alguns participantes afirmaram acreditar que a terapia online, além de ser mais acessível, seja também mais propícia ao desenvolvimento de forte vínculo terapêutico, em comparação com a modalidade cara a cara-terapia, devido ao fato de o anonimato e a distância física facilitarem a desinibição. No entanto, Cook ressalta que ainda são necessárias muitas pesquisas examinando a aliança terapêutica para aumentar a validade das atuais investigações em torno dos atendimentos online.

Apesar de existirem poucos estudos acerca da eficácia do tratamento psicológico via internet, a terapia online se apresenta como valiosa ferramenta de trabalho para profissionais de saúde mental. No entanto, como todo fenômeno novo, encontra resistência, ainda que insuficiente para obstar o avanço da novidade, como destaca Barak (2009), acrescentando que apesar da oposição a esse meio de ajuda, ele floresceu. Para ele, vários fatores foram responsáveis por esse crescimento, incluindo a aceitação crescente da internet como uma ferramenta social legítima, a melhoria contínua de hardware e software, especialmente em relação à facilidade de uso, proteção da privacidade, e capacidades de comunicação online, e desenvolvimento de diretrizes éticas específicas de várias organizações profissionais.



## Capítulo II – Método

O objetivo geral da pesquisa era analisar se ocorreria construção de aliança terapêutica em atendimento psicoterápico realizado por meio da internet, em situação de sincronicidade, isto é, em que terapeuta e paciente estejam simultaneamente conectados e se comunicando, neste caso, via Skype, um programa com tecnologia audiovisual interativa (*Interactive Audio Visual Technology- IAVT*).

Em razão do tempo limitado de um projeto de mestrado, os atendimentos experimentais deste estudo foram de curta duração, máximo de 16 sessões, e adotando-se o modelo de psicoterapia breve focal. Isso delimitou o principal critério de exclusão dos sujeitos: não incluir indivíduos que não se beneficiariam adequadamente de tratamento psicoterápico de curta duração, como explica Sifneos (1993):

Uma história de tentativas de suicídio é indicador de conflitos emocionais severos. Pacientes que fizeram tentativas de suicídio de qualquer tipo – impulsiva, manipulativa ou depois de uma considerável manipulação – não devem ser considerados candidatos à psicoterapia breve. Pacientes que devido a fatores biológicos, genéticos ou ambientais não desenvolveram uma estrutura de caráter suficiente para lidar com a realidade da vida diária, necessitam de psicoterapia de apoio prolongada associada ao uso de medicações. Além disso, a hospitalização psiquiátrica não deve ser descartada. Esses indivíduos não serão beneficiados por qualquer tipo de tratamento dinâmico de breve duração.” (p. 10).

A seleção das pacientes seguiu outros critérios de exclusão, visando a segurança de ambas as partes e aumentar a possibilidade de beneficiar os pacientes-sujeitos, relacionados a seguir.

- Usuários de drogas;
- Potencial suicida ou que se declare em situação como tal, ou, ainda, que informe já ter realizado tentativa de suicídio;
- Casos de esquizofrenia ou psicoses graves (pessoas com diagnóstico anterior ou que se declarem como tal ou, ainda, cujas respostas no Questionário Sócio-Demográfico e na entrevista por telefone levem o entrevistador a supor ser um desses casos ou outros que não se beneficiariam de atendimentos a distância);

- Transtornos de Personalidade.

Participaram do estudo cinco mulheres, com idade variando de 19 a 59 anos. Todas elas já tinham experiência com a internet, embora uma nunca tivesse usado o Skype antes para se comunicar. As conversas eram gravadas para facilitar a análise qualitativa do processo. Foi colocado como condição para realização das sessões o uso de microfone e câmera. Além disso, deveriam adotar os cuidados relacionados no Termo de Compromisso com a Confidencialidade (Anexo 7), lido, assinado por elas e enviado à pesquisadora pelos Correios.

Apesar de a pesquisa ter sido feita apenas com mulheres, homens também foram convidados. Um rapaz chegou a iniciar os atendimentos, mas desistiu após a segunda sessão. A pesquisadora tentou obter uma explicação para o abandono, por meio de email, mas não obteve resposta.

Na primeira sessão, as pacientes eram informadas das limitações do processo terapêutico proposto, nisso incluído o prazo determinado de no máximo 16 sessões, e foi pedido que elas delimitassem uma queixa, um foco de trabalho, de forma a que elas pudessem obter benefícios com os atendimentos. Elas foram, ainda, instruídas a preencher os questionários de avaliação ao final de cada sessão, no caso do SEQ, e os do WAI após a quarta e no encerramento do processo (após última sessão), com total liberdade de expressão, sem receio de desagradar ou frustrar expectativas. As pacientes foram informadas de que a terapeuta-pesquisadora não teria acesso às respostas no decorrer dos atendimentos, mas apenas após encerrado o processo terapêutico. Tencionava-se deixá-las mais à vontade para responder aos itens sem receio de desagradar à terapeuta.

### ***Sobre os instrumentos***

Este estudo é eminentemente qualitativo e os dados registrados sobre a sessão, a partir da observação e vivência prática da terapeuta, são o ponto principal da análise. Apesar disso, foram usados, como auxiliares, dois instrumentos psicométricos, o Inventário de Aliança Terapêutica (*Working Alliance Inventory – WAI*) e o Questionário de Avaliação de Sessão (*Session Evaluation Questionnaire – SEQ*), ambos consagrados na literatura como sendo ferramentas auxiliares para análise de sessões de psicoterapia. Se o foco principal estivesse nos instrumentos seria necessária uma amostra maior e o

cumprimento dos pressupostos para o uso deles, o que não se aplica aqui, em uma amostra de cinco sujeitos.

### **O Inventário de Aliança Terapêutica (*Working Alliance Inventory – WAI*)**

O WAI é um instrumento desenvolvido na década de 70 por Adam Horvath, motivado pelos resultados de pesquisas empíricas, sobretudo de L. Luborsky e E. Bordin (2012), que revelaram a importância do vínculo terapêutico no sucesso da terapia. Horvath (1991) explicou que o surgimento de evidências apontando alguns fatores comuns como responsáveis pelos efeitos reparadores em diversas formas de terapia ganhou comprovação empírica, levando os pesquisadores a desejarem investigar a aliança, com instrumentos específicos para tal. O WAI foi um dos instrumentos desenvolvidos para atender a essa necessidade (Horvath, 2013) e baseia-se no modelo teórico de aliança terapêutica proposto por Bordin (1979). Para esse autor, aliança terapêutica é uma relação de colaboração mútua, marcada por concordâncias entre ambos e constituída por três componentes interdependentes: objetivos, atribuição de tarefas e desenvolvimento de vínculo. Todos os itens são julgados segundo a seguinte escala tipo Likert:

1( ) Nunca    2( ) Raramente    3( ) Ocasionalmente    4( ) Às vezes    5( ) Frequentemente    6( ) Muito frequentemente    7( ) Sempre

Segue-se uma descrição de cada um dos componentes do WAI:

**Objetivos** - referem-se aos resultados esperados pelo paciente e pelo terapeuta. Bordin diz ser essencial que o “cliente à procura de mudança” e o “terapeuta agente de mudança” concordem acerca das metas do trabalho terapêutico. Embora haja diferenças conceituais e de enfoque quanto ao que seja objetivo para as diferentes abordagens psicológicas, é comum a percepção de que deve haver uma meta a alcançar. Por exemplo, para as psicoterapias comportamentalistas um objetivo é uma mudança de comportamento, enquanto para as terapias psicodinâmicas os objetivos englobam o funcionamento do indivíduo numa perspectiva de totalidade e integralizadora. No entanto, nos dois casos a negociação em torno dos objetivos é, segundo Bordin (1979) crucial para a construção de uma aliança sólida e o êxito do processo. A título de exemplo, vejamos o item 6 do WAI-C (WAI versão cliente) e do WAI-T, versão para os terapeutas :

6. O(a) meu(minha) terapeuta percebe, com clareza, quais são os meus objetivos.

6. O(a) meu (minha) cliente e eu temos uma percepção comum acerca dos seus objetivos.

**Tarefas** - São as atividades específicas em torno das quais terapeuta e cliente se envolvem para atingir os objetivos, isto é, são os meios a que ambos recorrem visando os objetivos estabelecidos. Refere-se a estratégias de “como” alcançar os objetivos. Bordin (1979) destaca a importância de o terapeuta apresentar as tarefas com clareza e levando em conta as dificuldades e a motivação do cliente para a mudança. Vejamos como exemplo o item 2 do WAI-C e do WAI-T, respectivamente:

2. O(a) meu(a) terapeuta e eu estamos de acordo acerca das coisas que são necessárias fazer em terapia para ajudar a melhorar a minha situação:

2. O(a) meu cliente e eu estamos de acordo acerca das coisas que são necessárias fazer em terapia para ajudar a sua situação:

15. Acho que o que eu e o(a) meu(a) terapeuta fazemos em terapia não está relacionado com as minhas preocupações.

15. Acho que o que eu e o(a) meu(a) cliente fazemos em terapia não está relacionado com as suas preocupações.

**Vínculo** - Diz respeito à ligação afetiva entre terapeuta e cliente, na qual estão envolvidos aspectos como confiança e respeito mútuos, aceitação, confiança, apreciação recíproca, compromisso e compreensão compartilhada (Bordin, 1994; Horvath, 1989; Horvath & Luborsky, 1993). Transcreve-se, a seguir, três itens do WAI-T e dois do WAI-C, respectivamente, que exemplificam a tentativa de avaliar o vínculo no processo terapêutico:

19. O (a) meu (minha) cliente e eu respeitamos-nos mutuamente.

19. O (a) meu (minha) terapeuta e eu respeitamos-nos mutuamente.

26. O meu(minha) cliente e eu confiamos um no outro.

26. O(a) meu(minha) terapeuta e eu confiamos um no outro.

28. A minha relação com o (a) meu (minha) terapeuta é muito importante para mim.

28. A minha relação com o (a) meu (minha) cliente é muito importante para mim.

O WAI avalia a relação terapêutica de forma ampla (vide Anexos 3 e 4). Neste estudo, foi aplicado na 4ª sessão, por ser considerado o momento em que o vínculo terapêutico está formado, com base em ampla quantidade de estudos sobre vínculo terapêutico, e na última sessão. Posteriormente, no entanto, descobriu-se que teria sido útil a aplicação dele também na primeira, de forma a se ter parâmetros de comparação mais amplos. Os questionários foram respondidos e enviados para um email ao qual a pesquisadora não teve acesso até concluir os atendimentos. Com essa medida tentou-se evitar “contaminações” na relação terapêutica em decorrência dos resultados assinalados pelas pacientes. A terapeuta-pesquisadora também respondeu os questionários, nos mesmos momentos propostos às pacientes. A forma tradicional de composição de resultado de escalas é pela soma dos pontos assinalados aos itens. Como, de acordo com Prado (2004), não há uma maneira única nem mais usual de se analisar o WAI e relacioná-lo com as variáveis pesquisadas, como também não existe normatização de resultados ou forma definida de se avaliar os resultados, neste estudo, objetivando uma forma mais intuitiva da interpretação, não utilizamos a soma dos itens, mas a média dos pontos atribuídos a cada item em cada subescala. Isso nos é permitido considerando que os valores possíveis (mínimo de 1 e máximo de 7) assinalados pelas participantes têm significação variando entre os extremos “nunca” e “sempre”, tendo “às vezes” como ponto médio da escala. Portanto, a pontuação média calculada nos permite um entendimento da maneira ou intensidade em que cada conceito avaliado pelas subescalas se aplica a cada participante ou como cada uma se posiciona em relação aos conceitos avaliados. Esta observação foi realizada em dois momentos de aplicação do WAI (4ª e última sessão, como já foi dito), das três subescalas (Objetivos, Tarefa e Vínculo), sendo dessa forma obtidas as médias de cada momento. Método similar foi usado para o SEQ.

### **O Questionário de Avaliação de Sessão (*Session Evaluation Questionnaire* – SEQ)**

O SEQ (Anexo 5) avalia a qualidade de cada sessão terapêutica a partir de respostas fechadas. A terapeuta-pesquisadora respondeu a um questionário SEQ por paciente após cada sessão. Do mesmo modo, as participantes também respondiam a um SEQ após cada sessão. Elas foram repetidamente lembradas de que nenhum dos questionários seria visto pela terapeuta antes do término dos atendimentos.

O SEQ, uma escala do tipo diferencial semântico, no qual cada item apresenta um par de adjetivos ou descritores opostos, como “bom” e “ruim”, ou “confortável” e “desconfortável”, é dividido em duas partes: a primeira avalia a qualidade da sessão e a segunda, o que sente o paciente ou a terapeuta em relação à sessão realizada. Na primeira parte, são apresentadas opções para a sentença “a sessão de hoje foi”, com adjetivos numerados de um a sete para extremos opostos distribuídos em onze itens, como por exemplo o primeiro, cuja graduação vai de “ruim” a “bom”. No caso desse item, assinalar o 4 equivaleria a marcar um meio termo entre esses extremos, significando que a pessoa considera que a sessão foi mediana ou igualmente boa e ruim. Outros dois exemplos de itens são os pares de opostos “feliz” e “infeliz” e “incerto” e “definido”. Nessa primeira parte do SEQ as sentenças representam extremidades opostas para duas escalas:

Profundidade (*Depth*) e Suavidade (*Smoothness*). Portanto, essas são avaliações da sessão, conforme percebido pelas pacientes e pela terapeuta, em contraste com os dois outros fatores, que avaliam o estado subjetivo das pacientes ou da terapeuta a cada sessão. Assim, a segunda parte do SEQ avalia como a pessoa se sente após a sessão, ou seja, como está o humor pós-sessão, a partir da sentença “agora me sinto”, em escalas de avaliação de Positividade (*Positivity*) e Alerta (*Arousal*), distribuídos em dez itens, como por exemplo os pares opostos “feliz” e “triste, do primeiro item, e “amigável” e “hostil” do sétimo item. Os escores variam de 1 a 7 e, para a interpretação dos dados, os escores mais altos indicam maior profundidade e suavidade da sessão, e os sentimentos de positividade e alerta das pacientes ou da terapeuta. Os agrupamentos de itens são os mesmos para pacientes e terapeuta.

No instrumento original a instrução diz: “por favor, circule o número apropriado para mostrar como você se sente em relação à sessão de hoje”. Nesta pesquisa, no entanto, os questionários foram enviados digitalizados via email, e deveriam ser devolvidos da mesma forma, sendo mais fácil atender à instrução “por favor, marque um X no parêntesis em frente ao número apropriado para mostrar como você se sente quanto à sessão”. Para isso, foram acrescentados ao formulário original parêntesis à frente de cada número. De acordo com o desenvolvedor do instrumento, William B. Stiles (2014), o questionário pode ser usado para avaliar diferentes tipos de sessões de terapia: individual, de grupo e sessões de supervisão. Normalmente é respondido imediatamente após a sessão, mas Stiles

afirma no site oficial que ele pode ser preenchido em momento posterior, como também por avaliadores externos a partir da audição e gravações das sessões<sup>1</sup>.

## **Outros questionários**

Além do WAI e do SEQ, foram usados outros três questionários:

- Questionário sócio-demográfico (Anexo 1), na fase de seleção dos sujeitos;
- Questionário da História de Vida, uma anamnese ampla (Anexo 2), também na fase de seleção;
- Questionário final (Anexo 9), após a última sessão. Este questionário contém 12 itens, com perguntas abertas acerca da experiência de ter participado de um processo de psicoterapia online (as respostas estão detalhadas no Capítulo III, dos resultados).

As sessões foram gravadas, de modo a que se tivesse registro de impressões, reações, falas e/ou respostas que pudessem expressar, qualitativamente, a qualidade da aliança terapêutica. O programa Skype não oferece, por enquanto, uma ferramenta própria para gravação das conversas. É preciso recorrer a softwares desenvolvidos por outras fontes. Neste caso, foi usado o programa Recorder Skype, cuja instalação é gratuita e o uso descomplicado. Infelizmente, este programa falhou em vários momentos, sem causa conhecida, havendo sessões não gravadas.

## ***Divulgação da pesquisa***

Os pacientes-sujeitos da pesquisa não podiam conhecer ou ter qualquer vínculo com a pesquisadora; foram indicados ou convidados a participar do processo por outros psicólogos clínicos e psiquiatras, colegas de trabalho ou amigos da pesquisadora. Esta, instruiu as pessoas dispostas a indicar pacientes acerca dos critérios e cuidados a serem observados por meio de documento escrito, enviado por email ou entregue pessoalmente; nele havia detalhamento dos aspectos da pesquisa e critérios que deveriam ser observados

---

<sup>1</sup> [http://www.users.miamioh.edu/stileswb/session\\_evaluation\\_questionnaire.htm](http://www.users.miamioh.edu/stileswb/session_evaluation_questionnaire.htm)

antes de convidar as pessoas (Anexo 8). As pessoas convidadas foram informadas, no momento do convite, das condições gerais do atendimento, conforme o que segue:

- Os atendimentos seriam gratuitos, semanais, e com duração de até quatro meses, com sessões de 45 a 50 minutos cada;
- Seria preciso ter computador e conexão com internet do tipo banda larga (de alta velocidade);
- Era preciso ter experiência no uso de internet e do programa de comunicação via internet Skype;
- Era necessário ter disponibilidade para participar das sessões uma vez por semana, sempre no mesmo dia e horário (cabendo à pesquisadora destinar dias e horários específicos para cada paciente-sujeito); cada sessão com duração de 45 a 50 minutos;
- As sessões seriam gravadas;
- Não poderiam estar entre os seguintes casos: consumir drogas ou similares; ser potencial suicida ou já ter realizado tentativa de suicídio; ter diagnóstico de esquizofrenia ou psicose grave; ter sido diagnosticada como portadora de Transtorno de Personalidade.
- O procedimento era experimental, integrante de uma pesquisa acadêmica, e que, apesar de ser gratuito, envolveria algumas contrapartidas a serem cumpridas, como a necessidade de responder aos questionários e enviá-los por email;
- A participação na pesquisa como paciente de psicoterapia online, para os selecionados, exigiria assinatura de termos de responsabilidade, como o Consentimento Informado (Anexo 6) e o do Termo de Comprometimento com a Confidencialidade e Segurança (Anexo 7), os quais foram enviados às pessoas selecionadas pelos Correios (acompanhados de envelope selado para devolução) e deveriam ser assinados e despachados de volta pelos Correios. Os questionários de avaliação (anexos 4 e 5) seriam recebidos e devolvidos preenchidos por email (para endereço eletrônico ao qual a pesquisadora não tinha acesso).



- A pessoa teria direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, caso não se sentisse motivada, confortável ou não adaptada aos atendimentos experimentais.
- O processo terapêutico seria de psicoterapia breve, com duração pré-determinada de até 16 (dezesesseis) sessões.

Os procedimentos com os quais os pacientes-sujeitos incluídos na pesquisa deveriam concordar em cumprir foram os seguintes:

- Assinar e enviar pelos Correios o Termo de Consentimento Informado (Anexo 6);
- Assinar e enviar pelos Correios o Termo de Compromisso com a Confidencialidade e Segurança (Anexo 7).
- Preencher e enviar por email os questionários de avaliação do processo terapêutico online (Questionário WAI – Anexo 4) e (Questionário SEQ – Anexo 5);

Todos os pacientes-sujeitos da pesquisa foram consultados quanto ao interesse de receber os resultados da pesquisa, após a conclusão do estudo, o que será feito por email ou pessoalmente, conforme o que ficar acertado entre as partes.

Após receber pelos Correios o Consentimento Informado (Anexo 6) e o Termo de Compromisso com a Confidencialidade e Segurança (Anexo7) devidamente assinados, a pesquisadora contatou as pessoas por email para combinar o início dos atendimentos e informar o nome dela no Skype, em conta aberta exclusivamente para as conversas do processo terapêutico. A mesma medida deveria ser adotada pelas pacientes (abrir conta do Skype exclusiva para a pesquisa). Apesar dos cuidados preventivos na escolha dos sujeitos da pesquisa, havia o risco de o paciente vivenciar uma crise, de origem circunstancial ou em decorrência do processo terapêutico. Devido a essa possibilidade, a terapeuta-pesquisadora instruiu os pacientes a pedirem ao profissional que os indicou o contato telefônico de algum psicólogo clínico a quem pudesse recorrer se a situação exigisse atendimento presencial de emergência. Em isso não sendo possível em algum

caso, a própria pesquisadora poderia atender a paciente em situação de crise, na modalidade presencial.

### ***Medidas de segurança***

Para reduzir os riscos de “invasão” digital no espaço terapêutico, com indevido conhecimento e/ou divulgação de informações da conversa-sessão online, a pesquisa contou com o suporte técnico de uma empresa de informática especializada em segurança em internet, a *Aker Security Solutions*. A empresa participou na condição de parceira voluntária e sem remuneração, representada pelo empresário Rodrigo Fragola, o qual orientou quanto aos equipamentos adequados, os procedimentos seguros, análise da compatibilidade do Skype com medidas de segurança previstas no HIPAA, como a criptografia das mensagens trocadas, e outros aspectos relativos à confidencialidade dos dados e/ou imagens trocados via internet entre a pesquisadora e os sujeitos da pesquisa. Rodrigo Fragola também participou como consultor na redação do Termo de Compromisso com a Confidencialidade e Privacidade (Anexo 7).

## Capítulo 3 – Resultados e Discussão

Neste capítulo os resultados serão apresentados e discutidos, considerando-se tanto os aspectos clínicos observados e trabalhados nas sessões quanto as respostas das participantes nos questionários aplicados durante o processo.

### *Descrição dos sujeitos*

Oito pessoas se apresentaram como voluntárias para esta pesquisa: dois homens e seis mulheres. No entanto, apenas cinco mulheres realizaram todo o processo. Um dos homens desistiu antes de devolver os questionários iniciais preenchidos; escreveu desculpando-se e expressando receio de não conseguir se comprometer como deveria e de não poder corresponder às expectativas quanto a prazos e procedimentos necessários. Outra pessoa, uma mulher, chegou a preencher os questionários e enviar o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) e o de Compromisso com a Confidencialidade, mas em seguida desistiu: alegou contingências familiares desfavoráveis: mudança de casa, falta de internet no novo endereço e necessidade de tempo para arrumar a nova residência. O outro homem desistiu após a segunda sessão. Chegou a preencher e enviar o questionário SEQ relativo à primeira sessão; não enviou o da segunda e faltou à terceira sessão. A terapeuta-pesquisadora enviou-lhe email expressando desejo de saber se estava tudo bem com ele e qual tinha sido o motivo da ausência. Ele contou que tinha sido internado em um hospital sem especificar o motivo, mas que já estava bem; agendou a próxima sessão, mas não apareceu no Skype no dia e horário combinados. A terapeuta esperou as próximas semanas e as ausências continuaram; voltou a escrever lembrando-lhe do direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, como constava no TCLE, mas da importância, se possível, de ele relatar as razões da desistência, inclusive visando o aperfeiçoamento do processo. Ele não respondeu nem voltou a fazer qualquer contato. Os dados das cinco mulheres que participaram efetivamente estão sumarizados na *Tabela 1*. Houve diferença no número de atendimentos, que variaram de 11 (onze) a 16 (dezesesseis), dentro do período 18 semanas, entre 02 de agosto e 29 de novembro de 2013.

**Tabela 1 – Descrição das participantes**

Sujeito	Idade	Nº de Sessões	Motivo principal para terapia
Akemi	19	14	Transtorno de adaptação
Tereza	59	16	Sintomas de depressão e psicossomatização
Hélida	31	15	Sintomas de ansiedade, de estresse emocional, e dificuldades inter-relacionais
Lorena	21	11	Necessidade de apoio
Giovana	36	11	Dificuldade em relacionamentos afetivos

A seguir, uma descrição de cada um dos casos (todos os nomes e outras referências identificatórias são fictícios).

### ***PACIENTE 1: AKEMI***

**Dados descritivos:** Estudante universitária, do sexo feminino, 19 anos de idade, solteira, mas com namoro estável de quatro anos; muito responsável, disciplinada e comprometida com tudo que faz, aspectos que ela julga ter “herdado” de seus familiares. Autocobrança forte em oposição a um senso crítico mais flexível em relação aos outros. Já tinha feito psicoterapia presencial antes da experiência online.

**Experiência com internet:** Akemi usa a internet desde os nove anos de idade; tem larga experiência com o Skype: usa-o com frequência para falar com os pais, que vivem em outra Região, e ficou meses se comunicando com o namorado por meio desse programa, quando ele fazia mestrado fora do DF; usa o Skype também para conversar com amigos frequentemente.

**Motivos alegados para buscar terapia:** A paciente apresenta sintomas de depressão: desânimo e sonolência: “o que mais me incomoda é que eu não era assim antes”, afirmou, referindo-se ao fato de dormir mais do que produzir ou realizar atividades da faculdade. Além desses, a paciente relata outros sintomas comumente apresentados em episódios de depressão, como rebaixamento do humor, redução da energia (sentia-se muito cansada mesmo após descanso do fim de semana) e diminuição da atividade; perda de interesse por coisas de que gostava antes, como estudar, dançar e sair com os amigos. Autoestima e autoconfiança afetadas; tudo isso associado ao sentimento de culpa por estar sendo

“preguiçosa e dorminhoca”, nas palavras dela. Considera-se ansiosa: “não tenho paciência para esperar nada; quero tudo para agora...”. Afirmar ter medo do julgamento e/ou da avaliação de pessoas que considera importantes para ela, como os pais. Muito crítica em relação a si mesma: “o tempo todo me comparo com outras pessoas e me acho pior”, disse. Sente-se insegura quanto à capacidade de concluir o curso e de ser competente na profissão escolhida. Na época da captação de sujeitos para a pesquisa, além de estar com sintomas de depressão, havia quebrado a perna e estava sem condições de dirigir ou pegar ônibus, o que foi motivador para experimentar processo terapêutico que dispensasse deslocamento.

**Desenvolvimento precoce e conflitos atuais:** Paciente cresceu com forte dependência afetiva e de cuidados dos pais. Como a família vivia em cidade pequena do interior do País e havia desejo (dela e dos pais) de oportunidade de crescimento intelectual não disponível na cidade natal, foi preciso que ela e o irmão (mais velho) se mudassem para Brasília. Além da dependência do afeto e de cuidados parentais, ela relata lembranças de momentos muito felizes vividos nos primeiros anos de vida e na adolescência, com os pais, amigos e colegas de escola, na cidade natal. Afastar-se desse referencial de proteção, segurança e felicidade parece ter afetado sua motivação para a vida. Sem o reforço constante de pessoas significativas para ela e submetida aos desafios de vida dos adultos, seu humor, autoestima e autoconfiança foram afetadas. Inconscientemente, sentia medo de fracassar, de frustrar a confiança e expectativas dos pais, o que pode ser a origem da ansiedade, ao que associava autorrecriminação e sentimento de culpa por estar sendo “preguiçosa e dorminhoca”.

**Foco terapêutico:** Dependência emocional e fixação na infância; dificuldade em se perceber adulta e capaz de resolver situações e problemas aparentemente ameaçadores do mundo dos adultos; desadaptação com mudança de cidade e afastamento dos pais (Reação Depressiva Prolongada, F43.21 do CID 10).

### **Processo terapêutico**

**Sessões iniciais (01 a 04):** Os temas mais frequentemente tratados envolviam a sensação de desânimo dela, a desmotivação para estudar e realizar coisas do cotidiano; atividades e demandas do curso universitário; relatos de vivências dela na infância e adolescência na cidade natal; demandas pessoais não atendidas, como dificuldade de continuar treinando

dança, algo que ela avalia como altamente motivador e revitalizante; a transferência da cidade natal para uma cidade maior; as diferenças de atitudes em relação aos colegas de faculdade quanto ao uso de drogas e de como lidar com responsabilidades.

**Sessões intermediárias (05 a 08):** Os temas recorrentes envolviam incentivo à organização das rotinas e do tempo, de modo a conseguir atender às muitas demandas impostas pelo curso que ela afirma gostar; destaque para habilidades e competências não reconhecidas, como obter boas notas nos trabalhos da faculdade, ser capaz de organizar bem um evento e receber elogios por superar as expectativas da chefia, ser caprichosa e detalhista e conseguir antever possíveis problemas, adotando estratégias preventivas. A terapeuta destacou situações de sucesso e superação vividas por ela, visando reforço do ego e conscientização da capacidade própria. Ela afirmava estar segura de querer atuar profissionalmente com as atividades ensinadas na graduação, não estava tentando satisfazer a nenhum direcionamento nem demanda de terceiros, garante ter escolhido sozinha o curso e que poderia trocar, se quisesse. Também ocupamos o tempo da sessão com relatos das próprias observações, do que considerava serem mudanças e progressos desde o início da terapia, a partir da compreensão do que ocorria ou o que estava por trás dos sintomas de depressão. Por exemplo: ao mesmo tempo em que desejava concorrer a um cargo eletivo, sentia medo e vontade de recusar. E admitiu: “percebi que tenho medo de assumir responsabilidades”. Alguns colegas e amigos, reforçaram o desejo dela, aconselhando-a a concorrer. Ela acatou a sugestão e concorreu, indo de encontro ao estilo dependente anterior, que tendem a querer atender a demandas de terceiros mais do que a maioria das pessoas. Mesmo não tendo vencido a disputa, gostou de ter participado, de ter decidido assumir algo importante. Pessoas com superego crítico, dada a elevada exigência de perfeição, conseguem antever a possibilidade de fracasso e se preparar para enfrentá-lo.

**Três últimas sessões: (12 a 14):** Abordamos o final do processo terapêutico; revimos metas estabelecidas no início dos atendimentos; trabalhamos um sonho relacionado ao trabalho dela, associado ao medo de assumir responsabilidades; abordamos a queixa dela de sentir-se pressionada externamente a assumir tarefas desafiadoras, por as pessoas a enxergarem como capaz, mas ela não. Akemi encerrou a terapia reconhecendo progressos ao longo das sessões, mas também que “ainda tem o que melhorar”.

**Sessões não realizadas:** Akemi faltou três sessões ( 8ª, 10ª e 13ª semanas): uma para participar de evento acadêmico (congresso), outra para fazer trabalho de grupo da

faculdade e a terceira para viajar com os pais, que tinham vindo visita-la. Tentamos repor as sessões perdidas, mas conseguimos conciliar os horários apenas para uma delas, havendo, portanto, diminuição no total de sessões previstas inicialmente, que era de 16 sessões, para 14 sessões. Ela expressava desejo de repor as faltas e se preocupava em não chegar atrasada da rua para começar a sessão.

**Conclusão:** Não foi possível, em 14 sessões, concluir o processo terapêutico de Akemi. No entanto, o atendimento online evitou que o processo depressivo se agravasse, como também propiciou a ela condições de não interromper os estudos, algo que ela temia, dado o estado de desorganização e desânimo internos. Ao final das sessões ela estava consciente de que não havíamos esgotado a queixa inicial, de que o curto espaço de tempo não poderia possibilitar isso. Em todos os casos, esse aspecto foi conversado na sessão de *rapport*, ao se explicar sobre as suscetibilidades e características de um processo terapêutico vinculado a uma pesquisa de mestrado, que tem o tempo pre-determinado. Foi explicado que, em havendo interesse e condições, ela poderia procurar outro profissional para continuar seu processo analítico. Nesse caso específico, um atendimento online que dispensava o deslocamento até um consultório foi determinante como motivador para ela fazer a terapia. No questionário final, o que Akemi assinala como vantagem da psicoterapia online é “não precisar me deslocar até o consultório...” e “flexibilidade e conforto de casa”. A paciente tem bom nível sócio-econômico, o que lhe permitiria fazer psicoterapia presencial paga, mesmo que precisando pegar um taxi toda semana (estava com uma das pernas engessadas ao iniciar a terapia). No entanto, uma terapia via internet pareceu-lhe cômoda e conveniente porque, além de parecer-lhe prático, ela avalia que o atendimento virtual “reduz a pressão de se estar em um consultório”. Comunicar-se por meio da internet, mesmo em se tratando de conversas muito íntimas, é algo muito natural para ela, acostumada ao uso de tecnologia modernas. “Acho que as pessoas que estranham não estão acostumadas com a internet; pra mim é tranquilo”, avaliou.

## ***PACIENTE 2: TEREZA***

**Dados descritivos:** Professora de yoga, do sexo feminino, 59 anos de idade, viúva, pós-graduada em Educação Física; escritora; mulher ativa, jovial, atenta às novidades; considera-se uma pessoa moderna e atualizada. Apresenta grande capacidade analítica e muita disposição para reconhecer e “integrar a sombra”, em termos junguianos.

**Experiência com internet:** Usa a internet com frequência: para falar com amigos, parentes e alunos de ioga. Já tinha experiência com psicoterapia presencial e em usar o Skype.

**Motivos alegados para buscar terapia:** Dificuldade de relacionamento com a filha única, de 35 anos; medo de que a filha lhe tome os bens, os quais ela própria transferiu oficialmente para o nome da filha em confiança. Paciente apresenta sinais e sintomas de depressão: desânimo, dificuldade para ser produtiva, mesmo precisando trabalhar para manter-se; sentindo medo generalizado, principalmente das pessoas: “ando desanimada com os seres humanos”. Apresentava sintomas possivelmente relacionados a conteúdos inconscientes não elaborados ( gripe, dor no peito e crise de Cisto Tireoglossa): “é uma tristeza, uma dor incubada que tá dentro do peito...”

**Desenvolvimento precoce e conflitos atuais:** Paciente se desenvolveu em ambiente familiar de fraco estímulo para construção do autossuporte. Frequentemente, segundo relato da paciente, sua mãe a agredia verbalmente e frustrava buscas por proteção, por acolhimento e reforço, como quando ela repetia: “sai daqui, menina chata”, quando a criança se aproximava e queria segurar na saia da mãe. A sensação de rejeição da mãe possivelmente a levou a vincular-se mais com o pai, o que parece ter despertado ciúmes na mãe, alimentando reações negativas em relação à filha. Ausência de modelo adequado de relação mãe-filha parecem ter influenciado a construção da relação mãe-filha entre ela e a própria filha, levando-a a superproteger e incentivar na filha a dependência - para que esta não sofresse o que ela sofreu. O conflito apresentado como queixa decorre, no entanto, das consequências disso: a filha tornou-se excessivamente dependente e abusiva. Na tentativa de acertar com a filha, evitando comportamentos da mãe dela, a paciente excedeu-se e negligenciou a observação das defesas dos próprios interesses, não percebendo o processo de negação de si-mesma nem dos abusos da filha. No começo da terapia refere estar sentindo-se “traída” e “explorada”.

**Foco terapêutico:** A dificuldade relacional com a filha e com os homens. Sentimento de desamparo vivido na infância levou-a, inconscientemente, a superproteger a filha. Sentimento de desamparo e negligência das demandas do si-mesmo. Além disso, viver da prática da yoga e orientada por filosofia alternativa de vida, convivendo com pessoas de orientação semelhante, incluindo crença em contatos com extraterrestres, levaram-na a distanciar-se da realidade e negligenciar aspectos da vida real, como as finanças. Como



resultado, ela entrou em dificuldades financeiras e percebeu-se em instabilidade profissional. Inquietações quanto ao futuro (medo de desamparo na velhice) e a insegurança financeira deixaram-na prostrada e sem capacidade de reação, além de profundamente magoada com a filha.

### **Processo terapêutico**

**Sessões iniciais (01 a 04):** Os temas mais frequentemente tratados envolviam o relacionamento com a filha, relato das dinâmicas abusivas da moça que, apesar de casada e com uma filha, ainda dependia da mãe, ao mesmo tempo em que a agredia e desrespeitava. A filha foi tema recorrente na maioria das sessões, do início ao fim. Tratamos também de providências e medidas preventivas práticas relacionadas ao receio de ser extorquida pela filha e pelo genro. Fez relatos da vida com o marido falecido, dos episódios de maus-tratos dos quais ela era vítima e das repetidas estratégias dele para desqualificá-la. Abordamos episódios em que ela havia sido de alguma forma explorada por várias pessoas, “aquela coisa de ser trouxa...”, nas palavras dela. Enfocamos também eventos ligados à mãe dela, que também a desqualificava e lhe atacava a autoestima e desconstruía o autossuporte. “Minha mãe me chamava de *chata* e de *coitadinha*”, lembrou.

**Sessões intermediárias (05 a 13):** A baixa autoestima, expressa na frase a seguir “eu resisto à ideia de admitir que eu tenho talento”, foi frequentemente abordada. O medo da velhice e o que deveria ser alcançado, em termos práticos e subjetivos, para minimizar as dificuldades dessa fase futura da vida, da qual ela se percebia próxima, também foram temas recorrentes nessas sessões, assim como o esvaziamento dos complexos citados acima. A relação e os cuidados com a neta, que morava com ela e de quem ela pretendia obter a guarda, também foi tema tratado. Relatos das conquistas e sucessos dela, (incluindo a publicação bem sucedida de um livro, que vendeu mais de 5 mil exemplares), a conscientização acerca das qualidades e potencialidades, assim como da possibilidade de construir muitas coisas ainda, de refazer trajetórias e alcançar muitos êxitos também ocuparam o tempo dos atendimentos, tendo em vista a necessidade de elevação da autoestima e construção do autossuporte. O trabalho com sonhos, muito simbólicos e de mensagens claras, no caso dela, levaram-na a perceber muitas demandas do si-mesmo e a conhecer-se mais profundamente. Ela expressava alívio e buscava apoio para o fato de estar autorizando-se a desvencilhar-se das manipulações da filha; a livrar-se da culpa

pelos erros desta e a afastar-se física e psicologicamente da moça, inclusive atendendo ao pedido dela expresso em carta com a frase “me esquece”. Ao perceber-se recuperando funcionamento mais saudável e dando início a procedimentos práticos em torno do lado profissional e financeiro, ela avaliou: “Eu estou andando”. Houve um atendimento com falha na conexão após os primeiros minutos que levou à realização da sessão sem imagem, apenas com áudio. Ela não se incomodou e prosseguimos até o final do horário sem qualquer alteração na disposição dela em falar e ouvir, mesmo sem estarmos nos vendo. Esteve presente em todas as sessões, pontualmente. Expressava sucessivamente gratidão pelos atendimentos e pelos benefícios que ela afirmava ter com eles.

**Três últimas sessões finais (14 a 16):** Abordamos o fim próximo do processo terapêutico online: “mas já?! Quando isso (o processo terapêutico) acabar eu não sei como vai ser...”. Nas sessões finais ela se apresentava sorrindo com mais frequência e afirmando estar bem; “eu tô me cuidando, tô mais atenta às coisas; e estou mais “pé no chão”, eu tô me sentindo bem mais próspera, mais otimista, dando certo... as coisas estão fluindo melhor”. Começou a se preparar para concurso público e a fazer algumas provas para se testar. Recuperou a motivação e o ânimo com projetos de vida. Na 15ª e penúltima sessão a terapeuta percebeu, na expressão facial e na voz, que ela não estava bem, psicologicamente, que talvez ela não quisesse fazer a sessão naquela noite e propôs adiamento para o dia seguinte, o que foi prontamente aceito com alívio. Destaca-se com isso que é possível perceber estado de humor e disposição orgânica dos pacientes, mesmo havendo distância e sendo um “encontro” virtual online, desde que o terapeuta esteja verdadeiramente “presente” na sessão. No dia seguinte ela estava chateada, visivelmente alterada e ao analisarmos isso ela se lembrou do comentário de um amigo com o qual havia falado sobre o fim da terapia online: “você está com raiva porque vai acabar”, havia dito o amigo, o que ela admitiu ser verdadeiro. A iminência do fim da terapia provocou mais: ela teve novamente uma crise de Cisto Tireoglossa, o que foi interpretado como estando associado ao término da terapia que gostaria de estender. Para a terapeuta, clarificar essa reação orgânica associada a emoções – algo com o qual ela concordou inteiramente - pareceu pertinente no sentido de ela conscientizar-se acerca de seu funcionamento psicoemocional. Na última sessão ela comentou: “se terapia é ato de descascar a cebola, a gente (a terapeuta e ela) faz isso muito bem”.

### ***PACIENTE 3: GIOVANA***

**Dados descritivos:** Servidora pública, do sexo feminino, 36 anos de idade, universitária, separada e sem filhos.

**Experiência com internet:** Paciente tem experiência em navegar na internet há alguns anos, inclusive fazendo parte de redes sociais, mas nunca tinha usado o Skype.

**Motivo alegado para buscar terapia:** Dificuldade em estabelecer relação afetiva saudável. “Querida entender porque atraio pessoas problemáticas”. Tinha tido, até o início da terapia online, três relacionamentos sérios: o primeiro deles resultou em casamento. O ex-marido tinha diagnóstico de esquizofrenia e após inúmeros contratempos o casamento acabou ao completar dois anos. Depois, namorou por cerca de dois anos, mais uma vez com outro homem com alterações psicológicas: baixa autoestima, dependência de outras pessoas e infantilizado, na avaliação dela. O terceiro envolvimento sério estava ainda acontecendo quando ela iniciou a terapia online e já durava oito meses, mas terminou antes do fim do processo terapêutico. A paciente descrevia esse terceiro namorado como sendo “muito problemático, sequelado pela infância difícil”.

**Desenvolvimento precoce e conflitos atuais:** Complexo paterno e materno. Ela descreve o pai como sendo homem também problemático, dependente da esposa, mas que desvalorizava esta o tempo todo. Quando criança havia assistido a muitas brigas do casal e visto o pai bater na mãe várias vezes. A mãe, esquizofrênica, sofrera fortes crises quando a paciente tinha entre 10 e 24 anos de idade, chegando ao ponto de precisar ser amarrada. As vivências da infância deixaram-na sem referencial de relacionamento saudável e com receio de sofrer o que a mãe sofria. Apesar disso, era “invadida” por conteúdos inconscientes, sendo padrão recorrente interessar-se por homens problemáticos, possivelmente devido às projeções e conteúdos transferenciais. Precisava tomar consciência dessa dinâmica prejudicial, para que os conteúdos inconscientes deixassem de influenciar nas escolhas dos parceiros. Ela afirmava sobre si mesma: “sou fria, afetivamente” e “sou exigente, de temperamento difícil e tenho dificuldade para tocar nos parceiros, para ser carinhosa”.

**Foco terapêutico:** Complexo materno e paterno e a repercussão deles nas dinâmicas relacionais dela, principalmente nos relacionamentos afetivos.

## Processo terapêutico

**Sessões iniciais (01 a 04):** Nas primeiras sessões os temas recorrentes eram as dificuldades relacionais com os homens pelos quais se interessava, e com o atual namorado, frequentemente associando defeitos dele aos do pai. Lembranças em torno da figura paterna causavam “nó na garganta” porque “ele vivia *danando* comigo”. A dificuldade para confiar nos homens e “se entregar” afetivamente era também assunto recorrente, assim como os desentendimentos com o namorado atual.

**Sessões intermediárias (05 a 08):** As experiências afetivas e dificuldade de relacionamento com os homens continuaram a ser temas frequentemente tratados, tanto quanto os rompimentos com o namorado atual e retomada do namoro. Muito crítica, a paciente aproveitava as situações para analisar o funcionamento dela e compreender o que era de sua responsabilidade ou provocado por ela, sem nenhum movimento de autopiedade. Experiências anteriores com psicólogos também ocuparam uma das sessões.

**Três últimas sessões finais (09 a 11):** Os temas e assuntos abordados eram os mesmos: dificuldades relacionais com homens, os defeitos deles, os dela, as expectativas, as frustrações e os medos; o fim do namoro em andamento.

## ***PACIENTE 4: HÉLIDA***

**Dados descritivos:** Dona de casa jovem, 31 anos de idade, com duas filhas pequenas (uma de 3 e outra de 5 anos de idade), casada (em crise no casamento); impedida temporariamente de assumir um trabalho fora de casa para cuidar das filhas, por faltarem recursos financeiros suficientes para pagar uma creche, babá ou cuidadora; no início da terapia havia reatado com o marido, após separação, para juntos cuidarem das crianças; Auxiliar Administrativa com experiência também em aulas técnicas sobre informática, concluiu apenas o ensino médio; deseja fazer faculdade, mas achava isso um sonho ainda distante. Superego crítico, está sempre se vigiando e vigiando os outros, ou seja, avaliando os próprios comportamentos e os de terceiros, principalmente os do marido. Tem ligação forte com o irmão mais novo, empresário bem-sucedido apesar de jovem, que a ajuda muito, inclusive financeiramente. Já tinha feito psicoterapia antes, na infância. Muito motivada para a terapia: deslocava-se de casa até a empresa do irmão para fazer as sessões, pelo fato de não ter conexão ADSL em casa. Perdeu uma única sessão das 16

inicialmente propostas, mesmo assim por impossibilidade circunstancial, não vontade dela: obra na empresa do irmão (não encontramos forma de repor).

**Experiência com internet:** Usa com pouca frequência, mais via telefone celular, mas quando trabalhava havia aprendido muito sobre navegar e funcionamento da rede de computadores; já tinha usado o Skype antes da pesquisa, mas poucas vezes.

**Motivos alegados para buscar terapia:** Perceber-se ansiosa e sentir angústia, “uma coisa me corroendo por dentro”, pontuou. “Sou muito nervosa e impaciente; as coisas têm que ser pra ontem e se alguma coisa não dá certo, me cobro muito”, assim ela se autodescreve, na delimitação da queixa-foco. Paciente apresenta sintomas de ansiedade generalizada, rigidez comportamental e dinâmica controladora.

**Desenvolvimento precoce e conflitos atuais:** Paciente teve infância difícil, com pais que brigavam muito e após a morte desses, em acidente de automóvel, foi morar com uma tia em outra cidade. Na época, desenvolveu comportamento agressivo e desafiador contra a tia, considerada por ela “durona”, sendo levada para ser atendida por um psicólogo em um órgão público de saúde. Foi nessa época, aos 11 anos de idade, que teve a experiência com psicoterapia presencial, o que, segundo ela, ajudou parcialmente, mas não o suficiente para evitar que na adolescência ela se comportasse de forma desafiadora em relação aos tios que haviam-na acolhido após a orfandade. Relata ter-se sentido muito reprimida e controlada na adolescência, manejo que produzia revolta nela, agressividade e desejo de “sair de casa”, ir morar em outro lugar que não fosse a casa dos tios. Esse anseio apressou a decisão de casar-se, mesmo conhecendo pouco o namorado.

**Foco terapêutico:** Complexo Materno e Paterno; medo de desamparo: “quando meus pais brigavam eu tinha medo que ele fosse embora ou que eles se machucassem”, relatou; agressividade contida também parecia orientar algumas reações desadaptadas, que tinham repercussão desagradável para ela, como a de perceber algumas pessoas sentindo medo dela ou receio de comentar sobre certos assuntos na presença dela.

## **Processo terapêutico**

**Sessões iniciais (01 a 04):** Na primeira sessão a paciente se mostrou tão alterada, angustiada e ansiosa que a pesquisadora chegou a cogitar de não incluí-la na pesquisa, mas resolveu decidir após a segunda sessão. No entanto, no segundo encontro ela estava diferente: tranquila, mais organizada psicologicamente e justificou a perturbação da

semana anterior como tendo sido resultante de problema pessoal do dia; possivelmente a novidade, um processo terapêutico via internet com psicóloga que nunca tinha visto antes, tivesse colaborado com o quadro. Tema recorrente nas primeiras sessões e ao longo de toda a terapia foram as dificuldades relacionais com o marido, de funcionamento oposto ao dela, “muito tranquilo”, na avaliação dela. Admitiu: “nossa relação é complicada porque eu sou complicada”, o que revelou certo grau de autoconhecimento. Em todas as sessões revelou muita disposição para a análise, mesmo quando sessões eram mais dolorosas, como as que lembravam a perda dos pais. Certo dia, aos 46 minutos de sessão, a conexão ficou seriamente afetada e tivemos que concluir conversando somente pelo teclado. Após a sessão, a terapeuta acrescentou algumas observações e orientações por email, tendo em vista a preocupação com a dinâmica ansiosa dela. Como ela havia expressado preocupação com a terapeuta, face aos problemas com a conexão, esta a tranquilizou afirmando que possíveis falhas de conexão eram algo previsto. Em vários outros momentos este processo terapêutico sofreu interferências devido a falhas de conexão, mas isso foi deixando de incomodar à terapeuta e à paciente, como ocorria no início.

**Sessões intermediárias (05 a 12):** Os temas mais frequentemente tratados envolviam as dificuldades com o marido, com as filhas e as memórias do passado. Trabalho terapêutico de “integração da Sombra” aconteceu com frequência, com o intuito de ela conhecer melhor as próprias reações, de origem quase sempre associada aos Complexos psicológicos já citados, e para que se flexibilizasse mais na relação com os outros. A diretriz “eu tenho que fazer tudo certo” apareceu em várias falas. Desejo de voltar a trabalhar e busca por emprego também foram temas recorrentes, assim como preocupação por estar sendo ajudada pelo irmão.

**Três últimas sessões finais (13 a 15):** Discutimos final do processo terapêutico na antepenúltima sessão, para ela ir se preparando; revimos a meta inicial e analisamos avanços. Continuamos trabalho de integração da Sombra e de ampliação da consciência sobre dinâmica rígida (superego rígido), buscando associações com experiências do passado; destacamos progressos obtidos em termos de autoconhecimento e mudança de comportamento. “Hoje já não sou tão impulsiva, consigo pensar antes de agir... mas nem sempre”, relatou. Na última sessão, contou feliz e sorridente que tinha acatado uma

sugestão da terapeuta: “hoje eu vim caminhando, viu?” Isso foi interpretado pela terapeuta como indicativo de aliança terapêutica consistente.

### ***PACIENTE 5: LORENA***

**Dados descritivos:** Estudante universitária, do sexo feminino, 21 anos de idade, separada, com um filho de quatro anos de idade; namorando sério. Mora com os pais desde a separação e recebe ajuda financeira deles para manter-se; recebe apenas eventualmente uma pensão dos avós paternos do filho. Nunca fez psicoterapia.

**Experiência com internet:** usa com frequência para diferentes finalidades; tem experiência com o Skype, que usa para comunicar-se com amigos e com o namorado, quando ele viaja.

**Motivos alegados para buscar terapia:** Preocupação com o desemprego e com a dependência financeira dos pais e do namorado. Paciente apresenta sinais de ansiedade, inquietação e confusão de pensamentos. Afirma estar com dificuldade para dormir, em decorrência das preocupações com a vida presente e o futuro.

**Desenvolvimento precoce e conflitos atuais:** Paciente foi criada pela mãe e pelo avô, já falecido, a quem ela (neta) chamava de pai e considerava como tal; o pai biológico havia abandonado a mãe dela quando ela ainda era um bebê: “não conheci meu pai de verdade; pra mim ele já morreu”, relatou. Paciente afirma que apesar de ter tido um “pai ausente”, isso não fez diferença no desenvolvimento dela pelo fato de o avô ter substituído a contento o pai biológico. Em alguns momentos do início do processo a terapeuta tentou investigar os reais efeitos do abandono parental sobre o desenvolvimento e as atuais queixas da paciente, mas ela resistia a isso e justificava dizendo que não queria mexer no passado, queria resolver problemas atuais, que não considerava importante a ausência do pai, uma vez que o avô tinha sido um pai perfeito para ela, não deixando que nada lhe faltasse, nem mesmo afeto. A terapeuta percebeu a resistência, mas optou por não insistir contrariando a disposição da paciente, devido ao curto tempo para a terapia e que talvez conseguisse ajuda-la de alguma forma, mesmo que mantivesse o processo em nível mais superficial, atendendo à demanda da paciente naquele momento.

**Foco terapêutico:** Psicoterapia de apoio para clarificação de dúvidas, incertezas e dificuldades da paciente em relação a contextos sociais, entre os quais o desemprego, a indefinição de percurso profissional e o relacionamento afetivo atual.

### **Processo terapêutico**

**Sessões iniciais (01 a 04):** Os temas mais frequentemente tratados envolviam a situação de desemprego e as dúvidas quanto a aceitar ou não o convite do namorado para morarem juntos. “Prefiro depender da minha mãe do que dele”. Dificuldades relacionais com os avós paternos do filho também foram temas das sessões iniciais. Impulsividade e ciúme da ex-mulher do namorado foram outros assuntos abordados.

**Sessões intermediárias (05 a 08):** Os temas mais frequentemente tratados envolviam as buscas improfícuas por emprego e experiências de trabalho pouco compensadoras. A briga na Justiça para obter pensão alimentícia para o filho ocupou também boa parte dos atendimentos. Pedia conselhos sempre que se deparava com um impasse, como no dia em que ficou sem saber se deveria aguardar mais tempo para se mudar para apartamento do namorado e prometeu a ele uma resposta após conversar com a terapeuta. Contou que andava se autoavaliando e percebendo-se mais madura, deixando de valorizar frivolidades como fama e imagem de sucesso. Trabalhamos sonhos que ajudaram-na a entender demandas internas: “terapia tem me ajudado muito a entender meus sonhos”, avaliou. Ao longo do processo terapêutico, por estar sem emprego, ela fez muitas viagens acompanhando o namorado e fazíamos as sessões em diferentes cidades, dos hotéis onde se hospedavam. “Me sinto tão motivada que viajo com notebook para fazermos a sessão”, contou. O namorado observou a dedicação e comentou, segundo relato dela: “tá funcionando mesmo, né?! Nem nas viagens você deixa de fazer a sessão...”.

**Três últimas sessões finais (09 a 11):** Foi retomada a demanda do início, a dúvida se estaria pronta ou não para morar com o namorado e como isso se repercutiria no filho pequeno, e também neste caso quis conversar com a terapeuta antes de decidir. Também foi falado sobre as propostas de emprego aparecerem e o contentamento com o curso de graduação. Nas sessões finais do processo esta paciente estava mais confiante e conseguiu abordar questões muito íntimas, ligadas à sexualidade. A última sessão aconteceu após uma interrupção não prevista de duas semanas. Voltou para a última sessão afirmando que



estava bem, que estava se lembrando do encerramento do processo e expressando satisfação por ter participado.

**Sessões não realizadas:** O processo terapêutico de Lorena seguiu bem até a 7ª semana de terapia, com a paciente sendo assídua mesmo estando em viagens. Após a oitava sessão, realizada no dia 04.10.2023, começaram a acontecer faltas. A primeira ausência, no dia 11 de outubro, ocorreu devido a compromisso na escola do filho, segundo explicação da paciente. Ela fez a sessão da semana seguinte, mas voltou a quebrar a sequência com mais uma falta. Reiniciamos, mas em seguida ela voltou a faltar mais duas semanas, retornando em seguida, mas faltou novamente por mais duas semanas. Ao retornar já estávamos na data da última sessão. Houve, ainda, uma semana em que a terapeuta ficou impedida de atender e não foi possível repor a sessão na mesma semana. Para as ausências da paciente foram alegadas falta de tempo e tarefas da faculdade, além de problemas com o filho. Tantas interrupções acabaram por afetar o vínculo terapêutico, como pôde ser visto nos questionários de avaliação. A terapia de Lorena também sofreu constantes interferências da má qualidade da conexão, quando ela entrava no Skype da casa dela, ocasiões em que ocorriam frequentemente problemas no áudio e constantes paralizações na transmissão da imagem. Nesses eventos, terapeuta e paciente mantinham-se calmas e insistiam em reiniciar a conexão, mas apesar disso a possibilidade de haver algum prejuízo é inegável.

### ***Avaliações das pacientes sobre a experiência com psicoterapia online***

Ao final do processo terapêutico, foi pedido a todas as pacientes que respondessem ao Questionário Final (Anexo 9), que continha 12 perguntas abertas destinadas a coletar as impressões delas acerca da psicoterapia online.

Praticidade e comodidade foram dois aspectos recorrentemente destacados pelas pacientes. Praticidade foi associada ao conforto de ser atendida na própria casa, o que propiciaria, entre outros benefícios, a redução da “pressão psicológica de se estar em um consultório”, à possibilidade de se realizar a sessão mesmo durante viagens, estando terapeuta e pacientes em diferentes cidades e à economia de tempo e de dinheiro, na medida em que dispensa deslocamentos no trânsito e gastos com combustível e estacionamento. E comodidade foi associada por elas a “estar em seu ambiente de rotina”,

a “estar no conforto da casa” e a ser “mais fácil evitar atrasos”. Outra afirmou apreciar a dispensa de arrumação demais com trajes e maquiagens.

Uma paciente avaliou que a psicoterapia online favorece a privacidade de pessoas mais reservadas, que não desejam comunicar a ninguém o fato de estarem fazendo terapia, nem ter que mentir: “pode simplesmente dizer que está indo para casa”.

Apesar desses benefícios citados, essas pacientes compreendem haver restrições à psicoterapia online: “há pessoas que jamais utilizarão esse serviço, por serem contra ou não conseguirem expressar o que sentem online; as pessoas são diferentes e muitas continuarão no caminho tradicional, mas sem dúvidas, após ter experimentado, posso dizer que obtive resultados surpreendentes e inesperados - o que acho ser condizente com aquilo que se espera de uma psicoterapia”, opinou a paciente Tereza.

Em relação ao fato de não estar presencialmente com a terapeuta, as pacientes expressaram opiniões diferentes. Uma delas destacou que isso deixa de ser um problema à medida que as pessoas se acostumam com a interação virtual, quando se torna, a partir da experiência, uma “situação familiar”. No caso dela, a sensação de familiaridade surgiu a partir das amizades à distância mantidas por conexão online e do “namoro virtual”, quando o namorado precisou mudar de cidade temporariamente. Mas ela própria assinala que a experiência não serve para todas as pessoas, e cita a mãe como alguém que não iria gostar: “minha mãe, por exemplo, detestaria, e nem cogitaria essa possibilidade, porque cresceu e se acostumou a uma realidade totalmente diferente dessa”.

Outra paciente destacou a ausência de contato visual e físico na terapia online. Ela avalia como sendo importante poder abraçar, se comunicar olhando nos olhos, mas reconheceu que ela própria, às vezes, sente vontade de rejeitar aproximação física de algumas pessoas, por não estar com vontade de ser abraçada ou por se sentir obrigada a isso apenas por imposições sociais. Também mencionou o comentário aleatório de uma pessoa do convívio dela afirmando que jamais faria psicoterapia online por gostar do contato olho-no-olho. “No dia a dia essa pessoa nem sempre me olha nos olhos, nem sempre me abraça. Mas é uma pessoa que gosta de tradições e não se sente bem com o não-convencional”, contou, acrescentando: “já fiz terapia presencial e não há o contato visual constante por 50 minutos”. Para essa mesma paciente, o sentimento de estranhamento está relacionado ao fato de ser novidade: “o virtual é inovador e devemos

construí-lo; o novo pode amedrontar”. Outra paciente acha que esse aspecto será desfavorável ou não dependendo do estado psicoemocional do paciente: “para algumas pessoas mais debilitadas acredito que com a presença (do terapeuta) se sentiria mais segura”. Ela refere-se a um dos aspectos muito importantes a serem considerados quando se analisa a psicoterapia online, o risco de crise. Para uma das pacientes, com experiência mediana em comunicação online, a distância deixa de incomodar com o tempo de terapia: “no início foi estranho para mim, nunca tinha visto a terapeuta, mas a partir da 3ª sessão me senti mais à vontade e então conseguimos estabelecer uma ótima relação”, escreveu.

Uma das pacientes opinou que os atendimentos a distância podem ajudar em alguns casos: “nas dificuldades de expressão e na exposição de alguns sentimentos, de longe fiquei mais à vontade”.

Em relação às desvantagens da psicoterapia online, novamente aparece a situação de crise: a maioria delas aponta como um tipo de serviço desvantajoso para quem esteja em crise ou vivendo um problema maior a ponto de o atendimento poder alterar o instável equilíbrio. Outra paciente destacou que para não ter desvantagens são necessários aparelhos em bom funcionamento, assim como o serviço de eletricidade e das conexões de rede, ou seja: será desvantajoso se o aporte técnico for ineficiente e insatisfatório. “A rede (serviço de conexão com a internet) tem que ser de ponta e o sistema elétrico, também”, afirmou Tereza.

Quanto aos questionários usados na pesquisa, o WAI e o SEQ, não houve unanimidade: três delas enxergaram aspectos positivos e as outras duas não gostaram de ambos. As opiniões, negativas e positivas, foram mantidas em relação aos dois instrumentos por parte das mesmas pacientes, ou seja, as que não apreciaram o WAI também não gostaram do SEQ. Akemi, Héliida e Lorena viram no preenchimento deles uma oportunidade para refletir sobre o processo terapêutico: “Reparei que toda vez que ia responder, eu refletia sobre as sensações sentidas durante a terapia; achei necessários”, avaliou Lorena. Akemi teve percepção semelhante: “achei tranquilo de responder e era uma ótima oportunidade de reflexão acerca da consulta e de como eu me sentia”. Héliida também considerou os questionários necessários: “achei simples e necessários para o entendimento melhor dos meus sentimentos naqueles momentos, para minha psicóloga, ao fim de cada sessão”. Com esta frase a paciente deixa em dúvida se havia se lembrado do que fora explicado e repetido algumas vezes: a terapeuta não iria ler as respostas dos

questionários ao longo da terapia. Mas pode ter desejado expressar que mesmo sendo a leitura posterior, seria útil para o aperfeiçoamento do processo. Sobre as opiniões de não apreciação das outras duas pacientes, a queixa reside no caráter repetitivo: “um pouco repetitivo e cansativo (SEQ e WAI), e meio inadequado; me pareceu um questionário elaborado muito tempo atrás; acho que precisa melhorar”, disse uma delas, referindo-se aos dois instrumentos. “Superficial demais; mecânico” (SEQ), respondeu outra. “Confuso e com algumas questões que dão margem a dupla interpretação” (WAI), reclamou outra.

As pacientes foram questionadas sobre os resultados obtidos com as sessões de psicoterapia online e sobre possíveis expectativas não realizadas. Embora a maioria dos processos terapêuticos não possam ser considerados concluídos no exíguo período de tempo (máximo de dezesseis sessões), tendo em vista as queixas apresentadas, todas as pacientes mencionaram efeitos positivos, sem entrar em contradição com as respostas dadas à pergunta seguinte, sobre que resultados gostariam de ter obtido e não haviam alcançado. Isso indica que todas as participantes estavam conscientes das limitações dos atendimentos, entre elas o prazo determinado. Houve, contudo, um aspecto negativo em destaque: a frustração em relação ao tempo de terapia, o que pode ser considerado evidência de vínculo terapêutico.

Quanto aos avanços, duas pacientes destacaram ter conseguido ampliação da consciência acerca do próprio funcionamento e amplitude de foco para enxergar diferentes coisas da vida. “Acredito ter [agora] mais consciência sobre mim mesma e principalmente responsabilidade sobre minhas ações. É mais claro como na maioria das vezes coisas que eu acho que estão acontecendo comigo na verdade eu estou fazendo comigo”, analisou Akemi. O relato de Tereza, cujo processo foi o mais profundo, em termos de acesso e elaboração de conteúdos do inconsciente, relaciona conquistas importantes: “Trouxe de volta problemas engavetados que mexiam comigo de forma discreta e imperceptível. Minha autoestima, meu poder de decisão, a valorização da vida voltaram a surgir. Meu sistema de sustentação financeira, meus relacionamentos internos e externos se apuraram”. Para Héliida, o processo terapêutico foi sentido como ponto de apoio e facilitador de ampliação da consciência: “o fato de você saber que toda semana tem uma pessoa com mais entendimento do que você que vai escutar seus problemas e de alguma forma fazer você entender tudo de uma forma mais leve, faz de você mais segura no dia a dia”, avaliou, revelando ter obtido como resultado das sessões a sensação de segurança e

tranquilidade, além do fato de que ao fim dos atendimentos ela julgava “ver as coisas com mais tranquilidade” e ter percebido que “que cada um tem a sua forma de pensar e nem sempre são iguais”. Lorena, embora o processo dela tenha sido um dos mais curtos (de apenas onze sessões), declarou-se satisfeita: “todos os resultados que gostaria de ter tido, consegui através desse processo terapêutico”. Giovana, que também fez apenas onze sessões, afirmou ter obtido “um pouco mais de encontro comigo mesma, com meu eu interior” e “minhas expectativas foram alcançadas”.

Ao se pedir para relatar o que menos tinha apreciado na experiência de terapia online, quatro pacientes mencionaram problemas na conexão. E ao se tentar mensurar a intensidade desse descontentamento maior (problemas com a conexão), obteve-se respostas semelhantes em todos os casos: numa escala que variava de 1 a 7, sendo 1 equivalente a “não incomodaram em nada” e 7 “me incomodaram muito”, três delas assinalaram o número 2, enquanto duas, assinalaram o 1, ou seja, embora as dificuldades com a conexão tenham sido o aspecto que menos apreciaram, isso não chegou a incomodar tanto. A paciente Héliida se queixou: “queria mais sessões, acho que ainda faltou um tempo maior para colocar tudo que ainda sinto dentro de mim, que uma terapeuta participando ajudaria a entender um pouco mais sobre meu próprio eu”, deixando claro não ter gostado do curto período de atendimento.

O mesmo questionário final buscou registrar também sugestões destinadas a melhorar o processo de psicoterapia online. Akemi destacou que “a prática leva ao aperfeiçoamento; acredito que esse tipo de serviço pode ser difundido, principalmente entre pessoas jovens, que são mais acostumadas a esse tipo de tecnologia”, sugerindo que essa modalidade de atendimento exige prática para ser melhorada. Tereza sugeriu que fossem elaborados novos questionários e aperfeiçoado o programa Skype especificamente para esse tipo de uso. Héliida acha que os atendimentos devem ter tempo superior ao que foi adotado (máximo de quatro meses) e as demais não apresentaram sugestões.

### ***Avaliações da terapeuta***

A terapeuta já tinha larga experiência no uso da internet e do Skype, do qual se utiliza com frequência para falar com amigos residentes fora do Brasil e de Brasília. Até contatos com familiares que moram na mesma cidade são feitos via Skype, quando a

praticidade e falta de tempo exigem esse recurso. A vivência terapêutica online também não era algo inteiramente novo: havia realizado um atendimento online, a pedido de uma brasileira residente em Londres. Na época, a mulher havia localizado o email da terapeuta no blog pessoal e escrito mensagem solicitando atendimento. Por estranhar a solicitação, demorou a responder, mas um telefonema internacional cobrou atenção maior à demanda da pessoa e ela resolveu analisar a solicitação. O primeiro passo foi consultar o Conselho Federal de Psicologia para inteirar-se sobre algo totalmente novo para ela à época. Ao descobrir que não poderia realizar atendimentos sistemáticos pela internet, propôs-se agendar com a solicitante uma conversa para esclarecer essa limitação e, ao mesmo tempo, realizar algum tipo de acolhimento que pudesse ajudar a mulher em relação à demanda dela, que aparentava sentir aflição e angústia. Foi agendado um horário e a conversa realizada, estando a terapeuta no consultório e a mulher, na casa dela em Londres. A brasileira estava em crise conjugal e com depressão, mesmo tomando medicação. Afirmava estar sentindo grande necessidade de psicoterapia com alguém que falasse português; não se motivou a buscar intervenções via email, algo permitido pelo CFP, e sugerido pela terapeuta. Esta, sentiu profunda angústia ao ver-se forçada a negar atendimento sistemático a essa pessoa, que tinha real necessidade de ajuda. Esse evento foi o principal inspirador para a presente pesquisa.

Ao iniciar os atendimentos online aqui relatados, a terapeuta não estava inteiramente à vontade, ao contrário: sentia apreensão, insegurança quanto à própria habilidade para um jeito de ser terapeuta desconhecido para ela e com incertezas sobre se as sessões teriam mesmo algum elemento de ajuda para aquelas pessoas que haviam se apresentado de tão boa vontade para colaborar, participando de algo desconhecido também para elas. Os riscos alegados na literatura, como situações de crise e quebra da confidencialidade, o medo de ter errado na seleção dos sujeitos e incluído quem não deveria, foram alguns dos temores que tornaram as primeiras sessões pouco confortáveis, quase sempre apenas nos primeiros minutos, até ser absorvida pela “presença”, fala e queixa das pacientes, isto é, após ser efetivamente iniciada a interação, os receios se desfaziam e ela acabava por esquecer o caráter *sui generis* da sessão e, gradativamente, a situação foi ganhando configuração de algo familiar.

Todas as sessões foram realizadas estando a terapeuta em casa e sozinha. O preenchimento dos questionários de avaliação era feito imediatamente após cada sessão,

dado o risco de que outros atendimentos psicoterápicos que realizava durante o dia, no consultório particular e no trabalho, dissipassem as impressões particulares de cada caso e conduzissem a respostas inexatas. Esse cuidado era pedido às pacientes também, mas não se pode afirmar que isso tenha sido observado por parte delas.

Ao responder os itens, a terapeuta se questionava se a pergunta seria entendida de forma correta. Por exemplo: o terceiro item do SEQ pede que a pessoa avalie se a sessão foi valiosa ou sem valor. Determinada paciente, ao mesmo tempo em que assinalou “sem valor”, marcou “completa” e “especial” nos itens seguintes, entrando em contradição consigo mesma. Ela teria confundido “sem valor” com sessão gratuita?

Uma das pacientes afirmou ter achado que os questionários, além de serem exaustivos, davam margem a dupla interpretação. Diante disso, a pesquisadora se pergunta se não teria sido necessária uma sessão de treino com os sujeitos para o uso dos questionários, na qual seria explicado melhor a proposição de cada item ou, pelo menos daqueles cuja compreensão parecesse menos clara. No entanto, haveria o risco de que essa conduta “contaminasse” a construção do vínculo terapêutico, se realizada pela própria terapeuta. Talvez fosse necessária a colaboração de outra pessoa para essa etapa explicativa ou de treino.

Ao assistir às gravações, notou-se que a terapeuta havia se sobreposto à pesquisadora, o que pode apontar uma falta de rigor técnico: ao perceber que o programa não estava gravando, na maioria das vezes a pesquisadora não interrompia a sessão para tentar nova conexão, temendo que a falha prejudicasse não apenas o vínculo, mas também o atendimento em si, uma vez que para consertar a falha era necessário fazer *logout* e novo *login*, havendo perda de tempo além do risco de a manobra não restituir o bom funcionamento do serviço, o que de fato aconteceu nas primeiras semanas, em alguns atendimentos, levando à decisão de “deixar pra lá” após movimentos infrutíferos de reparação sem sair do programa. Possivelmente a pesquisadora esperava compensar a ausência de gravação com anotações ao longo do processo, o que efetivamente minimizou os efeitos das deficiências nas gravações.

Em termos afetivos, os atendimentos terapêuticos online suscitaram na terapeuta sensações e emoções indiscutivelmente idênticas às dos experimentados em atendimentos presenciais, inclusive havendo situações de contratransferência, e despertando

preocupação genuína com o percurso de vida e o estado psicoemocional das pacientes, como também provocando saudade delas após o encerramento da terapia, o que evidencia reciprocidade na vinculação terapêutica.

O episódio descrito a seguir, registrado em um dos processos terapêuticos, exemplifica o caráter único desse tipo de atendimento e talvez represente bem o que as pacientes consideram praticidade e comodidade: a sessão da paciente Lorena transcorre normalmente, por volta das 11 e meia da manhã, estando ela em cômodo aberto (apesar da recomendação de fazer em espaço fechado e restrito), alegando estar sozinha em casa. Ao avistar de longe o sobrinho, ela grita inesperadamente: “Mateus, apaga aí o fogo do feijão pra mim...” e retorna naturalmente à conversa (nome real do parente não é Mateus). Essa paciente especificamente não apresentava qualquer receio em relação à quebra de confidencialidade. Ao ser alertada para os riscos de alguém estar ouvindo, ela respondeu: “eu não tenho nada a esconder; minha vida é muito transparente”. É coerente com isso o fato de o processo dela poucas vezes ter caminhado para uma abordagem de conteúdos profundos, ficando mais nas questões do cotidiano, por demanda dela, respeitada pela terapeuta. É importante mencionar que a leveza desse momento específico, no entanto, não foi constante em todos os processos, nem mesmo em todos os atendimentos dessa paciente.

O cuidado para se fazer o atendimento online em ambiente apropriado não se apoia apenas no risco de quebra de segredo terapêutico, mas também em consideração ao conceito de *setting* terapêutico, bem conhecido em Psicologia e Psicanálise. Para Zimmerman (1999), *setting* terapêutico é a soma de todos os procedimentos que organizam, normatizam e possibilitam o processo psicanalítico. Ruth Blay Levisky e Maria Cecília Rocha Silva (2010) fazem uma reflexão realista sobre *setting* nos tempos atuais, em que há inúmeras repercussões sociais causadas pelos avanços tecnológicos; e afirmam ser necessário levar em conta questões além da intrasubjetividade, como, por exemplo, resistências por trás de atrasos às sessões. Em tempos de trânsito conturbado e inesperados engarrafamentos, muitas vezes a razão para o atraso à sessão pode ser efetivamente alheia ao processo terapêutico. Levisky diz ser necessário levar em conta e investigar os fatores relacionados com as influências do mundo real, da transubjetividade (2010).

Atualmente, elementos antes inexistentes adentram o espaço terapêutico, como o telefone celular com suas múltiplas funções, ainda que sejam delimitadas restrições. A



urgência, ou aparente urgência, de certas demandas solicita constantes exceções às regras estabelecidas no contrato terapêutico. Manter a neutralidade do analista, um componente importante na construção do *setting*, é outro ponto frágil: as pessoas procuram por um terapeuta na internet; recorrem a buscadores para localizar o profissional que desejam; mas podem ir além: vasculhar a intimidade do terapeuta, que em raros casos consegue evitar isso, mesmo que não esteja participando de redes sociais nem tenha blog ou site pessoal. Um exemplo dessa brecha é a colocação de currículo na Plataforma Lattes; além disso, aqueles que são aprovados em concurso público têm essa informação publicada na internet pelos órgãos estatais, que o fazem em respeito à demanda social por “transparência”. Até as Forças Armadas brasileiras publicam na internet inúmeras decisões que, de certa forma, expõem os integrantes do serviço público. Pode-se descobrir, por exemplo, qual o salário de um militar, a que patente determinada pessoa foi promovida, até transferências residenciais e locais de moradia podem ser descobertos em publicações oficiais.

Restringir o acesso dos pacientes à vida particular do analista é muito mais difícil nos dias de hoje do que na época de Freud ou de Jung. “Uma nova fisionomia vai sendo impressa em todas as áreas da sociedade e como não poderia deixar de ser, se imiscuindo também nas concepções e metodologias do nosso instrumento de trabalho: o vínculo terapêutico, seu enquadre e processo” (Levisky, 2010, pág. 01). Os vários e impactantes aspectos que permeiam a cultura pós-moderna invadiram os consultórios e diferentes setores da sociedade; situações novas que geram dúvidas, questionamentos e causam inquietações e que necessitam de tempo para serem digeridas e elaboradas (Levisky, 2010). Como lidar com isso? No contexto clínico, como conciliar as mudanças sem desconstruir os métodos de trabalho nem a essência da prática da psicoterapia? O atendimento online, ou seja, a psicoterapia inserida no ciberespaço, requer novas definições e novos delineamentos. Sugere-se que a ética seja a diretriz principal nas circunstâncias dúbias ou sem regra preestabelecida.

Outro episódio vivenciado durante os atendimentos deste estudo também reflete as singularidades da terapia online na percepção da terapeuta: um dos casos em que os atendimentos foram, na maioria do tempo, de análise profunda, com todas as suscetibilidades disso, pôde-se registrar um momento de leveza propiciado pelo fato de a sessão ser online: Tereza fala de algo doloroso para ela e chora... de repente um rabo de

gato cruza a tela do computador; ela sorri, ergue o animal e o posiciona em frente à câmera para ser melhor visto pela terapeuta e diz: “esse é o Adonis, meu gatinho... o que foi, amor, ein?” Ela acaricia o bicho, que desaparece, deixando a amiga um pouco mais leve. Nesse caso especificamente, a interrupção do animal de estimação não pareceu ter causado prejuízo à sessão, embora tenha interferido, mudando o humor da paciente, que prosseguiu aparentando estar mais confortável e menos angustiada; foi algo semelhante a um barulho fora do consultório (na terapia presencial) que repentinamente tivesse alterado o estado de espírito de um paciente, mas com a vantagem de ser aconchegante e terno.

Contudo, tanto na terapia online como na presencial, pode haver interferências menos inócuas no *setting* terapêutico do que os relatados, e que podem oferecer riscos. Por exemplo: na presencial, a terapeuta já havia flagrado uma mãe tentando escutar a conversa da sessão do lado de fora do consultório: ela tinha acompanhado a filha, de idade superior a 40 anos, com a desculpa de saírem juntas e passearem depois da sessão, mas na verdade planejava invadir a confidencialidade da terapia da filha. Ao se descuidar e fazer barulho, teve a presença registrada pela terapeuta, que abriu a porta.

Isso pode ocorrer também numa situação online, o que exigirá mais cuidados preventivos por parte do (a) paciente. Sendo a sessão em casa, em alguns casos pode ser mais fácil para mães invasivas, cônjuges ciumentos, filhos ou irmãos indiscretos bisbilhotarem. No entanto, levando em conta esse risco, cabe às pessoas se protegerem e ajudarem o terapeuta a proteger o *setting* terapêutico, evitando marcar sessões em horários pouco propícios à privacidade, ou mesmo optando pela terapia presencial quando um contexto seguro seja impossível.

Quanto ao segundo episódio, o da invasão do animalzinho de estimação, pode-se questionar: será que poder compartilhar com a terapeuta um momento íntimo assim, apresentar um ser importante para ela, ou revelar a intimidade do ambiente familiar, pode ser um dos elementos envolvidos na construção do vínculo entre paciente e terapeuta online? Há que se pesquisar sobre isso antes de afirmar.

De um modo geral, salvo os aspectos individuais de percalços citados anteriormente, principalmente relacionados a problemas de conexão, todas as sessões transcorreram sem incidentes graves que comprometessem a segurança das participantes ou desestimulasse a continuidade dos atendimentos. As pacientes demonstraram

comprometimento, envolvimento e seriedade em relação ao processo terapêutico e quanto ao preenchimento dos questionários. Duas delas demonstraram contrariedade pelo encerramento das sessões do processo terapêutico (Hélida e Tereza), outras duas não expressaram qualquer reação em relação a isso (Akemi e Giovana) e uma vinha alegando dificuldade para realizar as sessões. Nesse caso específico, ao ser questionada sobre os motivos do não comparecimento às sessões, ela alegava ser em função das atividades do curso de graduação, de problemas com a escola do filho e a disputa litigiosa com o pai da criança por pensão alimentícia. No entanto, não houve abandono do processo psicoterápico, ao contrário, sempre enviava email avisando que não poderia fazer a sessão e expressando desejo de marcar a próxima sessão. A terapeuta se questionava se haveria uma motivação inconsciente para as ausências e conversava com a paciente sobre isso, que afirmava ser apenas circunstancial. Ao se aproximar o fim do processo, na antepenúltima sessão, a terapeuta perguntou se ela estava se lembrando da proximidade do fim do processo terapêutico, ao que ela respondeu que sim, com tranquilidade. Esse momento foi aproveitado para reavaliação do foco inicial da terapia, cujo resultado da conversa foi a percepção, por parte da terapeuta, de que o processo já poderia ser encerrado, o que foi proposto à paciente, lembrando o acordado no contrato terapêutico de que seriam no máximo 16 sessões, mas que o processo poderia ser encerrado antes. Diante dessa colocação, a paciente pediu para continuar, justificando que faltavam apenas mais dois encontros. Peter Sifneos afirma que o delineamento claro do foco de trabalho e a concordância do paciente em trabalhar sobre a resolução dos conflitos emocionais subjacentes a eles devem levar ao término fácil e precoce do processo, quando se trata de STAPP ou Psicoterapia Breve Provocadora de Ansiedade (Sifneos, 1993). Nesse caso, a queixa apresentada era o desemprego, mas internamente o foco psicodinâmico era o conflito decorrente do fato de estar dependendo financeiramente da mãe e do namorado, por um lado, e o desejo interno de ser autônoma materialmente, de construir a própria autonomia profissional e financeira. Esse conflito desapareceu, e a demanda por terapia se esvaziou gradualmente, quando ela iniciou a faculdade, se percebeu adaptada ao curso e vislumbrando um futuro profissional satisfatório, tendo inclusive recusado proposta de emprego por considerar que poderia esperar um pouco mais e conseguir algo melhor.

## ***A construção da aliança terapêutica nos atendimentos online***

A exemplo do que ocorre na psicoterapia presencial, a construção da aliança de trabalho nos atendimentos online deste estudo desenvolveu-se de modo muito particular caso a caso, em consideração às singularidades dos sujeitos, a despeito de a metodologia de trabalho ser a mesma. A terapeuta tem especialização e experiência clínica em psicoterapia junguiana; faz uso também de conceitos e metodologias de outras abordagens, a exemplo dos conceitos de transferência, resistência e defesas, conceitos psicanalíticos, mas presentes também na teoria junguiana. O que difere de uma abordagem para a outra é o manejo clínico. Sabe-se que as resistências estão presentes em todos os processos terapêuticos, mas focar nelas – para descobrir causas, motivos, forma e história delas – é próprio da psicanálise (Greenson, 1981). Outras abordagens psicológicas podem levá-las em conta, mas recorrer a outros caminhos, que não o de estimulá-las, para aliviar o sofrimento dos pacientes.

O psicanalista Greenson (1981) faz a seguinte descrição de aliança de trabalho: “é aquela parte do relacionamento com o analista que possibilita que o paciente coopere na sessão analítica. Sob essa influência benigna, o paciente tenta compreender as intuições e intuições do analista, revê e pondera sobre as interpretações e reconstruções internas. A aliança de trabalho juntamente com o sofrimento neurótico fornece o incentivo para fazer o trabalho analítico; a quantidade de matéria-prima é fornecida pelas reações transferenciais do paciente neurótico” (p. 51).

Jung, por sua vez, critica os analistas que estimulam a transferência por considerem-na essencial ao processo terapêutico e afirma categoricamente: “Não há necessidade de transferência, como também não há a de projeção. Logicamente elas aparecem independentemente disso” (Jung, 1981, p.141). Jung afirma ser “a maior das asneiras” dizer que ter transferências é condição necessária aos pacientes para serem curados e que a cura não depende nem da ausência, nem da existência delas. Para Jung, as projeções acontecem devido a condições psicológicas muito peculiares, e da mesma forma que os analistas dissolvem outros mecanismos, tornando-os conscientes, devem dissolver a transferência, mas “se ela não existir, tanto melhor; o material surgirá da mesma forma” (Jung, 1981, p.141).

Para a Psicologia Junguiana, a relação terapêutica é um encontro de dois sistemas psíquicos que interagem energética e reciprocamente um sobre o outro, sendo por meio da abertura propiciada pela relação terapêutica que se dá a possibilidades de transformação nos rígidos padrões de funcionamento da personalidade neurótica. Isto exige escuta isenta de ideias preconcebidas para que o terapeuta consiga acolher as manifestações do paciente e servir-lhe de continente, de modo a que se processe a investigação e o relaxamento dos traços neuróticos que limitam o paciente (Jung, 1991).

Faz-se este contraponto apenas para esclarecer que neste estudo, o trabalho de construção da aliança terapêutica desenvolveu-se com a utilização das ferramentas consideradas adequadas em cada caso, observando as possibilidades e demandas das pacientes, sem o compromisso de ater-se a uma teoria ou metodologia específica.

No caso 1, da Akemi, a aliança terapêutica envolveu trabalho com os conteúdos transferenciais, envolvendo as projeções parentais, mas também com a clarificação e ampliação da percepção acerca da capacidade dela para viver de modo autônomo. A terapeuta avalia que houve também influência contratransferencial, com a terapeuta projetando na paciente características da filha idealizada. Além disso, um provável elemento reforçador da empatia entre terapeuta e paciente pode ter sido a valorização, por parte da terapeuta, como parte da contratransferência, de algo importante para a paciente: a dança. Em relação ao foco terapêutico (dependência emocional e fixação na infância) as tarefas incluíam reflexões sobre as próprias habilidades e capacidade para cuidar-se, como também enfrentamento dos medos, o que incluiu incentivá-la a participar de processo seletivo importante para ela. Esta paciente pouco falava dos pais, só o fazendo quando a terapeuta supunha ser necessário explorar a causa da dependência, mas quase sempre a resistência se mostrava mais forte e a paciente apresentava indisposição para explorar esse caminho, preferindo acreditar que nada havia a ser tratado quanto a isso. A terapeuta respeitava esse estado de espírito, por entender que certas resistências exigem tempo maior para serem quebradas e que os atendimentos tinham prazo determinado para serem encerrados, não ultrapassando 16 sessões. Mas a pesquisadora questiona se a não insistência em chegar ao âmago da resistência não teria sido motivada pelo receio de afetar o vínculo terapêutico.

Tereza (caso 2) foi quem apresentou o maior ganho na avaliação do questionário de aliança para o trabalho (WAI) em todos os três componentes (foco na tarefa, qualidade

do vínculo e engajamento na busca dos objetivos), comparando-se sua avaliação entre a quarta e última sessões. Neste caso, a aliança terapêutica foi construída em cima do esvaziamento, desde a primeira sessão, dos complexos psicológicos constelados, de modo particular o Complexo Materno, mas também o de Salvador, que a levou a abrir mão da própria casa para ajudar ou “salvar” a filha. O sofrimento psicológico intenso da paciente, causado pelos conflitos internos, mas também pelo somatório de consequências advindas de escolhas equivocadas, parece ter sido a motivação maior para ela participar do processo terapêutico de forma empenhada e comprometida, mesmo quando o processo de recordar, reviver e elaborar a conduzia a sofrimento intenso. Aproveitando a disposição da paciente, a terapeuta esforçou-se por aproveitar as sessões e ampliar a compreensão dos conteúdos inconscientes, clarificar os resultados das interferências deles e promover ab-reação e catarse de vivências traumáticas, com o intuito de esvaziar os complexos psicológicos. Uma das ferramentas utilizadas para cumprir essas tarefas era o trabalho com sonhos. A paciente apresentava boa capacidade para fazer associações e chegar a percepções importantes acerca do que o seu inconsciente revelava ou reivindicava via sonho; e ela considerava o manejo terapêutico útil e acertado nesse desafio, o que fortalecia a aliança de trabalho. Outro elemento fortalecedor do vínculo pode ter sido a “autorização terapêutica” para a paciente fazer o que internamente desejava, como, por exemplo, parar de priorizar os cuidados com a filha em detrimento de si própria e a começar a atender à demanda interna não reconhecida de autocuidado, o que antes ela não se permitia, por confundir com egoísmo.

O caso 3 (Giovana) talvez tenha sido o que apresentou a aliança de trabalho menos consistente, podendo-se atribuir isso a elementos da personalidade da paciente ou à necessidade de acelerar o processo terapêutico, o que está melhor explicado acima na análise de seus atendimentos. Apesar de ter sido percebido como menos consistente, o vínculo terapêutico se fez e a construção dele pode ter sido favorecida pela comparação que ela fez com o processo terapêutico anterior, em que o terapeuta dormia enquanto a paciente falava sozinha, o que contrasta com a atitude de interesse e compromisso da terapeuta dos atendimentos online. Mas obviamente isso representa pouco – os elementos mais significativos podem de fato ser a empatia e o respeito pelas singularidades da paciente, assim como o real desejo de ajudar por parte da terapeuta. No entanto, outro provável fator atuante na inconsistência da aliança terapêutica poderia ser o fato de a terapeuta não ter descoberto a causa profunda das dificuldades da paciente; conseguiu

enxergar relação com os vínculos parentais, algo na relação filha-pai ou filha-mãe, mas o âmago psicodinâmico exato não foi apreendido pela terapeuta. E qual teria sido a causa dessa dificuldade? Pode ter havido algo de contratransferencial não devidamente percebido nem analisado pela terapeuta. É possível também que, embora a paciente se mostrasse disposta a entender e resolver suas dificuldades psicológicas, houvesse resistências estabelecidas que a terapeuta não tenha conseguido captar.

Já no caso 4 (Hélida), embora a causa subjacente da queixa estivesse também relacionada aos pais, a compreensão da psicodinâmica parece ter sido melhor percebida pela terapeuta, o que pode ter aumentado a eficácia do processo e fortalecido o vínculo terapêutico, na medida em que observou-se resultados visíveis para a paciente. A construção da aliança parece ter se constituído a partir do sentimento de apoio recebido pela paciente, no alívio da angústia resultante disso e na sensação de sentir-se cuidada. Esta paciente afirmou sentir-se mais tranquila por saber que toda semana teria alguém para ouvi-la, apoiá-la e tentar, junto com ela, resolver os problemas. Essa sensação de ser ajudada fortalecia a relação de trabalho, principalmente diante da percepção de que as tarefas propostas, quando realizadas, apresentavam resultados dentro das expectativas dela. Exemplo disso é o relato que se segue: em certa sessão ela se queixou do jeito de ser excessivamente tranquilo do marido e afirmou aborrecer-se quando ele não acatava alguma observação dela porque “as coisas têm que ser do meu jeito”. Ao se ampliar isso e clarificar a dinâmica controladora e rígida, ela conseguiu perceber que o jeito de fazer dela não era necessariamente o melhor, como também compreendeu que o marido sempre seria uma pessoa diferente dela. Esse avanço indica boa aliança de trabalho. Mesmo quando as análises conduziam a autorresponsabilização do que havia de disfuncional ou problemático, e isso a levasse a sofrer e chorar, ela retornava na semana seguinte afirmando sentir-se melhor e aliviada. Neste caso, foi possível enxergar também uma vinculação transferencial, em relação à mãe falecida, que fazia-lhe falta. A terapeuta optou por analisar e dissolver essa transferência ao fim do processo, de modo a evitar que o fim da terapia fosse vivenciado por ela como uma segunda perda. Mesmo assim, esta paciente queixou-se do curto espaço de tempo do processo terapêutico, o que tanto pode evidenciar forte vínculo terapêutico como manutenção da transferência.

Quanto à Lorena (caso 5), a aliança de trabalho parece ter-se formado a partir de transferência: ela afirmava conversar em terapia o que não conseguia tratar com a mãe,

apesar de terem boa relação. Lorena apresentou demanda por terapia de suporte e recusou-se a explorar aspectos relacionados ao fato de não ter conhecido o pai biológico, de sentir como se ele tivesse morrido para ela. “Pra mim ele morreu”; nessa frase pode-se perceber raiva mal elaborada, mas ela não estava pronta para um trabalho terapêutico profundo, alegando estar com dificuldades do mundo real. Ocorre que o mundo simboliza o pai, na interpretação da psicologia analítica, a partir do simbolismo dos arquétipos. Então, embora negando a importância da ausência do pai, por entender que o avô o havia substituído a altura, Lorena está, em algum nível presa à figura do pai. No entanto, embora a resistência tenha sido percebida e apresentada à paciente, a terapeuta respeitou a decisão dela de não explorar isso e aceitou a argumentação como “verdade temporária” da paciente, propondo-se a voltar a ela posteriormente, caso ela se mostrasse pronta, o que não ocorreu ao longo das 11 sessões nas 16 semanas de terapia. Suas faltas e justificativas para elas também podem, como mencionado acima, estar relacionado com um menor investimento no processo terapêutico. A decisão de respeitar a demanda da paciente, por parte da terapeuta, de não mexer em conteúdos inconscientes profundos talvez tenha sido elemento de construção do vínculo, aceitando as solicitações dela de intervenções pontuais da terapeuta em torno das questões práticas vivenciadas por ela, conforme a reivindicação dela. Assim, nesse caso, a aliança de trabalho pôde ser construída mesmo com o processo priorizando o aconselhamento e suporte.

Em conclusão, pode-se perceber que a construção da aliança terapêutica em atendimentos online apresenta os mesmos desafios e as mesmas possibilidades daquelas já conhecidas nos atendimentos presenciais. Obviamente não se pode ignorar que determinadas técnicas ou certos procedimentos já testados e estabelecidos como seguros na prática presencial não podem, ainda, ser usados em atendimentos online, como por exemplo, a Imaginação Ativa, método desenvolvido por Carl Jung e usado pelos analistas junguianos nos consultórios.

### ***A internet neste estudo e no Brasil***

Ao longo das dezesseis semanas de atendimentos online, houve várias interrupções nas conexões, em todos os processos, sendo maior o número de ocorrências nos atendimentos de Lorena e Héliida, mas tendo sido registrados em todos os casos, mesmo quando o serviço de internet contratado prometia conexão de alta velocidade, caso da



Hélida. A conexão da terapeuta era de 15MG. As interrupções aumentavam nos dias chuvosos, chegando a inviabilizar algumas sessões, como no dia em que a chuva derrubou um poste de energia elétrica e desativou todos os serviços de internet no bairro da Giovana. Hélida também tinha a conexão afetada nos dias chuvosos. As conexões mais estáveis eram as da Tereza e da Akemi, mas também nesses casos houve falhas no serviço. Das cinco pacientes, três tinham conexões de 10 megabites e duas, de um megabite.

Além de queda na conexão, também ocorreram os seguintes problemas: a imagem ficar congelada (a da terapeuta e/ou a das pacientes) e o áudio deixar de funcionar; (haver imagem, mas não áudio); o Skype parar de funcionar mesmo havendo conexão, sendo necessário fazer novo *login*.

A Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel) produz relatórios mensais sobre a qualidade dos serviços das empresas de telefonia (móvel e fixa) no Brasil, mas não faz considerações sobre se é ruim ou boa, se melhorou ou piorou; apenas apresenta os dados na internet e distribui aos veículos de comunicação. O relatório de dezembro de 2013 (Anatel, 2014) é o mais recente neste momento (data de conclusão deste trabalho, abril de 2014), e registra qualidade satisfatória para os serviços de banda larga no DF e na maioria dos Estados, excetuando-se o Maranhão, Mato Grosso, Pernambuco e a Bahia, em relação à banda larga, o tipo de conexão recomendada para atendimentos psicoterapêuticos online. Essas informações tencionam conduzir à seguinte reflexão: do ponto de vista da qualidade dos serviços de internet, o Brasil está em condições de acolher a uma suposta demanda da população pelo serviço de psicoterapia online? Sem a avaliação crítica da Anatel, buscou-se conseguir alguma informação que respondesse à pergunta, mas a resposta não foi encontrada. No entanto, uma avaliação técnica mais apurada, o que se afasta dos objetivos deste estudo, pode ser obtida junto à União Internacional de Telecomunicações (UIT), órgão da Organização das Nações Unidas (ONU), que produz estudo anual sobre acesso e utilização das Tecnologias da Informação e da Comunicação (TICs) em todo o mundo (UIT, 2014); aqui no Brasil o documento recebe da Anatel o nome de “Medindo a Sociedade de Informação”. O relatório de 2011 mostra ser crescente o acesso da população às Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) em todo o mundo, “impulsionada por uma queda constante nos preços dos serviços de telefonia e de internet banda larga” (UIT, 2011). Àquela época, o Brasil estava na 64ª posição do ranking, logo abaixo da Bósnia-Herzegovina. A República da Coreia era, então, a economia mais avançada do mundo em TICs, seguida pela Suécia, Islândia, Dinamarca e Finlândia (idem anterior). Mas a classificação é abrangente e vai além do acesso à internet.

Ainda analisando a viabilidade quanto às condições técnicas para regulamentação da psicoterapia online no Brasil, o especialista em segurança da informação da empresa que deu suporte técnico à pesquisa, Rodrigo Fragola, acredita que o mercado brasileiro iria se adaptar rápido a uma regulamentação do CFP: “Tão logo saia uma normativa, fatalmente surgirão sistemas de computadores para atender a essa normativa”. E sugere uma forma de homologação, para garantir que o software cumpra as exigências em relação

à confidencialidade e o armazenamento de informações, ou seja, um corpo técnico, que poderia ser uma consultoria contratada pelo Conselho para avaliar o software, analisaria o programa que se propusesse atender a esse propósito e garantiria que o produto desenvolvido pela empresa atende os requisitos de segurança que os psicólogos necessitam; o fabricante assinaria documento de responsabilidade e ganharia um selo de homologação do CFP (R.J. Fragola, comunicação pessoal, 25 de março de 2014).

### ***Análise da aliança terapêutica e das sessões nos atendimentos online a partir das respostas nos instrumentos***

A seguir, faz-se uma análise dos resultados do Inventário de Aliança Terapêutica (WAI) e do Questionário de Avaliação da Sessão (SEQ), tencionando-se encontrar pontos de concordância ou de discordância entre os registros da terapeuta e os das pacientes, como também entre os achados dos instrumentos e os da observação clínica (dados qualitativos). Existem diferenças, em termos absolutos, entre as medidas repetidas dos mesmos sujeitos e da terapeuta, e existem diferenças entre os sujeitos e a terapeuta. Contudo, há considerações importantes a serem feitas, decorrentes do fato de não haver parâmetros para poder mensurar se essas diferenças observadas são estatisticamente significativas. Pode-se argumentar que pequenas variações observadas seriam melhor explicadas como variações fortuitas, por fatores diversos, que são em geral concebidos como erro de medida. Isso se refere a estes dois tipos de diferenças: (a) intrasujeito, nas medidas repetidas e (b) entre sujeitos, no caso, entre pacientes e terapeuta, nas medidas tomadas ao mesmo tempo. Especulações acerca de diferenças mais notáveis devem ser postuladas neste estudo como hipóteses ou possibilidades, sem qualquer determinação do grau de confiabilidade em sua estimativa. Portanto, as medidas podem apenas ser tomadas de modo heurístico, como uma referência para uma reflexão acerca do processo clínico.

A *Figura 1* apresenta a comparação do resultado geral do Inventário de Aliança Terapêutica (WAI) entre terapeuta e pacientes. Esses resultados representam o agregado dos três fatores para todos os casos na visão conjunta dos pacientes em contraste com a da terapeuta. Verifica-se que, em geral, a terapeuta avaliou as questões de vínculo de forma mais favorável que os pacientes nas duas aplicações. Esta observação é coerente com o achado de pesquisas segundo o qual as avaliações das dimensões da aliança terapêutica feita pelos pacientes são melhores preditores do sucesso terapêutico do que as avaliações

do terapeuta (Ramos, 2008). Isso conduz à hipótese de que os pacientes podem ser mais realistas do que os terapeutas na avaliação do vínculo, por terem acesso direto ao seu processo subjetivo, enquanto o terapeuta avalia essas dimensões a partir de inferências que faz no processo.

A *Figura 2* apresenta resultados gerais do Inventário de Aliança Terapêutica (WAI) em cada um dos casos, agregando os três fatores (Objetivo, Vínculo e Tarefa) para terapeuta e pacientes. Neste caso, observa-se que as avaliações da terapeuta são mais semelhantes entre si, independentemente do caso, enquanto as das pacientes apresentam maior variação entre si. Isso sugere a necessidade de se refletir sobre a sensibilidade da terapeuta às diferenças entre os casos. A terapeuta parece perceber o mesmo nível de vínculo em relação a todos os pacientes, em situações nas quais a percepção da diferença poderia ser trabalhada na terapia visando favorecer o processo e fortalecer o vínculo, quando necessário. Pode-se especular sobre a utilidade do instrumento para trazer a atenção dos terapeutas para dificuldades no vínculo.

Os gráficos do WAI (*Figuras 3 a 5*) mostram as variações para seus três fatores – Objetivo, Vínculo e Tarefa – para pacientes e terapeuta. As avaliações das pacientes e da terapeuta em todos os cinco casos se encontram no sentido positivo das três escalas, sugerindo que houve a formação de aliança para o trabalho relativo à congruência com objetivos propostos, ao vínculo positivo e à manutenção do foco na tarefa. Comparando-os, pode-se observar pequenas variações para as avaliações da terapeuta sobre as pacientes em contraste com diferenças maiores nas marcações das pacientes, que são mais dissimilares entre si. A terapeuta avaliou a aliança terapêutica como estando quase sempre no extremo positivo em seus três fatores. Embora as variações das pacientes sejam maiores entre si que as da terapeuta, também são pequenas e, portanto, podem não ser significativas do ponto de vista estatístico. Essas observações seguem o mesmo padrão e são coerentes com os resultados gerais, já apresentados acima.

O que poderia explicar o fato de haver menos variações nas percepções da terapeuta em comparação com as das pacientes, tanto para os fatores quanto para o resultado geral do WAI? Ramos (2008) afirma que “a literatura sobre aliança terapêutica mostra que as avaliações realizadas pelos clientes se associam mais com os resultados da terapia do que aquelas dos terapeutas e dos observadores” (pág. 88). Isso seria resultante da forma como terapeutas e pacientes “sentem” a aliança, ou como seus diferentes pontos

de vista repercutem nas avaliações. Porém, a relação preditiva das respostas dos pacientes sobre a aliança com os resultados positivos da terapia sugere que os pacientes estão em melhores condições que os terapeutas para avaliar a qualidade da aliança para o trabalho.

A paciente Giovana (caso 3) parece experimentar uma aliança terapêutica menos bem estabelecida do que as demais pacientes quanto ao foco na tarefa e à qualidade do vínculo (*Figuras 4 e 5*) e quanto ao resultado geral (*Figura 2*). Mas, apesar disso, os resultados dela estão bem acima do ponto mediano da escala e podem ser interpretados como aliança terapêutica adequadamente estabelecida. Porém, será que é possível compreender a diferença do resultado de Giovana com o das outras participantes à luz de ocorrências em seu processo terapêutico? Duas suposições são possíveis para isso: a primeira é relacionada ao número menor de semanas de atendimento (11 semanas, sete a menos em relação às inicialmente pretendidas). Houve um interstício de três semanas entre a primeira e segunda sessão dessa paciente, devido a problemas com a empresa prestadora de serviço de internet. Em decorrência disso, quando o processo pôde ser retomado, foi necessário realizar duas sessões por semana. Outra suposição para uma avaliação menos positiva acerca do vínculo neste caso, embora as respostas dela tenham se concentrado acima do ponto mediano da escala: ela aparentava retraimento interrelacional para confiar nas pessoas e pouca disposição para estabelecer novos vínculos, o que sugere características pessoais. Essa observação é coerente com o fato de que houve outras faltas que ela justificava por meio de dificuldades e compromissos externos à terapia. Do ponto de vista psicodinâmico, podemos nos perguntar se esta paciente teria se beneficiado de interpretações transferenciais visando fortalecer a confiança na relação terapêutica e, também, se seria natural, como ocorrem em terapias presenciais, que ela levasse mais tempo que o permitido nesta pesquisa para desenvolver um vínculo mais seguro e estável com a terapeuta. Essa ocorrência sugere que os problemas para o estabelecimento e a manutenção da aliança e vínculo terapêuticos ocorrem na terapia online de modo muito semelhante ao que se observa numa terapia presencial.

Todos os resultados nas duas aplicações foram muito semelhantes entre si, com diferenças, em geral, menor que meio ponto. Diferenças maiores que meio ponto, apontando fortalecimento da aliança, ocorreram para Tereza e Héliida quanto ao foco na tarefa (*Figura 5*), e para Tereza quanto à percepção de vínculo (*Figura 4*). As diferenças positivas sugerem fortalecimento da aliança terapêutica durante o processo. A única queda

superior a meio ponto na segunda aplicação ocorre apenas para Héliida em relação aos objetivos (*Figura 3*). Nesse caso, a diminuição, que é relativa à avaliação dos objetivos propostos para o trabalho terapêutico, talvez possa ser explicada pelo desejo dela por mais tempo de terapia, o que aponta tanto para a existência de vínculo terapêutico forte quanto para a possibilidade de ela se beneficiar mais em um processo terapêutico de maior duração, o que talvez modificasse a avaliação dela acerca de estar trabalhando em direção à obtenção dos objetivos terapêuticos. Comparando as avaliações de Héliida com as da terapeuta referentes a objetivos, observa-se uma discrepância importante. Enquanto Héliida assinalou uma queda superior a meio ponto na percepção de estar galgando seus objetivos em terapia, a terapeuta assinalou um ganho médio de quase meio ponto. Essa diferença (0,95 pontos) sugere que a terapeuta pode ter sido mais otimista ao avaliar a satisfação de Héliida em relação a ter alcançado objetivos terapêuticos desejados. Nesse caso, a marcação final de Héliida para objetivos (5,5 pontos) está equidistante entre *Frequentemente* e *Muito Frequentemente*, ponto que ainda assinala uma perspectiva positiva, apesar de ser inferior ao assinalado na primeira aplicação.

A paciente Tereza (caso 2) assinalou escores maiores para os três fatores na segunda avaliação, em comparação com a primeira (*Figuras 3, 4 e 5*), sinalizando, de modo consistente (*Figura 2*), maior ganho em aliança terapêutica. Ela também foi a paciente que demonstrou maior envolvimento e comprometimento com o processo terapêutico, aspectos observados igualmente na análise qualitativa. Essa característica no caso de Tereza pode ser observada nas avaliações da terapeuta, que sinalizou o maior ganho na aliança durante o processo (*Figura 2*).

Estes resultados nos permitem dizer que a aliança terapêutica foi bem estabelecida em todos os casos, apesar das variações observadas, e que esta se manteve estável durante o processo. Os resultados foram muito semelhantes comparando a segunda aplicação com a primeira, sendo o caso de Tereza o único que apresentou diferença notável, com ganho em aliança, conforme exposto acima. Quanto às marcações da terapeuta os resultados gerais para aliança também mostram pequenas variações, com aumento para Tereza, Héliida e Lorena e queda para Akemi e Giovana.

Figura 1 – Comparação do Resultado Geral Inventário de Aliança Terapêutica (WAI) entre Terapeuta e Pacientes

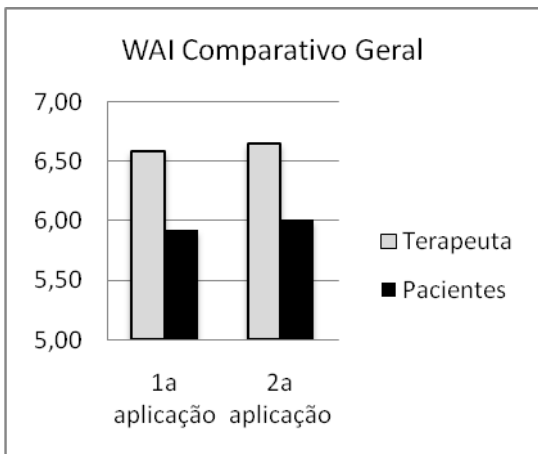


Figura 2 – Resultados Gerais do Inventário de Aliança Terapêutica (WAI) para Terapeuta e Pacientes

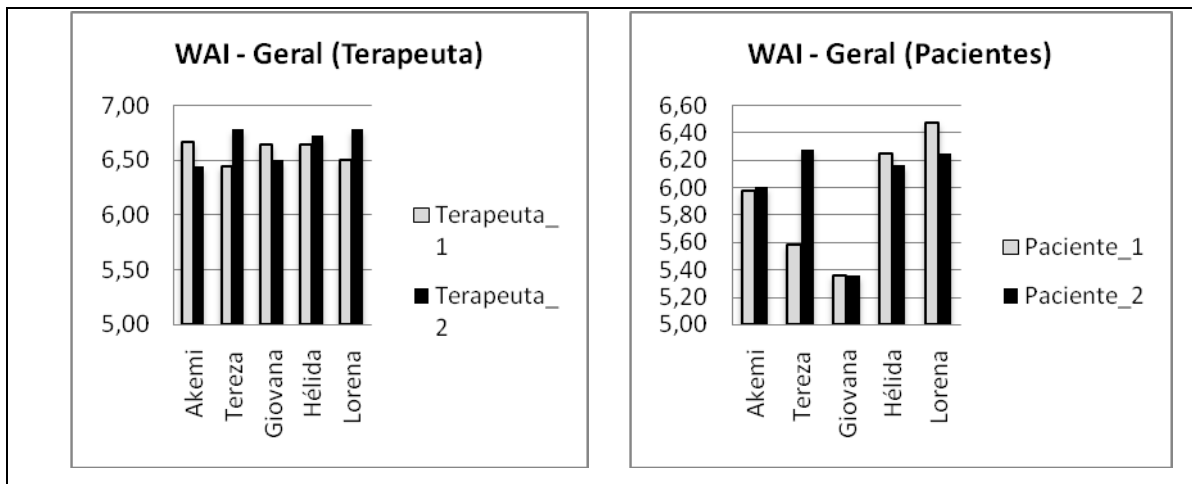


Figura 3 – Escala Objetivo do Inventário de Aliança Terapêutica (WAI) para Terapeutas e Pacientes

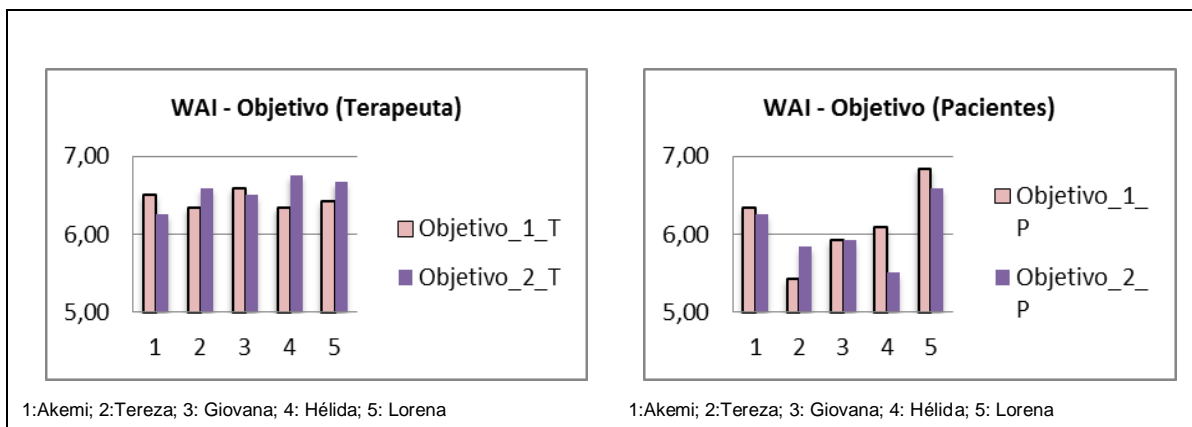


Figura 4 – Escala Vínculo do Inventário de Aliança Terapêutica (WAI) para Terapeutas e Pacientes

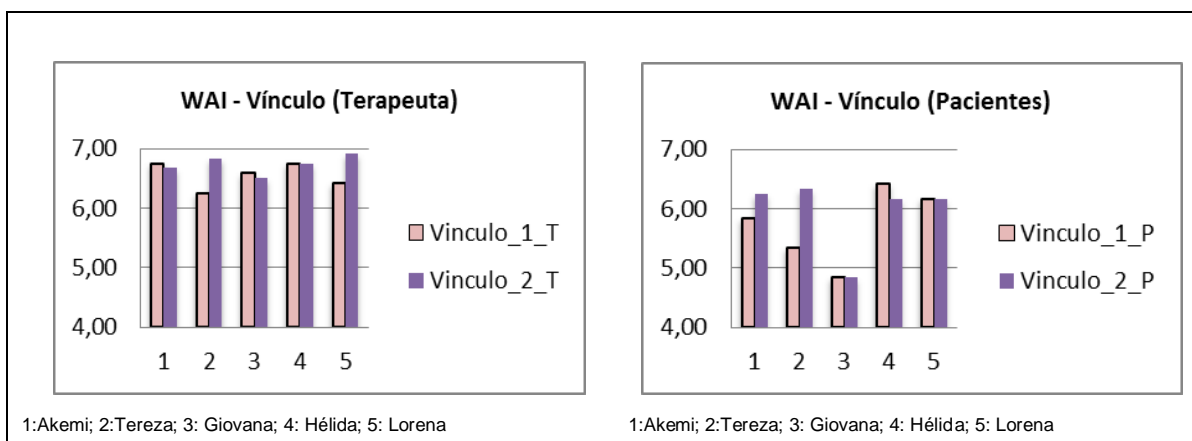
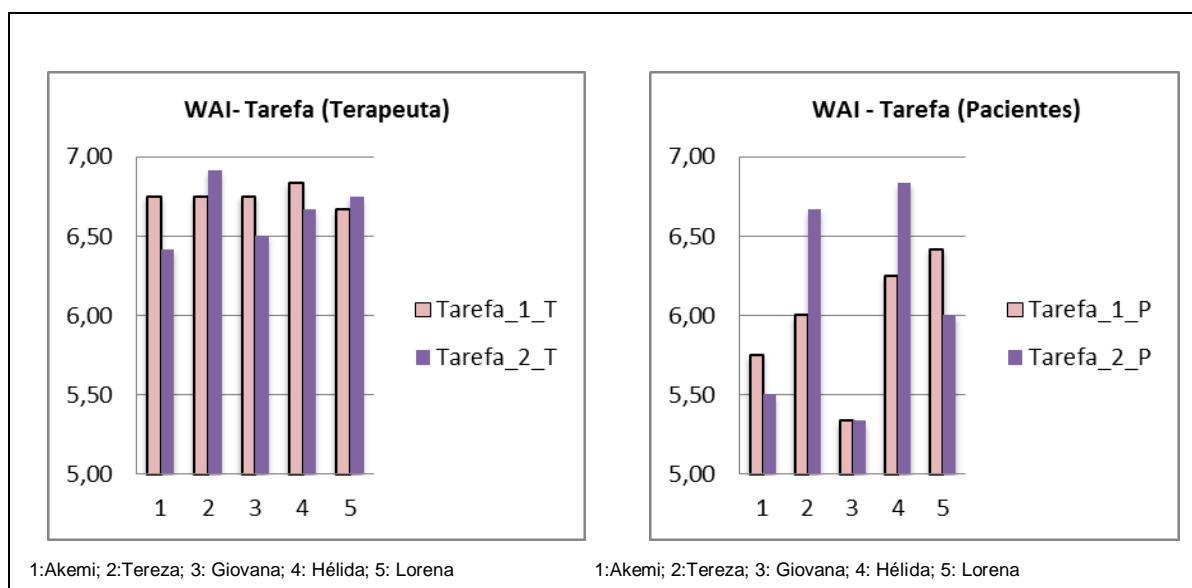


Figura 5 – Escala Tarefa do Inventário de Aliança Terapêutica (WAI); para Terapeutas e Pacientes



Segue adiante a análise dos gráficos do Questionário de Avaliação de Sessão (*Session Evaluation Questionnaire* – SEQ). Estes apresentam séries temporais para cada um de seus fatores (Profundidade, Suavidade, Alerta e Positividade), ou seja, apresentam cada fator por sessão ao longo do processo terapêutico. Portanto observa-se que Lorena teve apenas 11 sessões e Tereza teve as 16 sessões planejadas. Conforme descrito no capítulo sobre o método, as dimensões Profundidade e Suavidade se referem à avaliação da sessão (uma referência externa, objetivada) e as dimensões Alerta e Positividade se referem aos sentimentos das pacientes e da terapeuta em relação à sessão (uma referência interna, subjetiva).

As avaliações da profundidade das sessões, percebida pelas pacientes e terapeuta (*Figura 6*) esteve acima da média (ponto 4 da escala), salvo em três das 67 sessões realizadas. Na maioria dos casos a profundidade percebida se manteve ao longo do tratamento no sentido favorável a uma terapia adequadamente conduzida. Em duas sessões (sexta de Lorena e décima de Akemi), a terapeuta assinalou um nível de profundidade muito inferior ao ponto médio da escala. A explicação possível para isso, no caso de Lorena, pode ser a interferência dos meios eletrônicos: falha na conexão atrasou o início da sessão em 28 minutos, durante os quais terapeuta e paciente ficaram tentando se conectar. Quando, finalmente, a conexão se fez possível, mas via celular para a paciente,



houve defeito no áudio, sendo difícil para a terapeuta ouvir a fala da paciente. A sessão foi desconfortável e possivelmente teria sido impossível, caso a paciente não estivesse bem, como pareceu à terapeuta. Esta sentiu ansiedade e muito desconforto, o que só melhorou a partir da lembrança de que tais contratempos poderiam ocorrer nesse tipo de atendimento. Ao pensar sobre uma solução, ocorreu à pesquisadora que essas interferências talvez pudessem ser minimizadas ao se dispor de mais de um equipamento (um computador e um celular) e dois tipos diferentes de conexão simultaneamente (ADSL e 3G, de modo a que a sessão pudesse ser, excepcionalmente, realizada por celular, o que efetivamente aconteceu nessa sessão da Lorena). Quanto à baixa marcação de profundidade assinalada pela terapeuta em relação à décima sessão de Akemi, pode-se supor que isso decorra do fato de o tempo ter sido usado para o relato da viagem que a paciente, os pais dela e o namorado haviam feito na semana anterior, quando ela havia faltado à sessão, avisando antecipadamente e deixando marcada a próxima. A terapeuta aproveitou a situação para tentar adentrar em aspectos mais profundos da relação dela com os pais, investigando sobre a aceitação do pai em relação ao namorado e buscando encontrar algo de transferencial ou ligado ao Complexo de Édipo, mas a tentativa foi improdutiva, quer seja pela abordagem da terapeuta na condução dessa exploração, quer seja em decorrência das resistências da paciente. Uma provável frustração da terapeuta diante disso pode ter sido expressa como sensação de pouca profundidade na sessão.

Apenas uma sessão foi avaliada pelas pacientes como inferior ao ponto mediano da escala profundidade (*Figura 6*). Trata-se de Lorena, na última sessão. Observa-se que esta sessão ocorreu após um intervalo de 20 dias sem sessões, quase três semanas. É possível que uma sessão isolada de finalização de processo com poucas sessões (apenas 11) e a dinâmica da relação terapêutica com maior ênfase no aconselhamento tenham levado a essa concepção por parte da paciente.

A suavidade da sessão (*Figura 7*) apresentou resultados em torno do ponto mediano da escala com tendências indicando que as sessões eram agradáveis ou confortáveis, tanto para a terapeuta quanto para as pacientes. Observações notáveis estão para Giovana que indicou que o processo terapêutico foi percebido como ligeiramente desagradável a maior parte do tempo e para Lorena e Tereza que também assinalaram as sessões finais do processo como sendo mais desagradáveis. Sabe-se que o processo

terapêutico pode ser frequentemente doloroso, por lidar com temas difíceis e experiências desagradáveis. Este fato pode ter influenciado nas marcações das pacientes.

Quanto ao estado de alerta (*Figura 8*), que avalia o grau de mobilização pessoal ao final da sessão, a terapeuta indicou variações muito pequenas em torno do ponto mediano da escala, sem observações notáveis. Já as pacientes assinalaram grandes variações indicando estarem mobilizadas de modo muito diferentes ao longo do processo. Isso parece refletir uma condição natural, na qual o modo de a terapeuta se sentir mobilizada variar menos do que o modo como as pacientes se sentem mobilizadas a cada sessão. Espera-se, afinal, que os conteúdos emocionais aflorem nas sessões e evoquem todo tipo de resposta afetiva. Por exemplo, no caso de Héliida, na quarta sessão, ela chorou muito ao entrar em contato com vivências de desamparo da infância e se percebeu com medos, sendo o maior deles o de morrer e deixar as filhas desassistidas, uma conversa com potencial para tirar a tranquilidade de qualquer mãe. Encerramos a sessão com ela de olhos e nariz vermelhos por ter chorado a maior parte do tempo. Na sexta sessão o tema principal foi o conflito com sua filha e ela também chorou muito, percebendo-se pouco apta para lidar com o comportamento de enfrentamento da filha.

Quanto ao sentimento de positividade (*Figura 9*), a terapeuta assinalou valores bem acima do ponto mediano da escala com tendências que foram crescendo ao longo do processo terapêutico de todas as pacientes, chegando aos valores máximos ao final do processo de todas. As variações das pacientes são maiores. Porém, a grande maioria está acima do ponto mediano da escala, indicando se sentirem mais positivas (mais satisfeitas, definidas, com menos medo, tristeza ou hostilidade) ao final das sessões. As poucas exceções são variações pouco abaixo do ponto mediano em poucas sessões isoladas e não parecem representar um problema para o processo terapêutico.

Figura 6 - Questionário de Avaliação de Sessão (SEQ); gráfico da escala Profundidade para Terapeuta e Pacientes

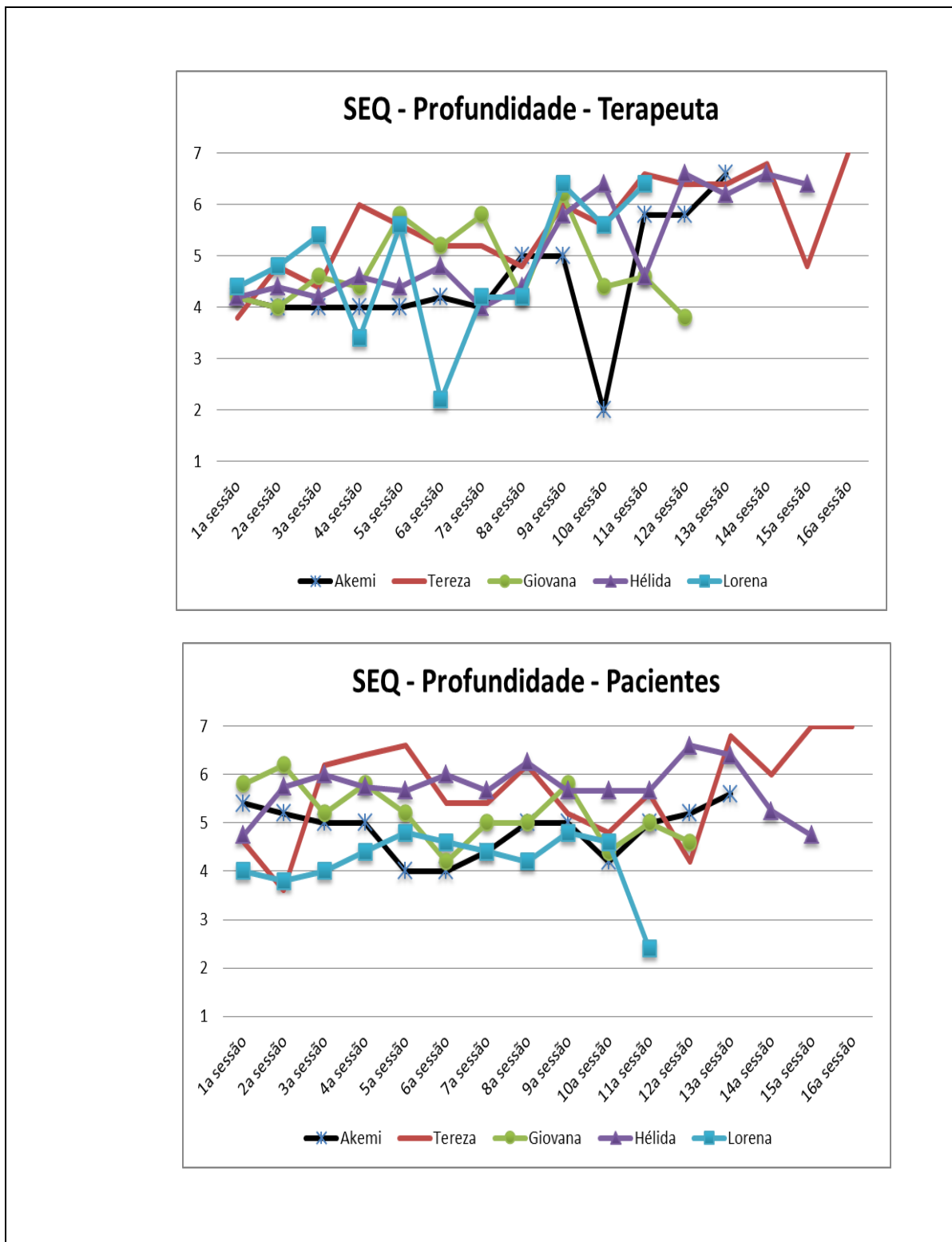


Figura 7 - Questionário de Avaliação de Sessão (SEQ); gráfico da escala Suavidade para Terapeuta e Pacientes

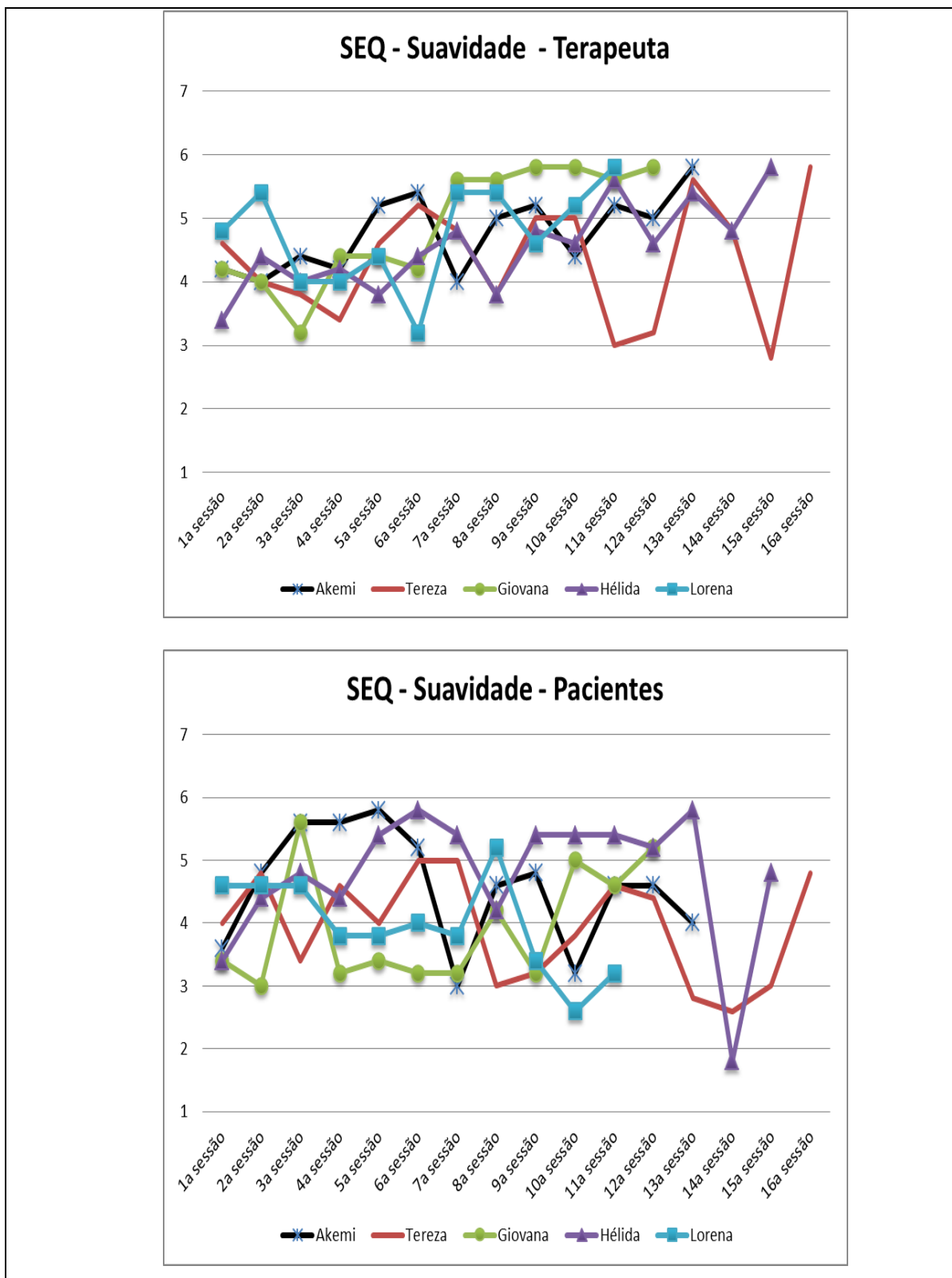


Figura 8 - Questionário de Avaliação de Sessão (SEQ); gráfico da escala Alerta para Terapeuta e Pacientes

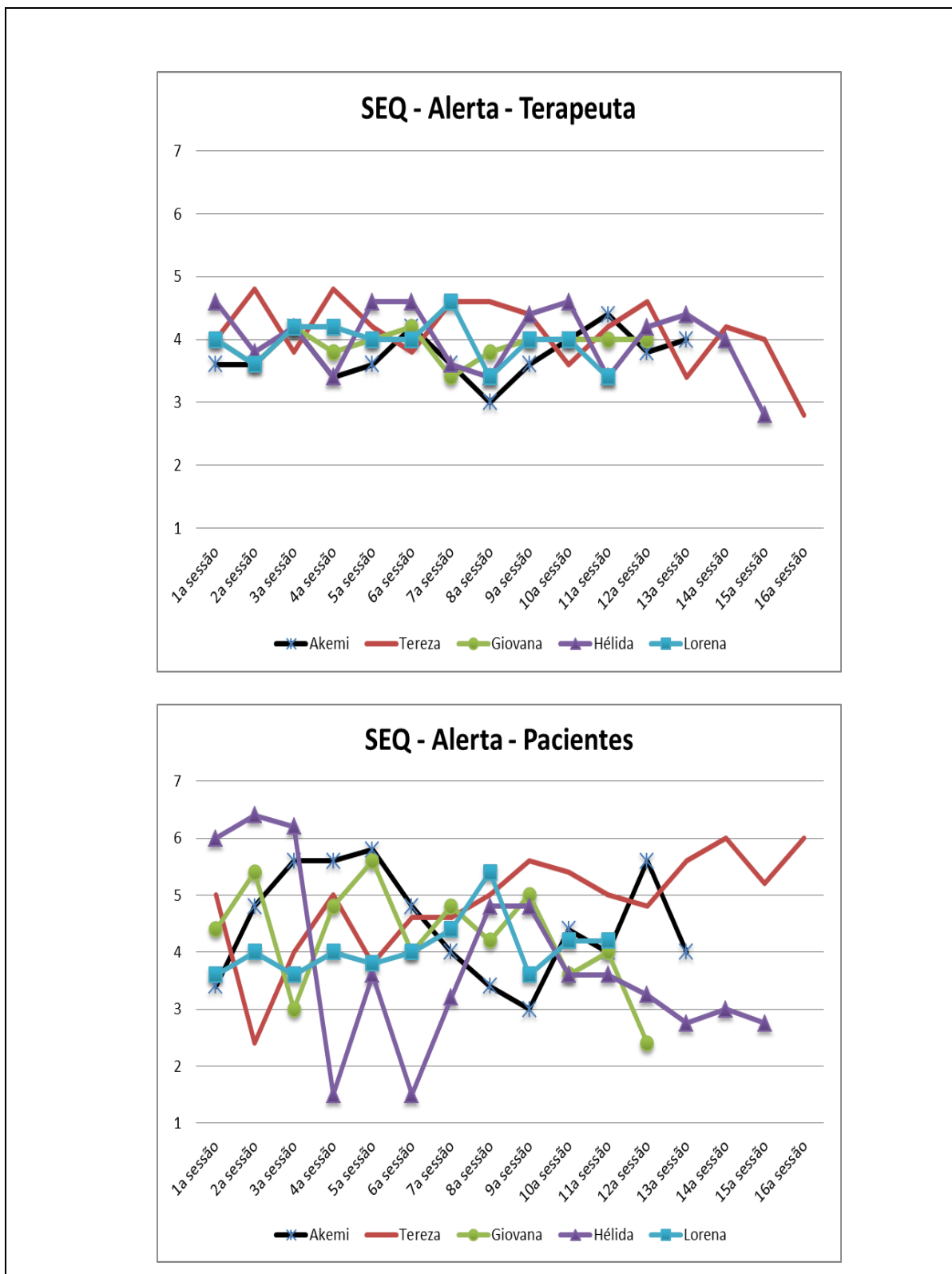
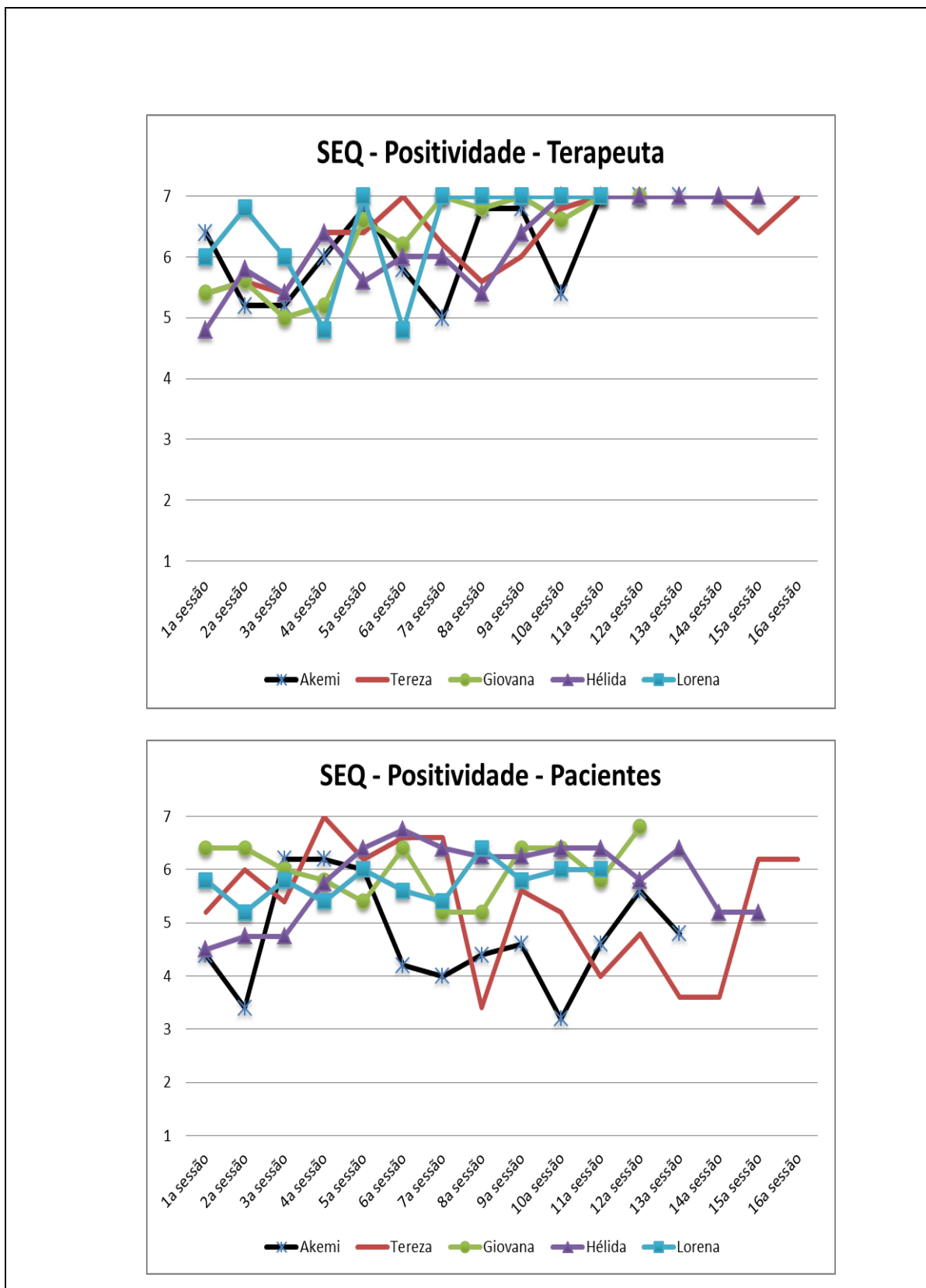


Figura 9 - Questionário de Avaliação de Sessão (SEQ); gráfico da escala Positividade para Terapeuta e Pacientes



## Capítulo IV - Conclusão

A seguir, encontram-se as considerações finais deste trabalho, uma avaliação de suas limitações e sugestões para pesquisas futuras.

Neste estudo concluiu-se que houve estabelecimento de aliança terapêutica em todos os casos, apesar de dificuldades explicitadas em alguns deles, como por exemplo no caso da Giovana (paciente 3), cujos atendimentos foram acelerados após interrupção de três semanas, devido a problemas na conexão de internet, de modo a que o processo terapêutico se adequasse ao prazo da pesquisa. Outro exemplo é o da Hélida, que assinalou menor concordância com os objetivos propostos no processo terapêutico no segundo momento de avaliação, sendo isso supostamente explicado pelo desejo dela por mais tempo de terapia. As avaliações das percepções das sessões e dos sentimentos evocados ao final também assinalam tendência favorável à interpretação de uma boa relação terapêutica ao longo do processo. Exceções podem ser compreendidas à luz de cada processo. Até mesmo as dificuldades experimentadas sinalizam que o processo de aliança terapêutica online ocorre de maneira muito semelhante ao que acontece em terapias presenciais.

Os processos terapêuticos online apresentaram indicativos de suavidade e profundidade na maior parte do tempo, tanto para pacientes quanto para a terapeuta, indicando que os atendimentos eram quase sempre agradáveis e confortáveis, embora fossem trabalhados conteúdos profundos e importantes para as pacientes, e sendo igualmente satisfatórios para a terapeuta. As pacientes apresentaram níveis de mobilização variável ao longo dos processos, oscilando entre em movimento e estacionadas (imóveis), calmas e agitadas, lentas e aceleradas, pacíficas e hostis, o que costuma ocorrer também nos atendimentos presenciais, a depender dos conteúdos explorados em cada encontro. A terapeuta, ao contrário, manteve-se mais estável no estado de mobilização. A maioria das pacientes assinalaram valores acima do ponto mediano para positividade, indicando que ao final das sessões se sentiam satisfeitas, definidas, com menos medo, tristeza e hostilidade. A terapeuta assinalou elevados índices de positividade em todos os casos, e em níveis crescentes ao longo de todos os atendimentos, expressando contentamento, satisfação,

sensação de segurança e espírito amigável em relação a todas as pacientes e todo o tempo dos atendimentos.

Ao avaliarem a experiência de psicoterapia online, a maioria das pacientes destacou praticidade e comodidade como características principais desse tipo de atendimento psicológico, pela possibilidade de o atendimento ser no conforto da própria casa, poder acontecer mesmo durante viagens, além de propiciar economia de tempo e dinheiro (gasto com combustível e estacionamento). As pacientes deste estudo demonstraram estar conscientes das limitações da psicoterapia online em casos de crise, o que apontam como sendo uma desvantagem. Algumas participantes destacaram a necessidade de haver qualidade nos equipamentos eletrônicos de comunicação e nas conexões de rede. Para a maioria delas, os aspectos mais desagradáveis da experiência foram os problemas com conexão. Embora a maioria dos processos terapêuticos tenham sido considerados incompletos dentro do período de 16 semanas de duração da pesquisa, todas as pacientes afirmaram ter obtido ganho com as sessões online, o que se coaduna com estudos de Luborsky (1994) e de Hill (2009) que associam bons resultados nos processos terapêuticos à boa aliança de trabalho. Melhoramentos no programa Skype e incentivo ao aperfeiçoamento da modalidade por meio da prática foram sugestões apresentadas por duas pacientes para que se possa realizar, no futuro, esse tipo de serviço psicológico com mais eficiência.

Para a terapeuta a experiência deixou claro que, em termos afetivos, os atendimentos online causam as mesmas emoções, sensações e aspirações, semelhantes receios e até frustrações similares às dos atendimentos online. Apesar disso, deve-se ter sempre em mente o seu caráter diferenciado, principalmente no tocante a escolha de técnicas auxiliares já consagradas como viáveis para a modalidade presencial, como por exemplo a Imaginação Ativa, recurso usado por analistas junguianos, assim como também ter cuidado com a clareza das comunicações, com a preservação da confidencialidade, qualidade das conexões, adotar idênticos cuidados e zelos com a aliança e com o *setting* terapêuticos e de observar e abster-se de atender pessoas que não se beneficiariam com o serviço e/ou em que não se afigure seguro atender a distância. Além disso, há que se atentar para o fato de que embora vetada no Brasil, a psicoterapia online vem sendo solicitada pelas pessoas e muitos profissionais têm interesse em utilizar os recursos dos avanços tecnológicos para facilitar o acesso a atendimentos psicológicos de pessoas



impedidas de serem atendidas na modalidade presencial por diferentes contingências, como também para evitar interrupções nos atendimentos durante viagens frequentes ou mudanças de cidade. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelam ser crescente o número de brasileiros que acessam a rede mundial de computadores para diferentes finalidades, o que exige das instâncias reguladoras do país a preocupação em reconhecer o surgimento de novas demandas da sociedade, sob o risco de, em se ignorando o crescimento do ciberespaço e do caráter irreversível da cibercultura, as demandas se imporem e provocarem a adoção de serviços mediados pela internet sem as devidas medidas protetivas e sem o necessário preparo dos profissionais. Sendo a cultura contemporânea marcada e delimitada pelas tecnologias digitais conectadas à rede mundial de computadores, a psicoterapia virtual está acontecendo, apesar das restrições, e não necessariamente em observância aos regulamentos existentes, forçando a necessidade de atualização por parte das instâncias reguladoras, na área da Psicologia como em todas as outras.

Os resultados deste estudo são coerentes com achados de pesquisas anteriores, principalmente dos Estados Unidos, onde a prática já vem sendo investigada a mais tempo e onde é autorizada, mas também de uma pesquisa feita no Brasil, na PUC de Campinas, pelo pesquisador Oliver Zancur Prado (2002), que registrou a formação de vínculo terapêutico em atendimentos realizados por email, isto é, em condição assíncrona. Outros resultados encontrados neste estudo foram registrados também por outros pesquisadores citados anteriormente, como os que envolvem riscos em situações de crise, cuidados com a confidencialidade, vantagens e desvantagens e a percepção de que existem muitas dimensões da psicoterapia online demandando estudos.

Pode-se apontar como limitação desta pesquisa o fato de não se poder fazer inferências quantitativas sobre os resultados, por envolver uma amostra pequena. As diferenças podem não ser significativas, mas qualitativamente pode-se observar as tendências favoráveis em relação às questões deste estudo. Tanto terapeuta quanto pacientes mostraram avaliações com foco e qualidade positiva na relação, suficientes para justificar a conclusão de que houve estabelecimento de aliança terapêutica em todos os casos, como dito acima. Além dessa, a situação da pesquisadora, que foi também a terapeuta, ou seja, uma posição desprovida de isenção que pode dar margem significativa a vieses diferentes da realidade. Mesmo quando se considera os resultados das pacientes,

que apresentam maior variabilidade em comparação com os resultados da terapeuta, não se pode ignorar o fato de que as pacientes estavam avaliando aspectos ligados à terapeuta que os atendia, sabendo que em algum momento ela veria as respostas delas. De um modo geral, as pessoas têm receio de julgar sendo identificadas, isto é, sabendo que suas opiniões serão ouvidas ou lidas, podendo ser até um receio de magoar.

Sugere-se que em estudos posteriores, mesmo em caso de amostra pequena, a avaliação das sessões seja feita por um avaliador externo ao processo terapêutico, que pode, por exemplo, assistir às sessões gravadas e analisar na condição de avaliador isento. Outra sugestão para futuras pesquisas no Brasil sobre psicoterapia online é o que já foi feito nos Estados Unidos por Cook & Doyle (2002): um estudo comparativo entre psicoterapia online e psicoterapia presencial, usando-se os mesmos protocolos e os mesmos instrumentos de avaliação e, de preferência, também nesta situação, com a participação de um avaliador externo.

## Referências

- American Counseling Association (ACA). Recuperado em 06 de maio de 2012, de <http://www.counseling.org/>. Alcázar, M.P. *El pensamiento teórico y crítico en tiempos de complejidad e incertidumbre en las ciencias de la comunicación*. Utopía y Praxis Latinoamericana, v.12 n°39: Maracaibo (Venezuela), 2007.
- Alves, L. *Educação a distância: conceitos e história no Brasil e no mundo*. Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2011. Recuperado em 23 de março de 2014, de [http://www.abed.org.br/revistacientifica/Revista\\_PDF\\_Doc/2011/Artigo\\_07.pdf](http://www.abed.org.br/revistacientifica/Revista_PDF_Doc/2011/Artigo_07.pdf).
- Anatel, 2014. Recuperado em 25 de março de 2014, de [http://www.anatel.gov.br/Portal/documentos/sala\\_imprensa/6-2-2014--13h14min11s-Divulgacao\\_Indicadores\\_Dezembro\\_2013\\_FINAL.pdf](http://www.anatel.gov.br/Portal/documentos/sala_imprensa/6-2-2014--13h14min11s-Divulgacao_Indicadores_Dezembro_2013_FINAL.pdf).
- Anthony, A.; Nagel, D.M. *Therapy Online: a practical guide*. Washington (EUA): Sage, 2010.
- American Psychological Association (APA). Recuperado em 27 de julho de 2012, de <http://www.apa.org/ethics/education/telephone-statement.aspx>
- Barak, A., Klein, B., Proudfoot, J. G. *Defining Internet-Supported Therapeutic Interventions*. Society of Behavioral Medicine, Milwaukee (EUA), 1-17, 2009.
- Barnett, J. E., Scheetz, K. *Technological advances and telehealth: ethics, law, and the practice of psychotherapy*. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* Educational Publishing Foundation, Washington (EUA), Vol. 40, N° 1/2, 86–93, 2003,
- Barrientos, G. *¿Es ético realizar psicoterapia en el ciberespacio?* *Revista Psicología Científica.Com*. Chile, 2003. Recuperado em 01 de maio de 2012, de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-140-1-es-etico-realizar-psicoterapia-en-el-ciberespacio.html>.
- BBS.CA.GOV (Board of Behavioral Sciences) – Disponível em [http://www.bbs.ca.gov/consumer/consumer\\_psych\\_online.shtml](http://www.bbs.ca.gov/consumer/consumer_psych_online.shtml). acesso em 05/05/2012
- Callegaro, J. B., Nunes, M. L. T. *O Sujeito/Pesquisador na Pesquisa em Psicologia Clínica*. Revista eletrônica Psicologia Argumento, 26 (52): 47-54, Paraná, jan. 2008.
- Conselho Federal de Psicologia (CFP). Resolução 011/2012. Recuperado em em 08 de maio de 2014, de [http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Resoluxo\\_CFP\\_nx\\_011-12.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Resoluxo_CFP_nx_011-12.pdf)
- CFP/selo. Recuperado em 08 de maio de 2014, de <http://selo.cfp.org.br/credenciamento/Cartilha.pdf>

- Cook, J., & Doyle, C. *Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: preliminary results*. *Cyberpsychology & Behavior*, Nova York (EUA), Vol. 5, nº 2, 2002.
- Drude, K. & Lichstein, M. *Psychologists Use of E-mail with Clients: Some Ethical Considerations*. *The Ohio Psychologist*, pages 13-17, 2005.
- Esparcia, A. J. *La psicología de Internet y La psicología en Internet. Regulación deontológica y ética de la intervención psicológica a través de Internet*. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 8, n. 12, p. 11-23, dez. 2002.
- Esparcia, A. J. *La Psicología de internet y la psicología em internet. Regulación deontológica y ética de la intervención psicológica a través de internet*. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte (MG), v. 8 nº 12, p. 11-23, 2002.
- Farah, R. M. *Congresso Psicologia On-Line São Paulo 2011: Discutindo as Dimensões do Atendimento Psicológico a Distância*. CRP/SP, 2011. Gravação completa do evento. Recuperado em 04 de dezembro de 2011, de [http://www.crsp.org.br/portal/comunicacao/webtv\\_2011\\_10\\_06\\_1/webtv\\_2011\\_10\\_06\\_1.html](http://www.crsp.org.br/portal/comunicacao/webtv_2011_10_06_1/webtv_2011_10_06_1.html)
- Fingfeld, D. L. *Psychotherapy in Cyberspace*. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, Virgínia (EUA), agosto, 1999.
- Fisher, C. B., Fried, A.L. *Internet-mediated Psychological Services and The American Psychological Association Ethics Code*. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, Educational Publishing Foundation, Washington (EUA), vol. 40, Nº 1/2, 103–111, 2003.
- Fortim, I. *O Orkut na Clínica e a Relação Terapeuta-paciente*, in *Produções do III psicoinfo e II jornada do NPPI*. CRP/SP, 1ª edição: CRP/SP, 2006. Recuperado em 06 de abril de 2014, de [http://www.academia.edu/3713118/O\\_orkut\\_na\\_clinica\\_e\\_a\\_relacao\\_terapeuta\\_paciente](http://www.academia.edu/3713118/O_orkut_na_clinica_e_a_relacao_terapeuta_paciente),
- Gackenbah, J. *Psychology and Internet: intrapersonal, interpersonal and transpersonal implications*. 2ª Ed. Califórnia (EUA): Elsevier Inc., 2007.
- Greenson, R. R. (1981). *A Técnica e a Prática da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Hill, C. E. & Knox, S. *Processing the Therapeutic Relationship*. Marquette University e-Publications@Marquette (Wisconsi-EUA), 2009. Recuperado em 29 de julho de 2012, de [http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1029&context=edu\\_fac](http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1029&context=edu_fac)
- Horvath, A. O. *Empirical validation of Bordin's Pantheoretical Model of the Alliance: The working alliance inventory perspective*. In A. O. Horvath, & L. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice*. (pp. 85 – 108). Nova York: John Wiley & Sons, 1994.
- Horvath, A. O. & Greenberg, L. *Development and validation of the Working Alliance Inventory*. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 438-448, 1989.

- Horvath, A. O. & Symonds, B. D. *The relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis*. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149, 1991
- Horvath, A. O. *Inventory Working Alliance (WAI)*. Recuperado em 27 de novembro de 2013, de <http://wai.profhorvath.com/history>.
- Horvath, A. O., *Scoring Key for the WAI*. Recuperado em 23 de março de 2014, de <http://wai.profhorvath.com/sites/default/files/upload/WAI%28Key%29.pdf>.
- IBGE, 2009. Site oficial. Recuperado em 05 de dezembro de 2011, de [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1517](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1517)
- IBGE, 2010. Site oficial. Recuperado em 11 de dezembro de 2011, de [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1708](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1708)
- ISMHO - Site *International Society for Mental Health Online*. Recuperado em 02 de dezembro de 2011, de <https://www.ismho.org/home.asp>
- ISMHO - Site *International Society for Mental Health Online*. Recuperado em 06 de maio de 2012, de <https://www.ismho.org/bylaws.asp>
- Jung, C. G. (1991). *A Prática da Psicoterapia*. (Appy, M.L., trad.) Petrópolis: Vozes.
- Jung, C. G. (2004). *Fundamentos de Psicologia Analítica*. (Araceli Elman, trad. ). Petrópolis: Vozes.
- Lehavot, K., Barnett, J.E.; Powers, D. *Psychotherapy, Professional Relationships, and Ethical Considerations in the MySpace Generation*. *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 41, No. 2, 160–166, 2010.
- Levisky, R. B., SILVA, M. C. R. S. *A invasão das novas formas de comunicação no setting terapêutico: Vínculo*, vol.07 n°1, São Paulo, junho de 2010. Recuperado em 03 de abril de 2014, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-24902010000100008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902010000100008)
- Lévy, P. *Cibercultura*. Editora 34: São Paulo, 1999.
- Looi, J. e Raphael, B. *Reflections on therapy in the era of the internet*. *Australian Psychiatry*, vol. 15 n° 4, 2007.
- Looi, Jeffrey. *Reflections on therapy in the era of the internet*. *Australasian Psychiatry*, Nova Zelândia, Vol.15, n° 4, August, 2007.
- Luborsky, L. *Therapeutic Alliances as Predictors of Psychotherapy Outcomes: Factors Explaining the Predictive Success*. In *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice*, Capítulo 2; Edited by Adam O. Horvath and Lesle S. Greenberg. New York (EUA), Editora John Wiley & Sons, 1994. Recuperado em 28 de outubro de 2012, de [http://www.public.iastate.edu/~hd\\_fs.591m/Reading%20Packet/Luborsky%20%281994%29.Alliance.pdf](http://www.public.iastate.edu/~hd_fs.591m/Reading%20Packet/Luborsky%20%281994%29.Alliance.pdf)

- Midkiff, D. M. & Wyatt, W. J. *Ethical Issues in the Provision of Online Mental Health Services (Etherapy)*. Journal of Technology in Human Services, vol. 26(2/4), EUA, 2008.
- Manhal-Baugus, M. *E-Therapy: Practical, Ecthical and Legal Issues*. Cyber Psychology & Behavior, volume 4, número 5, Geórgia (EUA), 2001.
- Manhal-Baugus, M. *E-Therapy: Practical, Ethical, and Legal Issues*. Cyberpsychology & Behavior, Mary Ann Liebert, Inc. Volume 4, Number 5, 2001.
- Midkiff, D. M., Wyatt, W. J. *Ethical Issues in the Provision of Onhne Mental Health Services (Etherapy)*. Journal of Technology in Human Services, Vol. 26(2/4), 2008.
- NPPI/PUC-SP: Núcleo de Pesquisas da Psicologia em informática da Pontifícia Universidade de São Paulo. Recuperado em 22 de março de 2014, de [http://www.pucsp.br/nppi/orientacao\\_email.html](http://www.pucsp.br/nppi/orientacao_email.html)
- OCD Center of Los Angeles. Recuperado em 05 de maio de 2012, de <http://www.ocdla.com/telephone-online-therapy-ocd-anxiety.html>
- Peres, R. S. *Aliança terapêutica em psicoterapia de orientação psicanalítica: aspectos teóricos e manejo clínico*. Estudos em Psicologia (Campinas) vol.26 nº3, Campinas, Julho/Setembro/2009. Recuperado em 30 de abril de 2012, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2009000300011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2009000300011)
- Prado, O.Z. *Terapia Via Internet e Relação Terapêutica*. PUC-SP, 2002.
- Prado, Oliver Zancur e Meyer, Sonia Beatriz. *Avaliação da relação terapêutica na terapia assíncrona via internet*. Psicologia em Estudo, vol.11, no.2, p.247-257, 2006.
- Produções do III Psicoinfo e II jornada do NPPI*. Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, 1ª edição: CRP/SP, 2006.
- Ragusea, A. S. & Creek, L.V. *Suggestions for the Ethical Practice of Online Psychotherapy*. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, Educational Publishing Foundation, Washington (EUA), vol. 40, No. 1/2, 94–102; 2003.
- Ramos, M. A. F. *Análise das Características Psicométricas da Versão Portuguesa do Working Alliance Inventory - Short Revised*. Minho (Portugal), Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, 2008 (tese de mestrado). Recuperado em 29 de março de 2014, de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/8895/1/tese%20final.pdf>
- Rochlen, A. B. & Zack, J. S. *Online Therapy: Review of Relevant Definitions, debates, and current empirical support*. Journal of clinical psychology, vol. 60(3), 269–283, 2004.
- Sbardelotto, M. “*E o Verbo se fez bit*”: Uma análise da experiência religiosa na internet. Ed. Instituto Humanitas Unisinos Cadernos IHU: Rio Grande do Sul, Ano 9, Nº 35, 2011.
- SEQ/STILLES, William B. Recuperado em 22 de março de 2014, de [http://www.users.miamioh.edu/stileswb/session\\_evaluation\\_questionnaire.htm](http://www.users.miamioh.edu/stileswb/session_evaluation_questionnaire.htm)visitado

Sifneos, P. *Psicoterapia Breve Provocadora de Ansiedade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

UIT, 2014. Recuperado em 25 de março de 2014, de [http://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Documents/publications/mis2013/MIS2013\\_without\\_Annex\\_4.pdf](http://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Documents/publications/mis2013/MIS2013_without_Annex_4.pdf)

UIT, 2011. Recuperado em 25 de março de 2014, de <http://www.onu.org.br/novo-relatorio-da-uit-revela-dados-atualizados-sobre-precos-e-acesso-da-populacao-as-tics/>

Zimerman, D. *Fundamentos Psicanalíticos*, Artmed, Porto Alegre, 1999.

Zur Institute – *Innovative Resources and Online Continuing Education*. Recuperado em 05 de maio de 2012, de [http://www.zurinstitute.com/skype\\_telehealth.html](http://www.zurinstitute.com/skype_telehealth.html)

## **ANEXOS**

Anexo 1- Questionário sócio-demográfico

Anexo 2: Questionário de anamnese

Anexo 3: WAI Terapeuta (WAI-T)

Anexo 4: WAI Paciente (WAI-C)

Anexo 5: SEQ

Anexo 6: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Anexo 7: Termo de Compromisso com a Confidencialidade

Anexo 8: Pedindo a colaboração de colegas

Anexo 9: Questionário final

Anexo 10: Dados do CFP (email)

Anexo 11: Dados do IBGE (email)