

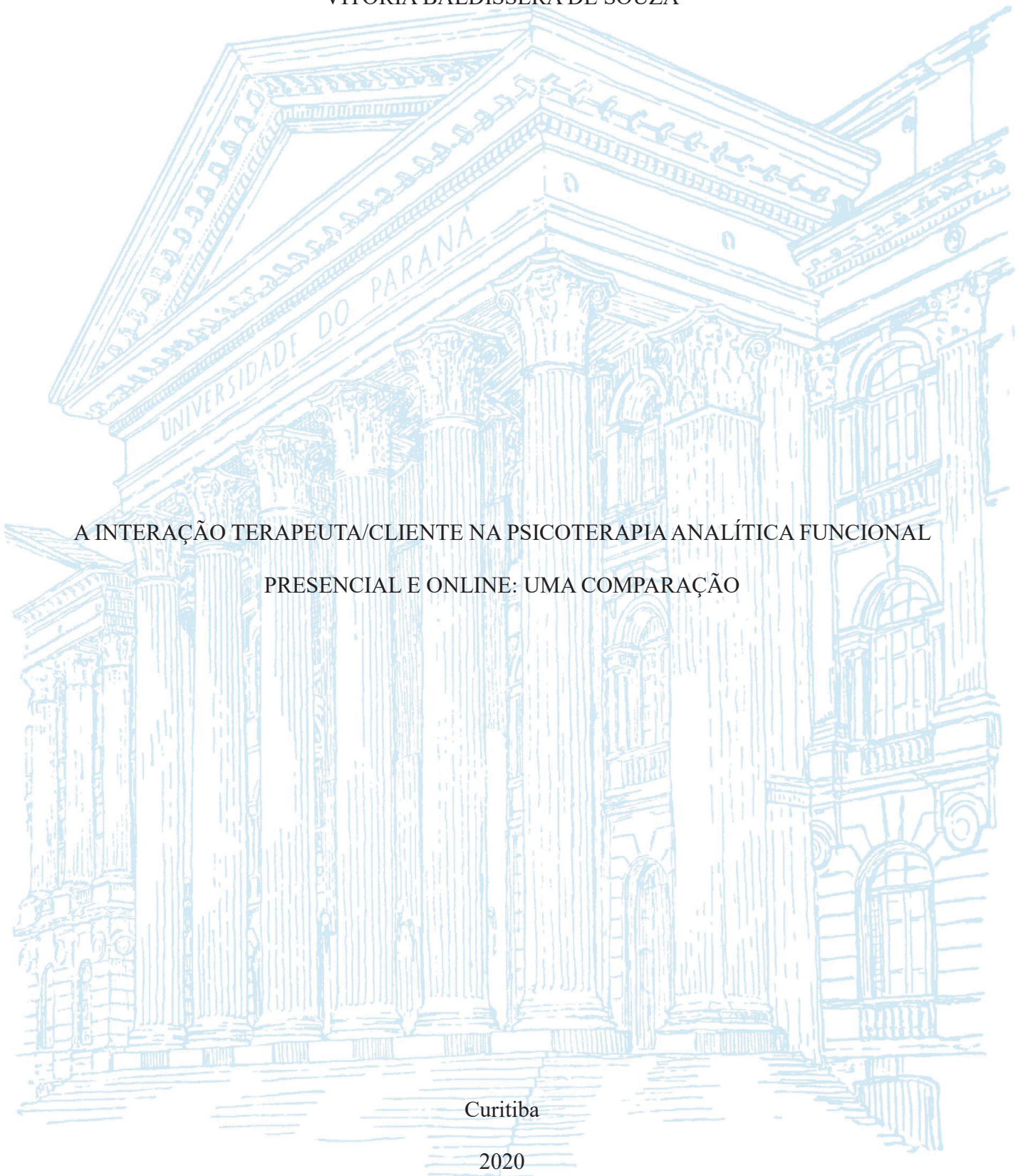
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

VITÓRIA BALDISSERA DE SOUZA

A INTERAÇÃO TERAPEUTA/CLIENTE NA PSICOTERAPIA ANALÍTICA FUNCIONAL
PRESENCIAL E ONLINE: UMA COMPARAÇÃO

Curitiba

2020



VITÓRIA BALDISSERA DE SOUZA

A INTERAÇÃO TERAPEUTA/CLIENTE NA PSICOTERAPIA ANALÍTICA FUNCIONAL
PRESENCIAL E ONLINE: UMA COMPARAÇÃO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, do Setor de Ciências Humanas, da Universidade Federal do Paraná como um dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof^a Dra Jocelaine Martins da Silveira

Curitiba

2020

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS/UFPR –
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS HUMANAS COM OS DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Fernanda Emanoéla Nogueira – CRB 9/1607

Souza, Vitória Baldissera de

A interação terapeuta cliente na psicoterapia analítica funcional presencial e online : uma comparação. / Vitória Baldissera de Souza. – Curitiba, 2020.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Setor de Ciências Humanas da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora : Profª. Drª. Jocelaine Martins da Silveira

1. Psicoterapia pela internet. 2. Psicoterapia online. 3. Psicologia junguiana. 4. Psicoterapeuta e paciente. I. Silveira, Jocelaine Martins da. II. Título.

CDD – 616.8914



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PSICOLOGIA -
40001016067P0

ATA Nº208

ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE MESTRADO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM PSICOLOGIA

No dia oito de abril de dois mil e vinte às 09:00 horas, na sala por meio de transmissão ao vivo pela plataforma digital Rede Nacional de Pesquisa (RNP), conforme determinações da Portaria nº36/2020 da CAPES, da Portaria nº754/2020 da UFPR e das recomendações da Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação da UFPR (PRPPG), foram instaladas as atividades pertinentes ao rito de defesa de dissertação da mestranda VITÓRIA BALDISSERA DE SOUZA, intitulada: **A INTERAÇÃO TERAPEUTICA/CLIENTE NA PSICOTERAPIA ANALÍTICA FUNCIONAL PRESENCIAL E ONLINE: UMA COMPARAÇÃO**, sob orientação da Profa. Dra. JOCELAINE MARTINS DA SILVEIRA. A Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Paraná em PSICOLOGIA, foi constituída pelos seguintes Membros: JOCELAINE MARTINS DA SILVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), ANA PAULA VIEZZER SALVADOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), LUZIANE DE FÁTIMA KIRCHNER (UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO). A presidência iniciou os ritos definidos pelo Colegiado do Programa e, após exarados os pareceres dos membros do comitê examinador e da respectiva contra argumentação, ocorreu a leitura do parecer final da banca examinadora, que decidiu pela **APROVAÇÃO**. Este resultado deverá ser homologado pelo Colegiado do programa, mediante o atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca dentro dos prazos regimentais definidos pelo programa. A outorga de título de mestre está condicionada ao atendimento de todos os requisitos e prazos determinados no regimento do Programa de Pós-Graduação. Nada mais havendo a tratar a presidência deu por encerrada a sessão, da qual eu, JOCELAINE MARTINS DA SILVEIRA, lavrei a presente ata, que vai assinada por mim e pelos demais membros da Comissão Examinadora.

CURITIBA, 08 de Abril de 2020.

Assinatura Eletrônica

13/04/2020 09:59:19.0

JOCELAINE MARTINS DA SILVEIRA

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

09/04/2020 16:20:01.0

ANA PAULA VIEZZER SALVADOR

Avallador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

09/04/2020 18:31:12.0

LUZIANE DE FÁTIMA KIRCHNER

Avallador Externo (UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PSICOLOGIA -
40001016067P0

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de VITÓRIA BALDISSERA DE SOUZA intitulada: **A INTERAÇÃO TERAPEUTA/CLIENTE NA PSICOTERAPIA ANALÍTICA FUNCIONAL PRESENCIAL E ONLINE: UMA COMPARAÇÃO**, sob orientação da Profa. Dra. JOCELAINE MARTINS DA SILVEIRA, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 08 de Abril de 2020.

Assinatura Eletrônica

13/04/2020 09:59:19.0

JOCELAINE MARTINS DA SILVEIRA

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

09/04/2020 16:20:01.0

ANA PAULA VIEZZER SALVADOR

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

09/04/2020 18:31:12.0

LUZIANE DE FÁTIMA KIRCHNER

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO)

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Jocelaine Martins da Silveira, por todo o carinho, dedicação e orientação.

Às minhas colegas e amigas do mestrado, Ana Paula, Angélica, Marjorie, Elisa, Mariana e especialmente Maria Fernanda, por todo o apoio e ajuda quando necessários.

Às participantes e aos colaboradores da pesquisa, sem eles, nada disso seria possível.

À CAPES, pelo auxílio financeiro em todo o processo do mestrado.

RESUMO

A psicoterapia por intermédio da internet tem sido cada vez mais solicitada e realizada no mundo, graças aos avanços tecnológicos e ao aumento do acesso à internet ao âmbito global. No entanto, a prática desta modalidade de psicoterapia é muito recente no Brasil, ao contrário de países como Estados Unidos e Austrália, que já contam com estudos e periódicos sobre provisão de saúde física e mental de forma online desde os anos 2000. O presente estudo objetivou comparar a frequência de categorias da interação terapeuta/cliente entre sessões semanais presenciais e sessões semanais via Skype, e outras instâncias desta interação entre estas modalidades, a partir de um tratamento baseado na Psicoterapia Analítica Funcional (FAP). Duas participantes foram selecionadas e foi utilizado o delineamento quase-experimental de sujeito único de multitratamento A-B-BC-B'-BC' (linha de base, FAP presencial e FAP online, com repetição de ambas as últimas fases). Junto a isto, foram verificados os resultados do processo psicoterapêutico e como terapeuta e clientes avaliaram a qualidade das sessões presenciais e online. Como resultados, as participantes apresentaram melhora clínica e o processo psicoterapêutico de ambas pareceu estar mais sensível ao tempo de tratamento, e não do setting terapêutico, conforme indicam os dados. Portanto, a psicoterapia online é uma opção viável de fazer psicoterapia, desde que sejam tomadas as devidas precauções.

Palavras-chave: Psicoterapia online; Psicoterapia via internet; Telepsicologia; Telepsicoterapia; Psicoterapia Analítica Funcional.

ABSTRACT

Psychotherapy through the internet has been increasingly requested and carried out worldwide, thanks to technological advances and the increase in internet access at the global level. However, the practice of this type of psychotherapy is very recent in Brazil, in contrast to countries like the United States and Australia, which already have studies and journals on the provision of physical and mental health online since the 2000s. The present study aimed to compare the frequency of categories of the therapist/client interaction between weekly face-to-face sessions and weekly sessions via Skype, and other instances of this interaction between these modalities, following a treatment based on Functional Analytical Psychotherapy (FAP). Two participants were selected and the quasi-experimental, single-subject, multi-treatment design A-B-BC-B'-BC' (baseline, face-to-face FAP and online FAP, with repetition of both last phases) was used. Along with this, the results of the psychotherapeutic process were verified and how the therapist and clients evaluated the quality of the face-to-face and online sessions. As a result, the participants showed clinical improvement and the psychotherapeutic process of both seemed to be more sensitive to the time of treatment, and not to the therapeutic setting, as indicated by the data. Therefore, online psychotherapy is a viable option for psychotherapy, as long as the necessary precautions are taken.

Keywords: Online psychotherapy; Internet psychotherapy; Telepsychology; Telepsychotherapy; Functional Analytical Psychotherapy.

Apresentação

Pela minha experiência clínica, a demanda pela psicoterapia online é antiga e psicólogos já vinham prestando este serviço de maneira informal junto com a evolução da comunicação remota, devido às facilidades promovidas pelas tecnologias. Os atendimentos consistiam em transpor uma psicoterapia tradicional para o meio virtual, sem considerar possíveis variáveis que poderiam interferir no processo, nos resultados e na relação terapêutica. Bastava o cliente solicitar este tipo de atendimento – seja por mudança de cidade ou por motivo de saúde e por não desejar trocar de profissional – que o psicólogo correspondia, pois geralmente a psicoterapia já tinha tido início de forma presencial e o vínculo terapeuta/cliente já estava bem desenvolvido. No entanto, isto era feito sem o consentimento do Conselho Federal de Psicologia (CFP), que proibia a prática até recentemente e era comum a classe profissional se queixar que a entidade não respondesse como proceder quando tal demanda surgia. Ao mesmo tempo, parece que havia e ainda há uma resistência por parte dos psicólogos – acadêmicos e profissionais – sobre a viabilidade e eficácia da psicoterapia online, gerando preconceitos que desestimulam a prática e a pesquisa.

Apesar de a atual resolução do CFP sobre atendimento psicológico online possibilitar que qualquer psicólogo atenda clientes que o solicitarem (Resolução N° 011/2018), o texto não oferece orientações sobre como prestar este tipo específico de serviço e quais precauções poderiam ser tomadas, talvez pela quantidade limitada de estudos nacionais acerca do tema que poderiam embasar essas instruções. Em contrapartida, países como Estados Unidos e Austrália já contam com estudos e periódicos sobre provisão de saúde física e mental de forma online desde os anos 2000.

A impressão é de que anteriormente, o CFP proibia uma prática com alta demanda pela população, que já estava sendo feita informalmente e com evidências a favor de sua eficácia.

Parecia que a autarquia estava desatualizada e descolada da realidade. Por outro lado, atualmente, a liberação da psicoterapia online foi praticamente total, apenas proibida em situações específicas, sem considerar particularidades da modalidade e sem orientações técnicas sobre a prestação deste serviço – especialmente em relação à segurança dos dados. Afinal, algumas dúvidas permanecem (que aparentemente também não foram respondidas pela literatura anglo-saxã) e elas não podem ser ignoradas no momento em que o psicólogo considera oferecer este serviço: há alguma população não recomendada para a psicoterapia online? É viável realizar psicoterapia de casal, familiar ou infantil por meio da internet? Para além do aspecto tecnológico, quais são as diferenças entre uma psicoterapia presencial e uma online? É possível afirmar que uma seja melhor que a outra de maneira geral ou em situações específicas? Existe o risco de a modalidade online dificultar ainda mais a generalização para fora do consultório, principalmente em casos que necessitam enfrentamento? O quanto terapeuta e cliente devem ter conhecimento sobre tecnologias? Quais particularidades da psicoterapia online o psicólogo deve estar atento durante o atendimento? Enfim, são várias as perguntas e apenas um estudo não daria conta de respondê-las.

Deste modo, pelo menos no Brasil, cabe à comunidade acadêmica brasileira fornecer estas informações à população profissional e leiga de seu país. Posto isto, o presente estudo visa incentivar a produção acadêmica sobre a psicoterapia online e contribuir para as decisões éticas e de intervenção de futuros profissionais e para a literatura do tema. Esta dissertação tem como objetivo comparar a quantidade de categorizações de comportamentos do cliente e do terapeuta em uma sessão presencial e uma sessão online de psicoterapia, assim como outras instâncias da relação psicoterapêutica e como cada membro da díade avalia a qualidade de cada sessão.

Serão apresentados as legislações acerca do atendimento psicoterapêutico online, a situação atual das pesquisas sobre o tema, um breve histórico desta modalidade de psicoterapia

e o debate sobre esta prática, as vantagens e as desvantagens da psicoterapia online, e os dados de pesquisas internacionais que demonstram sua viabilidade e eficácia. Além do objetivo principal desta pesquisa, também foi investigado se houve alterações significativas nas respostas de escalas de resultado, demonstrando se houve melhoras dos clientes participantes nas duas modalidades de sessão de psicoterapia. Por fim, foram verificadas as avaliações do terapeuta e dos clientes sobre a qualidade de cada sessão no decorrer do processo psicoterapêutico – os resultados e discussão destes aspectos serão apresentados no final do texto.

Embora esta dissertação de mestrado apresente apenas alguns aspectos desta modalidade psicoterapêutica e tenha algumas limitações, espera-se que contribua para profissionais e acadêmicos que tenham interesse pela área – seja para atender de forma ética e baseada em evidências ou para continuar pesquisando o tema.

Lista de Figuras

Figura 1: Sequência geral dos procedimentos nas condições A-B-BC-B'-BC'	54
Figura 2: Procedimentos e instrumentos aplicados em cada sessão nas clientes participantes	64
Figura 3: Frequência absoluta e linha de tendência por média móvel, a partir da introdução da condição de FAP presencial, dos comportamentos clinicamente relevantes (CRB1, CRB2 e CRB3) de Amanda e de Sheila ao longo das quinze sessões e fases da pesquisa	67
Figura 4: Frequência absoluta e linha de tendência por média móvel, a partir da introdução da condição de FAP presencial, das evocações da terapeuta (ERBs) com Amanda e com Sheila ao longo das quinze sessões e fases da pesquisa	70
Figura 5: Frequência absoluta e linha de tendência por média móvel, a partir da introdução da condição de FAP presencial, das respostas efetivas da terapeuta (TRBs) aos CRBs emitidos por Amanda e por Sheila ao longo das quinze sessões e fases da pesquisa	72
Figura 6: Frequência absoluta e linha de tendência por média móvel, a partir da introdução da condição de FAP presencial, das perdas de oportunidades de responder efetivamente da terapeuta (Ms) aos CRBs emitidos por Amanda e por Sheila ao longo das quinze sessões e fases da pesquisa	75
Figura 7: Escores do BDI-II pré e pós-intervenção, respondido por Amanda	82
Figura 8: Escores do LSAS pré e pós-intervenção, respondido por Amanda	83
Figura 9: Escores do BDI-II pré e pós-intervenção, respondido por Sheila	83
Figura 10: Escores do LSAS pré e pós-intervenção, respondido por Sheila	84
Figura 11: Significância Clínica (SC) e Índice de Mudança Confiável (IMC) das participantes com os resultados do BDI-II	85
Figura 12: Significância Clínica (SC) e Índice de Mudança Confiável (IMC) das participantes com os resultados do LSAS	87
Figura 13: Nível de profundidade das sessões avaliado por Amanda e por Sheila, separado entre as duas condições: presencial e online	89
Figura 14: Nível de complacência das sessões avaliado por Amanda e por Sheila, separado entre as duas condições: presencial e online	91
Figura 15: Nível de positividade das sessões avaliado por Amanda e por Sheila, separado entre as duas condições: presencial e online	93

Figura 16: Nível de excitação das sessões avaliado por Amanda e por Sheila, separado entre as duas condições: presencial e online	95
Figura 17: Nível de profundidade das sessões de Amanda e de Sheila, avaliado pela terapeuta e separado entre as duas condições: presencial e online	97
Figura 18: Nível de complacência das sessões de Amanda e de Sheila, avaliado pela terapeuta e separado entre as duas condições: presencial e online	99
Figura 19: Nível de positividade das sessões avaliado pela terapeuta durante os atendimentos com Amanda e com Sheila, separado entre as duas condições: presencial e online	101
Figura 20: Nível de excitação das sessões com Amanda e com Sheila avaliado pela terapeuta, separado entre as duas condições: presencial e online	103

Lista de Apêndices

Apêndice A: Roteiro para telefonema para seleção dos participantes de pesquisa

Apêndice B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Apêndice C: Instruções para a instalação do *Kaspersky Internet Security*

Apêndice D: Checklist para a sessão de habituação

Apêndice E: Lista de códigos para sessão de psicoterapia online

Apêndice F: Ficha de conceituação de caso da FAP de Amanda

Apêndice G: Ficha de conceituação de caso da FAP de Sheila

Apêndice H: Análise de probabilidade transicional, entre os códigos da FAPRS, das sessões presenciais com Amanda

Apêndice I: Análise de probabilidade transicional, entre os códigos da FAPRS, das sessões online com Amanda

Apêndice J: Análise de probabilidade transicional, entre os códigos da FAPRS, das sessões presenciais com Sheila

Apêndice K: Análise de probabilidade transicional, entre os códigos da FAPRS, das sessões online com Sheila

Apêndice L: Termo de compromisso (para transcritores e categorizadores)

Lista de Anexos

Anexo 1: *Escala de Fobia Social de Liebowitz (LSAS)*

Anexo 2: *Session Evaluation Questionnaire (SEQ)*

Anexo 3: *FAP Case Conceptualization Form*

Anexo 4: *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS)* - Lista de códigos do cliente

Anexo 5: *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS)* - Lista de códigos do terapeuta

Sumário

Introdução	18
A psicoterapia online	19
A legislação brasileira sobre a prática da psicoterapia online	25
Situação atual das pesquisas sobre a psicoterapia online.....	30
Questões acerca da psicoterapia online.....	32
Vantagens da psicoterapia online.....	33
Desvantagens da psicoterapia online	35
Dados sobre a eficácia da psicoterapia online	36
Dados acerca do processo e relação psicoterapêuticos	43
Problema de pesquisa.....	46
A Psicoterapia Analítica Funcional (FAP)	47
Objetivo geral.....	50
Objetivos específicos	51
Método	51
Participantes.....	51
Colaboradores	52
Aspectos éticos.....	52
Local	53
Delineamento de pesquisa.....	53
Ambiente e equipamentos.....	54

Instrumentos.....	55
Procedimentos.....	57
Coleta de dados.....	60
Análise de dados.....	65
Resultados.....	66
FAPRS.....	66
BDI-II e LSAS.....	81
Aplicação do Método JT.....	85
SEQ.....	88
Discussão.....	104
Considerações finais.....	116
Referências.....	119
APÊNDICES.....	126
ANEXOS.....	151

A psicoterapia por intermédio da internet tem sido cada vez mais solicitada e realizada no mundo, graças aos avanços tecnológicos e ao aumento do acesso à internet ao âmbito global (Pieta & Gomes, 2014; Pieta, Siegmund, Gomes, & Gauer, 2015; Rodrigues, 2014; Rodrigues & Tavares, 2016; Siegmund, Janzen, Gomes, & Gauer, 2015; Ulkovski, Silva, & Ribeiro, 2017). Nos Estados Unidos, a psicoterapia online já é uma prática bem consolidada, comumente chamada de *Telepsychotherapy* ou *Telepsychology* (Telepsicoterapia e Telepsicologia, respectivamente, em tradução livre). A Associação Americana de Psicologia (APA, da sigla em inglês) estabeleceu diretrizes para os psicólogos que oferecem esses serviços, em 2013.

O Brasil tem grande potencial em seguir a tendência estadunidense. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018), 74,9%, dos brasileiros tem acesso à internet em suas casas, ou seja, mais da metade da população nacional. De acordo com o Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (2018), 60% dos usuários brasileiros da internet realizaram pesquisa de preços de produtos ou serviços em sites, e 34% efetivamente compraram algum produto ou contrataram algum serviço em websites. Além disto, já existem serviços de orientação psicológica e psicoterapia online oferecidos por sites brasileiros.

No entanto, a prática desta modalidade de psicoterapia é muito recente no Brasil, de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Psicologia (CFP) N°011/2018, publicada em maio de 2018¹. Anteriormente, a oferta de psicoterapia online era proibida, com apenas alguns

¹ Posteriormente à entrega desta dissertação, o CFP lançou a Resolução N°04/2020, em que suspende temporariamente os parágrafos da Resolução CFP N°011/2018 referentes às situações em que os serviços psicológicos prestados de forma online são vedados, por conta da pandemia do COVID-19 e das orientações dos órgãos de saúde para manter o distanciamento social.

tipos de serviços específicos autorizados, como seleção de pessoal. A Resolução atual revoga as disposições em contrário de resoluções anteriores, em especial a Resolução CFP N°011/2012 (Resolução CFP N°011/2018). Além disto, a psicoterapia online pode ser feita em caráter experimental.

Todavia, a resolução não oferece orientações sobre como prestar este tipo específico de serviço e quais precauções poderiam ser tomadas, talvez pela quantidade limitada de estudos nacionais acerca do tema que poderiam embasar essas instruções. Ao contrário dos Estados Unidos e outros países anglo-saxões, que possuem um corpo de pesquisas sobre psicoterapia mediada por tecnologias desde os anos 2000.

O presente texto expõe diversas questões referentes à psicoterapia online, começando pela sua definição, legislação estadunidense e brasileira. A seguir, a situação atual das pesquisas acerca do tema, um breve histórico e o debate sobre esta prática, as vantagens e as desvantagens da psicoterapia online, e os dados que investigam sua eficácia. São apresentados o problema de pesquisa, o objetivo geral e os específicos, os procedimentos utilizados e, por fim, os resultados e discussão desta pesquisa.

A psicoterapia online

A prática clínica online pode ser definida como o uso de qualquer tecnologia para a realização de diálogos terapêuticos à distância, como psicoterapia e supervisão (Maheu, 2003). Teve início na Guerra Fria, com a expansão da internet (Karray, Coq, & Bouteyre, 2017). É a oferta de serviços psicológicos por meio de tecnologias de telecomunicação. Estas, por sua vez, consistem na preparação, transmissão, comunicação ou processamentos de informação a partir de meios eletrônicos, eletromagnéticos, eletromecânicos, ou elétricos. Por exemplo, telefones, e-mail, chat, videoconferência e internet (Joint Task Force for the Development of

Telepsychology Guidelines for Psychologists, 2013). Em outras palavras, a psicoterapia online consiste na prestação de cuidados em saúde mental por profissionais, por meio de e-mail, videoconferência, fóruns, chat, realidade virtual ou a combinação destes (Singulane & Sartes, 2017).

Considera-se que as intervenções psicoterapêuticas por meio da internet não são uma nova modalidade terapêutica, mas sim uma nova forma de prestação deste serviço. Portanto, estas intervenções diferem em relação ao conteúdo e à abordagem terapêutica do tratamento, do mesmo modo que as psicoterapias tradicionais (Berger, 2017).

As intervenções psicoterapêuticas online podem ser divididas em três grupos: o primeiro consiste em programas de autoajuda que proveem informações e não incluem qualquer tipo de contato com um terapeuta; o segundo soma o primeiro com um contato mínimo e regular com um terapeuta; e o terceiro se caracteriza pela psicoterapia online, por meio de e-mails, chats ou videoconferência como formas exclusivas de comunicação entre o terapeuta e o cliente (Berger, 2017).

Neste último grupo, a psicoterapia online pode ser síncrona, ou seja, os usuários se comunicam em tempo real – como por telefone ou videoconferência – ou assíncrona, em que há um período de tempo entre as respostas – como fóruns ou e-mail (Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists, 2013). Não há consistência na terminologia: telepsicologia, psicoterapia online, telesaúde, telemedicina, aconselhamento online, e-terapia, terapia online e e-saúde são alguns dos termos utilizados como sinônimos (Gillispie, 2007).

É possível afirmar que a psicoterapia online começou com as pessoas buscando informação e ajuda sobre os próprios problemas psicológicos pela internet, a partir de comunidades virtuais. Os profissionais a utilizariam em um segundo momento, primeiro como campo de pesquisa e depois como um possível campo de intervenção (Leroux, 2008).

Entre os primeiros grupos de pesquisa sobre o potencial da psicoterapia online, destaca-se a Universidade de Amsterdã, no final da década de 90. Uma intervenção online para o tratamento dos sintomas de Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) foi desenvolvida, denominada *Intherapy* (“Interapia”, em tradução livre), que posteriormente foi adaptada para outros transtornos, como depressão, transtorno do pânico, bulimia nervosa e estresse relacionado ao trabalho. Consistia em uma abordagem de autoajuda guiada em conjunto com uma terapia individual por e-mail (Berger, 2017). O início da profissionalização das intervenções online foi em 1985, quando a Universidade de Cornell, nos Estados Unidos, disponibilizou um serviço online e gratuito de respostas para dúvidas de alunos, desde questões sexuais até perguntas sobre a infraestrutura (Leroux, 2008).

Somente uma década depois, os profissionais de saúde mental passaram a investir em tratamentos por meio da internet, em especial na Inglaterra, com atendimentos particulares por e-mail. Nos Estados Unidos, a primeira “clínica cibernética de saúde mental” foi aberta em 1995, oferecendo terapia particular online via e-mail. Em 1996, uma cliente estadunidense organizou e listou os tratamentos online oferecidos por psicoterapeutas em um website². Foi o primeiro trabalho do tipo (Leroux, 2008).

² Disponível em: <https://metanoia.org>

Entre a década de 90 e os anos 2000, a prática psicoterapêutica online se tornara tão disseminada que a APA se manifestou sobre o assunto em 1997. A associação deixou a critério do psicólogo o atendimento online, desde que seguisse os princípios éticos da profissão. Paralelamente, surgiram questões acerca do sigilo, da capacitação e da ética do psicólogo ao oferecer seus serviços online. Por causa disto, no mesmo ano de 1997, a APA se manifestou contra a psicoterapia online, por conta das dificuldades de confidencialidade, resolução de crises, legislação e a velocidade da internet na época. No entanto, a instituição afirmou que sua posição era temporária, até que a tecnologia estivesse avançada ao ponto de este tipo de serviço ser possível sem grandes problemas (Leroux, 2008).

Em 1999, nos Estados Unidos, psicólogos formaram a *International Society for Mental Health Online* (ISMHO), e criaram o *Online Study Case Group*, com o objetivo de pesquisar as psicoterapias online. Por fim, no início dos anos 2000, a ISMHO lançou uma série de recomendações³ sobre o trabalho clínico online, orientando e possibilitando esta prática (Leroux, 2008).

Embora seja uma prática que aproximadamente teve início junto com o advento da internet e com instituições que a estudam e regulamentam, ainda existem dúvidas sobre o funcionamento da psicoterapia online.

As diretrizes para a prática da Telepsicoterapia

As diretrizes elaboradas pela força-tarefa da APA (2013) tem como objetivo oferecer o melhor guia sobre a prática de telepsicoterapia ou telepsicologia – termos que se referem aos serviços psicológicos prestados de forma online, como a psicoterapia. Apresentam cuidados no

³ Disponível em: <https://ismho.org/resources/standards-for-online-practice/>

atendimento e conduta profissional, mas não se propõem a serem normas. Contudo, é de responsabilidade do psicólogo seguir as normas legais e éticas conforme a legislação vigente ao prestar seus serviços por meio da telepsicologia. Foram desenvolvidas com o propósito de auxiliar o psicólogo que utiliza práticas profissionais já bem estabelecidas via tecnologias de telecomunicação. Não intencionam em ter precedência sobre o julgamento do psicólogo ou a legislação que regulariza a prática profissional da psicologia. Elas foram baseadas em estudos atuais para a época e outros clássicos, teorias, definições e práticas baseadas em evidências.

Junto a isto, a APA (2013) identificou dois aspectos que a telecomunicação adiciona à prestação de serviços psicológicos, diferentes daqueles de um serviço presencial. O primeiro é o conhecimento e a competência do psicólogo em relação ao uso de tecnologias, já o segundo é a importância de assegurar-se que o cliente compreende totalmente os riscos de vazamento de dados ao utilizar meios tecnológicos de telecomunicação. Deste modo, as seguintes diretrizes foram elaboradas:

1. É recomendado que o psicólogo esteja preparado para atender online, tanto em seus conhecimentos tecnológicos, que deverão estar atualizados, quanto a noção do impacto que a utilização da tecnologia teria no cliente, como facilidade de acesso ou se permanecer em casa durante o atendimento não se tornaria funcional posteriormente;
2. Orienta-se que o psicólogo siga as normas éticas e profissionais da legislação em vigor durante todo o tratamento online;
3. É estabelecido que o psicólogo, ao realizar um atendimento online, obtenha e documente o consentimento esclarecido do cliente acerca das particularidades da telepsicologia, como a tecnologia utilizada no serviço prestado e segurança digital;

4. É orientado que o psicólogo tome as medidas necessárias para proteger e manter o sigilo dos dados relacionados ao cliente, assim como informá-lo dos potenciais riscos de vazamento de dados, inerentes a qualquer tecnologia de telecomunicação;
5. É sugerido ao psicólogo assegurar medidas de segurança para proteger os dados do cliente, como antivírus, utilização de senhas e criptografia;
6. Aconselha-se o psicólogo a utilizar formas seguras de destruição de dados, para que não sejam acessados por outros;
7. Instrui-se ao psicólogo a considerar as especificidades da telepsicologia acerca da aplicação de instrumentos e outras práticas que foram desenvolvidas originalmente para a prestação de serviços presenciais, como adaptações – substituir papel e caneta por um formulário digital, por exemplo – e outras formas de distração – como possíveis interrupções de terceiros que habitem o mesmo local do cliente durante a sessão;
8. Encoraja-se o psicólogo a se familiarizar com e cumprir a jurisdição quando prover telepsicologia a clientes de outras nacionalidades.

Estas diretrizes poderiam ser adaptadas para a realidade brasileira, cuja legislação sobre o trabalho do profissional de psicologia é nacional (diferente dos Estados Unidos, em que cada estado possui sua legislação), o que tornaria o processo mais simples. Por outro lado, o acesso à internet dos brasileiros é muito mais limitado do que dos estadunidenses, junto com as diferenças culturais entre os países. Assim, estas peculiaridades devem ser consideradas.

O CFP regulamenta a prática desde os anos 2000, mas limita-se a autorizá-la em determinados contextos, como descrito na próxima seção. A partir desta, somente o termo “psicoterapia online” será utilizado, abrangendo todas as denominações semelhantes.

A legislação brasileira sobre a prática da psicoterapia online

Em 2018, o CFP lançou a Resolução N° 011/2018, que regulamenta a prestação de serviços psicológicos realizados por meios de tecnologias da informação e da comunicação, e revoga a Resolução CFP N° 011/2012. Desde que as disposições do Código de Ética Profissional do Psicólogo (2005) sejam seguidas, a resolução atual autoriza a prestação dos seguintes serviços psicológicos mediados por tecnologias de informação e comunicação: atendimentos psicológicos de diferentes tipos (incluindo a psicoterapia), processo de seleção de pessoal, utilização de instrumentos psicológicos devidamente regulamentados e supervisão de psicólogos, sem limites para o número de sessões ou encontros (Resolução N° 011/2018).

Ao oferecerem estes serviços, os psicólogos responsáveis deverão especificar os recursos tecnológicos utilizados para garantir o sigilo das informações e esclarecer o cliente sobre isso. Ademais, deverão realizar um cadastro prévio com estas informações junto ao Conselho Regional de Psicologia (CRP) em que estão inscritos e receberem autorização deste (Resolução N° 011/2018).

No entanto, a Resolução N° 011/2018 veda o atendimentos psicológico mediado por tecnologias da informação e comunicação em casos de urgência e emergência, de desastres, de violação de direitos ou violência. Nestas situações, o atendimento deverá ser realizado de forma presencial. Em relação à pesquisa, a Resolução N° 011/2018 revoga apenas as disposições anteriores em contrário, mantendo as mesmas condições para a realização desse tipo de serviço em caráter experimental. Ainda está em vigor e foi a primeira Resolução a autorizar o atendimento psicoterapêutico de forma online que não fosse com fins de pesquisa.

Precedente a isto, no ano de 2012, o CFP anunciou a Resolução CFP Nº 011/2012, que regulamentava os serviços psicológicos realizados por meios tecnológicos de comunicação à distância, o atendimento psicoterapêutico em caráter experimental e revogava a Resolução CFP Nº 012/2005. Considerava o princípio fundamental e o artigo 16 do Código de Ética Profissional do Psicólogo (2005). O primeiro consiste em o psicólogo atuar com responsabilidade, por meio de contínuo aprimoramento profissional, e contribuir para o desenvolvimento da Psicologia como ciência e profissão. Já o segundo estabelece que o psicólogo, ao realizar pesquisas, avaliará os riscos envolvidos, garantirá o anonimato e o caráter voluntário da participação dos envolvidos, assim como o acesso aos resultados da pesquisa. A Resolução também considerou as Resoluções do CFP Nº 010/97 e 011/97 e os encaminhamentos do V Congresso Nacional de Psicologia (2004) (Resolução CFP Nº 011/2012).

A Resolução CFP Nº 011/2012 resolvia que os seguintes serviços psicológicos realizados por meios tecnológicos de comunicação à distância eram reconhecidos, desde que não possuíssem caráter psicoterapêutico: orientações psicológicas de até vinte encontros, processo prévio de seleção de pessoal, aplicação de testes devidamente regulamentados, supervisão eventual de psicólogos, e atendimento eventual de clientes impossibilitados temporariamente de comparecer ao atendimento presencial. Estes serviços deveriam ser oferecidos em um site exclusivo e devidamente cadastrado no CRP em que o psicólogo responsável estivesse inscrito.

A Resolução CFP Nº 011/2012 também resolvia que o atendimento psicoterapêutico realizado por meios tecnológicos de comunicação à distância poderia ser utilizado somente em caráter experimental, desde que fossem garantidas as seguintes condições: ter protocolo

aprovado e seguir os critérios dispostos pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, respeitar o Código de Ética do Psicólogo (2005), não haver remuneração para o psicólogo pesquisador e para o participante da pesquisa. O pesquisador deveria especificar ao participante quais os recursos tecnológicos utilizados e garantir o sigilo das informações obtidas, além de seguir os mesmos procedimentos de cadastramento dos serviços reconhecidos pela Resolução.

Anteriormente, em 2005, o CFP divulgou a Resolução CFP Nº 012/2005, que regulamentava o atendimento psicoterapêutico e outros serviços psicológicos mediados por computador e revogava a Resolução CFP Nº 003/2000. Levava em conta o princípio fundamental do atual Código de Ética Profissional do Psicólogo (2005), que é o psicólogo atuar com responsabilidade, por meio de contínuo aprimoramento profissional, e contribuir para o desenvolvimento da Psicologia como ciência e profissão. Ainda considerava as Resoluções do CFP Nº 010/97 e 011/97 e que, à época, as pesquisas sobre psicoterapia online ainda não haviam comprovado suficientemente sua eficácia (Resolução CFP Nº 012/2005).

Junto a isso, considerava o encaminhamento do V Congresso Nacional de Psicologia (2004), que deliberou que os Conselhos de Psicologia deveriam continuar e aprimorar a validação de sites que ofereciam serviços psicológicos pela internet e pesquisa, conforme legislação vigente na época (Resolução CFP Nº 012/2005). Esta, por sua vez, resolvia que o atendimento psicoterapêutico mediado pelo computador poderia ser utilizado somente em caráter experimental, desde que obedecesse as seguintes condições: ter protocolo aprovado e seguir os critérios dispostos pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, respeitar o Código de Ética do Psicólogo, não haver qualquer tipo de remuneração para o psicólogo pesquisador e para o participante da pesquisa. Este deveria dar seu consentimento livre e

esclarecido sobre os riscos envolvidos para participar da pesquisa, podendo desistir em qualquer momento de participar e tendo sua identidade mantida em sigilo. O pesquisador deveria garantir a segurança e criptografia dos dados obtidos e informar todos os participantes no caso de violação de segurança dos dados.

A Resolução também incentivava a divulgação dos resultados das pesquisas e reconhecia como serviços psicológicos mediados por computador orientações afetivo-sexuais ou profissional, processo de seleção de pessoal, consultorias, aplicação de testes informatizados e softwares informativos devidamente validados. Nenhum poderia ter caráter psicoterapêutico e os psicólogos responsáveis deveriam estar devidamente cadastrados no CFP, que mantinha a Comissão Nacional de Credenciamento e Fiscalização dos Serviços de Psicologia pela Internet (Resolução CFP Nº 012/2005).

O CFP lançou a primeira resolução que regulamentava serviços psicológicos mediados por computador no ano de 2000. A Resolução CFP Nº 003/2000 tinha como base o antigo Código de Ética Profissional do Psicólogo, de 1995, em especial o princípio fundamental da atualização do psicólogo em relação a pesquisas sobre a ciência e profissão. Também considerava os artigos 25 e 30. O primeiro se referia ao registro audiovisual das sessões de psicoterapia, em que o cliente deveria ser informado de sua utilização e como as informações seriam armazenadas. O segundo proibia algumas práticas do psicólogo acerca do ensino e pesquisa, como o desrespeito a dignidade do participante, a promoção de qualquer tipo de prejuízo ao outro, o viés nos resultados da pesquisa, e a interferência na vida do participante sem que este estivesse ciente (Código de Ética Profissional do Psicólogo, 1995).

A Resolução ainda considerava as Resoluções Nº 010 e 011 de 1997, que regulamentavam a divulgação de serviços e a utilização de técnicas não reconhecidas pela

Psicologia, e a realização de pesquisas, respectivamente (Resolução N° 003/2000). A Resolução CFP N° 010/97 estabelecia que o psicólogo poderia divulgar apenas serviços que utilizassem práticas reconhecidas pela Psicologia. Técnicas e recursos ainda não reconhecidos poderiam ser aplicados, desde que estivessem em processo de pesquisa, obedecendo os critérios do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, e que o cliente estivesse ciente do caráter experimental das práticas. A Resolução CFP N° 011/97 dispunha sobre a realização de pesquisas com métodos e técnicas não reconhecidos pela Psicologia. Estas deveriam ter protocolo aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa reconhecido pelo Conselho Nacional de Saúde.

Uma vez que na época de sua publicação, as pesquisas acerca da psicoterapia online ainda estavam no começo (inclusive internacionalmente), e que não havia formação específica para essa modalidade, a Resolução N° 003/2000 resolvia que o atendimento psicoterapêutico mediado pelo computador poderia ser realizado somente na forma de pesquisa, obedecendo os seguintes critérios: fazer parte de projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética; respeitar o Código de Ética do Psicólogo; não haver qualquer remuneração para o pesquisador e para o participante da pesquisa. Este, por sua vez, deveria dar seu consentimento livre e esclarecido sobre os riscos envolvidos para participar da pesquisa, podendo desistir em qualquer momento de participar e tendo sua identidade mantida em sigilo. O pesquisador deveria garantir a segurança e criptografia dos dados obtidos e informar todos os participantes no caso de violação de segurança dos dados.

Além disto, a Resolução reconhecia como serviços psicológicos mediados por computador orientações afetivo-sexuais ou profissional, processo de seleção de pessoal, consultorias, aplicação de testes informatizados e softwares informativos devidamente

validados. Nenhum devia possuir caráter psicoterapêutico e os psicólogos responsáveis deveriam estar devidamente cadastrados no CFP (Resolução CFP N°003/2000).

No mesmo ano, o CFP lançou a Resolução CFP N° 006/2000, que instituía a Comissão Nacional de Credenciamento e Fiscalização dos Serviços de Psicologia pela Internet. Esta tinha como atribuições o desenvolvimento de critérios para avaliação dos serviços psicológicos ofertados pela internet, o acompanhamento do credenciamento e fiscalização dos sites que ofereciam orientação psicológica online, e por fim, o monitoramento da certificação dos sites de pesquisa sobre orientação psicológica online que tinham sido aprovados pelo Comitê de Ética. Esta Resolução tinha as mesmas bases da Resolução CFP N° 003/2000 e a complementava. Posteriormente, estas Resoluções foram revogadas por outras, que acompanharam os avanços tecnológicos e as mudanças sociais advindas da relação da população com as novas tecnologias de comunicação.

Em contrapartida, a partir do histórico da legislação brasileira acerca da psicoterapia online, verifica-se que as normas do CFP focam no que pode e não pode fazer, mas não instruem o como fazer. Portanto, para preencher esta lacuna da Psicologia como profissão, pesquisas nacionais de resultado e de processo, com participação da população brasileira, seriam bem-vindas.

Situação atual das pesquisas sobre a psicoterapia online

Como descrito anteriormente, poucos estudos sobre a psicoterapia online tem sido realizados no âmbito nacional, e não há consenso entre os pesquisadores sobre quais diretrizes seguir para a investigação nesta modalidade (Pieta, 2014; Pieta, & Gomes, 2014). Foram encontradas apenas duas pesquisas experimentais (Prado & Meyer, 2006; Pieta, Siegmund, Gomes, & Gauer, 2015) em uma busca com as palavras-chave “psicoterapia online” nos bancos

de dados *Scielo*, *Web of Science* e *Google Acadêmico*, no período de 2000 até 2019. Os demais artigos brasileiros encontrados tinham discutido questões éticas e a viabilidade deste atendimento, sem aplicações práticas (Pieta, 2014; Pieta, & Gomes, 2014; Rodrigues, 2014; Siegmund, Janzen, Gomes, & Gauer, 2015; Pieta, Siegmund, Gomes, & Gauer, 2015; Rodrigues & Tavares, 2016; Ulkovski, Silva, & Ribeiro, 2017), e uma revisão de literatura somente internacional sobre a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) prestada de forma online (Singulane & Sartes, 2017).

Por outro lado, pesquisas internacionais sobre os efeitos da intermediação da internet como forma de psicoterapia são publicadas desde o início dos anos 2000, assim como a oferta deste serviço às populações desses países. A maioria desses estudos sugere uma boa eficácia da psicoterapia mediada por tecnologias de telecomunicação. São países como Austrália, Estados Unidos, China, Inglaterra, Escócia e Suíça (Pieta & Gomes, 2014; Pieta et al., 2015; Rodrigues & Tavares, 2016; Siegmund et al., 2015; Ulkovski, Silva, & Ribeiro, 2017; Wagner, Horn, & Maercker, 2014).

De maneira geral, a Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) é uma das terapias mais utilizadas na psicoterapia online e a maioria das pesquisas que investigam a qualidade desta forma de provisão de psicoterapia tem como foco o TEPT (Singulane & Sartes, 2017). Grande parte das evidências a favor das intervenções psicológicas via internet vem de estudos que avaliaram tratamentos guiados de autoajuda, com mínimo contato com o terapeuta, sendo geralmente por e-mail (Berger, 2017). No âmbito profissional, países como Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Austrália e Alemanha legalizaram e incentivam a psicoterapia online (Siegmund, Janzen, Gomes, & Gauer, 2015).

Embora haja poucas pesquisas brasileiras que investiguem a psicoterapia online e a legislação limite a oferta de serviços psicológicos online, muitos profissionais prestam este tipo de serviço. A quantidade limitada de pesquisas nacionais sobre a psicoterapia online se torna problemática porque a demanda por serviços via internet vem aumentando por parte da população brasileira (Rodrigues & Tavares, 2016).

O atendimento psicológico online é uma área promissora, em que há demanda por parte da população e os avanços tecnológicos facilitam a busca, a oferta e o acesso a esse serviço. Posto isto, somando ao âmbito profissional o campo acadêmico, mais pesquisas sobre o efeito da mediação via internet no resultado e no processo psicoterapêuticos, assim como na relação terapeuta/cliente e nas demais instâncias da psicoterapia são bem-vindas no Brasil.

Questões acerca da psicoterapia online

A psicoterapia online ainda é um assunto polêmico, pois alguns profissionais a consideram arriscada, seja por ainda não estar suficientemente definida ou por ser muito distante da prática tradicional (Karray, Coq, & Bouteyre, 2017). O senso comum diz que a comunicação pela internet não é equivalente à comunicação face-a-face, inclusive sendo considerada inferior se comparada a esta (Mallen, Day, & Green, 2003).

Especialistas se dividem acerca do grau de autorrevelação em comunicações online: alguns argumentam que o ambiente virtual não promove a autorrevelação por conta da falta de acesso a expressões faciais – no caso das telecomunicações assíncronas – enquanto outros afirmam que essa condição gera uma sensação de liberdade para que pessoas digam o que geralmente não diriam em uma situação face-a-face (Mallen, Day, & Green, 2003). Por fim, muitos imaginam que a relação terapêutica na psicoterapia online seja diferente da relação

formada na presencial, sendo até questionado se a formação deste vínculo seria possível por meio da internet (Pieta & Gomes, 2014).

Vantagens da psicoterapia online

Muitos consideram que a psicoterapia online é uma extensão da prática da psicologia, possibilitando ao psicólogo aplicar suas habilidades, decisões éticas e os padrões de cuidado da prática profissional à prática assistida por tecnologias (Campbell, Millán, & Martin, 2018). Inclusive, a prática da psicoterapia online já é oferecida por profissionais, resultando em treino de psicoterapeutas e regulamentação da prestação deste tipo de serviço, o que incentiva a produção de mais estudos para aprimorar essa modalidade de psicoterapia (Pieta, Siegmund, Gomes, & Gauer, 2015).

Por exemplo, a prestação de serviços em saúde mental por meio de videoconferência para populações rurais australianas tem se mostrado de baixo-custo, com altos níveis de satisfação do clientes, reduz filas de espera para atendimentos presenciais e com resultados semelhantes aos tratamentos face-a-face (Stubbing, Rees, Roberts, & Kane, 2013). Também reduz a quantidade de pessoas que se recusam a procurar tratamento, devido à distância e o anonimato que a internet permite (Karray, Coq, & Bouteyre, 2017).

Muitas pessoas não tem condições de ir a sessões semanais de psicoterapia por questões logísticas, como dificuldades financeiras, falta de transporte e de tempo. Devido à localização específica de alguns psicólogos especialistas em tratamentos baseados em evidências para determinados transtornos, clientes teriam de viajar para receber o tratamento, o que pode ser inviável para alguns (Yuen, Herbert, Forman, Goetter, Juarascio, Rabin, Goodwin, & Bouchard, 2013; Singulane & Sartes, 2017). Assim, a psicoterapia online possibilita o acesso

a tratamentos psicológicos em localizações geograficamente remotas (Karray, Coq, & Bouteyre, 2017).

Além disto, é comum pessoas com alto grau de sofrimento compartilharem suas experiências na internet. Isto indica que pessoas em sofrimento podem ser alcançadas e se envolverem por meio da tecnologia. Seguindo esta lógica, um serviço online prestado por profissionais capacitados pode beneficiar esta população (Rodrigues & Tavares, 2016).

De uma maneira geral, na opinião de Rodrigues e Tavares (2016), a psicoterapia online pode ser benéfica nos seguintes casos: pessoas incapacitadas de ir presencialmente a sessões; pessoas que moram em um local distante do atendimento especializado; transtornos que dificultem o deslocamento, como síndrome do pânico; pessoas que constantemente viajam; pessoas sem condições de deixarem os filhos para ir ao consultório; pessoas com falta de tempo para deslocamento; dificuldades de autorrevelação em situações face-a-face; imigrantes que desejam fazer psicoterapia na língua materna; pessoas resistentes com a psicoterapia presencial, entre outros.

Países como Austrália, Estados Unidos e Reino Unido tem a psicoterapia online praticada e evidências a seu favor, como sua efetividade, maior acesso a tratamentos e redução de custos (Pieta & Gomes, 2014). No futuro, a quantidade de pessoas procurando psicoterapia online pode ser muito semelhante àquela que procura atendimento presencial (Gillispie, 2007).

Posto isto, a psicoterapia online tem potencial de beneficiar a população brasileira, devido à grande extensão territorial do país, às grandes filas de espera para atendimento psicológico e à falta de acesso a informações sobre saúde mental. Esta modalidade poderia

aumentar a disponibilidade dos serviços de saúde mental e de informação, e oferecer recursos àquelas pessoas que aguardam tratamento (Pieta & Gomes, 2014).

Desvantagens da psicoterapia online

Algumas limitações da psicoterapia online precisam ser manejadas a fim de evitar prejuízos: a restrição da imagem limita o acesso do psicólogo à topografia de respostas do cliente e falhas técnicas podem prejudicar o vídeo e o áudio, dificultando a correlação entre o comportamento verbal e o não-verbal. Se o psicólogo preferir olhar para a câmera do computador para dar a impressão de contato visual com o cliente, pode perder detalhes do comportamento deste. Portanto, a observação da postura e do comportamento verbal deve ser intensificada para promover o desenvolvimento da relação terapêutica (Silva & de-Farias, 2018).

Além disto, a mediação do computador pode distanciar afetivamente o cliente do terapeuta, que terá que intensificar seus esforços para favorecer a relação terapêutica. Ele pode fazer isso por meio de comportamentos socialmente habilidosos, audiência reforçadora e emissão de topografias de resposta que indiquem compreensão e aceitação (Silva & de-Farias, 2018).

A título de exemplo, ao ser utilizada a orientação teórica da Análise do Comportamento, é fundamental a realização de avaliações comportamentais do caso, principalmente àqueles que se referem às variáveis relacionadas ao sofrimento do cliente. Também podem ser aplicados outros procedimentos no atendimento online que, do mesmo modo, são utilizados na psicoterapia presencial, tais como as técnicas de elaborar perguntas, operacionalizar informações e parafrasear. O psicólogo também pode demonstrar empatia, estabelecer contato

visual e alterar o tom de voz conforme às contingências da sessão – tanto online quanto presencial (Silva & de-Farias, 2018).

Uma sessão online pode levar a uma falta de controle da situação, desentendimentos e uma interpretação distorcida por parte do psicólogo. Como não há controle sobre o espaço em que o cliente está, a confidencialidade pode ser questionada. Além disto, problemas técnicos podem levar à falta de informação ou comunicação. A relação terapêutica e a avaliação do psicólogo podem ser prejudicadas pela falta de presença física, de noção de distância interpessoal e de não estar no mesmo ambiente que o cliente. Por estarem em ambientes diferentes, a relação terapêutica pode se tornar assimétrica, principalmente porque o psicólogo está ausente do contexto que gera sofrimento ao cliente e o fez procurar tratamento (Karray, Coq, & Bouteyre, 2017). Ademais, pela internet, as pessoas podem ser mais impulsivas ao procurar um tratamento e não assumir um compromisso com o profissional, assim como podem falsificar informações ou se manter emocionalmente distantes na relação com o terapeuta (Maheu, 2003).

Dados sobre a eficácia da psicoterapia online

Independentemente das desvantagens, evidências a favor da psicoterapia online e sua forte demanda tem feito com que mais pesquisas sejam produzidas no âmbito internacional. No Brasil, foram realizados poucos estudos acerca do tema, porém alguns já demonstram a prática como promissora (Pieta, Siegmund, Gomes, & Gauer, 2015).

A título de exemplo, Pieta, Siegmund, Gomes, e Gauer (2015) elaboraram dois protocolos de acompanhamento de psicoterapia online. O primeiro consistiu em psicoterapia psicanalítica presencial e por Skype aplicada a 24 participantes, com a aplicação do *Working Alliance Inventory* (WAI) e do *Outcome Questionnaire* (OQ-45). Os resultados indicaram

progresso nas queixas dos clientes e não apresentaram diferenças significativas entre as duas condições. O segundo protocolo consistiu em uma intervenção da TCC computadorizada para Transtorno Obsessivo-compulsivo (TOC), com 21 participantes. Não houve grupo controle e todos relataram satisfação com o programa. Junto a isto, houve diminuição nos escores da *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS).

Em relação aos estudos internacionais, a prestação de serviços psicológicos e de saúde mental por meio de videoconferência tem um corpo sólido de evidências acumuladas nos últimos anos que indica que este meio é tão efetivo quanto os tratamentos presenciais e não interfere na formação da relação psicoterapêutica (Rees & Maclaine, 2015). Lazzari, Egan e Rees (2011) visaram explorar a viabilidade e a eficácia de um tratamento de Ativação Comportamental (BA) por meio de videoconferência com três idosos diagnosticados com depressão. O tratamento consistiu em cinco sessões semanais online. Medidas de sintomas de depressão foram aplicadas em todas as fases do estudo. Houve mudança clínica significativa, redução de sintomas depressivos e de afetos negativo em dois participantes, que após o tratamento, foram classificados como em remissão do transtorno.

Vinte e quatro participantes com sintomas de Transtorno de Ansiedade Social (TAS) receberam uma intervenção comportamental baseada na aceitação por meio do Skype, em um delineamento de pesquisa do tipo B e sem grupo controle, com medidas antes, durante, e depois da intervenção, com reaplicação em três meses de *follow-up*. Como resultado, 95% dos clientes participantes e 100% dos terapeutas descreveram estar satisfeitos com o tratamento, 91% dos clientes declararam redução no medo e 91% reduziram a evitação de situações sociais. Junto a isto, 54% dos clientes participantes saíram dos critérios para TAS do DSM após o tratamento. Em outras palavras, participantes e terapeutas classificaram a intervenção como aceitável e

viável, com resultados comparáveis a pesquisas anteriores sobre tratamentos da TCC face-a-face para TAS (Yuen et al, 2017).

Vinte e seis participantes com diagnósticos de transtornos de humor ou de ansiedade foram aleatoriamente designados para receber 12 sessões de TCC presenciais (12 participantes no grupo controle) ou por videoconferência (14 participantes no grupo experimental). Foram aplicados inventários relativos aos sintomas de cada diagnóstico e de qualidade de vida antes, depois e seis semanas após o tratamento. Na condição por videoconferência, 50% dos participantes saiu da população clínica, sendo considerados recuperados dos transtornos. Os autores concluíram que a TCC foi efetiva em ambas as condições, reduzindo os sintomas e aumentando a qualidade de vida dos participantes (Stubbing, Rees, Roberts, & Kane, 2013).

Em outro estudo randomizado, 132 veteranos de guerra dos Estados Unidos diagnosticados com TEPT passaram por um tratamento de exposição, um grupo o recebeu presencialmente (grupo controle) e o outro de forma online (grupo experimental). Em ambas as condições, os participantes responderam inventários sobre sintomas de depressão e de TEPT. Em média, houve redução de sintomas nos dois grupos, mas não foram encontradas diferenças significativas na redução de escores de sintomas após o tratamento, entre as modalidades presencial e online (Acierno, Knapp, Tuerk, Gilmore, Lejuez, Ruggiero, Muzzy, Egede, Hernandez-Tejada, & Foa, 2017).

Goetter, Herbert, Forman, Yuen e Thomas (2014) examinaram a viabilidade e a eficácia de um tratamento baseado em exposição por videoconferência para adultos com TOC, em um ensaio aberto. Participaram quinze pessoas com sintomas de TOC conforme os critérios do Eixo I do DSM-IV. O tratamento consistiu em sessões online individuais com 90 minutos de duração, duas vezes por semana, totalizando entre 16 e 18 encontros. Os participantes

responderam inventários acerca dos sintomas em quatro momentos: antes, durante, logo depois e três meses após o tratamento. 83% dos participantes descreveram estar satisfeitos com o seu terapeuta e com o tratamento, assim como 92% afirmaram que a terapia via Skype era viável e fácil de realizar. Por fim, 30% dos participantes, após três meses do tratamento, deixaram de se encaixar nos critérios do DSM-IV para TOC, enquanto 80% melhoraram de forma global.

Vogel e colaboradores (2014) compararam a TCC para TOC por meio de videoconferência com um manual de autoajuda e com a lista de espera. Trinta participantes diagnosticados com TOC, de acordo com o DSM-IV, foram selecionados. Eles foram aleatoriamente separados nas três condições: dez para videoconferência, dez receberam o manual de autoajuda e dez permaneceram em uma lista de espera. Como resultados, em uma escala de 0 a 100, os participantes avaliaram o formato de videoconferência como natural, com 91 pontos. Na condição de videoconferência, 60% dos participantes atingiram mudança clínica significativa, saindo da população clínica, enquanto 20% tiveram mudança confiável em seu quadro clínico. Em comparação com as outras condições, houve diferença significativa na redução dos sintomas de TOC entre a condição de videoconferência e as do manual e lista de espera.

Sagon, Danitz, Suvak, e Orsillo (2018) ofereceram a estudantes de graduação um programa online baseado em *mindfulness* para redução de sintomas depressivos e desenvolvimento de aceitação. Participaram 103 estudantes, que foram divididos randomicamente em dois grupos: participação na versão online (grupo experimental) ou na versão presencial do mesmo programa (grupo controle). Os autores concluíram que houve associação entre o aumento da aceitação e a redução da depressão, sem diferenças significativas entre as condições.

Lee, Haeger, Levin, Ong e Twohig (2018) avaliaram a possibilidade da realização de uma terapia online baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) para tratamento da tricotilomania. Vinte e dois participantes foram divididos de forma aleatória em dois grupos: lista de espera (grupo controle) e tratamento online (grupo experimental). Como resultado, 58,3% dos participantes de ambos os grupos que completaram o tratamento mostraram redução significativa na extração de fios de cabelo.

Vinte e duas crianças diagnosticadas com TOC e suas famílias participaram de um estudo piloto de um ensaio clínico randomizado que visava avaliar um tratamento online para início de TOC precoce, em comparação com o tratamento clínico presencial. Os participantes foram aleatoriamente separados de maneira uniforme em dois grupos: onze receberam TCC presencial (controle) e onze por meio de videoconferência (experimental). Foram doze sessões de intervenção em 14 semanas. Esta consistia em treinamentos de exposição e prevenção de respostas com as crianças, treino de pais, reforçamento diferencial, modelagem, entre outros. A mesma intervenção foi aplicada nas duas condições, com a diferença de que nas sessões online com as crianças, foram utilizados jogos de computador interativos para auxiliar a compreensão da criança sobre o tratamento, no lugar de atividades presenciais colaborativas (Comer, Furr, Kerns, Miguel, Coxe, Elkins, Carpenter, Cornacchio, Cooper-Vince, DeSerisy, Chou, Sanchez, Khanna, Franklin, Garcia, & Freeman, 2017).

Como resultados, entre 60% e 80% dos participantes mostraram redução nos sintomas de TOC e de comportamentos inadequados na presença dos pais, nas medidas depois da intervenção e de *follow-up*. Mais especificamente, 72,7% do grupo online e 60% do grupo presencial apresentaram uma “resposta excelente” logo após o tratamento. Semanas depois, a

mesma classificação foi obtida em 80% dos participantes das sessões online e por 66,7% dos participantes das sessões face-a-face (Comer et al., 2017).

Noventa e um indivíduos com lesão cerebral e déficits em regulação emocional participaram de 24 sessões de treino de habilidades de regulação emocional em um grupo online, por meio de videoconferência. Medidas de regulação emocional e de resolução de problemas foram aplicadas antes e depois da intervenção, com outra aplicação após doze semanas do fim do grupo. Os participantes também avaliaram o próprio desempenho e a satisfação com o tratamento. Os escores obtidos indicaram melhora em todos os participantes, inclusive semanas após o tratamento. 48,6% dos participantes relataram “grande melhora” na própria regulação emocional, enquanto que 40,6% relataram “melhora moderada”. De maneira geral, os participantes reportaram satisfação com a terapia e com o terapeuta. 45% afirmou que foi uma boa experiência de aprendizado, 25% gostou da conexão com outras pessoas e 13% avaliaram que foi conveniente fazer o tratamento em casa. Por fim, em torno de 50% dos participantes explicitamente relatou que não houve nada que não gostasse do grupo online (Tsaousides, Spielman, Kajankova, Guetta, Gordon, & Dams-O’Connor, 2017).

Em um ensaio clínico randomizado, foi avaliado o impacto de uma intervenção online de BA para depressão no controle glicêmico de adultos com diabetes do tipo 2. Noventa participantes foram divididos em dois grupos que passaram por um ano de tratamento: 43 na modalidade online (grupo experimental) e 47 na presencial (grupo controle). Todos apresentavam sintomas de depressão e ansiedade em comorbidade com a doença. Houve redução maior nos níveis glicêmicos no grupo online, comparando-o com o presencial (Egede, Walker, Payne, Knapp, Acierno, & Frueh, 2017).

Sánchez-Gutiérrez, Barbeito e Calvo (2016) realizaram uma revisão de literatura com o objetivo de verificar a efetividade de estudos sobre intervenções preventivas via internet em populações com alto risco de depressão, ansiedade, compulsão alimentar ou de abuso de substâncias. Também verificaram pesquisas sobre a promoção de bem-estar psicológico. Os autores concluíram que esta modalidade de intervenção é efetiva para esta população e que para a população geral, a promoção de saúde mental via internet é efetiva para prevenção de quadros psicológicos clínicos.

Por fim, revisões sistemáticas de literatura recentes concluíram que pesquisas sobre a psicoterapia online demonstram que esta prática é tão efetiva quanto a face-a-face em casos de ansiedade (Berryhill, Halli-Tierney, Culmer, Williams, Betancourt, King, & Ruggles, 2018; Varker, Brand, Ward, Terhaag, & Phelps, 2019), depressão (Sztein, Koransky, Fegan, & Himelhoch, 2017; Berryhill, Culmer, Williams, Halli-Tierney, Betancourt, Roberts, & King, 2018; Sierra, Ruiz, & Flórez, 2018; Stefanopoulou, Lewis, Taylor, Broscombe, Ahmad, & Larkin, 2018; Varker, Brand, Ward, Terhaag, & Phelps, 2019), TEPT e transtornos de conduta (Varker, Brand, Ward, Terhaag, & Phelps, 2019).

Embora estes dados sejam promissores, advindos de bons métodos de pesquisa – com populações e delineamentos variados – e indiquem a eficácia e viabilidade da psicoterapia online, é importante ter cautela acerca da generalidade destes resultados. Os tratamentos foram direcionados a transtornos relacionados com sintomas de ansiedade e de depressão e trabalhados no âmbito individual. Cabe questionar se os mesmos resultados se aplicariam a outras populações e a transtornos de personalidade. Além disto, os estudos sobre eficácia tem como foco a redução de sintomas e não parecem abordar outros aspectos relevantes para a

promoção da saúde mental, como relacionamentos interpessoais, habilidades sociais, autocuidado, formação de rede de apoio, interação medicamentosa, entre outros.

Dados acerca do processo e relação psicoterapêuticos

A literatura que corrobora as vantagens da psicoterapia online foca em redução de custos, na facilidade de acesso a tratamentos a populações de locais remotos, na continuidade de tratamentos após um dos membros da díade ter mudado de endereço, entre outros. Pouco se estuda sobre os aspectos da relação terapêutica (Berger, 2017; Kocsis & Yellowlees, 2018).

Pesquisas sobre o processo psicoterapêutico e a relação terapeuta/cliente são menos frequentes, mas existem e também são realizadas desde o início do século XXI. Por exemplo, as variáveis de processo e de resultado psicoterapêuticos foram comparadas por Day e Schneider (2002) em três formas de oferecer psicoterapia: presencial, por videoconferência e somente por áudio. Resultados de 80 participantes aleatoriamente separados entre essas categorias demonstraram que não houve diferenças significativas entre os três tipos de tratamento em relação à participação do cliente na psicoterapia.

Em um dos poucos estudos nacionais encontrados, Prado e Meyer (2006) investigaram a possibilidade técnica e a formação da relação terapêutica em sessões online assíncronas de psicoterapia breve, em um delineamento do tipo B, com a aplicação do WAI. Um website foi criado para a inscrição dos participantes, com um total de inscritos de 373 pessoas, entre terapeutas e clientes. A terapia consistiu em 15 semanas e ocorria em um fórum de discussão. O inventário era aplicado em três momentos: na 5^a, 10^a e 15^a semana.

De forma geral, os participantes avaliaram que aspectos da relação terapêutica ocorriam com frequência, de acordo com as medidas do instrumento. Ou seja, além da viabilidade do

atendimento, a relação terapêutica desenvolvida apresentou características semelhantes às descritas na literatura do WAI (Prado & Meyer, 2006).

Em terapias de grupo realizadas via internet, a sensação de proximidade se desenvolve da mesma forma que terapias de grupo presenciais (Mallen, Day, & Green, 2003). Por exemplo, Bartlett e Coulson (2011) investigaram o potencial de grupos de apoio online em desenvolver fortalecimento nos membros e como sua participação pode afetar a relação entre paciente e profissional da saúde. Foram selecionados 246 participantes, que responderam um questionário online. Como resultado, 82,2% discutiram as informações online com seus médicos e 60% relataram que a participação no grupo teve efeitos positivos no fortalecimento.

Do mesmo modo, instrumentos validados que medem a relação psicoterapêutica, ao serem aplicados em intervenções online e presenciais, não apresentam diferenças significativas em seus escores (Pieta & Gomes, 2014). Como a pesquisa de Kanter, Tsai, Holman e Koerner (2012), em que ofereceram um treinamento online em Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) para terapeutas, com o objetivo de modelar os comportamentos do terapeuta para maximizar o poder da relação terapêutica. Dezesesseis participantes foram randomicamente divididos em dois grupos, no qual um recebeu o treinamento FAP imediatamente e o outro permaneceu por um período em uma lista de espera, para depois receber o mesmo treinamento. Todos os treinamentos foram realizados de forma online. Efeitos significativos do treinamento foram encontrados em medidas de autorrelato e inter-observador para o primeiro grupo de treinamento. O grupo de treinamento após a lista de espera replicou o resultado. Por fim, o feedback qualitativo dos terapeutas indicou alta satisfação com os elementos primários do protocolo de treinamento. Maitland, Kanter, Tsai, Kuczynski, Manbeck, & Kohlenberg (2016) replicaram este estudo, obtendo os mesmos resultados.

Tratamentos por meio de videoconferência podem alterar o modo como algumas interações são conduzidas, porém, os componentes essenciais destes são mantidos (Stubblings et al, 2013). Por exemplo, 64 estudantes de graduação foram divididos em 32 pares e aleatoriamente designados para conversação face-a-face ou por um programa de chat da internet com o intuito de investigar as diferenças entre as formas de comunicação. O primeiro grupo se mostrou mais satisfeito com a experiência, com maior grau de intimidade e autorrevelação com a díade e com maior grau de afeto positivo e negativo relativo ao outro. Contudo, não houve diferença significativa entre os grupos em relação ao nível de compreensão emocional e processamento de informação do parceiro (Mallen, Day, & Green, 2003).

Em uma pesquisa qualitativa, Cipolletta, Frassoni e Faccio (2018) investigaram os elementos que caracterizam a formação da relação terapêutica em sessões de psicoterapia por meio de videoconferência. As três primeiras sessões de cinco clientes foram analisadas por meio de um método qualitativo, totalizando quinze sessões. Dentre os resultados obtidos, os que se destacaram foram uma relação de dominância do terapeuta sobre o cliente e os pedidos frequentes dos participantes para integrarem sessões presenciais às online. Estes, por sua vez, indicariam que a psicoterapia online é vista mais como um complemento do que um substituto da psicoterapia presencial. Provavelmente, segundo os autores, a abordagem e as expectativas do terapeuta com o tratamento, assim como as do cliente, seriam o que determinaria a qualidade da relação terapêutica, e não o meio em que a psicoterapia está sendo prestada.

Uma revisão sistemática de literatura foi conduzida por Jenkins-Guarnieri, Pruitt, Luxton, e Johnson (2014) com o objetivo de avaliar estudos que comparavam diretamente tratamentos psicológicos online com os seus equivalentes de forma presencial, em relação a satisfação do cliente e a aliança terapêutica. Em um busca realizada em bases de dados, no

período de 2004 a 2014, 14 estudos foram selecionados para análise. A única diferença significativa encontrada foi maiores medidas sobre aliança terapêutica e conforto dos participantes em modalidades presenciais de tratamentos em grupo. Por outro lado, em psicoterapias individuais, os níveis de satisfação dos clientes foram semelhantes entre as condições online e face-a-face.

Uma revisão narrativa de literatura realizada por Berger (2017) concluiu que independentemente da tecnologia de comunicação, do grupo diagnóstico e da frequência de contato entre clientes e terapeutas, medidas de aliança terapêutica providas pelos clientes foram altas e semelhantes àquelas de estudos de psicoterapias presenciais. Deste modo, os dados sugerem que, pelo menos no viés do cliente, uma aliança psicoterapêutica positiva pode ser estabelecida em intervenções via internet.

Os estudos encontrados parecem se limitar a comparar a relação terapêutica da psicoterapia online com a presencial, sem considerar as especificidades da prática. O foco parece ser demonstrar que a psicoterapia online é tão eficaz quanto a presencial, ignorando aspectos em que uma aparenta ser superior a outra e vice-versa. Quando isto ocorreu, os artigos não ofereceram hipóteses para tanto – como os estudos já citados de Day e Schneider (2002), Mallen, Day e Green (2003), Prado e Meyer (2006), e Bartlett e Coulson (2011).

Problema de pesquisa

Considerando que pesquisas internacionais indicam que há mais semelhanças do que diferenças entre a psicoterapia presencial e online, que a literatura foca em redução de sintomas e que há poucos estudos brasileiros acerca do tema, a pergunta da presente pesquisa é: há diferenças nas características da interação psicoterapêutica em uma terapia voltada interpessoalmente entre sessões presenciais e sessões por videoconferência?

As terapias voltadas para o interpessoal tem como mecanismo de mudança a relação terapeuta/cliente no aqui-e-agora da sessão (Kohlenberg, Tsai, & Kanter, 2011). Deste modo, cabe questionar se o terapeuta manejaria de forma diferente a interação com seu cliente ou se o cliente agiria diferente a depender de cada condição (online e presencial), em termos da interação com seu terapeuta.

Em suma, pesquisas tem indicado que não há diferenças entre sessões presenciais e online de psicoterapia em relação à redução de sintomas, formação de aliança terapêutica ou abandono do tratamento (Stubblings et al, 2013). Todavia, estudos que investiguem como se dá o processo psicoterapêutico em terapias voltadas ao aspecto interpessoal em sua versão online e se há diferenças entre a condução presencial de casos e a condução via internet são bem-vindos, para, desta forma, complementarem a literatura e orientarem os profissionais do futuro.

A Psicoterapia Analítica Funcional (FAP)

A Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) é um tratamento psicoterápico baseado nos princípios da Análise do Comportamento. Tem o pressuposto de que tanto as causas, quanto o tratamento dos comportamentos problema do cliente estão fortemente ligados a relacionamentos interpessoais. Por isto, tem como mecanismo de mudança clínica o responder contingente do terapeuta na relação terapeuta/cliente, buscando fortalecer determinadas interações desta relação – comportamentos de progresso (consciência, coragem e amor) e de interpretação – para estabelecer repertórios interpessoais mais efetivos e, posteriormente, buscar a generalidade para ambientes fora do contexto psicoterapêutico e na vida pessoal do cliente (Baruch, Kanter, Busch, Plummer, Tsai, Rusch, Landes, & Holman, 2011).

A FAP delinea como a relação psicoterapêutica pode promover a mudança no cliente, em termos mensuráveis (Callaghan, Follette, Ruckstuhl, & Linnerooth, 2008). Para tanto, o

psicólogo, ao aplicar a FAP, permanece atento aos comportamentos clinicamente relevantes (CRBs, da sigla em inglês) aos quais o cliente se engaja durante a sessão, evocando-os e/ou dando as consequências adequadas para cada um deles, conforme a função de cada comportamento. São três tipos de CRBs, a saber: CRB1s, os comportamentos considerados problema; CRB2s, os progressos do cliente; e, por fim, CRB3s, a interpretação do próprio comportamento. No decorrer do processo psicoterapêutico, a frequência de CRB1s tende a diminuir, enquanto a de CRB2s tende a aumentar (Kohlenberg, Tsai, & Kanter, 2011).

É papel do terapeuta responder contingentemente aos CRBs de modo a reduzir a frequência de CRB1, e evocar, modelar e aumentar a frequência de CRB2 e CRB3. Esse processo é descrito no formato de cinco regras (Kohlenberg & Tsai, 1991; Maitland & Gaynor, 2016; Tsai et al., 2009):

1. Observar CRBs;
2. Evocar CRBs;
3. Reforçar CRB2s;
4. Observar os efeitos potencialmente reforçadores do comportamento do terapeuta aos CRBs do cliente;
5. Fornecer interpretações funcionais analiticamente orientadas, implementando estratégias de generalização.

Para a aplicação destas cinco regras de forma integral, Weeks e colaboradores (2012) desenvolveram a interação lógica da FAP, que consiste em doze passos que um terapeuta deve seguir ao aplicar a FAP, a saber:

1. Terapeuta faz paralelo de fora para dentro da sessão (Regra 1);

2. Cliente confirma se o paralelo é acurado;
3. Terapeuta evoca CRB (Regra 2);
4. Cliente emite CRB1;
5. Terapeuta responde efetivamente ao CRB1 (Regras 3 e 2);
6. Cliente emite CRB2;
7. Terapeuta responde efetivamente ao CRB2 (Regra 3);
8. Cliente emite mais CRB2s;
9. Terapeuta pergunta sobre a interação (Regra 4);
10. Cliente sinaliza que a interação foi reforçadora;
11. Terapeuta apresenta a descrição a descrição da interação, o paralelo de dentro para fora e uma tarefa para o cliente realizar fora da sessão (Regra 5);
12. Cliente descreve vontade de tentar a interação fora da sessão.

A FAP tem suporte empírico considerável sobre a sua eficácia (Kohlenberg, Tsai, & Kanter, 2011). Kanter e colaboradores (2017) elaboraram a primeira revisão abrangente de pesquisas em FAP, incluindo estudos qualitativos, pesquisas com delineamentos de sujeito único e delineamentos de grupo, e estudos sobre treinamento de terapeutas em FAP. Foi desenvolvida uma revisão sistemática e narrativa de literatura, com o objetivo de apresentar a situação atual das pesquisas que demonstram evidências que corroboram a eficácia da FAP e seu mecanismo de mudança, o terapeuta como reforço social.

Os autores concluem que a literatura atual que suporta a eficácia da FAP é promissora, em especial o mecanismo de mudança na forma do terapeuta como reforço, como demonstrado por Oshiro, Kanter e Meyer (2012) e por Lizarazo e colaboradores (2015). Com a aplicação apropriada das técnicas da FAP em comportamentos considerados problema, principalmente

aqueles acerca das relações interpessoais, mudanças positivas nesses comportamentos são promovidas (Kanter et al, 2017).

Um tratamento prestado de forma online acontece em um novo ambiente fora do consultório, com novas variáveis – como conexão com a internet e eventuais problemas técnicos – e conseqüentemente, surgem comportamentos novos – sejam do terapeuta ou do cliente, como solicitar que um membro da díade ajuste o equipamento. Portanto, cabe perguntar se o cliente emite os mesmos CRBs (ou a mesma frequência destes) e se o terapeuta FAP responde contingentemente aos CRBs da mesma forma que presencialmente.

Objetivo geral

O objetivo desta pesquisa, com base nos conceitos e dados empíricos sobre a FAP, foi comparar a frequência de categorias da interação terapeuta/cliente entre sessões semanais presenciais e sessões semanais realizadas via software de comunicação síncrona pela internet a partir de conexões de voz e vídeo, e outras instâncias desta interação.

A hipótese deste estudo foi que houvesse semelhanças entre as frequências das categorias entre a sessão presencial e a online. Ademais, esperava-se que houvesse alterações significativas nas respostas das escalas de resultado, demonstrando melhoras dos clientes participantes nas duas modalidades de sessão de psicoterapia. Enfim, uma expectativa foi a de que terapeuta e clientes avaliassem a qualidade das sessões de forma semelhante. Portanto, a hipótese geral foi que a psicoterapia online poderia beneficiar os clientes adequados para esta modalidade, promovendo mudanças na vida e saúde mental, assim como a psicoterapia presencial.

Objetivos específicos

Os objetivos específicos do presente estudo foram comparar a sessão presencial com a online nos seguintes aspectos:

- a) Os códigos de um instrumento que categoriza os comportamentos do terapeuta e do cliente no decorrer da sessão;
- b) A avaliação dos participantes e colaborador – clientes e terapeuta – acerca da qualidade das sessões, como boa ou ruim e sentimento de aproximação e conexão entre a díade;
- c) Os escores dos instrumentos de aferição de resultados e de caracterização;
- d) Se as interrupções nas sessões online por conta de eventuais problemas técnicos interfeririam na avaliação da qualidade da sessão e na frequência dos códigos dos comportamentos do terapeuta e dos clientes participantes.

Método

A seguir serão apresentados os elementos que compuseram o método deste estudo.

Participantes

Duas participantes foram selecionadas para o estudo. Ambas eram do gênero feminino, adultas e estudantes universitárias. A Tabela 1 apresenta uma breve caracterização das participantes, cujos nomes foram trocados e informações que pudessem identificá-las foram omitidas, a fim de garantir o sigilo. Uma vez que a qualidade da conexão da internet interfere na qualidade da chamada e pode ter efeito no andamento da sessão, o sinal de internet de cada participante também consta na tabela. As formulações dos casos, com informações mais detalhadas de cada participante, estão nos Apêndices (Apêndices F e G).

Tabela 1

Caracterização das participantes da pesquisa e qualidade da conexão da internet de cada uma. Os nomes são fictícios para preservar a identidade das mesmas.

<i>Nome</i>	<i>Idade</i>	<i>Ocupação</i>	<i>Queixas principais</i>	<i>Conexão da internet</i>
<i>Amanda</i>	20 anos	Estudante universitária	Crises de ansiedade, problemas familiares, baixa autoestima, dificuldade em desenvolver intimidade	Ruim
<i>Sheila</i>	26 anos	Assessora de imprensa e estudante universitária	Crises de ansiedade, inassertividade, autoinvalidação, nível elevado de autoexigência	Boa

Colaboradores

Uma terapeuta foi convidada a participar do estudo. Ela atuava em grupos de pesquisa e de extensão universitária coordenados pela orientadora desta dissertação, que também colaborou com as supervisões dos casos. A terapeuta era graduada em Psicologia em 2013, com curso teórico de FAP em 2016, especialista em Análise do Comportamento em 2017 e com experiência clínica desde 2016.

Uma equipe de oito transcritores foi selecionada para transcrever as gravações das sessões por completo para posterior categorização. Quatro categorizadores foram selecionados para colaborarem na pesquisa. Por fim, um assessor especialista em Tecnologia da Informação (TI) foi recrutado para orientações à terapeuta participante, indicações de softwares seguros e resolução de possíveis problemas técnicos ao decorrer da pesquisa.

Aspectos éticos

A pesquisa foi realizada mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR (Parecer CEP/SD-PB nº 3058952).

Local

As sessões presenciais de triagem e de atendimento psicoterapêutico foram realizadas em uma clínica-escola de uma universidade pública. O local conta com secretaria, sala de espera e salas de atendimento. Estas, por sua vez, contêm poltronas, mesa, cadeiras, relógio de parede e espaço para a colocação de uma filmadora. As sessões online foram realizadas na casa dos participantes, enquanto a terapeuta as atendeu em uma sala da clínica-escola, por meio de dispositivos de telecomunicação.

Delineamento de pesquisa

Foi utilizado o delineamento experimental de sujeito único de multitratamento, envolvendo duas variáveis aplicadas simultaneamente, no qual as duas condições são repetidas ao menos uma vez, com replicação sistemática entre sujeitos (Wolery, Gast, & Hammond, 2010). As duas clientes participantes seguiram a mesma ordem das condições: linha de base, FAP presencial e FAP online, com repetição de ambas as últimas fases (A-B-BC-B'-BC'). A linha de base (A) se referiu ao procedimento de triagem, com três sessões. A condição B consistiu em sessões FAP presenciais, enquanto que a condição BC consistiu em sessões FAP realizadas via Skype. Ambas as condições foram compostas por três sessões e foram aplicadas de forma intercalada, totalizando quinze sessões para cada participante. Tanto a sessão presencial quanto a sessão online foram semanais, com duração de 50 minutos cada, em dia e hora estipulados entre a psicóloga e as participantes. Com exceção de eventuais remarcações, os horários das sessões presenciais e online mantiveram-se os mesmos.

A seguir, é ilustrada a sequência dos procedimentos aplicados nas participantes, de forma esquematizada, conforme a Figura 1:

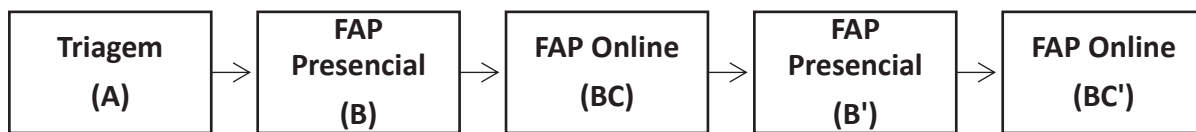


Figura 1: Sequência geral dos procedimentos nas condições A-B-BC-B'-BC'.

Ambiente e equipamentos

Para a coleta de dados, foi utilizada uma filmadora Sony HDR-X240 para a gravação das sessões presenciais, disponibilizada pelo Programa de Pós-Graduação da universidade. Para a realização dos atendimentos online, foi fornecido para cada participante um *headset stereo* Logi H111, a fim de garantir uma melhor qualidade áudio, evitar possíveis vazamentos de som no ambiente e interrupções de sons externos. Este equipamento funciona em computadores, smartphones e tablets e foi desenvolvido especialmente para chamadas de videoconferência. As sessões online foram realizadas por meio do Skype, e foi utilizado um software de gravador de tela, o OBS Studio. Os dois softwares são gratuitos e disponíveis para qualquer sistema operacional.

Em relação à segurança dos dados gerados pelo computador, os softwares citados protegem-nos com criptografia de ponta-a-ponta, seja para videoconferência, gravação, captura de tela, armazenamento e outros procedimentos que necessitem do uso de computador e derivados. Isto significa que o software não manterá as informações geradas pelos atendimentos online. Além disto, foi dado a todos os participantes um programa de proteção nos aparelhos utilizados, para prevenir qualquer perda ou vazamento de dados, o *Kaspersky Internet Security*. Todos os programas de computador utilizados na pesquisa foram avaliados

pelo assessor em TI, que atestou a confiabilidade e segurança dos programas, assim como do fabricante. Por fim, pessoas diferentes dos envolvidos na pesquisa não tiveram acesso a estes dados.

Instrumentos

O Inventário de Depressão de Beck (BDI-II, da sigla em inglês) mede a intensidade da depressão de quem responde o inventário (Beck & Blamsderfer, 1974; Beck, Steer, & Brown, 1996). Este instrumento é composto por 21 itens que se referem aos sintomas característicos de transtornos depressivos. Foi traduzido, adaptado e padronizado para a população brasileira em 2011, com uma elevada consistência interna (alfa de Cronbach em torno de 0,90), uma boa estabilidade temporal (coeficiente CIC de 0,886) e uma boa capacidade discriminativa de detecção de casos de depressão em adultos (resultado do cálculo da área sob curva ROC de 82,1%) (Gorenstein, Pang, Argimon, & Werlang, 2011).

A Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS, da sigla em inglês) tem por objetivo medir as dificuldades de interação social de quem sofre de ansiedade social. Consiste em 24 itens relacionados ao medo e a evitação de interações sociais em uma Escala Likert de 4 pontos. O total da soma destes pontos indicará se o indivíduo se enquadra na população clínica do Transtorno de Ansiedade Social (TAS). A nota de corte varia de acordo com a nacionalidade das amostras (Liebowitz, 1987) e há controvérsias sobre qual nota de corte seria mais adequada. Para este estudo, optou-se pela nota de corte sugerida pela maioria dos autores, que é 60⁴. A fidedignidade deste instrumento é considerada excelente (CCI de 0,81 e correlação de Pearson

⁴ Na normatização brasileira do LSAS realizada por Santos (2012), concluiu-se que a nota de corte mais adequada para a população brasileira seria de 32, apesar de diversos autores defenderem uma pontuação mais alta. Entretanto, para a análise de dados deste estudo, optou-se por 60 para possibilitar a aplicação do Método JT (Jacobson & Truax, 1991) nos resultados.

de 0,82), assim como sua consistência interna (alfa de Cronbach entre 0,90 e 0,96) (Santos, 2012).

O *FAP Case Conceptualization Form* (Tsai, Kohlenberg, Kanter, Kohlenberg, Follette, & Callaghan, 2011) consiste em uma ficha para formulação de caso e elaboração de terapia para o cliente, a partir dos pressupostos da FAP. É um instrumento a ser preenchido pelo terapeuta após algumas sessões de psicoterapia FAP que o orientará no decorrer do tratamento, podendo ser atualizado conforme as mudanças do cliente, que também pode participar na elaboração do mesmo.

A *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale* (FAPRS), criada por Callaghan e colaboradores (2008), tem como objetivo descrever o mecanismo de mudança da FAP, por meio da descrição da função dos comportamentos do psicólogo e do paciente. Esta escala oferece códigos para os comportamentos do terapeuta e do cliente emitidos em sessão, a partir de turnos entre eles. Estes comportamentos consistem em CRBs emitidos pelo cliente, respostas do terapeuta sobre os CRBs e relatos do cliente sobre mudanças fora da sessão (Busch, Callaghan, Kanter, Baruch, & Weeks, 2010).

Para descrever situações específicas que pudessem ocorrer em uma sessão de psicoterapia realizada online, foram elaborados alguns códigos que não constam na FAPRS. Eles envolvem comentários sobre a videoconferência, eventuais interrupções no ambiente ou solicitações para mexer em algum equipamento, por exemplo. No entanto, se uma fala (*turn*) de um membro da díade pudesse ser categorizada com estes códigos e com os códigos da FAPRS (Callaghan & Follette, 2008), as categorias da FAPRS seriam priorizadas, mantendo a diretriz de um código por fala (*turn*). A lista completa dos códigos para as sessões online pode ser conferida no Apêndice E.

O *Session Evaluation Questionnaire* (SEQ), proposto por Stiles (1980), é uma medida do impacto da sessão de psicoterapia. Consiste na apresentação de 21 adjetivos, em formato Likert de 7 pontos, referentes a como o respondente avalia uma sessão psicoterapêutica e como está se sentindo no momento em que está preenchendo o instrumento, podendo ser respondido pelo terapeuta e pelo cliente. A percepção do respondente é avaliada em quatro dimensões: profundidade – que reflete a experiência do terapeuta, o quanto é efetivo e está envolvido na sessão –, complacência – referente à experiência do cliente, o quanto está se sentindo confortável na sessão –, positividade e excitação – relacionadas ao humor após a sessão. Quanto maior a pontuação, maior a qualidade destas dimensões. É um instrumento autocomparativo, ou seja, as sessões são comparadas entre si, não havendo uma nota de corte. Foi traduzido e adaptado para o Brasil em 2019, com uma boa consistência interna (alfa de Cronbach de 0,85) (Ramos et al., 2019).

Procedimentos

Dois clientes participantes com formulações de caso clínico devidamente indicadas para o estudo foram selecionadas após a realização de uma triagem. O recrutamento destas foi feito a partir da lista de espera de uma clínica escola do curso de Psicologia de uma universidade pública.

Os critérios de inclusão para as clientes participantes selecionadas foram: queixas sobre relacionamentos interpessoais; serem maiores de 18 anos; residirem em Curitiba ou região metropolitana, assim como sua família; terem computador com acesso à internet em casa; terem conhecimento básico em informática e já terem realizado chamadas via Skype antes da pesquisa. Além disto, elas seriam potencialmente indicados para o atendimento online, conforme os critérios apresentados por Rodrigues e Tavares (2016), tais como pessoas

incapacitadas de ir presencialmente a sessões; pessoas que moram em um local distante do atendimento especializado; transtornos que dificultem o deslocamento; pessoas que constantemente viajam; pessoas sem condições de deixarem os filhos para ir ao consultório; pessoas com falta de tempo para deslocamento; dificuldades de autorrevelação em situações face-a-face; imigrantes que desejam fazer psicoterapia na língua materna; e pessoas resistentes com a psicoterapia presencial.

Potenciais clientes participantes não foram selecionados nos seguintes casos: terem idade inferior a 18 anos; não terem experiência com computador, com internet e/ou com softwares de ligação direta de áudio e vídeo; não terem uma rede de apoio em Curitiba caso houvesse necessidade de o psicólogo notificar a família; ideação e tentativa de suicídio; diagnóstico de transtorno de personalidade, do eixo 301 do DSM 5 (2014); casos de esquizofrenia ou psicose, conforme o eixo 297 do DSM 5 (2014); serem usuários de drogas; estarem em atendimento psiquiátrico; estarem usando medicações psicotrópicas e/ou terem passado por internação psiquiátrica.

O contato com os possíveis participantes foi feito por meio de ligação telefônica, sendo perguntado à pessoa se ela tinha interesse em participar de uma pesquisa sobre psicoterapia online, se ela tinha computador em casa com internet e se já havia realizado chamadas por Skype. Atendidas estas condições, foram marcadas as primeiras sessões para entrevista clínica inicial.

Foram realizadas entrevistas de triagem, que serviram como linha de base e forneceram informações para as formulações de caso clínico. Caso a queixa do cliente pudesse ser atendida pela psicoterapia online, assim como se ele se encaixasse nos critérios de inclusão, ele seria convidado a participar do estudo. Se o cliente não desejasse participar, se sua queixa fosse mais

bem atendida na terapia presencial, e/ou estivesse dentro dos critérios de exclusão, ele retornaria para o lugar que estava na lista de espera. Estas informações foram fornecidas na primeira sessão de entrevista clínica inicial. Foram selecionadas as duas participantes.

A terapeuta realizou as sessões de triagem, as sessões presenciais e as online. Antes da aplicação das intervenções FAP ter início, a pesquisadora e a terapeuta passaram por um treinamento para integridade do tratamento em FAP, oferecido pela orientadora deste estudo. Durante as sessões de coleta de dados, a terapeuta participante foi orientada a seguir a racional da FAP em cada sessão. Foram realizadas supervisões semanais de cada caso, entre a pesquisadora, terapeuta e orientadora.

A equipe de transcritores foi orientada para transcrever o áudio das gravações em formato de tabela, dividindo-o em falas (ou *turns*) do terapeuta e do cliente, intercalando-as. Junto a isto, foi solicitado que descrevesse situações específicas da sessão online, tais como desligar a webcam ou a aparição de um evento interveniente.

Os categorizadores passaram por um treinamento em FAPRS antes da categorização. Eles foram divididos em duplas, e a partir das transcrições, cada dupla codificou as respostas de uma das díades entre cliente e terapeuta. A categorização em duplas foi escolhida para evitar possíveis vieses nos códigos, uma vez que cada dupla se reuniu para categorizar conjuntamente e discutir o caso, chegando a um consenso em relação ao código avaliado como mais adequado para a fala do membro da díade. Depois do treino, os categorizadores receberam a transcrição completa de uma sessão com uma das participantes para categorizá-la de acordo com o manual da FAPRS. Foi verificado se houve concordância entre os categorizadores colaboradores e o pesquisador nas respostas codificadas da FAPRS, a partir da Aferição da Concordância Inter-observadores no cálculo do *kappa*. Esta medida de concordância tem como valor máximo o 1,

em que este valor 1 representa total concordância e os valores próximos e até abaixo de 0 indicam nenhuma concordância ou a concordância foi exatamente a esperada pelo acaso. Um eventual valor de *kappa* menor que zero, negativo, sugere que a concordância encontrada foi menor do que a esperada por acaso. Sugere, portanto, discordância, mas seu valor não tem interpretação como intensidade de discordância (Cohen, 1960). O *kappa* considerado aceitável é próximo de 0,6 (Landis & Koch, 1977), valor que foi utilizado como critério nesta pesquisa.

O primeiro cálculo do *kappa* entre os categorizadores após o treino teve resultado entre 0,1 e 0,2, sendo necessário um retreino. Este consistiu em nova reunião com os categorizadores, na qual a sessão categorizada anteriormente foi revisada, dúvidas sobre o caso foram esclarecidas e parte da transcrição foi codificada em conjunto. Após nova categorização, o resultado do cálculo foi entre 0,8 e 0,9, indicando uma excelente concordância inter-observadores.

Com exceção do assessor em TI – uma vez que ele não teria acesso às gravações – todos os colaboradores assinaram um termo de compromisso (Apêndice L) para a proteção do sigilo dos participantes. Foi orientado que utilizassem apenas um computador e fones de ouvido para a realização do trabalho, que não salvassem as transcrições e categorizações em centros de dados disponíveis para usuários de internet (armazenamento em nuvem) e que apagassem os arquivos assim que estes fossem entregues.

Coleta de dados

No início da primeira sessão de triagem, foram aplicados os inventários BDI-II e LSAS, que foram reaplicados após a intervenção, em uma sessão presencial de encerramento, depois da última sessão online. As participantes os preencheram antes da entrevista, para que a interação inicial com a terapeuta não interviesse nos resultados. A terapeuta explicou o

funcionamento da pesquisa e a não-obrigatoriedade em participar para conseguir atendimento. Ao final da sessão, terapeuta e cliente preencheram o SEQ, assim como a segunda assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, disponível no Apêndice B). A triagem consistiu em três sessões (condição A), em que a terapeuta e a cliente preencheram o SEQ após cada sessão. Estas foram gravadas para posterior transcrição. Depois do período de triagem, encerrando a fase da linha de base, a terapeuta preencheu a ficha para formulação de caso da FAP para cada cliente.

Com o fim da triagem, teve início o tratamento FAP presencial (condição B), também com três sessões. Na última sessão desta condição, foram entregues às clientes os *headsets* e as folhas de resposta do SEQ, com orientações de preenche-las após cada sessão via Skype. Antes da fase FAP online em si, um encontro online de habituação foi realizado, com ambas as participantes, para testar o software de gravação de tela, assegurar-se que o programa de proteção fora instalado, averiguar a qualidade do áudio e da imagem do vídeo, da conexão de internet, possíveis problemas técnicos e suas soluções. Além da tecnologia, também foi verificado o ambiente em que as participantes realizariam as sessões online, para evitar possíveis interrupções de terceiros e garantir o sigilo. Em caso de problemas técnicos, a terapeuta entraria em contato com o assessor de TI para receber orientações de como resolvê-los e tentaria fazê-lo durante esta sessão. Se não fosse possível, uma nova sessão de habituação seria agendada. Ambos os encontros de habituação não apresentaram problemas em relação ao áudio e vídeo das participantes durante a chamada de videoconferência, apenas o áudio gravado com uma das participantes (Amanda), que posteriormente foi retestado e não apresentou problemas.

Tiveram início as três sessões FAP online (condição BC), seguidas por três sessões presenciais de FAP (condição B) e encerrando com três sessões online de FAP (condição BC). No final de cada sessão de cada fase, terapeuta e clientes preencheram o SEQ. Após a última fase, uma sessão de encerramento foi marcada, na qual as clientes devolveram os *headsets*, preencheram o BDI-II e o LSAS e foram orientadas a desinstalar o software de proteção. O SEQ não foi aplicado neste encontro, pois este não foi considerado uma sessão FAP e a coleta de dados foi dada como encerrada.

No decorrer da coleta de dados, foi verificado que por conta das particularidades de uma chamada de videoconferência, algumas falas da terapeuta e das participantes não poderiam ser codificadas de acordo com a FAPRS, tais como falas referentes à qualidade da chamada ou interrupções. Para tanto, foi elaborada uma lista de códigos que descrevia situações específicas que poderiam ocorrer em uma sessão de psicoterapia online (Apêndice E).

Tanto a sessão presencial quanto a sessão online foram semanais, com duração de 50 minutos cada, em dia e hora estipulados entre a psicóloga e as clientes participantes. Foram realizadas quinze sessões de psicoterapia no total – excluindo a sessão de habituação e a de encerramento –, para cada cliente. A terapeuta realizou todos os atendimentos, desde a triagem até os encaminhamentos ao final da coleta de dados.

As clientes participantes obtiveram os contatos da psicóloga e da pesquisadora, para eventuais dúvidas e caso surgisse alguma situação de emergência ou urgência relativa ao bem-estar das clientes. Nesta situação em particular, a psicóloga e a pesquisadora tinham os contatos das redes de apoio das clientes, para comunicá-las em casos em que fosse necessário quebrar o sigilo, de acordo com o Código de Ética do Psicólogo (2005). Não houve necessidade para tanto. Caso fosse avaliado no decorrer da pesquisa que a cliente não se beneficiaria com a

terapia online, ela seria desligado do estudo e encaminhada ao profissional que pudesse atender suas necessidades. Isto também não aconteceu.

As sessões de psicoterapia foram intercaladas entre três presenciais, três online, três presenciais e três online. O áudio e o vídeo das sessões foram gravados por completo, em todas as condições. Em seguida, estas gravações foram transcritas pela equipe de transcritores e codificadas pelos categorizadores colaboradores, que receberam os códigos novos antes de categorizar as sessões online.

Encerrada a coleta de dados, as clientes continuaram em psicoterapia presencial com a terapeuta. A seguir, de acordo com a Figura 2, a ordem detalhada do procedimento para cada condição, em que ambas as participantes seguiram a mesma ordem de intervenção:

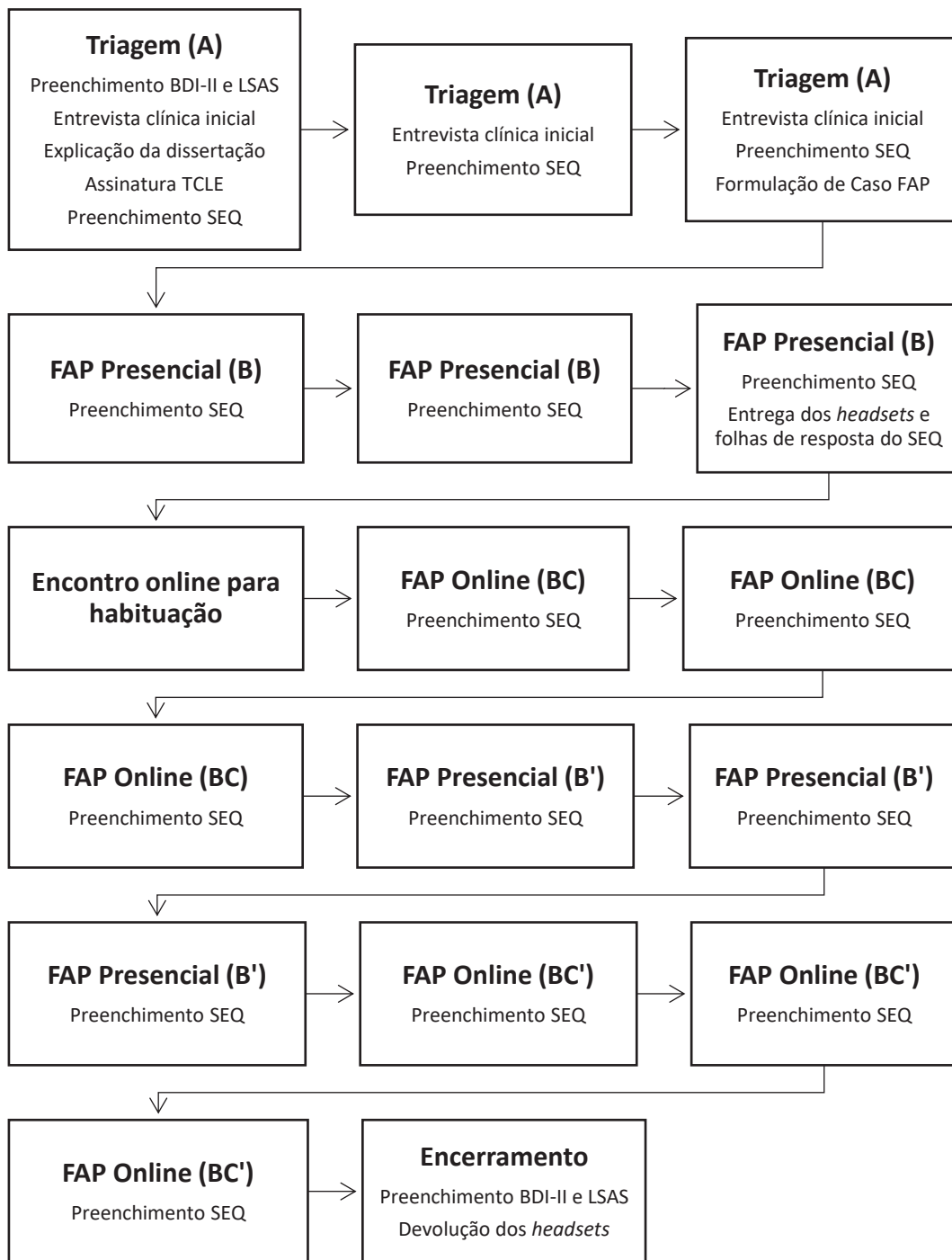


Figura 2: Procedimentos e instrumentos aplicados em cada sessão nas clientes participantes.

Análise de dados

A quantidade de determinados códigos da FAPRS (CRB1, CRB2, CRB3, ERB, TRB1, TRB2, TRB3, M1, M2 e M3) emitidos nas sessões presenciais foi comparada com a dos emitidos nas sessões online, em ambas as participantes. Além disso, foi realizada a análise de probabilidade transicional, para indicar a probabilidade de transições entre os códigos (Gabadinho, Ritschard, Müller, & Studer, 2011), por meio da matriz de probabilidade de transição markoviana (Meyn & Tweedie, 1993).

Ademais, após a aferição dos resultados das escalas (BDI-II e LSAS) aplicadas no começo e no fim do processo psicoterapêutico, seus escores foram comparados antes e depois da intervenção. Para verificar a confiabilidade das mudanças obtidas nestas escalas, foi aplicado o Método JT (Jacobson & Truax, 1991), que consiste em calcular se as alterações ocorridas entre as avaliações anteriores e posteriores de uma intervenção clínica se devem a esta – o Índice de Mudança Confiável, ou IMC – e analisar se os padrões de melhora foram atingidos – a Significância Clínica, ou SC (Del Prette & Del Prette, 2012).

Por fim, as respostas obtidas com o SEQ possibilitaram avaliar a qualidade de cada atendimento nas duas modalidades de sessão, assim como verificar se as clientes e a terapeuta relataram diferenças, entre a sessão online e a presencial, em relação à própria avaliação. No caso em que uma das participantes esquecesse de marcar algum item, o número 4 foi considerado, uma vez que sua apuração consiste no cálculo de uma média aritmética e cada item vai de 1 a 7. Para fins de comparação, os valores obtidos nas sessões foram separados nas duas condições, presencial e online, e não por sessão.

Resultados

A partir da análise dos dados coletados, os resultados das duas participantes são apresentados a seguir. Algumas representações gráficas são apresentadas lado a lado para fins de comparação e verificação de possíveis replicações entre os dados de Amanda e de Sheila. Em primeiro lugar, a frequência absoluta dos códigos da FAPRS (Figuras 3 a 6). Em segundo lugar, a análise de probabilidade transicional (Tabela 2). Em seguida, os escores obtidos antes e depois da intervenção (Figuras 7 a 10) e a aplicação do Método JT (Figuras 11 e 12) para os instrumentos BDI-II e LSAS. Por último, a pontuação obtida no SEQ (Figuras 13 a 20).

FAPRS

Houve situações específicas nas sessões online em que os códigos da FAPRS não as descreveram de maneira adequada, havendo necessidade de utilizar os códigos elaborados para esta pesquisa (Apêndice E). Ocorreram comentários sobre a chamada, eventos intervenientes e solicitações para que o outro membro da díade repetisse sua fala devido à qualidade do áudio ou ajustasse algum equipamento. Somando a frequência absoluta dos códigos de todas as sessões via Skype com cada participante, 4,88% deles foram sobre a videoconferência com Amanda, enquanto que com Sheila foram 3,76%.

A Figura 3 mostra a frequência absoluta e a linha de tendência por média móvel, a partir da introdução da condição de FAP presencial, dos comportamentos clinicamente relevantes (CRBs) de Amanda e de Sheila no decorrer das quinze sessões.

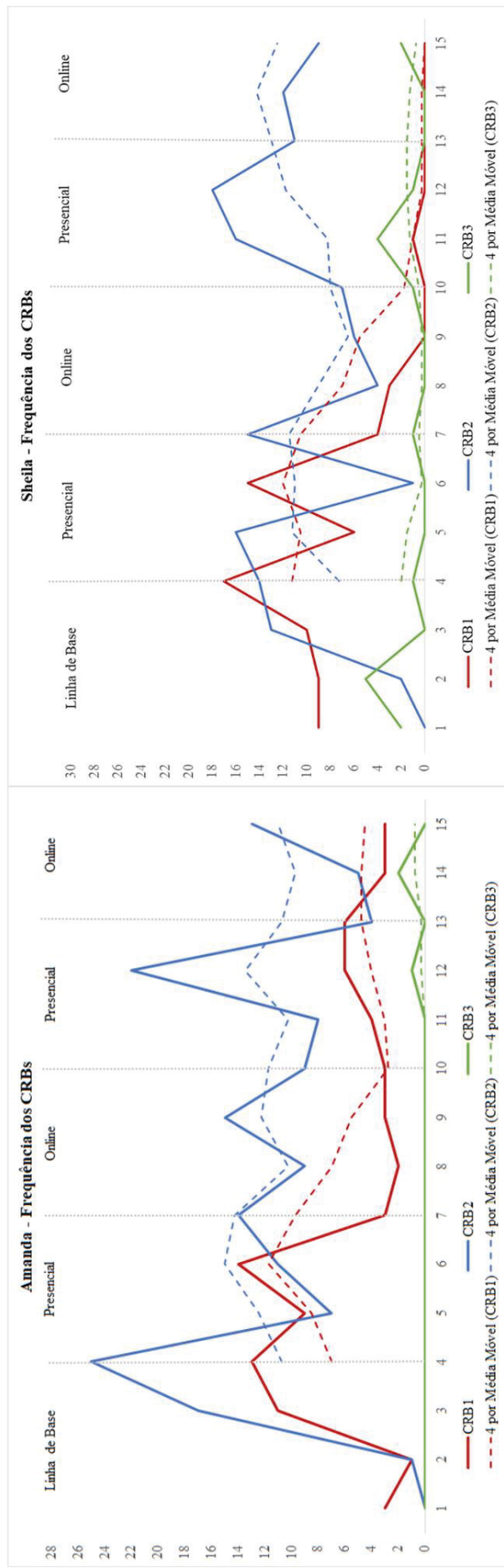


Figura 3: Frequência absoluta e linha de tendência por média móvel, a partir da introdução da condição de FAP presencial, dos comportamentos clinicamente relevantes (CRB1, CRB2 e CRB3) de Amanda e de Sheila ao longo das quinze sessões e fases da pesquisa.

Iniciando por Amanda, nota-se que houve instabilidade na linha de base e uma oscilação na quantidade dos códigos durante o tratamento e nas duas condições, com exceção do CRB3, que teve um leve aumento no final da intervenção. Ou seja, Amanda começou a analisar o próprio comportamento ao final do tratamento. O CRB1 teve uma expansão nas sessões de linha de base e presenciais, uma redução na primeira condição online e atingiu uma estabilidade nas sessões seguintes. Em outras palavras, com a introdução da FAP, Amanda passou a emitir mais comportamentos problemáticos em sessão, que reduziram no desdobramento da psicoterapia, em ambas as condições. O CRB2 foi o que apresentou maior oscilação, com maior frequência nas sessões presenciais. Ou seja, houve mais comportamentos de melhora emitidos por Amanda nas sessões presenciais.

A linha de tendência da frequência de CRB1s de Amanda mostra uma crescente na primeira fase de FAP presencial, seguida por um declínio na primeira fase online, uma leve expansão na terceira fase presencial e encerra com uma descida e estabilidade na última fase. Isto significa que a emissão de CRB1s de Amanda tendeu a aumentar na condição de FAP presencial e tendeu a diminuir na condição de FAP online.

Observa-se que também houve oscilações nas respostas emitidas por Sheila durante o processo psicoterapêutico. A quantidade de CRB1s começou elevada na linha de base, atingiu maior frequência após a introdução da FAP presencial e começou a reduzir na condição de FAP online até praticamente não ocorrer mais no restante da intervenção. Isto é, Sheila já iniciou o tratamento emitindo comportamentos problema e passou a emití-los mais com a introdução da FAP. Porém, foi deixando de emití-los nas sessões seguintes, em ambas as condições. A frequência de CRB2 teve três maiores frequências, duas na condição de FAP presencial e uma na FAP online. Em outras palavras, os comportamentos de melhora de Sheila

variaram bastante em todo o tratamento. Não houve uma diferença considerável entre as oscilações de CRB3s de Sheila, em todas as fases da pesquisa. Sheila já analisava o próprio comportamento no início da psicoterapia e se manteve assim ao longo do processo.

A linha de tendência dos CRB1s de Sheila cresceu na primeira fase de FAP presencial, decresceu após a introdução da FAP online e continuou a decrescer nas fases posteriores. Isto é, a tendência de Sheila foi de emitir mais comportamentos problemáticos na primeira fase de FAP presencial e de emití-los cada vez menos nas sessões seguintes. Já a linha de tendência dos CRB2s de Sheila elevou-se na primeira condição de FAP presencial, desceu na primeira condição online, subiu na segunda presencial e continuou neste estado na última condição online. Ou seja, Sheila tendeu a emitir mais comportamentos de melhora nas sessões face-a-face. Sobre os CRB3s, houve um declínio na linha de tendência após a introdução da FAP presencial, não houve alteração na primeira FAP online, houve uma elevação na segunda fase de FAP presencial e uma descida na última fase. Em outras palavras, a tendência de Sheila foi de analisar o próprio comportamento mais vezes nas condições presenciais.

A Figura 4 apresenta a frequência absoluta e a linha de tendência por média móvel, a partir da introdução da condição de FAP presencial, das evocações realizadas pela terapeuta (ERBs) com Amanda e com Sheila no processo psicoterapêutico.

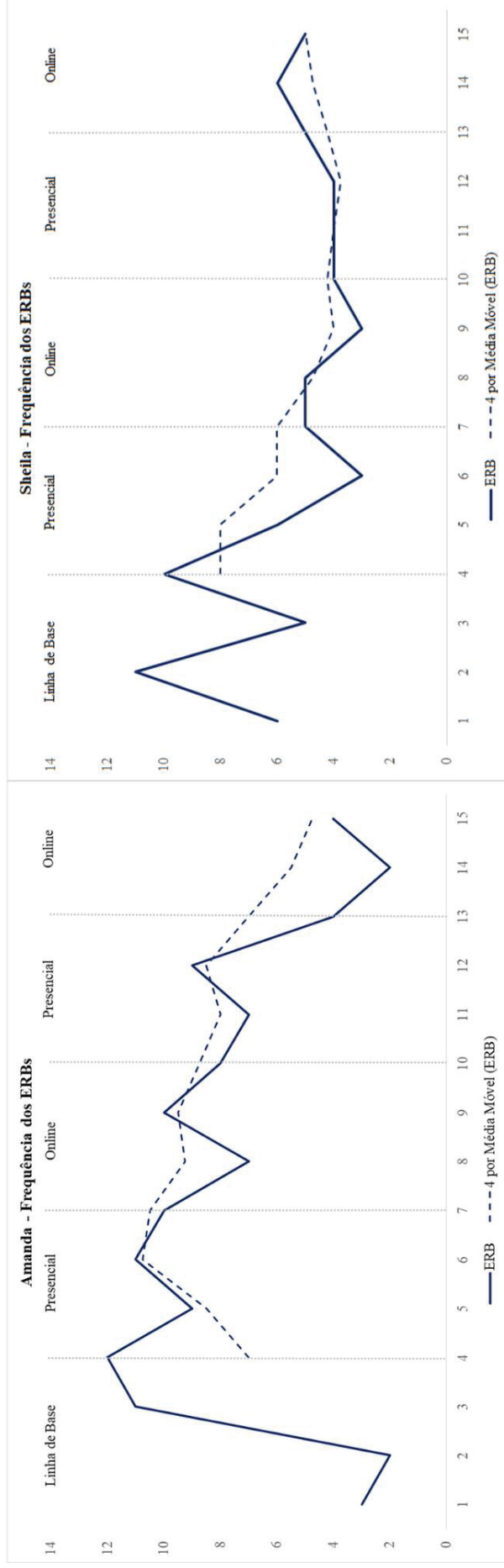


Figura 4: Frequência absoluta e linha de tendência por média móvel, a partir da introdução da condição de FAP presencial, das evocações da terapeuta (ERBs) com Amanda e com Sheila ao longo das quinze sessões e fases da pesquisa

Com Amanda, novamente houve oscilações na quantidade dos códigos no decorrer da terapia, com maior frequência na primeira condição de FAP presencial. Ao final da intervenção, a frequência dos ERBs diminuiu, com uma redução abrupta na última condição online. A linha de tendência após a introdução da FAP presencial inclina-se para cima, depois declina a partir da primeira condição de FAP online e continua a declinar até o final do processo. Isto quer dizer que a terapeuta tendeu a evocar cada vez menos e praticamente evocou menos CRBs de Amanda nas últimas sessões.

Já com Sheila, houve duas maiores frequências de ERBs: uma na segunda sessão de linha de base e outra na primeira sessão de FAP presencial. Nas sessões seguintes, a quantidade diminuiu e estabilizou, ocorrendo um leve aumento na penúltima sessão online. A terapeuta evocou mais CRBs de Sheila no início do tratamento e evocou menos no decorrer da psicoterapia.

A linha de tendência deste código apresentou um declínio na primeira condição de FAP presencial, continuou caindo após a introdução da FAP online e na terceira condição, e elevou-se na última fase online. De maneira geral, isto quer dizer que a tendência da terapeuta foi de evocar cada vez menos CRBs de Sheila.

A tendência, a partir da introdução da FAP, a responder efetivamente e a frequência absoluta das respostas efetivas aos CRBs de Amanda e de Sheila, dadas pela terapeuta (TRBs) são exibidas na Figura 5.

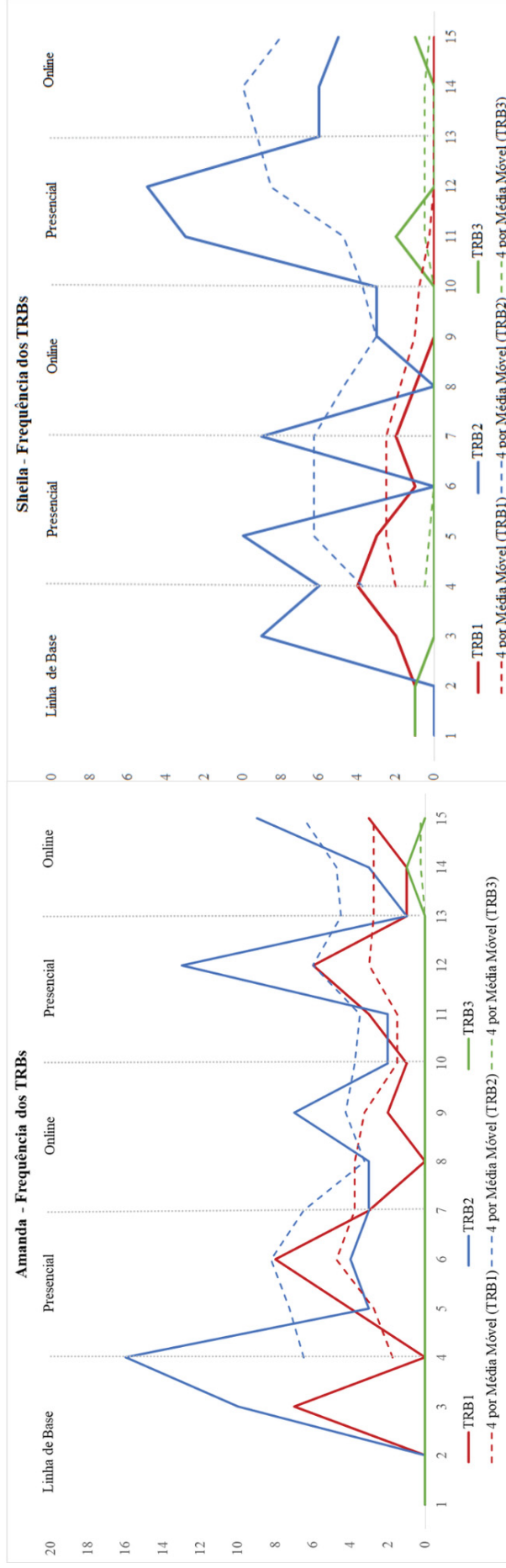


Figura 5: Frequência absoluta e linha de tendência por média móvel, a partir da introdução da condição de FAP presencial, das respostas efetivas da terapeuta (TRBs) aos CRBs emitidos por Amanda e por Sheila ao longo das quinze sessões e fases da pesquisa.

Assim como nos CRBs, a quantidade de TRBs oscilou durante o processo. Com Amanda, não houve elevações significativas na frequência dos TRB1s, enquanto os TRB2s apresentaram duas maiores frequências significativas nas condições de FAP presencial. Isto é, a terapeuta respondeu efetivamente aos CRB1s e CRB2s de Amanda em todas as condições, conforme foram emitidos, com maior ocorrência na modalidade presencial. No que se refere ao TRB3, este surgiu ao final do tratamento, conforme a emissão de CRB3 da participante. Amanda passou a analisar o próprio comportamento ao final da intervenção, sendo correspondida pela terapeuta.

Em relação à linha de tendência da emissão de TRB1s, esta se elevou após a introdução da primeira condição de FAP presencial, decresceu a partir da primeira fase de FAP online, voltou a subir na segunda condição de FAP presencial e manteve-se estável na última fase online. Isto expressa que a terapeuta tendeu a responder mais efetivamente aos CRB1s de Amanda nas sessões face-a-face do que nas sessões via Skype.

No que se refere aos TRB2s, a linha de tendência teve uma inclinação para cima na primeira fase de FAP presencial, inclinou-se para baixo depois da introdução da FAP online, subiu na terceira condição e continuou a subir na última fase. Significa que a tendência da terapeuta foi de responder mais efetivamente aos CRB2s de Amanda nas condições presenciais.

Por fim, a linha de tendência da frequência dos TRB3s começou nula e passou a subir na última fase da pesquisa. Ou seja, a terapeuta tendeu a responder efetivamente aos CRB3s de Amanda na última condição de FAP online.

Com Sheila, houve poucos TRB1s, com uma leve expansão na introdução da FAP presencial e redução progressiva até não ocorrer mais a partir da última sessão da primeira fase

de FAP online. Ou seja, a terapeuta respondeu efetivamente poucas vezes aos comportamentos problemáticos emitidos por Sheila até não responder mais. Em relação ao TRB2, sua frequência oscilou bastante, com frequências maiores nas sessões presenciais e apenas uma na introdução da FAP online. A maior quantidade de TRB2 ocorreu na 12^a sessão na segunda condição de FAP presencial. A terapeuta respondeu efetivamente aos comportamentos de melhora de Sheila conforme eles foram acontecendo. Houve poucas aparições do TRB3 nas condições presenciais e apenas um TRB3 ocorreu na fase online, na última sessão. Isto quer dizer que a terapeuta respondeu efetivamente quando Sheila analisou o próprio comportamento nas sessões presenciais, mas não o fez em todas as sessões online.

A linha de tendência dos TRB1s subiu na primeira fase de FAP presencial, desceu na primeira fase online, continuou a descer na terceira fase e se extinguiu na última. Isto significa que a tendência de a terapeuta responder efetivamente aos CRB1s de Sheila foi diminuindo no decorrer de toda a intervenção. Em relação aos TRB2s, a linha de tendência elevou-se na introdução da FAP presencial, decaiu na primeira condição de FAP online, elevou-se novamente na terceira condição e declinou na última. Em outras palavras, a terapeuta tendeu a responder mais efetivamente aos comportamentos de melhora de Sheila nas condições face-a-face. Por fim, a linha de tendência dos TRB3s inclinou para baixo após a introdução da FAP presencial, desapareceu na segunda condição, subiu na terceira condição (presencial) e desceu na última. Ou seja, a terapeuta tendeu a responder mais efetivamente às análises que Sheila fazia do próprio comportamento nas sessões presenciais.

A Figura 6 mostra a frequência absoluta e a linha de tendência por média móvel, a partir da introdução da FAP presencial, das perdas de oportunidades de a terapeuta responder efetivamente aos CRBs de Amanda e de Sheila (Ms).

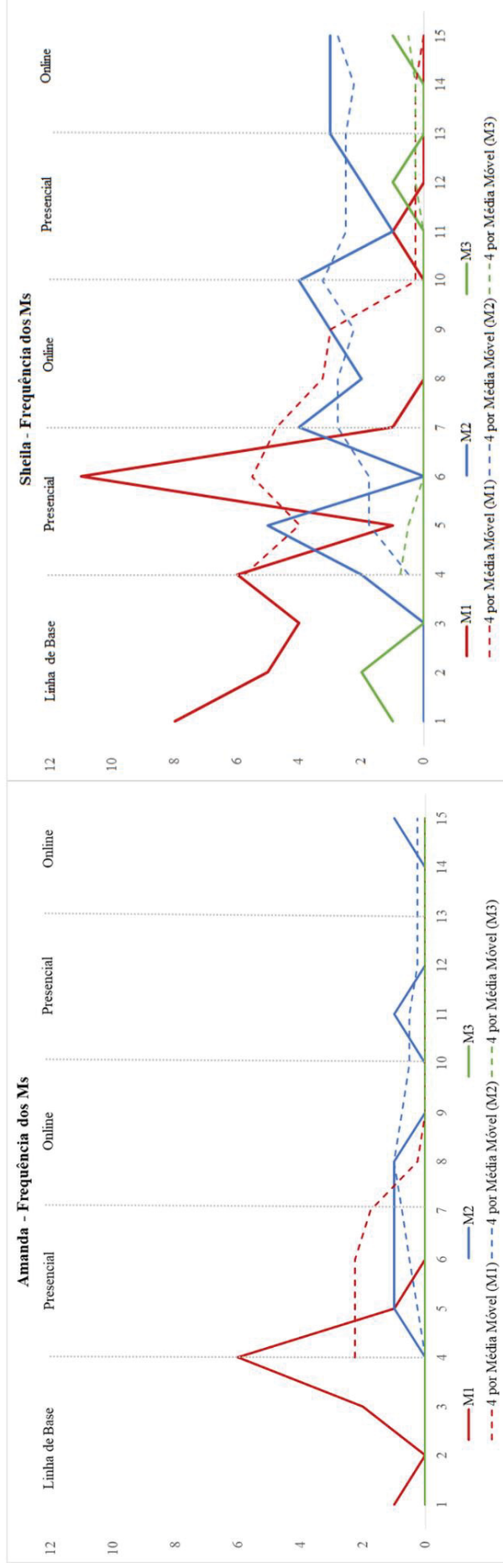


Figura 6: Frequência absoluta e linha de tendência por média móvel, a partir da introdução da condição de FAP presencial, das perdas de oportunidades de responder efetivamente da terapeuta (Ms) aos CRBs emitidos por Amanda e por Sheila ao longo das quinze sessões e fases da pesquisa.

Houve algumas oscilações na quantidade de Ms durante a terapia. Com Amanda, houve uma maior frequência de M1s na introdução da FAP presencial, que caiu abruptamente nas sessões seguintes e não ocorreu mais no restante da psicoterapia. Isto quer dizer que a terapeuta perdeu mais oportunidades de responder efetivamente aos CRB1s de Amanda na condição de FAP presencial. Em relação aos M2s, eles surgiram na introdução da FAP presencial, mantiveram-se estáveis por algumas sessões, caíram na condição online, voltaram na presencial em uma sessão, reduziram por três sessões (online incluso) e tiveram uma ocorrência na última sessão online. Ou seja, a terapeuta não respondeu efetivamente aos comportamentos de melhora de Amanda poucas vezes, em todas as condições. Por fim, não houve ocorrência de M3, ou seja, a terapeuta respondeu efetivamente a todas as análises que Amanda fez do próprio comportamento.

Houve um declínio na linha de tendência de M1s após a introdução da FAP presencial e uma permanência neste estado até zerar na primeira condição de FAP online. Isto é, a tendência da terapeuta foi de perder mais oportunidades de responder efetivamente aos CRB1s na introdução da FAP presencial e progressivamente perder menos nas sessões seguintes. Sobre os M2s, a linha de tendência inclinou-se para cima na primeira fase de FAP face-a-face, declinou na primeira condição de FAP online, continuou neste estado na terceira fase e ficou estável na última condição. Isto mostra que a tendência da terapeuta foi de perder mais oportunidades de responder efetivamente aos CRB2s de Amanda na introdução da FAP presencial. Enfim, não houve linha de tendência para os M3s, uma vez que estes não ocorreram.

Do mesmo modo, com Sheila, as frequências variaram no decorrer do tratamento. A quantidade de M1s iniciou-se relativamente elevada na linha de base, com o maior número na última sessão da primeira condição de FAP presencial. A partir da introdução da FAP online,

a frequência de M1s despencou e estabilizou nas sessões seguintes, praticamente não ocorrendo mais. Isto é, a terapeuta perdeu muitas oportunidades de responder efetivamente aos comportamentos problemáticos de Sheila no início da psicoterapia, no entanto, não ocorreram mais perdas posteriormente. No que se refere ao M2, ele começou a surgir após a introdução da FAP e oscilou em todo o tratamento, sem variações significativas entre as fases. Isto quer dizer que a terapeuta perdeu poucas oportunidades de respostas efetivas aos comportamentos de melhora de Sheila. Houve poucas aparições do M3 nas condições presenciais e apenas um M3 ocorreu na fase online, na última sessão. A terapeuta perdeu mais oportunidades de responder efetivamente quando Sheila analisou o próprio comportamento nas sessões presenciais em comparação às online.

A linha de tendência dos M1s decaiu na primeira condição de FAP presencial e continuou a cair na condição seguinte (online), permaneceu estável na segunda FAP presencial e caiu na última fase. Significa que a terapeuta tendeu a perder menos oportunidades de responder efetivamente aos CRB1s de Sheila no decorrer do tratamento. Sobre os M2s, a linha de tendência inclinou-se para cima após a introdução da FAP presencial, continuou crescendo na primeira fase de FAP online, decaiu na terceira fase (presencial) e subiu na última fase (online). A tendência da terapeuta foi de perder cada vez mais oportunidades de responder efetivamente aos CRB2s de Sheila nas primeiras sessões, um pouco menos nas últimas sessões face-a-face e voltar a perder na última condição online. Enfim, a linha de tendência dos M3s inclinou-se para baixo na primeira fase (presencial), sumiu na segunda (online), elevou-se na terceira (presencial) e continuou subindo na última (online). A terapeuta tendeu a perder menos oportunidades de responder efetivamente aos CRB3s de Sheila nas primeiras sessões e tendeu a perder mais nas últimas.

A Tabela 2 apresenta as principais transições entre os códigos da FAPRS e os códigos elaborados para as sessões de psicoterapia online, para as duas participantes, divididas entre as condições de FAP presencial e FAP online. As tabelas de transição completas podem ser conferidas na seção dos Apêndices (Apêndices H, I, J e K).

Tabela 2

Principais transições entre os códigos da FAPRS e os códigos das sessões online, agrupadas por participante e por condição (presencial e online).

<i>Transição</i>	<i>Amanda FAP Presencial</i>	<i>Amanda FAP Online</i>	<i>Sheila FAP Presencial</i>	<i>Sheila FAP Online</i>
<i>ERB-CRB1</i>	45,83%	29,03%	32,26%	13,79%
<i>ERB-CRB2</i>	54,17%	70,97%	58,06%	82,76%
<i>ERB-CRB3</i>	-	-	9,68%	3,45%
<i>CRB1-TRB1</i>	50%	47,37%	21,05%	42,86%
<i>CRB2-TRB2</i>	47,62%	47,37%	65,28%	49,12%
<i>CRB3-TRB3</i>	-	33,33%	28,57%	33,33%
<i>CRB1-M1</i>	15,91%	-	50%	14,29%
<i>CRB2-M2</i>	11,11%	5,26%	19,44%	35,09%
<i>CRB3-M3</i>	-	-	14,29%	33,33%
<i>TCHA-CCHA</i>	-	66,67%	-	60%
<i>TCHA-CPR</i>	-	11,11%	-	20%
<i>CCHA-TCHA</i>	-	40%	-	50%
<i>CCHA-TPR</i>	-	60%	-	50%
<i>EI-TPR</i>	-	-	-	25%
<i>EI-CPR</i>	-	-	-	25%

Conforme a Tabela 2, nas sessões presenciais de Amanda, a probabilidade de um ERB ser seguido por um CRB1 foi em torno de 46%, enquanto de um CRB2 foi de 54%. Em contrapartida, nas sessões online, as chances de um ERB seguido de um CRB1 foram de 29%, e de um CRB2 foram de mais de 70%. Em ambas as condições, não houve evocação de CRB3s. Em outras palavras, provavelmente, a terapeuta evocou menos comportamentos problemáticos e mais comportamentos de melhora de Amanda nas sessões online em comparação às presenciais. Em relação à cliente analisar o próprio comportamento, a terapeuta não evocou nenhum comportamento do tipo.

A probabilidade dos CRB1s de Amanda serem seguidos por TRB1s nas fases de FAP presencial foi de 50%, enquanto dos CRB2s por TRB2s foi de aproximadamente 48% e não houve transição entre os CRB3s e TRB3s. Nas fases de FAP online, as chances de uma sequência entre CRB1 e TRB1 e entre CRB2 e TRB2 foram idênticas: 47%. Nestas fases, houve a transição entre CRB3 e TRB3, com probabilidade em torno de 33%. Isto significa que as chances de a terapeuta responder efetivamente aos comportamentos problema e aos de melhora de Amanda foram semelhantes entre as condições. Por outro lado, foi mais provável que a terapeuta efetivamente desse consequências às análises que Amanda fez do próprio comportamento nas sessões via Skype.

A porcentagem de uma transição entre um CRB1 de Amanda e de um M1 foi de aproximadamente 16%, nas sessões face-a-face. No que se refere a um CRB2 seguido de um M2, a probabilidade de esta sequência acontecer foi de 11%. Novamente, não houve transição entre CRB3 e o *turn* seguinte nestas sessões. Ao contrário disto, nas sessões online, não houve CRB1s seguidos por M1s, e as chances de um CRB2 de Amanda ser seguido por um M2 foram por volta de 5%. Também não ocorreu a sequência de CRB3 e M3 nesta condição. Isto quer dizer que, ao comparar as sessões presenciais e online, foi mais provável que a terapeuta perdesse oportunidades de responder efetivamente aos comportamentos problemáticos e de melhora de Amanda nas sessões presenciais.

Especificamente nas sessões via Skype com Amanda, a probabilidade de um TCHA ser seguido por um CCHA foi de mais de 66%, já um seguido por um CPR foi de 11%. A transição entre um CCHA e um TCHA teve chance de acontecer em 40% dos casos, sendo complementada pela transição de um CCHA e um TPR em 60% das ocorrências. Não houve aparecimentos de EI e possíveis sequências. Isto quer dizer que tanto falas da terapeuta quanto

da participante sobre a qualidade da vídeo-chamada foram seguidas por comentários do mesmo tipo ou por falas que dessem prosseguimento à sessão.

Em relação à Sheila, nas condições de FAP presencial, as chances de transição entre um ERB e um CRB1 foram perto de 32%, enquanto as da sequência entre um ERB e um CRB2 foram de 58% e entre um ERB e um CRB3 foram de aproximadamente 10%. De outro modo, nas condições de FAP online, a probabilidade de um ERB ser seguido por um CRB1 foi em torno de 14%, a de um ERB seguido por um CRB2 foi de quase 83% e, por fim, a de um ERB seguido por um CRB3 foi de um pouco mais de 3%. Ou seja, foi mais provável que a terapeuta evocasse comportamentos de melhora de Sheila nas sessões via Skype se comparadas com as sessões face-a-face. No entanto, as chances de a terapeuta evocar comportamentos problemáticos ou de análise do próprio comportamento de Sheila foram menores nas sessões online.

A probabilidade de um CRB1 de Sheila ser acompanhado de um TRB1, nas sessões presenciais, foi de 21%. Já a sequência de um CRB2 para um TRB2 teve porcentagem de mais de 65% de ocorrer. A transição entre CRB3 e TRB3, por sua vez, aconteceu em mais de 28% das vezes durante esta modalidade de sessão. No que diz respeito às sessões online, as chances de um CRB1 seguido de um TRB1 foram de quase 43%, as de um CRB2 seguido de um TRB2 foram de 49% e as de um CRB3 seguido por um TRB3 foram de aproximadamente 33%. Isto quer dizer que, em guisa de comparação entre as condições da pesquisa, as chances de a terapeuta responder efetivamente aos comportamentos problemáticos e aos de interpretação do próprio comportamento de Sheila foram maiores nas sessões via Skype. Em contrapartida, foi mais provável que a terapeuta respondesse efetivamente aos comportamentos de melhora de Sheila nas sessões presenciais.

Ainda nas respostas da terapeuta aos CRBs de Sheila, a probabilidade de transição entre um CRB1 e um M1 foi de 50% nas sessões de FAP presencial. Nesta mesma condição, as chances de transição entre um CRB2 e um M2 foram por volta de 19% e entre um CRB3 e um M3 foram de aproximadamente 14%. Quanto às sessões de FAP online com Sheila, a probabilidade de a sequência entre um CRB1 e um M1 ocorrer foi de um pouco mais de 14%, enquanto a sequência entre um CRB2 e um M2 teve em torno de 35% de chances de ocorrer. Enfim, a transição entre um CRB3 e um M3 teve um pouco mais de 33% de possibilidade de acontecer. Ou seja, a terapeuta perder mais oportunidades de responder efetivamente aos comportamentos problemáticos de Sheila teve mais chances de acontecer nas sessões presenciais do que nas online. Nestas, por sua vez, a terapeuta teve maior probabilidade de perder oportunidades de responder efetivamente aos comportamentos de melhora e às análises que Sheila fazia do próprio comportamento.

Exclusivamente nas sessões online, as chances de um TCHA acompanhado de um CCHA foram de 60%, enquanto as de este ser seguido por um TCHA foram de 50%. A probabilidade de transição entre um TCHA e um CPR foi de 20% e a de transição entre um CCHA e um TPR foi de 50%. A sequência entre um EI e um TPR teve possibilidade de ocorrer em 25% dos casos, mesma porcentagem de as chances de um EI seguido de um CPR acontecerem. Novamente, foi comum que falas da terapeuta e de Sheila acerca da qualidade da chamada acontecessem, assim como o surgimento de eventos intervenientes nas sessões via Skype e comentários sobre eles.

BDI-II e LSAS

A Figura 7 apresenta os escores do BDI-II, respondido por Amanda antes e depois da intervenção.

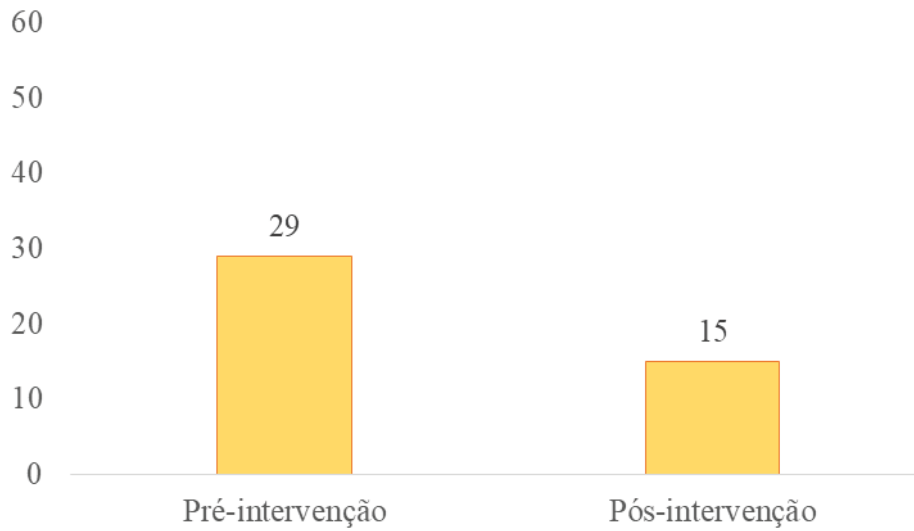


Figura 7: Escores do BDI-II pré e pós-intervenção, respondido por Amanda.

Na aplicação na primeira sessão, Amanda obteve o escore de 29, o que, segundo o manual do instrumento, significa que ela estava com depressão grave. Ao final da intervenção, Amanda obteve o escore 15, que significa depressão leve. Ou seja, houve uma redução na intensidade da depressão de Amanda após a intervenção.

Já sobre o LSAS, a Figura 8 mostra os resultados obtidos por Amanda antes e depois da intervenção.

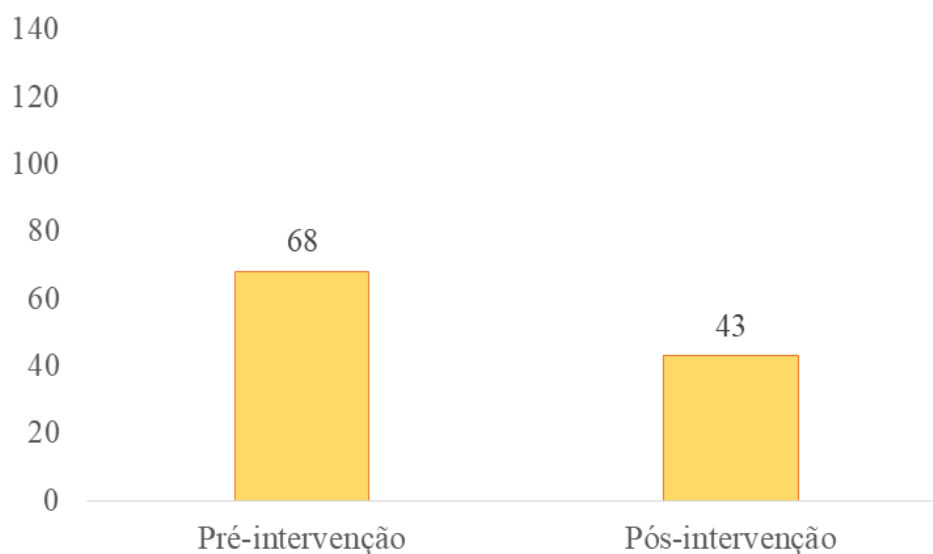


Figura 8: Escores do LSAS pré e pós-intervenção, respondido por Amanda.

Na primeira aplicação, Amanda obteve a pontuação de 68. De acordo com a nota de corte escolhida (60), Amanda entraria na população clínica de Transtorno de Ansiedade Social (TAS). A segunda aplicação resultou na pontuação 43, removendo-a da população clínica. Houve redução na intensidade da ansiedade de Amanda depois da intervenção.

Em relação à Sheila, a Figura 9 mostra seus escores obtidos no BDI-II.

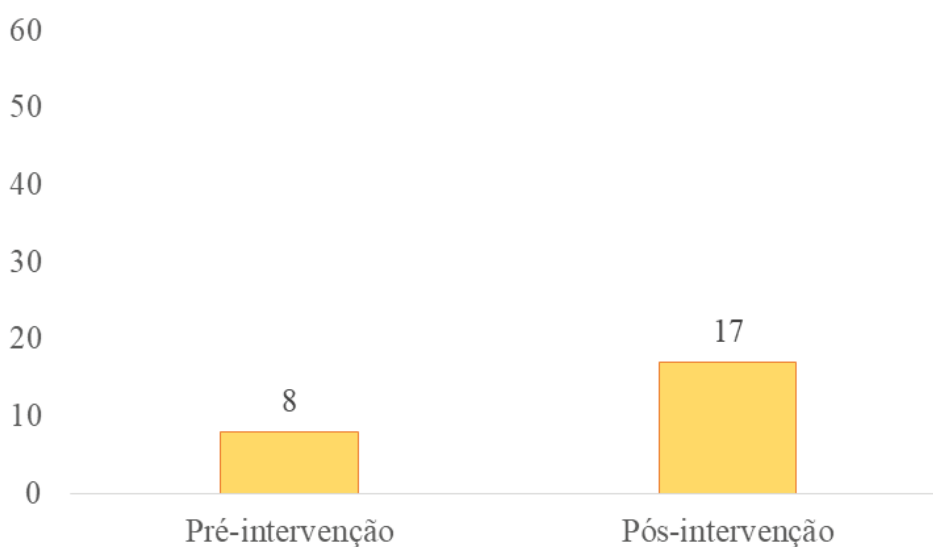


Figura 9: Escores do BDI-II pré e pós-intervenção, respondido por Sheila.

Sheila obteve o escore 8 na primeira aplicação do BDI-II, que foi feita na primeira sessão de psicoterapia. Conforme o manual, ela se enquadrou em depressão mínima. Na segunda aplicação, obteve a pontuação 17, enquadrando-se em depressão leve. Ou seja, a intensidade dos sintomas depressivos elevou-se ao final da intervenção.

A Figura 10 apresenta os resultados do LSAS, respondido por Sheila antes e depois da intervenção.

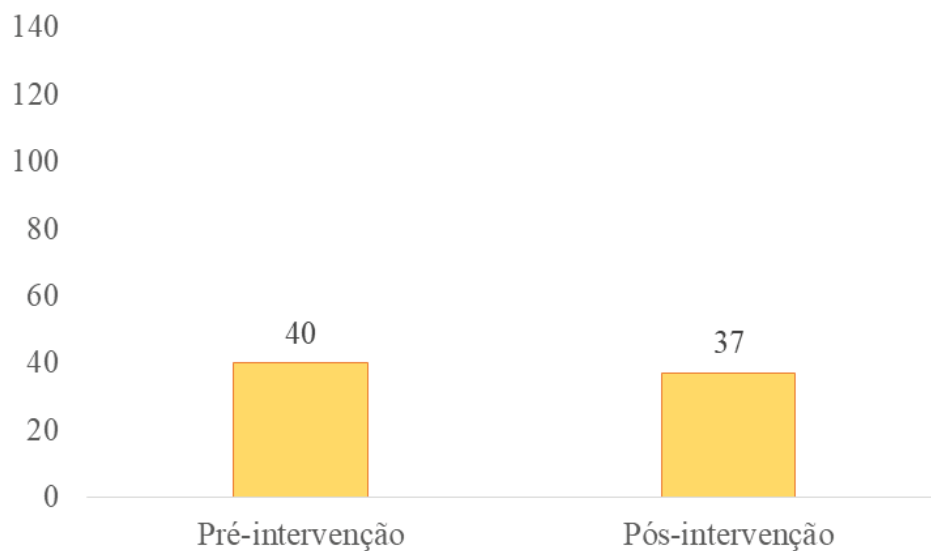


Figura 10: Escores do LSAS pré e pós-intervenção, respondido por Sheila.

A primeira aplicação do LSAS mostrou a pontuação de 40, ou seja, Sheila não estava na população clínica de TAS de acordo com a nota de corte selecionada para este estudo. A segunda aplicação resultou em 37, mantendo-a na população não-clínica. Embora houvesse pouca diferença, ocorreu uma leve redução na intensidade da ansiedade de Sheila.

A Figura 11 indica a Significância Clínica (SC) e o Índice de Mudança Confiável (IMC) das duas participantes em relação aos escores obtidos no BDI-II.

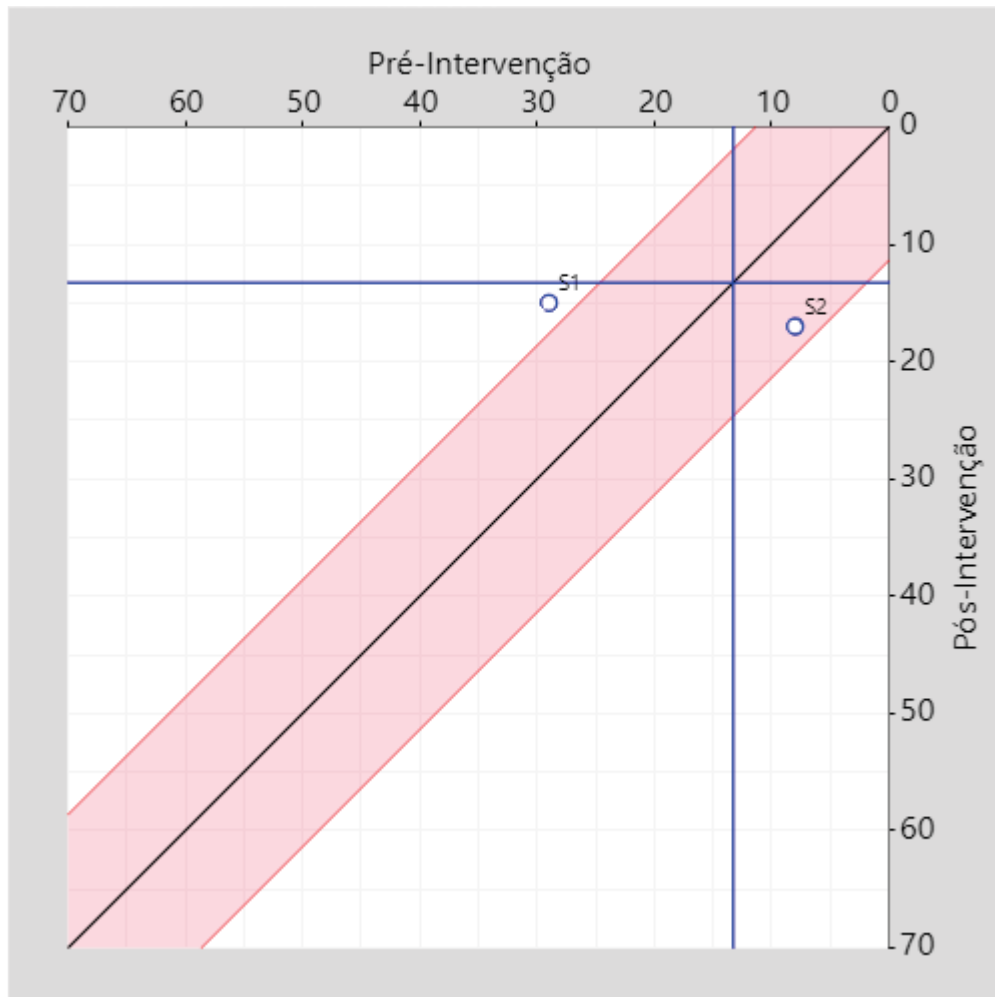


Figura 11: Significância Clínica (SC) e Índice de Mudança Confiável (IMC) das participantes com os resultados do BDI-II. Sendo que S1=Amanda e S2=Sheila.

No que se refere à Significância Clínica, o resultado geral foi de 13,269. Em sua representação gráfica, o ponto S1 (Amanda) está abaixo do traçado horizontal inferior e à esquerda do traçado vertical, enquanto o ponto S2 (Sheila) está abaixo do traçado horizontal inferior e à direita do traçado vertical. Isto quer dizer que Amanda se encontrava inicialmente na população disfuncional e permaneceu nela, não acontecendo mudança no status clínico. Já

Sheila passou da população funcional para a população disfuncional com relação à intensidade dos sintomas de depressão. Assim, houve mudança de status clínico de funcional para disfuncional.

Em relação ao Índice de Mudança Confiável, o resultado de Amanda foi de 2,412, o que significa mudança positiva confiável. Já o resultado de Sheila foi de -1,550, indicando ausência de mudança. No gráfico da Figura 11, o ponto S1 (Amanda) está acima do traçado da diagonal superior e o ponto S2 (Sheila) está localizado entre as linhas superior e inferior à bissetriz. Em outras palavras, Amanda apresentou melhora que pode ser atribuída à intervenção. Em contrapartida, para Sheila, não podem ser feitas afirmações de melhora ou piora devido à intervenção.

A Figura 12 apresenta a Significância Clínica (SC) e o Índice de Mudança Confiável (IMC) das duas participantes em relação aos escores obtidos no LSAS.

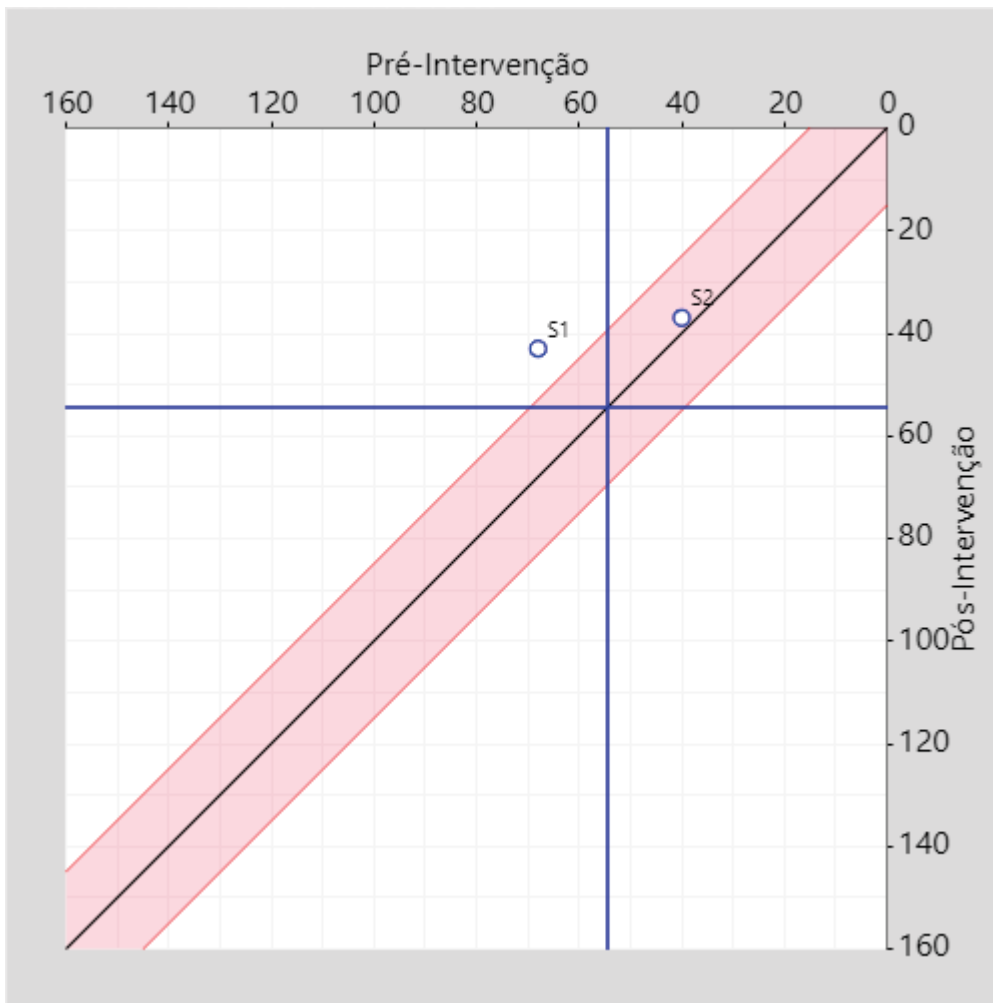


Figura 12: Significância Clínica (SC) e Índice de Mudança Confiável (IMC) das participantes com os resultados do LSAS. Sendo que S1=Amanda e S2=Sheila.

A Significância Clínica apresentou resultado de 54.459. Em sua representação gráfica, o ponto S1 (Amanda) está acima do traçado horizontal superior e à esquerda do traçado vertical, enquanto que o ponto S2 (Sheila) está acima do traçado horizontal superior e à direita do traçado vertical. Amanda passou para a população funcional e Sheila já se encontrava na população funcional e continuou nesta mesma população no que se refere à intensidade dos sintomas de ansiedade.

Já no Índice Mudança Confiável, Amanda obteve a pontuação de 3,250 (mudança positiva confiável) e Sheila, 0,390 (ausência de mudança). Pela representação gráfica, o

ponto S1 (Amanda) encontra-se acima do traçado da diagonal superior e o ponto S2 (Sheila) entre as linhas superior e inferior à bissetriz. Isto é, Amanda apresentou melhora que pode ser atribuída à intervenção, enquanto que para Sheila não podem ser feitas afirmações de melhora ou piora devido à intervenção.

SEQ

A Figura 13 apresenta o nível de profundidade das sessões avaliado por Amanda e por Sheila, comparando as condições presenciais e online. Ou seja, o quanto a terapeuta foi efetiva e esteve envolvidas nas sessões, conforme as impressões das participantes.

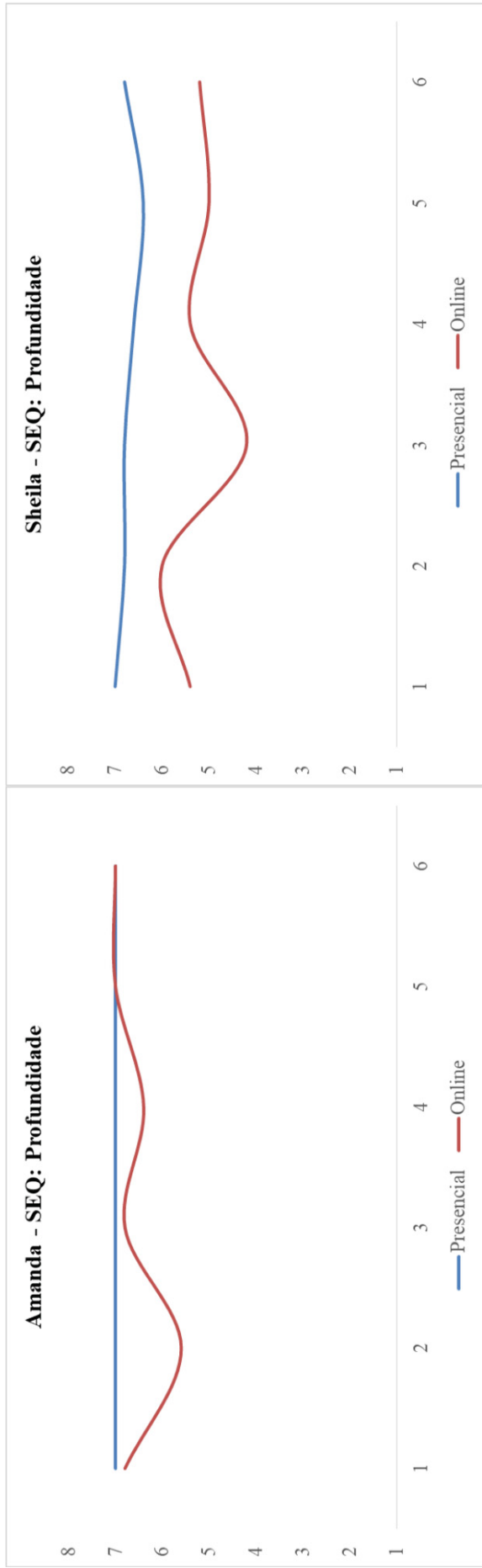


Figura 13: Nível de profundidade das sessões avaliado por Amanda e por Sheila, separado entre as duas condições: presencial e online. O eixo horizontal se refere ao número da sessão e o eixo vertical se refere aos escores do SEQ.

Começando por Amanda, de acordo com a representação gráfica, a linha da profundidade das sessões presenciais permaneceu estável em todas as sessões desta condição, sem alteração de valor, que foi o máximo do instrumento. Já a linha que representa a profundidade das sessões online flutua e inicia abaixo da linha que se refere às presenciais, elevando-se até atingir esta no final da intervenção. A tradução disto é que Amanda avaliou que a terapeuta foi muito efetiva e esteve totalmente presente em todas as sessões face-a-face. Contudo, Amanda teve a impressão de que a terapeuta foi mais efetiva e esteve mais presente em algumas sessões e menos em outras, nas condições de FAP online. No início da intervenção, Amanda percebeu a terapeuta mais efetiva e conectada nas sessões presenciais do que nas online. Ao final, a percepção de Amanda sobre a efetividade e presença da terapeuta nas sessões online tornou-se semelhante as das sessões presenciais.

Sheila pareceu avaliar este constructo de forma semelhante. Conforme a representação gráfica, a linha referente à condição presencial permaneceu estável e acima da linha da condição online, sendo que esta apresentou oscilações no decorrer das sessões. Isto significa que Sheila avaliou que a terapeuta foi mais efetiva e estava mais envolvida nas sessões presenciais, enquanto esta impressão foi mais fraca e variou nas sessões online.

A Figura 14 mostra o nível de complacência avaliado por Amanda e por Sheila nas sessões presenciais e online. Em outras palavras, o quanto as participantes se sentiram confortáveis nas sessões.

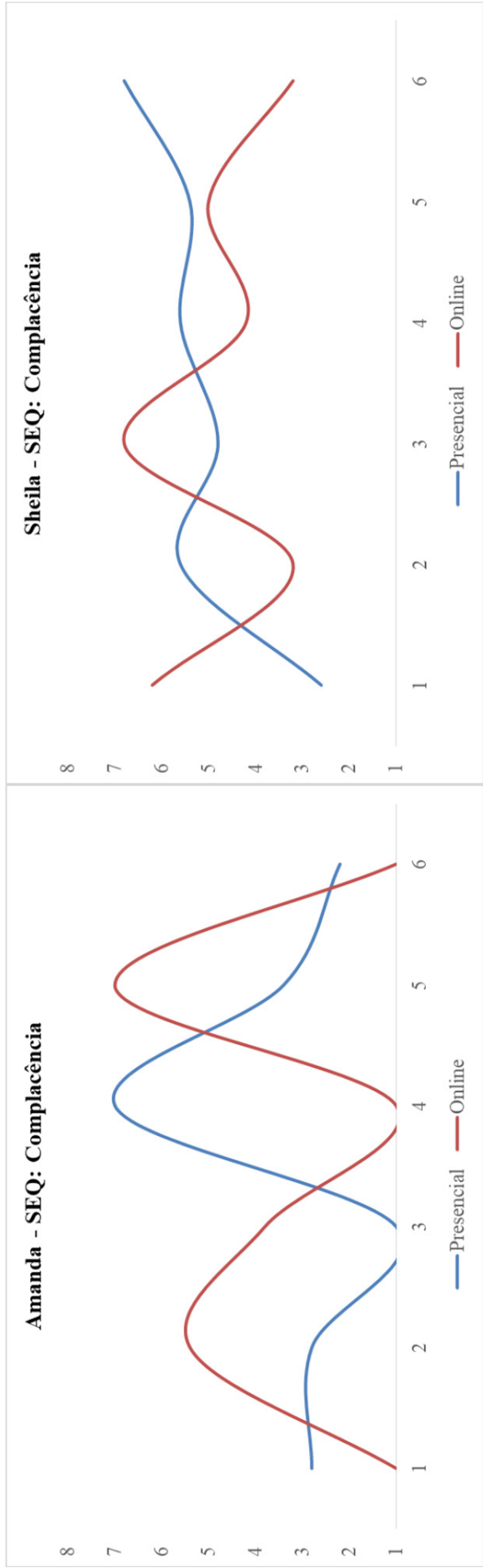


Figura 14: Nível de complacência das sessões avaliado por Amanda e por Sheila, separado entre as duas condições: presencial e online. O eixo horizontal se refere ao número da sessão e o eixo vertical se refere aos escores do SEQ.

No gráfico correspondente à Amanda, a linha referente à complacência nas sessões presenciais começa baixa e inferior à linha representante da condição online e oscila em todas as sessões, chegando a mesma pontuação desta e terminando levemente acima dela. Esta, por sua vez, inicia-se acima da presencial, mas também oscila, encerrando abaixo dela. Isto significa que o nível de conforto de Amanda nas sessões variou em ambas as condições, sentindo-se desconfortável no começo e no final da intervenção, sendo um pouco menos nas sessões face-a-face.

Em relação à Sheila, as linhas que representam ambas as condições oscilam e se cruzam no gráfico, com uma elevação da linha referente às sessões presenciais a partir da metade do tratamento, ficando acima da linha das sessões online até o final. Isto quer dizer que o quanto Sheila relatou se sentir confortável nas sessões variou na primeira metade das sessões e ela passou a se sentir mais confortável nas sessões presenciais na segunda metade da intervenção.

O nível de positividade das sessões avaliado por Amanda e por Sheila é apresentado na Figura 15, comparando as condições presenciais e online. Esta dimensão se refere ao quanto as participantes se sentiram otimistas ao final das sessões.

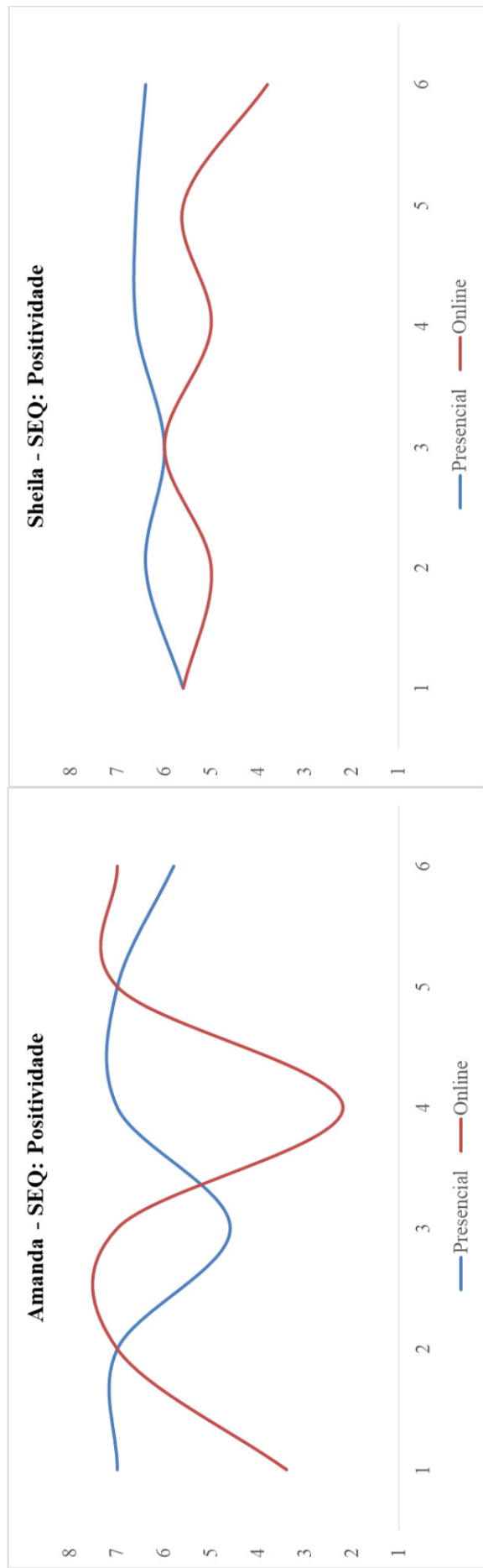


Figura 15: Nível de positividade das sessões avaliado por Amanda e por Sheila, separado entre as duas condições: presencial e online. O eixo horizontal se refere ao número da sessão e o eixo vertical se refere aos escores do SEQ.

A linha que representa a condição presencial começa na pontuação máxima e acima da linha que representa a condição online e termina abaixo desta, no que se refere à positividade de Amanda. Além disto, a linha referente às sessões via Skype oscila entre pontuações baixas e a pontuação máxima, superando a linha das sessões presenciais no final. Ou seja, Amanda sentiu-se mais positiva no início da intervenção face-a-face e ao final da intervenção online, com a intensidade deste sentimento variando no decorrer do tratamento.

Diferente de Sheila, cuja linha que representa a condição presencial varia e eleva-se no final, mas sempre acima da linha que representa a condição online. Esta, por sua vez, oscila e decai no final. Isto significa que Sheila avaliou se sentir mais positiva nas sessões presenciais.

Por fim, a Figura 16 representa o nível de excitação avaliado por Amanda e por Sheila nas sessões presenciais e online, i.e. o quanto elas relataram se sentir animadas com as sessões.

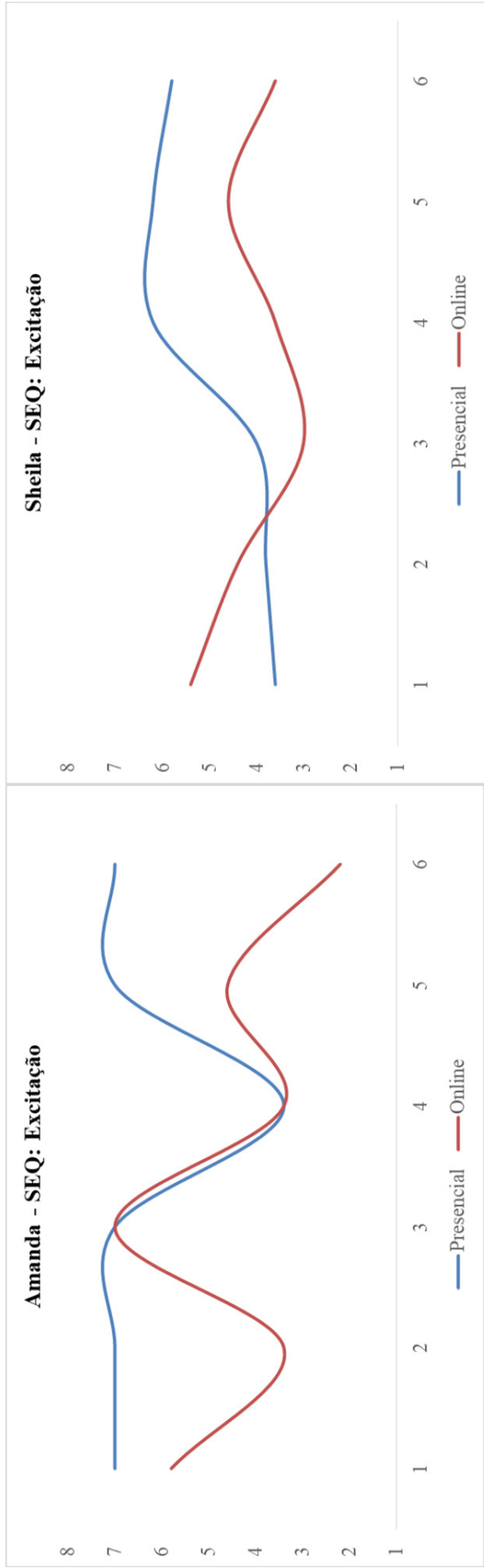


Figura 16: Nível de excitação das sessões avaliado por Amanda e por Sheila, separado entre as duas condições: presencial e online. O eixo horizontal se refere ao número da sessão e o eixo vertical se refere aos escores do SEQ.

Para Amanda, a linha representante das fases de FAP presencial iniciou na pontuação máxima de excitação e acima da linha representante das fases online, decresceu na metade do tratamento, atingindo o mesmo nível desta e voltou ao máximo no final, novamente superando a linha das online. Esta oscilou durante a intervenção e com exceção de dois pontos em que acompanhou a linha das sessões presenciais, permaneceu abaixo desta. Em outras palavras, Amanda sentiu-se mais excitada nas sessões presenciais do que nas online, com alguns momentos no mesmo nível de excitação entre as condições.

No tocante à Sheila, a linha correspondente às sessões presenciais começa abaixo da linha que se refere às sessões online, eleva-se e supera esta, que, por sua vez, declina, eleva-se e volta a declinar no final. Em outras palavras, Sheila relatou sentir maior excitação nas sessões online no início, porém passou a ficar mais excitada nas sessões presenciais após a segunda metade do tratamento.

A terapeuta avaliou as mesmas dimensões no decorrer do tratamento. A Figura 17 mostra o nível de profundidade das sessões com Amanda e com Sheila, avaliado pela terapeuta, comparando as condições presenciais e online.

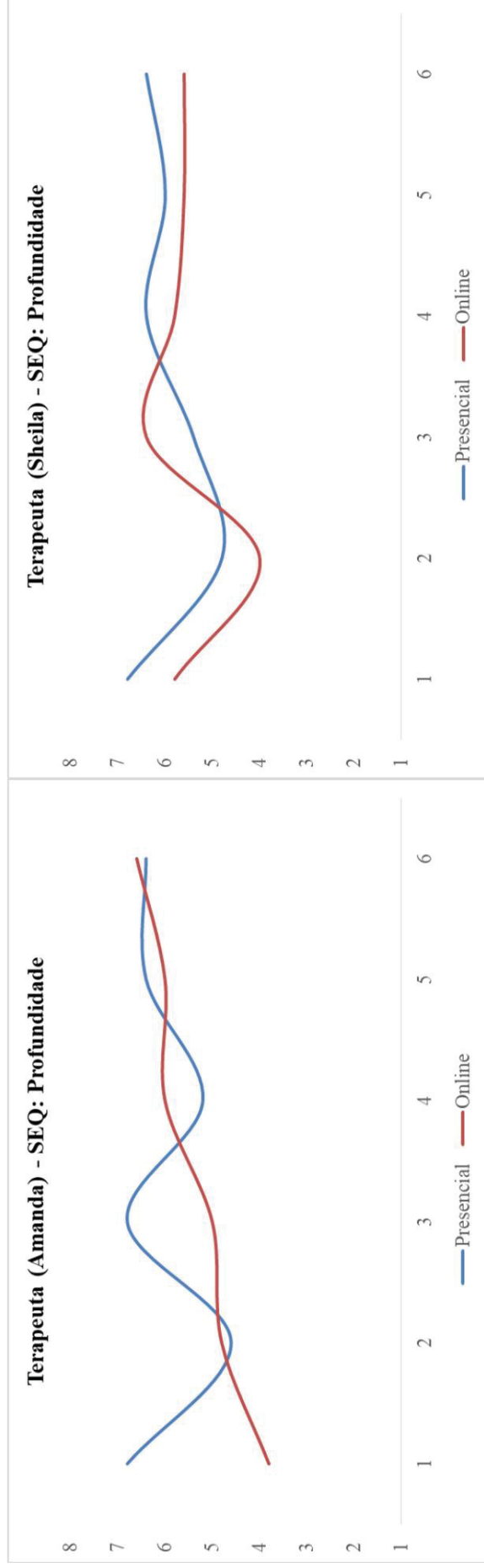


Figura 17: Nível de profundidade das sessões de Amanda e de Sheila, avaliado pela terapeuta e separado entre as duas condições: presencial e online. O eixo horizontal se refere ao número da sessão e o eixo vertical se refere aos escores do SEQ.

No gráfico correspondente à Amanda, a linha que configura as sessões presenciais inicia na pontuação máxima e acima da linha referente às sessões online, oscila e encerra levemente abaixo desta, que, por sua vez, eleva-se progressivamente. Isto é, a terapeuta avaliou que foi mais efetiva e que esteve mais presente nas sessões presenciais, se comparadas às online. Todavia, no decorrer da intervenção, ela relatou se sentir cada vez mais efetiva e presente nas sessões via Skype, chegando a superar a última sessão face-a-face.

No que se refere à Sheila, a linha condizente às sessões presenciais começa acima da que se refere às sessões online, declina e é superada por esta, e volta a elevar-se e permanece superior à linha que diz respeito à condição online. Ou seja, a terapeuta avaliou ter sido mais efetiva e presente nas sessões presenciais, com exceção de uma sessão online, em que a avaliação se inverteu.

A Figura 18 exibe o nível de complacência avaliado pela terapeuta nas sessões presenciais e online com Amanda e com Sheila.

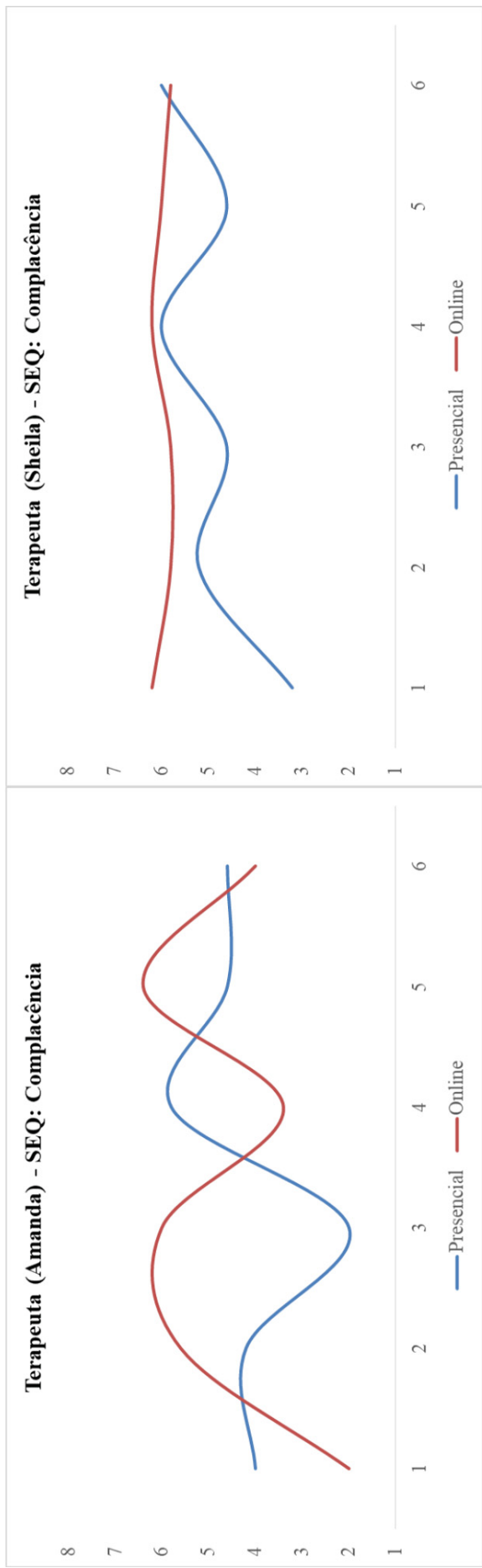


Figura 18: Nível de complacência das sessões de Amanda e de Sheila, avaliado pela terapeuta e separado entre as duas condições: presencial e online. O eixo horizontal se refere ao número da sessão e o eixo vertical se refere aos escores do SEQ.

No gráfico de Amanda, a linha respectiva à condição de FAP presencial começa e termina acima da linha concernente à FAP online, oscila e troca de posição com esta no decorrer da intervenção. Isto quer dizer que, para a terapeuta, Amanda sentiu-se mais confortável nas sessões presenciais no começo e no final da intervenção. Entretanto, a terapeuta avaliou que o nível de conforto de Amanda variou, sentindo-se mais confortável em algumas sessões do que em outras, independentemente da condição.

Já no gráfico de Sheila, a linha que diz respeito à fase de FAP presencial inicia-se abaixo da linha referente à FAP online, oscila e termina na mesma pontuação que esta, que, por sua vez, começa elevada e permanece estável em toda a intervenção. Isto significa, de acordo com a terapeuta, que Sheila sentiu-se mais confortável nas sessões via Skype do que nas presenciais. Porém, uma intensidade semelhante de conforto foi atingida no final do tratamento.

A Figura 19 expõe o nível de positividade das sessões avaliado pela terapeuta durante o atendimento de Amanda e de Sheila, comparando as condições presenciais e online.

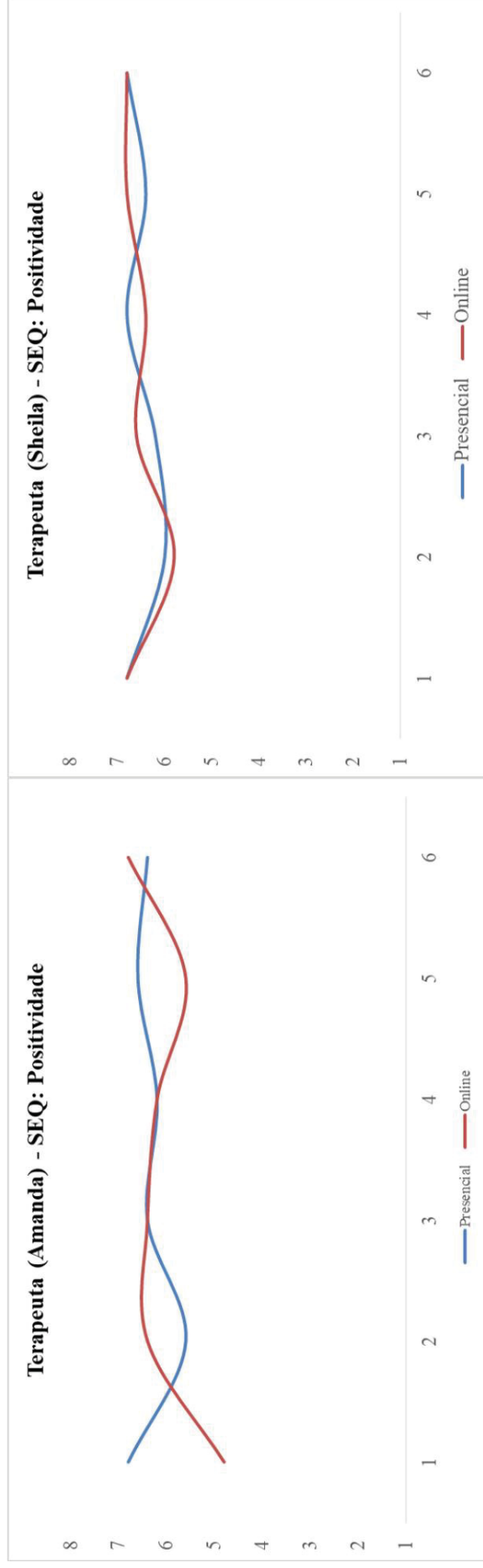


Figura 19: Nível de positividade das sessões avaliado pela terapeuta durante os atendimentos com Amanda e com Sheila, separado entre as duas condições: presencial e online. O eixo horizontal se refere ao número da sessão e o eixo vertical se refere aos escores do SEQ.

Na representação gráfica de Amanda, as duas linhas permanecem elevadas, invertem de posição e com frequência atingem a pontuação máxima do instrumento. Na que diz respeito à condição presencial, ela começa acima e encerra-se abaixo da linha condizente à fase online. Ou seja, a terapeuta relatou sentir-se mais positiva no início da intervenção presencial e não houve diferença entre as condições na intensidade desta dimensão no final do tratamento.

De forma semelhante, no gráfico de Sheila, a linha concernente às sessões face-a-face começa elevada e no mesmo ponto que a linha referente às sessões online. Ambas oscilam, invertem de posição e terminam novamente no mesmo ponto. Isto representa que a terapeuta avaliou que a positividade foi a mesma no início e no término do tratamento, e relatou se sentir mais positiva em algumas sessões do que em outras, independente da condição.

Enfim, a Figura 20 mostra o nível de excitação avaliado pela terapeuta nas sessões presenciais e online com Amanda e com Sheila.

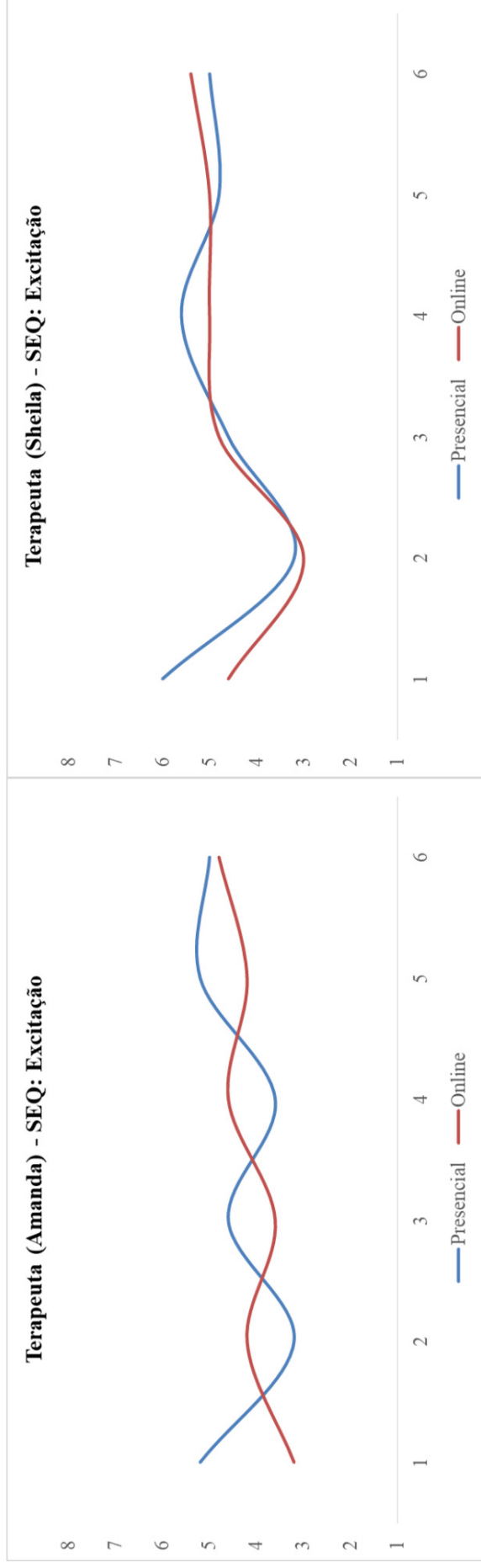


Figura 20: Nível de excitação das sessões com Amanda e com Sheila avaliado pela terapeuta, separado entre as duas condições: presencial e online. O eixo horizontal se refere ao número da sessão e o eixo vertical se refere aos escores do SEQ.

Na imagem referente à Amanda, a linha que condiz com as sessões presenciais inicia acima da linha correspondente às sessões online e oscila, trocando de posição com esta. Ao final da intervenção, as duas linhas atingem a mesma pontuação e se encontram. Isto significa que a terapeuta avaliou se sentir mais excitada em algumas sessões com Amanda do que em outras, não havendo diferença entre as fases da pesquisa.

No gráfico de Sheila, a linha que representa a condição presencial começa elevada e superior a linha que representa a condição online, decai, eleva-se e termina estável, mas abaixo da online. Esta, por sua vez, acompanha o movimento da linha presencial, mas permanece abaixo desta e a supera ao final da intervenção. Em outras palavras, a terapeuta relatou se sentir mais excitada nas sessões face-a-face do que nas via Skype. Todavia, ao final da intervenção online, a terapeuta avaliou se sentir mais excitada se comparada com o final da intervenção presencial.

Discussão

O objetivo desta pesquisa, com base nos conceitos e dados empíricos sobre a FAP, foi comparar frequência de categorias da interação terapeuta/cliente entre sessões semanais presenciais e sessões semanais por videoconferência, e outras instâncias desta interação.

Uma vez que qualquer processo psicoterapêutico não é linear, as oscilações apresentadas nos resultados dialogam com a literatura da área, como discutido por Meyer e Oshiro (2019) e proposto por Cipolletta, Frassoni e Faccio (2018), por exemplo. De maneira geral, para ambas as participantes, os dados parecem ter estado mais sensíveis ao tempo de psicoterapia, independentemente da condição. As diferenças que indicaram uma possível superioridade das sessões presenciais não são relevantes e podem ser explicadas pelas

particularidades de cada cliente e pelo delineamento desta pesquisa. Estes aspectos se assemelham aos resultados obtidos por Pieta, Siegmund, Gomes, e Gauer (2015).

Outro fator que poderia influenciar os resultados antes e depois da intervenção e o processo psicoterapêutico foi a qualidade do sinal da internet da casa das participantes. Uma hipótese foi a de que uma conexão ruim com a internet poderia até prejudicar a psicoterapia, uma vez que a sessão poderia sofrer várias interrupções. Isto aconteceu nas sessões com Amanda, especialmente na primeira condição de FAP online, na qual a primeira sessão apresentou congelamento de imagem e interrupções no áudio e as duas sessões seguintes tiveram que ser realizadas somente via áudio, sem vídeo. No entanto, ela pareceu se beneficiar mais com a psicoterapia do que Sheila, que tinha uma boa conexão com a internet. Para além desta variável, Sheila remarcou as sessões regularmente por causa de outros compromissos, sendo comum ocorrerem sessões quinzenais ao invés de semanais. Além disto, Sheila passou por eventos externos estressores enquanto estava em tratamento, como o processo de alienação parental e o conflito com os pais. A falta de constância na psicoterapia e os problemas externos podem ter prejudicado os resultados de Sheila, mas não pareceram prejudicar o processo, cujas medidas se assemelharam à lógica da FAP (Weeks et al., 2012).

Além disto, pareceu ser inevitável comentar sobre a videoconferência para todos os envolvidos, independentemente da qualidade da conexão com a internet. Isto aconteceu com ambas as participantes, que relataram uma estranheza inicial com a nova modalidade. Inclusive, Sheila declarou explicitamente a sua preferência pelas sessões presenciais. Uma possível explicação para isto é a introdução do Skype após seis sessões face-a-face, podendo ter ocorrido a habituação das participantes com esta modalidade e não com a outra. Ao mesmo tempo, esta percepção negativa da terapia online pareceu atenuar-se ao longo das sessões. Apesar destes

elementos particulares da comunicação via internet na interação, a aliança psicoterapêutica entre a terapeuta e as participantes não pareceu ter sido prejudicada, como apresentado pela literatura (Prado & Meyer, 2006; Stubbings et al, 2013; Rees & Maclaine, 2015).

Começando pelos resultados da FAPRS em frequências absolutas, as linhas de base de Amanda e Sheila iniciaram estáveis com um pouco de tendência para todos os códigos avaliados. Em um processo psicoterapêutico baseado em FAP no contexto não-experimental, a tendência natural dos códigos é variar conforme o que aconteceu na rotina do cliente (Kanter et al, 2017). Isto ocorreu com as duas participantes, independentemente da condição.

Em relação aos comportamentos clinicamente relevantes, os processos de ambas as participantes seguiram o esperado de um tratamento FAP: a frequência de CRB1s foi elevada no início da psicoterapia, enquanto que a de CRB2s começou pequena, para então a primeira reduzir e a segunda aumentar. Ademais, ao final da intervenção, Amanda e Sheila passaram a emitir CRB3s, sugerindo terem se tornado capazes de analisar mais as funções dos próprios comportamentos.

Amanda emitiu mais CRB1s e CRB2s nas condições presenciais se comparada com as online, assim como o responder efetivo da terapeuta. As evocações da terapeuta decresceram no decorrer do processo, independentemente da condição, e isto não parece ter tido efeito nessas diferenças. Uma possível explicação para isto é a baixa qualidade do sinal de internet da residência de Amanda, já que a terapeuta precisou solicitar para que ela repetisse a fala algumas vezes, interrompendo o fluxo da sessão. Vale ressaltar que um dos CRB2s de Amanda consistiu em realizar análises acuradas do próprio comportamento, sem fazer racionalizações ou emitir regras, logo, o que seria formalmente descrito como um CRB3 pelo manual da FAPRS é

considerado um comportamento de melhora para esta participante. Por isto não houve praticamente emissões de CRB3s por parte de Amanda.

Em contrapartida, Sheila também emitiu mais CRB1s, CRB2s e CRB3s nas condições presenciais, sendo que sua conexão com a internet era boa e as únicas interrupções nas sessões online foram eventos intervenientes no ambiente em que ela estava fazendo a sessão, como a filha entrar na sala e o gato deitar no colo, cobrindo a webcam. Contudo, há a possibilidade destas interrupções terem afetado a frequência absoluta dos CRBs nas condições online ao invés do sinal da internet ter tido algum efeito neste aspecto.

É possível supor que houve replicação entre as participantes em relação à emissão de comportamentos clinicamente relevantes. Amanda e Sheila começaram a emitir mais CRB1s com a introdução da FAP e passaram a emití-los cada vez menos durante o tratamento. Do mesmo modo, ambas emitiram mais CRB2s nas sessões presenciais do que nas online. Estas semelhanças podem ter ocorrido por conta da lógica da FAP, no que se refere à redução da frequência de CRB1s, e as sessões via Skype sofreram interrupções para ambas as participantes, o que pode explicar a diferença entre as condições em relação à quantidade de CRB2s. Mais equivalências entre elas podem não ter surgido por causa das particularidades de cada caso, o que condiz com o aspecto idiossincrático da FAP.

No que se refere ao comportamento da terapeuta, esta evocou cada vez menos CRBs das duas participantes, independentemente da condição. Isto pode ter acontecido porque a terapeuta passou a responder mais efetivamente e a perder menos oportunidades de responder aos CRBs emitidos por elas, não havendo mais necessidade de evocá-los, mas sim de mantê-los. Comparando as condições, a terapeuta respondeu mais efetivamente aos CRBs de Amanda

e de Sheila nas sessões presenciais do que nas online. Há chance de isto ter acontecido por conta das interrupções durante as sessões online. Portanto, supõe-se que houve replicação entre elas nestes aspectos.

A terapeuta foi perdendo cada vez menos oportunidades de responder efetivamente aos CRBs de Amanda, não dependendo da fase do processo terapêutico. Isto está de acordo com o funcionamento da FAP em um contexto fora da pesquisa, uma vez que dar consequências efetivas a CRB1s constantemente no início de uma psicoterapia pode tornar o processo muito aversivo e gerar risco de abandono de tratamento. Este parece ser o caso de Amanda, pois dois dos seus CRB1s eram evitar relações de intimidade e falar sobre sentimentos dolorosos por meio de racionalizações, e se este fosse bloqueado toda vez pela terapeuta, a cliente poderia deixar de comparecer às sessões.

Já para Sheila, a terapeuta perdeu cada vez menos oportunidades de dar consequências efetivas aos CRB1s, mas perdeu mais oportunidades de responder efetivamente aos CRB2s nas condições online. O primeiro pode ser porque Sheila reduziu drasticamente a emissão de CRB1s após a introdução da condição online, enquanto o segundo pode se dever a maior emissão de CRB2s nas condições presenciais, o que estatisticamente eleva as chances de perdas.

De acordo com as análises de probabilidade transicional entre os códigos da FAPRS, para Amanda, a terapeuta pareceu ser mais eficaz na condição online do que na presencial, uma vez que as chances de evocações de CRBs e de respostas efetivas a estes ocorrerem foram maiores nas sessões via Skype ou semelhantes entre as modalidades. Todavia, isto pode ter acontecido porque as sessões online tiveram início após seis sessões presenciais, ou seja, no decorrer do processo psicoterapêutico, em que a lógica da FAP (Weeks et al., 2012) já estava

sendo aplicada e poderia já estar em vigor. Ademais, sessões presenciais tem aspectos vocais e de postura que as online não tem, o que pode levar a terapeuta a consequenciar de maneira diferente, alterando as probabilidades de resposta.

Sobre as transições entre os códigos exclusivos das sessões online, elas não pareceram prejudicar a dinâmica da sessão e nem do processo. Durante a coleta de dados, aventou-se a hipótese de que o sinal ruim da internet de Amanda pudesse elevar a frequência absoluta destes códigos e tomar grande parte da sessão, mas isto não ocorreu. Além da proporção baixa destes códigos em relação aos da FAPRS (4,88%), as transições se limitaram a comentários sobre como era fazer uma sessão de psicoterapia online e progressões positivas para a sessão.

Por outro lado, as probabilidades de transição para Sheila variaram entre as categorias, não indicando uma superioridade de uma condição sobre a outra. Embora tenha sido mais provável que a terapeuta evocasse CRB2s nas sessões online do que nas presenciais, e por consequência menos CRB1s, e a probabilidade tenha sido menor de a terapeuta responder efetivamente aos CRB1s e CRB3s nesta condição, isto pode ser devido à lógica da FAP estar sendo aplicada desde a quarta sessão de psicoterapia. Em contrapartida, as consequenciações dadas pela terapeuta aos CRB2s de Sheila tiveram menos chances de acontecer nas sessões online do que nas presenciais. Sheila declarou preferir ser atendida face-a-face do que por Skype, por se sentir mais próxima da terapeuta desta maneira. Isto pode ter interferido nas topografias dos CRB2s da participante e, por consequência, nas respostas da terapeuta.

Assim como foi com Amanda, as transições entre os códigos específicos das sessões online não pareceram prejudicar o funcionamento da psicoterapia. A proporção destes em relação aos códigos da FAPRS também foi baixa (3,76%), mas variou em categoria. Para além

da boa conexão de internet, Sheila trabalhava como assessora de imprensa e tinha contato frequente com tecnologias de comunicação, o que pode ter feito com que ela desenvolvesse um bom repertório em relação a interrupções e problemas técnicos.

Logo, houve poucas replicações entre as participantes nestes resultados. Conjectura-se que isto se deu na probabilidade de transição entre ERBs, CRB1s e CRB2s, na qual as chances de a terapeuta evocar CRB1s foram maiores nas sessões presenciais do que nas online e a probabilidade se inverteu no que se refere aos CRB2s. Uma hipótese para isto é que a interação por meio de videoconferência é menos aversiva do que a face-a-face, de acordo com a literatura sobre psicoterapia online (Mallen, Day, & Green, 2003). Deste modo, o ambiente online pode ter sinalizado maior acolhimento a comportamentos interpessoais passíveis de punição para as duas. Além disto, vale retomar que o tratamento começou com sessões presenciais seguidas por online após aproximadamente um terço da psicoterapia, e os efeitos da FAP já poderiam estar em vigor.

No tocante às medidas antes e depois da intervenção, Amanda apresentou redução na intensidade dos sintomas de depressão e de ansiedade que pode ser atribuída à intervenção, ainda que o processo examinado não tivesse chegado ao seu termo. Embora tivesse problemas com a conexão com a internet, esta não aparenta ter tido influência no efeito da intervenção nestes aspectos.

Por outro lado, não foi possível fazer nenhuma afirmação sobre os efeitos da psicoterapia na intensidade dos sintomas de Sheila, inclusive havendo piora nos sintomas de depressão. Esta, por sua vez, pode ter ocorrido porque um dos CRB2s de Sheila era identificar que algo era

desagradável a ela, portanto, faz sentido que o escore do BDI-II tenha aumentado no final da intervenção.

Sobre as avaliações feitas pela terapeuta e pelas participantes acerca da qualidade das sessões, de maneira geral, os constructos abordados pelo SEQ sinalizaram uma preferência pelo atendimento presencial. Uma possível explicação para isto é que a psicoterapia começou desta forma e permaneceu assim por seis sessões até a introdução do Skype, o que pode ter facilitado a habituação das clientes nesta modalidade de atendimento. Além disto, ambas podem ter precisado de um tempo para se acostumarem com as sessões online e se adaptarem às particularidades desta modalidade. No caso de Amanda, a preferência pelo atendimento presencial pode ter acontecido porque o sinal da conexão de sua internet era baixo, o que prejudicava a comunicação. Já para Sheila, o ambiente em que ela estava realizando as sessões online estava sujeito a interrupções de eventos intervenientes, como sua filha entrar na sala e seus gatos subirem em seu colo e cobrirem a webcam. Estas variáveis intervenientes também podem ter influenciado a avaliação da terapeuta.

Contudo, a terapeuta avaliou que Sheila parecia se sentir mais confortável nas sessões online do que nas presenciais, especialmente no início das condições. Esta impressão pode ter ocorrido porque Sheila fez autorrevelações e temia o julgamento da terapeuta nas sessões presenciais após a introdução da FAP. Mais especificamente, a título de exemplo, na primeira sessão FAP, Sheila contou à terapeuta que a família de seu noivo desconhecia a existência de sua filha, apesar de estarem juntos há anos e esta acreditar que ele era seu pai biológico. A participante se considerava um “monstro” por isto e acreditava que a terapeuta a julgaria da mesma forma. Embora autorrevelações deste nível não tenham ocorrido nas sessões online, isto pode se dever pelo tempo de psicoterapia e não pelo setting terapêutico.

Do mesmo modo, ao final do tratamento, algumas dimensões tratadas pelo SEQ foram superiores nas sessões online do que nas presenciais. Amanda e a terapeuta relataram se sentir mais positivas na última sessão de intervenção, que fora online. Ademais, a terapeuta avaliou ter sido mais efetiva e ter estado mais presente nesta mesma sessão. Talvez tenha ocorrido uma habituação das sessões via Skype ou estas variáveis tenham ficado sob controle do tempo de tratamento e não da condição. Junto a isto, uma possível evolução de Amanda por conta da psicoterapia foi a de variar seu comportamento e ambiente – sair mais com os amigos, expressar pensamentos e sentimentos para eles e começar um estágio – e a de ter começado um relacionamento afetivo com um rapaz por ter se permitido mostrar-se vulnerável e ser acolhida por ele. Estas são variáveis muito bem-vindas que podem ter influenciado a avaliação da participante e a da terapeuta. No que concerne a Sheila, a terapeuta relatou se sentir mais excitada na última sessão online do que na presencial, que pode ter ocorrido por conta de relatos constantes de melhora da cliente, pois desde que contara à sogra sobre a existência da filha, o relacionamento de Sheila com a família do noivo foi se tornando cada vez mais íntimo e reforçador.

Ainda, dois constructos se igualaram entre as condições ao final da intervenção: a profundidade avaliada por Amanda e a positividade da terapeuta no atendimento com Sheila. A primeira pode ser por causa da habituação à condição online ou pela conexão da internet de Amanda ter estabilizado na segunda fase de pesquisa da FAP online, fazendo com que ela julgasse a efetividade e a presença da terapeuta nesta fase de forma semelhante às sessões face-a-face. A segunda, por sua vez, pode ter acontecido porque não houve eventos intervenientes na última sessão online com Sheila, aspecto parecido com uma sessão presencial em uma sala da clínica escola, em que dificilmente há interrupções.

Também, terapeuta e participantes apresentaram relatos variados sobre alguns aspectos avaliados pelo SEQ que pareceram estar sob controle do aqui-e-agora da sessão e do tempo de terapia, e não das condições. Tanto Amanda quanto sua terapeuta relataram que houve sessões em que a primeira se sentiu mais confortável e outras menos, independente do setting terapêutico. O mesmo ocorreu com a positividade e a excitação, em que ambas contaram se sentir mais ou menos positivas e excitadas em algumas sessões e não em outras. Provavelmente, no que se refere a estes aspectos, sua intensidade variou conforme o conteúdo da sessão, uma vez que em uma sessão presencial, Amanda usou todo o tempo dela falando sobre uma viagem que fizera, enquanto que em uma sessão online, contou sobre vezes em que se mostrou vulnerável ao parceiro. Por outro lado, nesta mesma modalidade, Amanda contou somente sobre séries que assistia, enquanto que em uma sessão presencial, chorou e relatou se sentir muito só.

Em maior parte, Sheila pareceu preferir e se sentir mais à vontade nas sessões presenciais. Já sua terapeuta relatou se sentir mais positiva e excitada em algumas sessões e em outras não, o que também parece ter ficado sob controle do conteúdo da sessão, e não da condição. Por exemplo, Sheila revelou informações íntimas na sessão presencial, como citado anteriormente, que podem ter deixado a terapeuta mais positiva e excitada com o processo psicoterapêutico. Também, em sessões online, Sheila relatava momentos em que fora assertiva com a família, amigos e colegas de trabalho, o que pode estimular o trabalho da terapeuta. Em contrapartida, houve sessões – presenciais e online – em que Sheila focava os relatos em preparações para sua festa de casamento, o que pode ter reduzido essas sensações na terapeuta, assim como o surgimento de eventos intervenientes na sessões via Skype, já mencionados anteriormente.

As dimensões profundidade e complacência obtiveram avaliações diferentes entre a terapeuta e as participantes. Para Amanda, a terapeuta foi efetiva e esteve presente em todas as sessões presenciais na mesma intensidade, enquanto que para esta, sua efetividade e presença nessas mesmas sessões variaram. Talvez a terapeuta avaliou sua efetividade e presença conforme o conteúdo apresentado por Amanda nas sessões, cujos exemplos já foram citados. A participante, por sua vez, vivia em um ambiente em que era esperado que ela tivesse sucesso em todas as suas atividades e que auxiliasse a todos os membros da família, portanto, interagir com uma pessoa que não tivesse estas expectativas pode ter influenciado sua avaliação acerca do desempenho da terapeuta. Em relação às sessões via Skype, a avaliação sobre a profundidade foi parecida entre Amanda e sua terapeuta, assim como a avaliação acerca da complacência, em ambas as condições. Nestes casos, parece que ambas ficaram sob controle do aqui-e-agora da sessão e não do setting terapêutico.

No que concerne à Sheila, a terapeuta foi mais efetiva e esteve mais presente nas sessões presenciais se comparadas com as sessões online. Já a terapeuta avaliou que sua efetividade e presença foram mais próximas entre as condições, embora também relatasse uma superioridade nas sessões de FAP presencial. Sobre a complacência, não houve diferença significativa na sua intensidade entre as avaliações das sessões face-a-face. No entanto, de acordo com a terapeuta, Sheila parecia se sentir mais confortável nas sessões via Skype do que nas presenciais, enquanto que para esta, o nível de conforto variou entre as sessões e chegou a valores inferiores nas sessões online. Estas diferenças podem ter surgido porque nas sessões online, Sheila descrevia claramente sua preferência pela modalidade presencial e que se sentia mais próxima da terapeuta nesta condição. Aparentemente, a participante ficou mais sob controle da modalidade de atendimento do que a terapeuta em relação a estes constructos.

Os resultados deste instrumento foram os que mais apresentaram possíveis replicações entre as participantes do estudo. Tanto a terapeuta quanto Amanda e Sheila avaliaram que no atendimento presencial, a terapeuta esteve mais presente e foi mais efetiva do que no online. Referindo-se somente às participantes, ambas relataram se sentir mais excitadas nas sessões face-a-face. Isto pode ter acontecido porque a presença física dos membros da díade permite uma maior variabilidade na topografia da interação, como toques físicos e observação e reprodução da postura do cliente pelo terapeuta. Esta diferença pode influenciar a percepção das respondentes do instrumento.

Outra replicação plausível foi o quanto as participantes se sentiram confortáveis durante as sessões, que pareceu ter estado em função do conteúdo e não do setting terapêutico, pois o nível de complacência variou para ambas. Já pelo ponto de vista da terapeuta, Amanda e Sheila pareceram estar mais confortáveis nas sessões online. Mais uma vez, esta percepção pode ter sido resultado da maior variabilidade na observação da topografia de comportamentos na interação. Por fim, uma última replicação possível entre Amanda e Sheila foi o relato da terapeuta sobre como se sentiu positiva e excitada no decorrer das sessões, em que variou e aparentou estar sob controle do conteúdo e do aqui-e-agora da sessão, e não da condição. Isto condiz com a literatura geral sobre psicoterapia online (Pieta & Gomes, 2014) e com a literatura da FAP sobre o comportamento do terapeuta em um setting virtual (Kanter, Tsai, Holman, & Koerner, 2012; Maitland et al., 2016).

Em suma, apesar da aparente superioridade da psicoterapia presencial sobre a online, as especificidades de cada caso e o tempo de psicoterapia pareceram determinar o processo e o resultado psicoterapêuticos. Cada psicoterapia é única, independentemente da linha teórica e do setting terapêutico, em que quem orienta a dinâmica e a efetividade do tratamento é o cliente e,

de acordo com os resultados obtidos, aparentemente foi isto que aconteceu neste estudo. As diferenças encontradas entre as modalidades não representaram prejuízo na evolução das participantes, o que possibilita considerar a psicoterapia online uma opção viável para o cliente que busca auxílio psicoterapêutico e para o terapeuta que deseja expandir a sua oferta de serviços. Para os pesquisadores, os dados corroboram a literatura de que esta é uma área de estudo promissora e que mais aspectos sobre a psicoterapia online poderiam ser investigados, especialmente suas especificidades e a relação terapêutica.

Considerações finais

Apesar da rápida evolução tecnológica e da crescente demanda por prestação de serviços por meio da internet no Brasil, a psicoterapia online ainda é um campo pouco pesquisado nacionalmente, ao contrário de outros países. Por conta das diferenças culturais, econômicas, territoriais e da qualidade da conexão de internet, não seria recomendado somente aplicar os dados internacionais para a população brasileira. Portanto, pesquisas nacionais sobre o funcionamento e resultados da psicoterapia online são bem-vindas.

Esta dissertação objetivou comparar a frequência de categorias da interação terapeuta/cliente entre sessões semanais presenciais e sessões semanais realizadas via software de comunicação síncrona pela internet a partir de conexões de voz e vídeo, e outras instâncias desta interação entre estas modalidades, a partir de um tratamento baseado na FAP. Junto a isto, foram verificados os resultados do processo psicoterapêutico e como terapeuta e clientes avaliaram a qualidade das sessões presenciais e online. O presente estudo avança no sentido de ser uma das poucas pesquisas nacionais sobre o tema e por investigar o processo psicoterapêutico da psicoterapia online – aspecto pouco abordado pela literatura internacional,

que foca em pesquisas sobre eficácia –, com resultados condizentes com o funcionamento da maioria das psicoterapias.

Das duas participantes selecionadas para o estudo, Amanda pareceu se beneficiar mais da psicoterapia do que Sheila, que, por sua vez, talvez necessitasse de um tempo maior de tratamento e de constância no comparecimento das sessões. Contudo, o processo psicoterapêutico de ambas pareceu estar mais sensível ao tempo de tratamento, e não do setting terapêutico, conforme indicam os dados.

No entanto, em alguns aspectos, a psicoterapia presencial pareceu ser melhor que a online, inclusive com Sheila declarando sua preferência pela primeira. Todavia, aparentemente houve uma atenuação da percepção negativa da terapia online ao longo das sessões, o que levanta questões importantes, como a possibilidade de discutir o efeito de problemas técnicos na terapia com o próprio cliente, e o impacto que esta discussão pode exercer na relação terapêutica. Não é possível fazer afirmações acerca da superioridade de uma modalidade sobre a outra, pois além das diferenças entre elas terem sido insignificantes, as sessões iniciais foram presenciais, tornando as participantes mais habituadas a este tipo de setting terapêutico.

As limitações do estudo foram o tempo limitado para coleta de dados, tornando as mudanças de fases da pesquisa arbitrarias e artificiais, o número pequeno de participantes, cujo gênero, idade e situação socioeconômica eram semelhantes. Ter iniciado a coleta de dados de forma presencial, com o mesmo delineamento de pesquisa para as duas participantes, o tempo para habituação da condição online e problemas técnicos também podem ter influenciado os resultados. Particularmente, a qualidade ruim da conexão com a internet de Amanda e as

interrupções nas sessões via Skype com Sheila foram variáveis intervenientes que influenciaram os resultados.

Sugere-se que pesquisas futuras investiguem durante o recrutamento de participantes sua preferência pelo tipo de atendimento, a qualidade da chamada de videoconferência e o ambiente em que realizarão as sessões online, para então selecionar aqueles que seriam mais adequados para esta modalidade. Além disto, mais sessões e uma população maior e mais variada são bem-vindas, assim como dividir os participantes em grupos presenciais e online, sendo que neste, o contato entre terapeuta e cliente seria feito totalmente via internet, do começo ao fim.

Também sugere-se pesquisar quais são as populações adequadas para este tipo de atendimento e se há situações específicas em que a psicoterapia online não seria recomendada. Cabe questionar igualmente se todos os recursos terapêuticos podem ser transpostos para esta modalidade, assim como as linhas teóricas da psicologia e tipos de atendimento – casal e familiar, por exemplo. Outro tema relevante para pesquisar seria as especificidades da psicoterapia online e os efeitos delas em um processo psicoterapêutico. Enfim, as possibilidades de pesquisa são várias e recomenda-se que os acadêmicos as investiguem, devido à relevância e atualidade do tema.

Considerando que a psicoterapia online é um tema recente na história da Psicologia e pouco pesquisado no Brasil, este estudo tem uma função preliminar de investigar alguns aspectos desta modalidade, em especial a relação terapêutica, e incentivar mais pesquisas sobre o assunto. O que é possível inferir dos dados coletados neste estudo e da literatura é que as

vantagens da psicoterapia online são maiores que as desvantagens e, logo, esta é uma opção viável de fazer psicoterapia, desde que sejam tomadas as devidas precauções.

Referências

- Acierno, Knapp, Tuerk, Gilmore, Lejuez, Ruggiero, Muzzy, Egede, Hernandez-Tejada, & Foa (2016). A non-inferiority trial of Prolonged Exposure for posttraumatic stress disorder: In person versus home-based telehealth. *Behaviour Research and Therapy*. 89.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5.ed. Porto Alegre: Artmed.
- Bartlett, K. & Coulson, N. (2011). An investigation into the empowerment effects of using online support groups and how this affects health professional/patient counselling. *Patient education and counseling*. 83. 113-9.
- Baruch, D. E., Kanter, J. W., Busch, A. M., Plummer, M. D., Tsai, M., Rusch, L. C., . . . Holman, G. I. (2011). Linhas e evidências que dão suporte à FAP. Em M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follette, & G. M. Callaghan, *Um Guia para a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP): consciência, coragem, amor e behaviorismo* (pp. 43-60). (F. Conte, & M. Z. Brandão, trads.) Santo André: ESETec (Obra publicada originalmente em 2009).
- Beck, AT. & Blamsderfer, A. (1974). Assesment of Depression: the Depression Inventory In: _____ *Psychological Measurements In Psychopharmacology*. Paris P. Pichot, pp. 151-169.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Berger, T. (2017). The therapeutic alliance in internet interventions: A narrative review and suggestions for future research. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 27 5, 511-524 .
- Berryhill, M.B., Culmer, N., Williams, N., Halli-Tierney, A.D., Betancourt, A., Roberts, H., & King, M. (2018). Videoconferencing Psychotherapy and Depression: A Systematic Review. *Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association*.
- Berryhill, M.B., Halli-Tierney, A., Culmer, N., Williams, N., Betancourt, A., King, M., & Ruggles, H. (2018). Videoconferencing psychological therapy and anxiety: a systematic review. *Family practice*.
- Busch, A. M., Callaghan, G. M., Kanter, J. W., Baruch, D. E., & Weeks, C. (2010). The Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale: a Replication and Extension. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, pp. 11-19.

- Callaghan, G. M., Follette, W. C., Ruckstuhl, Jr., L. E., & Linnerooth, P. J. (2008). The Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS): A Behavioral Psychotherapy Coding System. *The Behavior Analyst Today*, pp. 98-116.
- Campbell, L. F., Millán, F., & Martin, J. N. (2018). Introduction. Em L. F. Campbell, F. Millán, & J. N. Martin, *A telepsychology casebook: Using technology ethically and effectively in your professional practice* (pp. 3-6). Washington: American Psychological Association.
- Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação. (2018). *Cetic - Portal de Dados*. Fonte: Cetic.br: <http://data.cetic.br/cetic/explore>
- Cipolletta, S., Frassoni, E., & Faccio, E. (2017). Construing a therapeutic relationship online: An analysis of videoconference sessions. *Clinical Psychologist*, 22, 220–229.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20:37-46.
- Comer, J. S., Furr, J. M., Kerns, C. E., Miguel, E., Coxe, S., Elkins, R. M., Carpenter, A. L., Cornacchio, D., Cooper-Vince, C. E., DeSerisy, M., Chou, T., Sanchez, A. L., Khanna, M., Franklin, M. E., Garcia, A. M., & Freeman, J. B. (2017). Internet-delivered, family-based treatment for early-onset OCD: A pilot randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(2), 178–186.
- Conselho Federal de Psicologia (1995). *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Brasília.
- Conselho Federal de Psicologia (1997). *Estabelece critérios para divulgação, a publicidade e o exercício profissional do psicólogo, associados a práticas que não estejam de acordo como os critérios científicos estabelecidos no campo da Psicologia*. Resolução CFP N° 010/1997. Brasília.
- Conselho Federal de Psicologia (1997). *Dispõe sobre a realização de pesquisas com métodos e técnicas não reconhecidas pela Psicologia*. Resolução CFP N° 011/1997. Brasília.
- Conselho Federal de Psicologia (2000). *Regulamenta o atendimento psicoterapêutico mediado por computador*. Resolução CFP N° 003/2000. Brasília.
- Conselho Federal de Psicologia (2000). *Institui a Comissão Nacional de Credenciamento e Fiscalização dos Serviços de Psicologia pela Internet*. Resolução CFP N° 006/2000. Brasília.
- Conselho Federal de Psicologia (2004). *Caderno de Deliberações do V CNP*. Brasília.
- Conselho Federal de Psicologia (2005). *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Brasília.
- Conselho Federal de Psicologia (2005). *Regulamenta o atendimento psicoterapêutico e outros serviços psicológicos mediados por computador e revoga a Resolução CFP N°003/2000*. Resolução CFP N° 012/2005. Brasília.

- Conselho Federal de Psicologia (2007). *Institui a Consolidação das Resoluções do Conselho Federal de Psicologia*. Resolução CFP Nº 003/2007. Brasília.
- Conselho Federal de Psicologia (2012). *Regulamenta os serviços psicológicos realizados por meios tecnológicos de comunicação a distância, o atendimento psicoterapêutico em caráter experimental e revoga a Resolução CFP Nº12/2005*. Resolução CFP Nº 011/2012. Brasília.
- Conselho Federal de Psicologia (2018). *Regulamenta a prestação de serviços psicológicos realizados por meios de tecnologias da informação e revoga a Resolução CFP Nº11/2012*. Resolução CFP Nº 011/2018. Brasília.
- Day, S. X., & Schneider, P. L. (2002). Psychotherapy using distance technology: A comparison of face-to-face, video, and audio treatment. *Journal of Counseling Psychology, 49*(4), 499-503.
- Del Prette, Z. A., & Del Prette, A. (2012). Intervenções Baseadas em Evidências e Método JT. Em M. B. Villa, A. A. Aguiar, & Z. A. Del Prette, *Intervenções baseadas em evidências: aplicações do Método JT* (pp. 11-26). São Carlos: EdUFSCar.
- Egede, L. E., Walker, R. J., Payne, E. H., Knapp, R. G., Acierno, R., & Frueh, B. C. (2018). Effect of psychotherapy for depression via home telehealth on glycemic control in adults with type 2 diabetes: Subgroup analysis of a randomized clinical trial. *Journal of Telemedicine and Telecare, 24*(9), 596–602.
- Gabadinho, A., Ritschard, G., Müller, N. S., Studer, M. (2011). Analyzing and Visualizing State Sequences in R with TraMineR. *Journal of Statistical Software, 40* (4), 1-37.
- Gillispie, J. F. (2007). Cyber Shrinks: Expanding the Paradigm. Em J. Gackenbach, *Psychology and the Internet: Intrapersonal, Interpersonal, and Transpersonal Implications* (pp. 245-273). Cambridge: Academic Press.
- Goetter, E. M., Herbert, J. D., Forman, E. M., Yuen, E. K., & Thomas, J. G. (2014). An open trial of videoconference-mediated exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 28*, 460–462.
- Gorenstein, C., Pang, W. Y., Argimon, I. d., & Werlang, B. S. (2011). *BDI-II: Inventário de Depressão de Beck II / adaptação para o português*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018). *Acesso à Internet e à Televisão e Posse de Telefone Móvel Celular para Uso Pessoal*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12-19.

- Jenkins-Guarnieri, M., Pruitt, L. D., Luxton, D. D., Johnson, K. (2015). Patient perceptions of telemental health: Systematic review of direct comparisons to in-person psychotherapeutic treatments. *Telemedicine and eHealth*, 21(8), 652-660.
- Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists. (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. *American Psychologist*, 68, 791–800.
- Kanter, J. W., Tsai, M., Holman, G., & Koerner, K. (2013). Preliminary data from a randomized pilot study of web-based functional analytic psychotherapy therapist training. *Psychotherapy*, 50(2), 248-255.
- Kanter, J. W., Manbeck, K., Kuczynski, A. M., Maitland, D. M., Villas-Bôas, A., & Reyes, M. (2017). A comprehensive review of research on Functional Analytic Psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 58, 141-156.
- Karray, A., Coq, J.-M., & Boutheyre, E. (2017). Delivering online clinical interviews with NGO workers in humanitarian and cross-cultural contexts. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 6(2), 115-131.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy : Creating Intense and Curative Therapeutic Relationships*. Springer US.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., & Kanter, J. W. (2011). O que é Psicoterapia Analítica Funcional (FAP)? Em M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follette, & G. M. Callaghan, *Um Guia para a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP): consciência, coragem, amor e behaviorismo* (pp. 21-42). (F. Conte, & M. Z. Brandão, trads.) Santo André: ESETEC (Obra publicada originalmente em 2009).
- Kocsis, J., & Yellowlees (2017). Telepsychotherapy and the Therapeutic Relationship: Principles, Advantages, and Case Examples. *Telemed J E Health*; 24:329–34.
- Landis JR, Koch GG. (1977) The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*; 33: 159-174.
- Lazzari, C., Egan, S. J., & Rees, C. S. (2011). Behavioral activation treatment for depression in older adults delivered via videoconferencing: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 555–565.
- Lee, Haeger, Levin, Ong, & Twohig (2018). Telepsychotherapy for Trichotillomania: A Randomized Controlled Trial of ACT-Enhanced Behavior Therapy. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 18, 106-115.
- Leroux, Y. (2008). Psychothérapies en ligne – histoire, questions éthiques, processus. *Psychothérapies*, vol. 28, (3), 211-221.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry* 22, 141-173.

- Lizarazo, N. E., Muñoz-Martínez, A. M., Santos, M. M., & Kanter, J. W. (2015). A within-subjects evaluation of the effects of Functional Analytic Psychotherapy on in-session and out-of-session client behavior, 463–474.
- Maheu, M. M. (2003). The online clinical practice management model. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(1-2), 20-32.
- Maitland, D. W. M., & Gaynor, S. T. (2016). Functional analytic psychotherapy compared with supportive listening: An alternating treatments design examining distinctiveness, session evaluations, and interpersonal functioning. *Behavior Analysis: Research and Practice*, 16(2), 52–64.
- Maitland, D., Kanter, J., Tsai, M., Kuczynski, A., Manbeck, K., & Kohlenberg, R. (2016). Preliminary Findings on the Effects of Online Functional Analytic Psychotherapy Training on Therapist Competency. *The Psychological Record*. 66.
- Mallen, M. J., Day, S. X., & Green, M. A. (2003). Online versus face-to-face conversation: An examination of relational and discourse variables. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(1-2), 155-163.
- Meyer, S., & Oshiro, C. (2019). Linha de pesquisa "delineamento experimental de caso-único em sessões de psicoterapia": decisões metodológicas. *Perspectivas Em Análise Do Comportamento*, 10(1), 064-075.
- Meyn, S. P., Tweedie, R. L. (1993). *Markov Chains and Stochastic Stability*. Springer US.
- Oshiro, C. K. B., Kanter, J., & Meyer, S. B. (2012). A single-case experimental demonstration of Functional Analytic Psychotherapy with two clients with severe interpersonal problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2–3), 111–116.
- Pieta, M. A. (2014). *Psicoterapia pela Internet: a relação terapêutica*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Pieta, M. A., & Gomes, W. B. (Janeiro-Março de 2014). Psicoterapia Pela Internet: Viável ou Inviável? *Psicologia Ciência e Profissão*, pp. 18-31.
- Pieta, M. A., Siegmund, G., Gomes, W. B., & Gauer, G. (Julho-Dezembro de 2015). Desenvolvimento de protocolos para acompanhamento de psicoterapia pela Internet. *Contextos Clínicos*, pp. 128-140.
- Prado, Oliver Zancul, & Meyer, Sonia Beatriz. (2006). Avaliação da relação terapêutica na terapia assíncrona via internet. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 247-257.
- Ramos, A., Pantet, A., Almeida, R. B., Andrade, L. M., Zamignani, D., Oliveira, A. D., . . . Kanamota, P. F. (2019). Tradução e adaptação cultural do Questionário de Avaliação de Sessões (Session Evaluation Questionnaire) para o português do Brasil. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 147-156.

- Rees, C. & Maclaine, E. (2015). A Systematic Review of Videoconference-Delivered Psychological Treatment for Anxiety Disorders. *Australian Psychologist*, 50.
- Rodrigues, C. G. (2014). *Aliança Terapêutica na Psicoterapia Breve Online*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.
- Rodrigues, C. G., & Tavares, M. d. (Outubro-Dezembro de 2016). Psicologia Online: demanda crescente e sugestões para regulamentação. *Psicologia em Estudo*, pp. 735-744.
- Sagon, A., Danitz, S., Suvak, M., & Orsillo, S. (2018). The Mindful Way through the Semester: Evaluating the Feasibility of Delivering an Acceptance-Based Behavioral Program Online. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 9.
- Sánchez-Gutiérrez, T., Barbeito, S., & Calvo, A. (2016). A Revision of Preventive Web-based Psychotherapies in Subjects at Risk of Mental Disorders. *IJIMAI*, 4, 50-54.
- Santos, L. F. (2012). *Estudo da Validade e fidedignidade da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil.
- Siegmund, G., Janzen, M. R., Gomes, W. B., & Gauer, G. (Julho-Setembro de 2015). Aspectos Éticos das Intervenções Psicológicas On-line no Brasil: situação atual e desafios. *Psicologia em Estudo*, pp. 437-447.
- Sierra, Marco A., Ruiz, Francisco J., & Flórez, Cindy L.. (2018). A Systematic Review and Meta-Analysis of Third-Wave Online Interventions for Depression. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 50(2), 126-135.
- Silva, J. d., & de-Farias, A. K. (2018). Análise comportamental clínica na modalidade on-line: possibilidades e desafios em um caso clínico. Em A. K. de-Farias, F. N. Fonseca, & L. B. Nery, *Teoria e Formulação de Casos em Análise Comportamental Clínica* (pp. 714-749). Porto Alegre: Artmed.
- Singulane, B. A. R., & Sartes, L. M. A. (2017). Aliança Terapêutica nas Terapias Cognitivo-comportamentais por Videoconferência: uma Revisão da Literatura. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(3), 784-798.
- Stefanopoulou, E., Lewis, D., Taylor, M., Broscombe, J., Ahmad, J., & Larkin, J. (2018). Are Digitally Delivered Psychological Interventions for Depression the Way Forward? A Review. *Psychiatric Quarterly*, 89, 779-794.
- Stiles, W. B. (1980). Measurement of the impact of psychotherapy sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 176-185.
- Stubblings, D. R., Rees, C. S., Roberts, L. D., & Kane, R. T. (2013). Comparing in-person to videoconference-based cognitive behavioral therapy for mood and anxiety disorders: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15(11), 169-184.

- Sztejn, D. M., Koransky, C. E., Fegan, L., & Himelhoch, S. (2018). Efficacy of cognitive behavioural therapy delivered over the Internet for depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 24(8), 527–539.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B. S., Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (2009). *A guide to functional analytic psychotherapy: awareness, courage, love, and behaviorism*. Springer.
- Tsaousides, T., Spielman, L., Kajankova, M., Guetta, G., Gordon, W., & Dams-O'Connor, K. (2017). Improving emotion regulation following Web-based group intervention for individuals with traumatic brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 32(5), 354–365
- Ulkovski, E. P., Silva, L. P., & Ribeiro, A. B. (2017). Atendimento Psicológico Online: perspectivas e desafios atuais da psicoterapia. *Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde*, pp. 59-68.
- Varker, T., Brand, R. M., Ward, J., Terhaag, S., & Phelps, A. (2019). Efficacy of synchronous telepsychology interventions for people with anxiety, depression, posttraumatic stress disorder, and adjustment disorder: A rapid evidence assessment. *Psychological Services*, 16(4), 621–635.
- Vogel, P. A., Solem, S., Hagen, K., Moen, E. M., Launes, G., Håland, Å. T., ... Himle, J. A. (2014). A pilot randomized controlled trial of videoconference-assisted treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 162–168
- Wagner, B., Horn, A. B., & Maercker, A. (Janeiro de 2014). Internet-based versus face-to-face cognitive-behavioral intervention for depression: A randomized controlled non-inferiority trial. *Journal of Affective Disorders*, pp. 113-121.
- Weeks, C., Kanter, J., Bonow, J., Landes, S., & Busch, A. (2012). Translating the Theoretical Into Practical: A Logical Framework of Functional Analytic Psychotherapy Interactions for Research, Training, and Clinical Purposes. *Behavior Modification*, pp. 36- 87
- Wolery, M., Gast, D. L., & Hammond, D. (2010). Comparative Intervention Designs. Em D. L. Gast, *Single Subject Research Methodology in Behavioral Science* (pp. 329-381). Nova York: Routledge.
- Yuen, Herbert, Forman, Goetter, Juarascio, Rabin, Goodwin, & Bouchard (2013). Acceptance based behavior therapy for social anxiety disorder through videoconferencing. *Journal of anxiety disorders*. 27.

APÊNDICES

Apêndice A

Roteiro para telefonema para seleção dos participantes de pesquisa

ROTEIRO PARA TELEFONEMA

1. Apresentar-se: nome, estudante do mestrado de psicologia da UFPR;
2. Convidar para a pesquisa: dizer que será gratuito, que o sigilo está garantido, que as sessões serão filmadas que não perderá o lugar na fila de espera se não quiser;
3. Explicar que a pesquisa será sobre psicoterapia online, por isso, antes de marcar um horário, será necessário saber se a pessoa tem em casa:
 - Computador com acesso à internet;
 - Se a internet é boa ou ruim;
 - Se sabe mexer no computador;
 - Se já usou o Skype;
 - Um cômodo em que não haja interrupções para a realização das sessões.
4. Se a pessoa estiver dentro destes critérios, marcar um horário para a primeira sessão presencial.

Apêndice B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, psicóloga e especialista Vitória Baldissera de Souza e Profª Drª Jocelaine Martins da Silveira, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você para participar de um estudo intitulado **A interação terapeuta/cliente na Terapia Analítico-Comportamental online e presencial: uma comparação**. O estudo visa comparar aspectos da relação entre o terapeuta e seu cliente em sessões realizadas online e em sessões realizadas presencialmente.

- a) O objetivo desta pesquisa é verificar se há diferença entre sessões semanais presenciais e sessões semanais realizadas por meio do computador quanto à interação terapeuta/cliente.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder três inventários no início e no final do tratamento, ter computador com acesso à internet e comparecer às sessões de triagem e de psicoterapia. Serão solicitados contatos de familiares e demais profissionais de saúde, em caso de emergência.
- c) Para tanto, você deverá comparecer ao Centro de Psicologia Aplicada (CPA), da Universidade Federal do Paraná, para sessões de triagem, por aproximadamente cinco semanas. Após o período de triagem, você deverá comparecer ao CPA quinzenalmente, para a realização das sessões presenciais. Para as sessões online, você poderá fazê-las em casa, em dia e horário combinados com a pesquisadora. Esta fase da pesquisa durará em torno de seis semanas. Todas as sessões terão duração de 50 minutos cada.
- d) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser eventuais problemas técnicos e desconfortos e constrangimentos nas primeiras sessões de psicoterapia, dificuldade de adaptação à modalidade online, de autoexposição e autorrevelação, contato com sentimentos desagradáveis e sensação de vínculo enfraquecido nas sessões online.
- e) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: facilidade de acesso à psicoterapia, diminuição dos comportamentos-problema, relações interpessoais mais satisfatórias, alívio do sofrimento psíquico, qualidade de vida, redução de sintomas, autoconhecimento, autocontrole e autocompaixão.
- f) Você poderá entrar em contato com os pesquisadores Profª Drª Jocelaine Martins da Silveira, Praça Santos Andrade, 50, sala 218 – Centro, Curitiba- PR. Ela poderá também ser encontrada pelo telefone (41) 3310-2625 e pelo e-mail josilveira2016@gmail.com, e com Vitória Baldissera de Souza, Praça Santos Andrade, 50, sala 103 – Centro, Curitiba-PR. Também podendo ser encontrada pelo telefone (41)3310-2669 e pelo e-mail vitoria_baldissera@hotmail.com. Estas podem ser contactadas de segunda a sexta, entre 9h e 18h, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa não implicará na perda do seu lugar na fila de espera do CPA, que está assegurado. A participação na pesquisa não implicará em favorecimento em relação à fila de espera de atendimento.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável _____

Orientador _____ Orientado _____

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.

Parecer CEP/SD-PB nº 3058952

na data de 05/10/2017

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
Rua Pe. Camargo, 285 – 1º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP: 80060-240
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

- h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas: as duas pesquisadoras e um categorizador das sessões. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade. As sessões serão gravadas, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo transcritas e encerrada a pesquisa, o conteúdo será desgravado ou destruído.
- i) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você terá a garantia de que problemas como sofrimento psicológico e necessidade de continuar a psicoterapia decorrentes do estudo serão tratados no CPA.
- j) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu tratamento. Eu fui informado que serei atendido sem custos para mim e que não receberei remuneração em dinheiro.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do Participante de pesquisa)

Curitiba, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do Pesquisador

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa
em Seres Humanos do Setor de Ciências da
Saúde/UFPR.
Parecer CEP/SD-PB.nº 3058952
na data de 05/12/2018. *QJ*

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
Rua Pe. Camargo, 285 – 1º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

Apêndice C

Instruções para a instalação do *Kaspersky Internet Security*

Olá!

Em primeiro lugar, muito obrigada pela sua participação nessa pesquisa! Sua contribuição é muito importante para o desenvolvimento da Psicologia como ciência e profissão.

Em segundo lugar, para sua segurança, está sendo solicitado que você instale e ative um programa de computador para a proteção de seus dados. Ele foi indicado pelo assessor de TI que está colaborando com esta pesquisa. Para instalar, é necessário que você siga o seguinte passo-a-passo:

1. Baixe e instale o *Kaspersky Internet Security*:
<https://www.kaspersky.com.br/downloads/thank-you/internet-security>
2. Abra sua janela do *Kaspersky Internet Security*.
3. Clique nas informações da sua licença no canto inferior direito da janela principal.
4. Copie o código de ativação: **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**
5. Cole o seu código no campo que aparece e, a seguir, clique no botão 'Ativar'.

Em caso de dúvidas, você pode acessar os seguintes links:

1. Como instalar o *Kaspersky Internet Security 19*:

https://support.kaspersky.com.br/windows/b2c_2019/14109#block3

2. Sobre o código de ativação dos produtos da *Kaspersky Lab*:

https://support.kaspersky.com.br/windows/b2c_2018/12778

Por fim, foi entregue a você um headset para melhorar a qualidade do áudio das sessões online. Basta colocar o pino do cabo na entrada de som do seu notebook, mas caso seja necessário ajustar o volume do fone e/ou do microfone, você pode acessar o seguinte link para conferir como fazer isso:

<https://www.techtudo.com.br/dicas-e-tutoriais/noticia/2015/02/como-configurar-um-headset-em-seu-notebook-aprenda.html>

A TERAPEUTA acompanhará todo o processo e estamos à disposição para qualquer dúvida.

Atenciosamente,

Vitória Baldissera de Souza

Apêndice D

Checklist para a sessão de habituação

1. **Qualidade da imagem:** perguntar ao cliente se está vendo o terapeuta e vice-versa;
2. **Qualidade do som:** perguntar ao cliente se está escutando o terapeuta e vice-versa;
3. Verificar se o cliente está usando o headset;
4. Ajustar o volume do fone e/ou do microfone, se necessário;
5. Perguntar ao cliente em que ambiente ele está;
6. Se o cliente estiver em um ambiente público ou em um cômodo comum da casa, solicitar que vá ao quarto ou escritório;
7. Solicitar que o cliente tranque a porta do cômodo, para evitar interrupções;
8. Sugerir que o cliente avise com antecedência os demais moradores da residência que estará em uma sessão de psicoterapia online e para não ser interrompido;
9. Verificar se os barulhos do ambiente em que a sessão está sendo realizada podem atrapalhar a sessão;
10. Se houver barulhos que possam atrapalhar o andamento da sessão, solicitar ao cliente que troque de cômodo;
11. Verificar conexão da internet;
12. Certificar-se que o cliente instalou e ativou o programa de proteção e que este está funcionando.

Apêndice E

Lista de códigos para sessão de psicoterapia online

Os códigos a seguir foram elaborados para descrever situações específicas que podem ocorrer em uma sessão de psicoterapia realizada online. No entanto, se uma fala (turn) de um membro da díade puder ser categorizada com estes códigos e com os códigos da FAPRS (Callaghan & Follette, 2008), **as categorias da FAPRS são priorizadas**, mantendo a diretriz de um código por fala (turn).

El	Falas relacionadas a eventos intervenientes que ocorrem durante a sessão online: pessoa interrompe a sessão, animais de estimação ao fundo, barulho...
TCHA	Terapeuta faz verbalizações sobre a qualidade da chamada: áudio, imagem, conexão da internet, perguntar se o cliente está ouvindo ou vendo o terapeuta... <i>*Não se aplica quando o terapeuta comenta sobre a relação terapêutica, diferenças de interação entre a sessão online e presencial ou compara as modalidades.</i>
CCHA	Cliente faz verbalizações sobre a qualidade da chamada: áudio, imagem, conexão da internet, perguntar se o terapeuta está ouvindo ou vendo o cliente... <i>*Não se aplica quando o cliente comenta sobre a relação terapêutica, diferenças de interação entre a sessão online e presencial ou compara as modalidades.</i>

TREP	Terapeuta solicita que o cliente repita o que falou por conta de variáveis exclusivas da sessão online: áudio cortado, volume do microfone baixo, eventos intervenientes, imagem congelada...
CREP	Cliente solicita que o terapeuta repita o que falou por conta de variáveis exclusivas da sessão online: áudio cortado, volume do microfone baixo, eventos intervenientes, imagem congelada...
TSOL	Terapeuta solicita que o cliente mexa em algo relacionado à chamada: aumentar ou diminuir volume, falar mais próximo ao microfone, ligar ou desligar a webcam, encerrar a chamada, encerrar a chamada para ligar de novo...
CSOL	Cliente solicita que o terapeuta mexa em algo relacionado à chamada: aumentar ou diminuir volume, falar mais próximo ao microfone, ligar ou desligar a webcam, encerrar a chamada, encerrar a chamada para ligar de novo...

Apêndice F

Ficha de conceituação de caso da FAP de Amanda

História relevante:

Amanda tem 20 anos, e reside em Curitiba com os pais e o irmão mais velho. É aluna de uma universidade pública, e está em processo de mudança de curso na mesma universidade. Procurou atendimento por conta de crises de ansiedade, que sempre teve, mas se intensificaram desde que passou no vestibular.

Teve muita dificuldade com o curso anterior, mas relatou que melhorou desde que está mudando de curso e fazendo outras matérias. Por outro lado, relatou que os problemas familiares aumentaram nos últimos meses. O pai e o irmão de Amanda estavam desempregados, e sua mãe, que é manicure, sustentava a casa. Segundo Amanda, o pai não gosta de trabalhar, e o irmão está em depressão desde o começo do ano, e mal sai de casa. Atualmente, ambos estão em empregos informais.

Ela sente que a família sempre colocou muita expectativa em seu futuro acadêmico, e sempre foi considerada a “inteligente da família”, em comparação com seu irmão. Disse que no começo isso não a incomodava, mas depois começou a perceber o impacto que isso causou na sua ansiedade e na baixa autoestima do irmão.

Amanda teve um relacionamento amoroso rompido recentemente. Segundo ela, os dois ficaram juntos por cerca de seis meses, quando ela percebeu que ele estava se afastando dela, e descobriu que ele estava namorando outra menina. Embora tenha dito que não era um relacionamento sério, Amanda indicou muito sofrimento com a situação, chorando muito em uma festa e procurando pessoas próximas dele para tentar entender o que havia acontecido. De acordo com ela, o relacionamento dos dois parecia ótimo, e ela tinha muita afinidade com ele, o que tornou muito doloroso perceber que ele não sentia o mesmo. Desde então, Amanda se engajou em relacionamentos de curta duração, dos quais se queixa de os meninos não terem interesse em namorar.

A autoestima de Amanda também é um ponto relevante em sua história. Segundo ela, sempre sofreu bullying dos colegas por seu cabelo cacheado e sua aparência, o que afetou muito sua autoestima em geral. Hoje em dia, se sente melhor com isso na maior parte do tempo, mas em algumas situações (como o término do relacionamento), esse problema volta.

Problemas de vida diários:

O clima da casa é geralmente conflituoso, e como Amanda é quem tem a melhor relação com todos ali, acaba intermediando os conflitos, o que a deixa muito nervosa. Por conta disso,

Amanda tenta passar o maior tempo possível fora de casa para evitar se envolver com os conflitos da família.

A relação com o irmão, especificamente, tem trazido preocupações para Amanda. Ela contou que os dois já foram muito próximos, e tinham o costume de correr juntos. Desde que o irmão entrou em depressão, eles raramente conversam, e Amanda contou que o irmão tem tido ideias suicidas, o que a preocupa muito (o irmão está em atendimento psicológico e psiquiátrico).

Amanda também relata problemas em relacionamentos de amizade e amorosos. Ela afirma que não tem muitos amigos com quem possa realmente contar, e em momentos difíceis, acaba não contando nada para eles para “não incomodar”. Sente que a maioria dos seus amigos a ouve, mas não está disponível para ajudar, ou mesmo acolher. Se sente incomodada porque está sempre disponível para ouvir e ajudar os amigos, mas não sente que isso é recíproco.

Sobre relacionamentos amorosos, Amanda disse que gostaria de ter um namorado, mas que em sua faculdade e nos lugares que vai, sente que as pessoas só buscam relacionamentos superficiais, e ela sofre com isso. Recentemente se envolveu com um rapaz que está em um relacionamento aberto com outra menina, o que a incomodava. Desde então, está em um relacionamento com um rapaz mais novo e se sente insegura.

Variáveis mantenedoras dos problemas:

A instabilidade financeira do irmão e do pai de Amanda é um tema recorrente nos conflitos da família. A mãe de Amanda briga e cobra deles uma mudança, e pressiona Amanda para que os cobre também. Para evitar isso, Amanda busca passar o máximo de tempo possível fora de casa, reduzindo o tempo de convivência com a família.

A amiga mais próxima de Amanda mora em um bairro distante dela. As duas estudavam juntas, mas agora mal conseguem se ver. Amanda sente que a proximidade das duas é a mesma, mas evita ligar ou desabafar com ela para não causar mais problemas, porque julga que a amiga já tem muito com o que lidar. Com isso, Amanda acaba não conversando com ninguém quando está com dificuldades. (Esquiva do desconforto de sentir que está incomodando a amiga).

Amanda se queixa que os ambientes nos quais frequenta (faculdade, cervejadas, festas da atlética) é muito difícil encontrar alguém que queira um relacionamento sério. Ela disse que, embora fique com vários meninos, se sente muito só.

Amanda ainda convive com o ex e a namorada deste, por estudarem na mesma faculdade, o que afeta a sua autoestima.

Pontos fortes:

Amanda tem se mostrado comprometida com a terapia. Conseguimos estabelecer um bom vínculo terapêutico e ela aos poucos tem fornecido relatos mais íntimos e pessoais.

Amanda indica ter boas habilidades sociais no sentido de estabelecer conversas e fazer amizades, embora estas permaneçam em sua maioria superficiais.

A mudança de curso foi um fator que reduziu muito a ansiedade de Amanda, e ela sente que a faculdade é um ambiente muito mais acolhedor e tranquilo que antes. Além disso, está se relacionando bem com os colegas da turma.

Amanda consegue fornecer feedbacks de forma assertiva em situações de conflito, sem indicar agressividade ou passividade

O1

Evita fazer pedidos ou solicitar ajuda, “para não incomodar”. Exemplo: quando está com algum problema, evita mandar mensagem para alguma amiga por achar que ela já tem problemas o suficiente. Relata sentir raiva ou abandono quando as pessoas não percebem que ela precisa de ajuda, mesmo que não tenha pedido explicitamente.

Em situações de conflito em casa, toma partido da mãe e tenta intermediar as discussões entre ela, o pai e o irmão. Sempre que pode, sai de casa nessas situações.

Dificuldade em estabelecer relacionamentos de amizade e namoro próximos. Sente que suas relações são muito superficiais. Ainda assim, relata passar a maior parte do dia conversando com amigos pelo celular.

Encontrar razões para o comportamento dos outros por conta de características pessoais. São auto-regras que Amanda adota como razões para as coisas. Exemplo: “ex terminou comigo porque não fui boa o suficiente”. “Todos os meninos que eu fico terminam comigo depois que a gente transa, eles só querem isso”.

Dificuldade em observar se os outros compreenderam seu pedido de ajuda.

Chorar em algum evento e quando perguntarem se está bem, dizer que sim.

CRBs1

Relatar situações difíceis ou problemáticas sorrindo, ou como se fossem insignificantes ou já tivessem sido resolvidas. Exemplo: “Chorei a noite toda, mas tá tudo certo”.

Emitir “tatos impuros” em vez de pedidos diretos ou relatos de como está e o que deseja.

Demonstrar irritação com a terapeuta por não compreender ou não ajudar em alguma questão específica, mesmo sem explicitar um pedido de ajuda. Exemplo: parar de falar, ou sair da sessão sem falar com a terapeuta.

Dar explicações e justificativas para o próprio comportamento (racionalizações) sem entrar em contato com eventos privados. Exemplo: “não namoro mais porque tenho que aprender a me amar antes” (mas se envolve em relacionamentos que não teriam compromisso); “não posso contar tudo aos outros senão será usado contra mim” (mas não gosta quando não perguntam se está realmente bem).

Dificuldade em estabelecer intimidade com terapeuta (ex.: dizer que não tem ninguém com quem conversar, mesmo com a terapeuta junto).

O2

Estabelecer limites na relação com os pais e o irmão, expressando seu desejo em não intermediar os conflitos deles, como se fosse responsável por eles.

Emitir pedidos de ajuda. Exemplo: ligar para a amiga quando se sente mal. Desabafar com alguma pessoa próxima.

Aprofundar seus relacionamentos mais próximos, em termos de intimidade. Exemplo: relatar ficar à vontade para ligar quando precisar, ter conversas mais profundas com alguém, etc.

Aproximar-se emocionalmente da mãe. Perguntar como ela se sente, expressar seus sentimentos e problemas, etc.

Compreender as variáveis relacionadas à sua autoestima, de modo que em momentos de vulnerabilidade, crises de autoestima não se agravem, trazendo sofrimento e culpa.

Comportamentos de autocuidado.

Expressar sentimentos positivos com as pessoas (ex.: agradecer, elogiar, expressar carinho) e tristeza, angústia, inseguranças...

CRBs2 (Comportamentos clinicamente relevantes—Comportamentos alvo e melhoras em sessão):

Assumir vulnerabilidades em sessão. Relatar situações e sentimentos difíceis, indicando como se sentiu, sem diminuir os problemas. Choro. Exemplo: responder que não está bem quando questionada pela terapeuta.

Aceitar a ajuda da terapeuta. Exemplo: “Nunca tinha pensado nisso, faz sentido. Vou tentar fazer isso”.

Estabelecer objetivos para a terapia, fazendo pedidos. Exemplo: “seria legal se a terapia ajudasse nisso / preciso da sua ajuda e da sua opinião”.

Expressar sentimentos positivos e/ou negativos relacionados à terapia e/ou à terapeuta. Exemplo: “sinto que sou acolhida aqui / às vezes me sinto incomodada em tocar nesse assunto”.

Conseguir analisar o próprio comportamento (família, aceitar ajuda, ser ajudada e acolhida por alguém).

Emitir fatos puros sobre o que ela deseja. Exemplo: expor que tipo de relacionamento ela realmente deseja, o que espera das pessoas, etc.

Fazer análises mais precisas sobre seus problemas, sem generalizar.

Objetivos de vida diários:

Aproximar-se do irmão, estabelecendo uma relação mais próxima e íntima.

Estabelecer novos relacionamentos íntimos, de confiança

Pedir ajuda aos amigos quando está se sentindo mal, sinalizando isso a eles de forma mais explícita

T1s (Problemas do terapeuta em sessão) & T2s (Comportamentos alvo do terapeuta em sessão):

T1: Focar em comportamentos problema ocorridos fora da sessão, sem fazer o paralelo para como isso ocorre na relação terapêutica. Tentar “dar conselhos” em vez de ouvir primeiro. Dificuldade em entender o que Amanda deseja para a terapia.

T2: Fazer paralelos para a relação terapêutica. Acolher o relato de Amanda de forma genuína.

Apêndice G

Ficha de conceituação de caso da FAP de Sheila

História relevante:

Sheila, 26 anos, reside em Curitiba com o noivo e a filha de oito anos. É estudante de graduação em uma universidade pública e assessora de imprensa. Relatou ter colocado o nome na lista de espera no começo do ano, quando recebeu um processo do ex-marido por alienação parental, o que lhe causou muita ansiedade.

Sheila contou que engravidou do namorado quando tinha 18 anos, e que, na época, acharam que seria o ideal se casarem, até por pressão da família. Ele usava drogas e roubava muito dinheiro seu, fatores que a motivaram se separar e sair de casa com a filha, que na época tinha um ano. Dias depois que saiu de casa, estava com uma amiga em um bar e conheceu um rapaz, com quem está até hoje (seis anos), estão noivos.

Ela relata que a relação com os pais sempre foi boa, no geral. Sempre se considerou mais próxima do pai, com quem tem muitas afinidades em comum e considera como seu “porto seguro”. Com a mãe, a relação foi mais conflituosa. Disse que sempre percebeu que a mãe preferia seu irmão a ela, e que sempre fez o possível para contrariar a mãe, principalmente durante a adolescência. Hoje em dia, disse que as relações têm mudado: vê a mãe com mais empatia desde que se tornou mãe, e tenta “reparar” a relação passando mais tempo com ela. Já com o pai, continua sendo muito próxima, mas recentemente tem se preocupado muito com a saúde dele (ele tem idade avançada), e tem medo de perder o pai. Sheila ainda vê o pai como sua base, e teme “ficar perdida” quando ele falecer.

Segundo Sheila, sua relação com a filha e o noivo são ótimas. A filha é bastante apegada aos avós e considera o noivo de Sheila como um pai (ela não sabe que ele não é seu pai biológico). Sheila relata a relação com o noivo como muito boa, e que sente sempre segura e acolhida com ele, embora desde que este começou a trabalhar, ela tem relatado sentir ciúmes dos amigos dele. Os dois marcaram o casamento para o fim desse ano.

Problemas de vida diários:

A queixa inicial de Sheila foi de crises de ansiedade. Desde que recebeu a notificação de processo do ex-marido, tem tido sonhos sobre ele sequestrar sua filha, leva-la embora. Apesar disso, afirmou que esses episódios têm diminuído e ela se sente confiante em relação ao processo (afirmou que ele nunca procurou ter contato com a filha). Também se preocupa bastante em como explicar para a filha que seu pai biológico é outra pessoa.

A queixa mais recorrente de Sheila, porém, é sobre sua dificuldade em entrar em conflitos e dar feedbacks. Segundo ela, essa dificuldade é muito generalizada e lhe traz sofrimento profundo, especialmente agora que está lidando com a lista de convidados do seu casamento. Por exemplo, Sheila relatou que se entrar em uma loja e alguém lhe ofereceu algo que ela não precisa ou não tenha dinheiro para pagar, ela acaba comprando mesmo assim para não desagradar o vendedor. Não consegue encerrar chamadas de telemarketing e se sente muito mal quando não tem dinheiro para comprar algo que um vendedor ambulante lhe ofereça. Isso também ocorre com pessoas próximas. Sheila relata medo de recusar pedidos por achar que vai decepcionar as pessoas ou parecer egoísta.

Sheila não contou às colegas de faculdade e à família de seu noivo que tem uma filha e a família dela não sabe que eles não sabem. Ela conseguiu contar a eles no decorrer da terapia, mas sua família ainda não sabe disso. No momento, sua sogra, seu cunhado e alguns primos dele sabem da existência da filha dela.

Por fim, a relação com o pai também tem se tornado um problema. Por tê-lo sempre presente como alguém que a auxilia emocional e financeiramente, Sheila se sente muito dependente dele. Disse que, embora tenha conseguido “transferir” muitas coisas para a relação com o noivo, ainda associa sua segurança e de sua filha à presença do pai. Com isso, Sheila se aflige muito ao menor sinal de doença do pai, e se sente incapaz de viver sem ele, mesmo que hoje já não dependa financeiramente dele.

Variáveis mantenedoras dos problemas:

Embora a ansiedade não seja uma queixa recorrente, Sheila se considera uma pessoa extremamente organizada, que tenta planejar o máximo possível. Embora isso lhe traga sofrimento quando alguma situação foge de seu alcance, ela considera uma característica positiva, e as pessoas ao seu redor também.

Sobre a dificuldade em lidar com conflitos, Sheila disse que se sente imediatamente aliviada quando vê que agradou a pessoa, mesmo que não a conheça. Com isso, acaba cedendo. (ex.: convidar pessoas para seu casamento apenas porque elas perguntaram se seriam convidadas) e sofrendo depois.

Sheila tem uma autorregra de que por ser mãe solteira, ela dificilmente encontraria alguém. Tanto ela quanto sua família consideram que ela teve muita sorte pelo noivo tê-la aceitado do jeito que é. Por isto, a dificuldade em contar sobre a filha para as outras pessoas e o desenvolvimento da dependência emocional com o noivo.

Sobre a relação com o pai, é frequente que ele diga a ela que está morrendo. Ela considera que seja uma forma que ele vê de receber carinho, ou de ter sua importância reafirmada, mas isso a incomoda muito. Disse que percebeu que também faz isso com o noivo, muitas vezes só percebendo isso depois.

Pontos fortes:

Sheila tem certa facilidade em nomear e expressar sentimentos. Embora tenha dificuldades em expressar sentimentos negativos para as pessoas, tem facilidade em expressar sentimentos positivos (ex.: elogios, gratidão, etc.) e em reconhecer quando os sente.

Sheila parece bastante engajada no processo terapêutico, o que tem facilitado o estabelecimento do vínculo. Além disso, é perceptível que ela se engaja em abordar assuntos dolorosos ou incômodos em terapia, mesmo que aos poucos.

A boa relação de Sheila com sua família e seu noivo indicam que ela tem relações nas quais ela poderá colocar em prática novas habilidades (ex.: das feedbacks negativos) com uma maior probabilidade de ser acolhida.

O1

Dificuldade em recusar ofertas de produtos de vendedores quando não quiser ou não puder comprar algo

Dificuldade em expressar sentimentos negativos e recusar pedidos abusivos

Dificuldade em pedir ajuda e conselhos para pessoas próximas

Entender e afirmar sua dependência em relação ao pai e dificuldade em negar pedidos como uma forma de compensar os “defeitos” em sua aparência e personalidade.

Evitar ficar muito tempo fora de casa ou sair de casa exclusivamente para ver as amigas, apesar do medo de abandono e do “ciúmes” (por ex.: só sai com as amigas se for logo depois da aula da faculdade, evita dormir fora de casa)

“Cortar” relacionamentos como uma forma de se esquivar de conflitos (ex.: terminar namoro para não discutir, descrever que a pessoa “morreu” para ela).

Evitar contar que tem uma filha para as outras pessoas.

CRBs1

Afirmar que está incomodando a terapeuta ao “falar demais”

Se esquivar de assuntos incômodos (geralmente após uma fala evocativa da terapeuta), contando histórias longas (ex.: histórias sobre a filha)

Concordar com tudo o que a terapeuta diz, ou simplesmente mudar de assunto após a fala da terapeuta

Falar sobre si de forma depreciativa. Exemplo: “não sou muito bonita, e ainda por cima sou antissocial. O mínimo que eu posso fazer é ter empatia pelas pessoas”.

Diminuir a gravidade dos problemas, a quantidade e a dificuldade de tarefas que realiza no dia-a-dia (autoinvalidação). Exemplos: dar risada ao relatar uma discussão com o pai ou quando diz que “não está muito bem”; falar que estudar, trabalhar e cuidar de uma filha são “pouca coisa”.

Trazer relatos em excesso sobre outras pessoas para dar contexto à terapeuta.

Relatar situações aversivas sem demonstrar o que está sentindo, geralmente recorrendo ao humor (ex.: quando contou que a juíza favoreceu o ex-marido no processo, fez piada).

O2

Conseguir recusar ofertas de produtos de vendedores quando não quiser ou não puder comprar algo

Expressar sentimentos negativos

Recusar pedidos abusivos (ex.: irmã pediu para ser sua madrinha de casamento e ela aceitou, mesmo sem querer)

Dar feedbacks negativos de forma adequada

Estabelecer limites na relação com o pai, entendendo seu papel em sua vida

Pedir ajuda e conselhos para pessoas próximas

Deixar de considerar características pessoais como razões para se comportar de alguma forma

Contar sobre a filha para as pessoas

Contar à filha sobre o pai biológico

CRBs2 (Comportamentos clinicamente relevantes—Comportamentos alvo e melhoras em sessão):

Pedir para falar sobre assuntos específicos em sessão

Discordar da terapeuta

Expressar sentimentos negativos relacionados à terapia e/ou relação terapêutica (exemplo: explicitar se algum tema ou atitude da terapeuta a incomodou)

Pedir ajuda ou conselhos em terapia

Expressar sentimentos negativos (ex.: vergonha, medo, incômodo) ao abordar certos assuntos, mas falar mesmo assim.

Falar sobre a relação com a família do noivo (até então S. disse que é um tema difícil para ela)

Fazer análises de seu próprio comportamento sem vincular a características pessoais.

Falar sobre a filha.

Fazer relatos de situações aversivas indicando como realmente se sentiu.

T1s (Problemas do terapeuta em sessão) & T2s (Comportamentos alvo do terapeuta em sessão):

T1: Reforçar o comportamento de Sheila de dizer que está falando demais ou falas auto depreciativas (ex.: “Não está falando demais, na verdade isso é bom”), em vez de apontar que esse é um comportamento problema. Perceber que Sheila está incomodada com algum tema e mudar de assunto por conta disso.

T2: Indicar esquivas e comportamentos-problema de Sheila de forma sensível, mas clara.

Apêndice H

Análise de probabilidade transicional, entre os códigos da FAPRS, das sessões presenciais com Amanda

	CPR	CRB1	CRB2	CRB3	ERB	IRB1	IRB2	IRB3	M1	M2	O1	O2	RO1	RO2	TPR	TRB1	TRB2	TRP	
CPR	-	-	-	-	20,67%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	78,77%	-	-	-	0,56%
CRB1	-	-	-	-	-	34,09%	-	-	15,91%	-	-	-	-	-	-	50,00%	-	-	-
CRB2	-	-	-	-	-	-	39,68%	-	-	11,11%	-	-	-	-	1,59%	-	47,62%	-	-
CRB3	-	-	-	-	-	-	-	100,00%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ERB	-	45,83%	54,17%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IRB1	13,33%	86,67%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IRB2	64,00%	24,00%	-	-	-	-	-	-	8,00%	-	-	-	-	-	4,00%	-	-	-	-
IRB3	-	-	100,00%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
M1	85,71%	14,29%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
M2	100,00%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
O1	-	-	-	-	41,67%	-	-	-	-	-	-	-	-	16,67%	-	41,67%	-	-	-
O2	-	-	-	-	21,05%	-	-	-	-	-	-	-	-	5,26%	73,68%	-	-	-	-
RO1	-	-	-	-	-	-	-	-	100,00%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RO2	-	-	100,00%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TPR	83,03%	1,21%	-	-	0,61%	-	-	-	4,85%	9,09%	-	-	-	-	1,21%	-	-	-	-
TRB1	50,00%	-	31,82%	-	-	-	-	-	9,09%	9,09%	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TRB2	-	-	90,32%	3,23%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,23%	-	3,23%	-	-
TRP	100,00%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Apêndice I

Análise de probabilidade transicional, entre os códigos da FAPRS, das sessões online com Amanda

	CCHA	CPR	CRB1	CRB2	CRB3	CREP	ERB	IRB1	IRB2	IRB3	M2	O1	O2	RO1	TCHA	TPR	TRB1	TRB2	TRB3	TREPT	SOL
CCHA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40,00%	60,00%	-	-	-	-	-
CPR	-	-	-	-	-	-	14,05%	-	-	-	-	-	-	-	1,08%	81,62%	-	-	-	1,62%	1,62%
CRB1	-	-	-	-	-	-	-	42,11%	-	-	-	-	-	-	-	5,26%	47,37%	-	-	-	5,26%
CRB2	-	1,75%	-	-	-	-	-	-	38,60%	-	5,26%	-	-	-	1,75%	-	-	47,37%	-	5,26%	-
CRB3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	66,67%	-	-	-	-	-	-	-	-	33,33%	-	-
CREP	-	33,33%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	66,67%	-	-	-	-	-
ERB	-	-	29,03%	70,97%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IRB1	-	-	100,00%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IRB2	-	77,27%	4,55%	-	-	4,55%	-	-	-	-	-	-	9,09%	-	-	4,55%	-	-	-	-	-
IRB3	-	-	-	100,00%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
M2	-	100,00%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
O1	-	-	-	-	-	-	20,00%	-	-	-	-	-	-	20,00%	-	60,00%	-	-	-	-	-
O2	-	-	-	-	-	-	25,00%	-	-	-	-	-	-	-	-	75,00%	-	-	-	-	-
RO1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,00%	-	-	-	-	-	-	-	-
TCHA	66,67%	11,11%	-	11,11%	-	-	-	-	-	-	-	11,11%	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TPR	1,12%	87,08%	0,56%	-	-	1,12%	0,56%	-	-	-	-	2,25%	5,06%	-	1,12%	1,12%	-	-	-	-	-
TRB1	-	44,44%	-	55,56%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TRB2	-	-	-	92,59%	7,41%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TRB3	-	-	-	-	100,00%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TREP	-	66,67%	-	33,33%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TSOL	50,00%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50,00%	-	-	-	-	-

Apêndice J

Análise de probabilidade transicional, entre os códigos da FAPRS, das sessões presenciais com Sheila

	CPR	CRB1	CRB2	CRB3	CTR	ERB	IRB1	IRB2	IRB3	M1	M2	M3	O1	O2	RO2	TPR	TRB1	TRB2	TRB3	TTR
CPR	1,44%	-	-	-	-	17,99%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	79,86%	-	-	-	0,72%
CRB1	-	-	-	-	-	-	28,95%	-	-	50,00%	-	-	-	-	-	-	21,05%	-	-	-
CRB2	-	-	-	-	-	-	-	15,28%	-	-	19,44%	-	-	-	-	-	-	65,28%	-	-
CRB3	-	-	-	-	-	-	-	-	57,14%	-	-	14,29%	-	-	-	-	-	-	28,57%	-
CTR	-	-	-	-	-	25,00%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	75,00%
ERB	-	32,26%	58,06%	9,68%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IRB1	9,09%	90,91%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IRB2	27,27%	54,55%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18,18%	-	-	-	-	-	-	-
IRB3	50,00%	-	25,00%	-	25,00%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
M1	36,84%	47,37%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15,79%	-	-	-	-	-	-
M2	85,71%	14,29%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
M3	100,00%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
O1	-	-	-	-	-	100,00%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
O2	-	-	-	-	-	18,75%	-	-	-	-	-	-	-	-	43,75%	37,50%	-	-	-	-
RO2	42,86%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57,14%	-	-	-	-	-	-
TPR	92,31%	-	0,85%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,85%	5,98%	-	-	-	-	-	-
TRB1	-	12,50%	87,50%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TRB2	-	-	95,74%	4,26%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TRB3	-	-	-	100,00%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TTR	-	-	-	-	100,00%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Apêndice K

Análise de probabilidade transicional, entre os códigos da FAPRS, das sessões online com Sheila

	CCHA	CPR	CRB1	CRB2	CRB3	CTR	EI	ERB	IRB1	IRB2	IRB3	M1	M2	M3	O1	O2	RO2	TCHA	TPR	TRB1	TRB2	TRB3
CCHA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50,00%	50,00%	-	-	-
CPR	-	0,72%	-	-	-	-	0,72%	18,84%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,72%	78,26%	-	0,72%	-
CRB1	-	-	-	-	-	-	-	42,86%	-	-	14,29%	-	-	-	-	-	-	-	-	42,86%	-	-
CRB2	-	-	-	-	-	-	-	-	12,28%	-	-	35,09%	-	-	-	-	-	1,75%	1,75%	-	49,12%	-
CRB3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33,33%	-	-	-	33,33%	-	-	-	-	-	-	-	33,33%
CTR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,00%	-	-	-
EI	25,00%	25,00%	-	-	-	-	25,00%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25,00%	-	-	-
ERB	-	-	13,79%	82,76%	3,45%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IRB1	-	-	66,67%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33,33%	-	-	-	-	-	-	-	-
IRB2	-	71,43%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14,29%	14,29%	-	-	-	-	-	-	-
IRB3	-	-	-	100,00%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
M1	-	-	100,00%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
M2	-	100,00%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
M3	-	100,00%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
O1	-	-	-	-	-	-	-	66,67%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33,33%	-	-	-
O2	-	-	-	-	-	-	-	14,29%	-	-	-	-	-	-	-	57,14%	-	28,57%	-	-	-	-
RO2	-	75,00%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25,00%	-	-	-	-	-	-	-
TCHA	60,00%	20,00%	-	20,00%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TPR	1,67%	89,17%	-	-	-	1,67%	1,67%	-	-	-	-	0,83%	4,17%	-	-	-	-	0,83%	-	-	-	-
TRB1	-	-	-	100,00%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TRB2	-	-	-	96,55%	3,45%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TRB3	-	-	-	-	100,00%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Apêndice L

Termo de compromisso (para transcritores e categorizadores)

TERMO DE COMPROMISSO

Você está sendo convidado (a) a colaborar em uma pesquisa que tem por objetivo comparar a qualidade e a frequência de comportamentos clinicamente relevantes entre sessões presenciais e sessões online de uma intervenção em Psicoterapia Analítica Funcional. Esta pesquisa será conduzida pela pesquisadora Vitória Baldissera de Souza, para o desenvolvimento de sua dissertação de mestrado, sob orientação da Dra Jocelaine Martins da Silveira, do programa de Pós Graduação em Psicologia – Mestrado, da Universidade Federal do Paraná. A pesquisadora poderá ser contatada pelo telefone (41) 99185-6588, de segunda a sexta-feira das 8h às 18h ou pelo e-mail vitoria_baldissera@hotmail.com para esclarecimento de eventuais dúvidas a respeito desta pesquisa. A orientadora desta pesquisa pode ser contatada pelo telefone (41) 99875-9089 ou pelo e-mail josilveira2016@gmail.com de segunda a sexta-feira das 8h às 18h. Você ainda pode nos encontrar no endereço Praça Santos Andrade, 50, 2º andar, Curitiba – PR.

Sua participação consiste na transcrição () OU categorização () de aproximadamente 15 sessões de terapia de um cliente adulto, sendo de extrema importância para a realização deste estudo, devendo ser cumprida até o fim da fase de transcrições ou categorizações, que deverá durar aproximadamente quatro meses. É importante que durante a pesquisa você mantenha atitudes éticas em relação à diáde terapêutica cujas sessões estejam sendo transcritas ou categorizadas por você. Sua participação na pesquisa implica em manter em segurança e sigilo os dados transcritos ou categorizados por você, devendo ser repassados à pesquisadora sem que você mantenha cópias dos mesmos.

Não haverá qualquer remuneração pela sua participação nesta pesquisa, no entanto, você será beneficiado (a) com horas de pesquisa. É importante destacar que sua participação na pesquisa não lhe acarretará qualquer risco sendo que sua identidade será preservada. Asseguramos que o tratamento dos dados será realizado dentro dos princípios éticos que regem os procedimentos em pesquisa e a profissão do Psicólogo. Antecipadamente agradecemos a sua valorosa colaboração que contribuirá para o desenvolvimento do conhecimento nesta área e sem a qual este estudo não poderia ser realizado.

Eu, _____, RG n° _____
declaro que estou ciente da natureza e objetivos do estudo do qual fui convidado (a) a ser colaborador (a). Concordo em colaborar voluntariamente com esta pesquisa e me comprometo a transcrever () ou () categorizar os dados coletados até o fim

desta pesquisa, bem como em manter postura ética em relação aos participantes da pesquisa e aos dados coletados.

Assinatura

Curitiba, _____ de _____ de 2019.

Vitória Baldissera de Souza

Pesquisadora responsável

ANEXOS

Anexo 1

Escala de Fobia Social de Liebowitz – LSAS (Liebowitz, 1987)

Escala de Fobia Social - Liebowitz

Nome: _____ Data: _____ Idade: _____ Aplicador: _____

	MEDO OU ANSIEDADE	EVITAÇÃO
	0 = Nenhum 1 = Leve 2 = Moderado 3 = Intenso	0 = Nunca 1 = Ocasionalmente 2 = Frequentemente 3 = Geralmente
1. Telefonar em público (P).		
2. Participar de pequenos grupos (P).		
3. Comer em locais públicos (P).		
4. Beber com outros em locais públicos (P).		
5. Falar com pessoas em posição de autoridade (S).		
6. Agir, realizar ou falar em frente a uma audiência (P).		
7. Ir a uma festa (S).		
8. Trabalhar sendo observado (P).		
9. Escrever sendo observado (P).		
10. Chamar alguém que você não conhece muito bem (S).		
11. Falar com pessoas que você não conhece muito bem (S).		
12. Encontrar com estranhos (S).		
13. Urinar em banheiro público (P).		
14. Entrar em uma sala onde outros já estão sentados (P).		
15. Ser o centro das atenções (S).		
16. Falar em uma reunião (P).		
17. Fazer uma prova (P).		
18. Expressar uma discordância ou desaprovação para pessoas que você não conheça bem (S).		
19. Olhar nos olhos de pessoa que você não conheça bem (S).		
20. Relatar algo para um grupo (P).		
21. Tentar paquerar alguém (P).		
22. Devolver mercadorias para uma loja (S).		
23. Dar uma festa (S)		
24. Resistir as pressões de um vendedor (S).		

ESCORE TOTAL.		
ANSIEDADE DE PERFORMANCE (P).		
ANSIEDADE SOCIAL (S).		

Anexo 2

Session Evaluation Questionnaire – SEQ (Stiles, 1980)

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SESSÕES

ID: _____

Data: _____

Por favor, circule o número apropriado para mostrar como você se sente a respeito desta sessão.

Essa sessão foi:

ruim	1	2	3	4	5	6	7	boa
difícil	1	2	3	4	5	6	7	fácil
proveitosa	1	2	3	4	5	6	7	inútil
superficial	1	2	3	4	5	6	7	profunda
sossegada	1	2	3	4	5	6	7	tensa
desagradável	1	2	3	4	5	6	7	agradável
completa	1	2	3	4	5	6	7	vazia
fraca	1	2	3	4	5	6	7	poderosa
especial	1	2	3	4	5	6	7	comum
complicada	1	2	3	4	5	6	7	tranquila
confortável	1	2	3	4	5	6	7	desconfortável

Agora me sinto:

feliz	1	2	3	4	5	6	7	triste
bravo	1	2	3	4	5	6	7	satisfeito
comovido	1	2	3	4	5	6	7	indiferente
indeciso	1	2	3	4	5	6	7	determinado
calmo	1	2	3	4	5	6	7	empolgado
confiante	1	2	3	4	5	6	7	receoso
amigável	1	2	3	4	5	6	7	hostil
lento	1	2	3	4	5	6	7	acelerado
agitado	1	2	3	4	5	6	7	pacífico
quieto	1	2	3	4	5	6	7	estimulado

Anexo 3

FAP Case Conceptualization Form (Tsai et al., 2009)

História relevante:

O1s – Problemas da vida diária:

- Pode incluir pensamentos problemáticos;
- Pode incluir problemas político-sociais.

Variáveis que mantêm os problemas:

Pontos positivos e pontos fortes:

CRB1s: problemas que ocorrem em sessão:

CRB2s: comportamentos alvo de melhora em sessão:

O2s – Objetivos na vida diária:

- Pode incluir melhoras a respeito dos pensamentos problemáticos;
- Pode incluir melhora nos problemas político-sociais.

Intervenções planejadas:

T1s (comportamentos problemáticos do terapeuta em sessão):

T2s (comportamentos alvo de melhora do terapeuta em sessão):

Anexo 4

Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale – FAPRS (Callaghan et al., 2008)

Lista de códigos do cliente

Código	Nome completo do código	Breve descrição
CRB1	Comportamento Clinicamente Relevante 1 (problemas dentro da sessão)	Cliente se engaja em comportamento problemático na sessão no contexto da relação terapêutica
CRB2	Comportamento Clinicamente Relevante 2 (melhoras dentro da sessão)	Cliente se engaja em melhora comportamental na sessão no contexto da relação terapêutica
CRB3	Comportamento Clinicamente Relevante 3 (descrição variáveis de controle relevantes)	Cliente descreve como diferentes variáveis de controle impactam o comportamento do cliente e quando o cliente faz descrições funcionais
CTR	Cliente foca na relação terapêutica	Cliente foca na relação terapêutica
O1	Discussão de Problemas Clínicos Fora da Relação Terapêutica (“CRB1s de fora”)	Cliente discute ou descreve comportamentos-problema que são foco do tratamento, mas que ocorrem em outras situações fora da sessão
O2	Discussão de Melhoras Clínicas Fora da Relação Terapêutica (“CRB2s de fora”)	Cliente discute ou descreve melhoras que são foco do tratamento, mas que ocorrem em outras situações fora da sessão
CPR	Progressão Positiva da Sessão do Cliente	Cliente discute ou descreve problemas que ocorrem em situações fora da relação terapêutica ou clarifica ou dá contexto sobre problemas

Anexo 5

Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale – FAPRS (Callaghan et al., 2008)

Lista de códigos do terapeuta

Código	Nome completo do código	Breve descrição
TTR	Terapeuta foca na Relação Terapêutica	Terapeuta continua a focar na relação terapêutica, inclusive compartilhando os seus sentimentos em resposta ao cliente
ERB	Terapeuta Evoca um CRB do Cliente	Terapeuta evoca um comportamento clinicamente relevante, seja ele CRB1, 2 ou 3
TRB1 (efetivo)	Terapeuta responde efetivamente ao CRB1 (problemas na sessão)	Terapeuta responde ao problema do cliente dentro da sessão
TRB2 (efetivo)	Terapeuta responde efetivamente ao CRB2 (melhoras na sessão)	Terapeuta responde a melhoras do cliente dentro da sessão
TRB3 (efetivo)	Terapeuta responde efetivamente ao CRB3 (descrição de variáveis de controle)	Terapeuta responde à descrição do cliente de como diferentes variáveis de controle impactam o comportamento do cliente; o terapeuta faz a modelagem ou modelação do CRB3 para o cliente
RO1	Terapeuta responde efetivamente a discussões sobre problemas clínicos do cliente fora da relação terapêutica (a “CRB1s de fora”)	Terapeuta comenta sobre os comportamentos-problema do cliente que ele descreve ter se engajado fora da sessão de terapia
RO2	Terapeuta responde efetivamente a discussões sobre melhoras clínicas	Terapeuta provê reforçamento verbal em resposta ao cliente descrever melhoras comportamentais fora da sessão

	do cliente fora da relação terapêutica (a “CRB2s de fora”)	
TPR	Progresso de Sessão Positivo do Terapeuta	Terapeuta se engaja em comportamentos efetivos ou facilitadores de maneira geral
M1	Terapeuta perde/não responde ao CRB1	Terapeuta perde a oportunidade de responder a um CRB1
M2	Terapeuta perde/não responde ao CRB2	Terapeuta não reforça uma instância do CRB2 ou uma aproximação razoável de um CRB2
M3	Terapeuta perde/não responde ao CRB3	Terapeuta perde a oportunidade de responder a uma descrição de variáveis de controle importantes ou uma aproximação razoável do cliente
IRB1	Resposta Inefetiva a um CRB1	Terapeuta emite uma resposta contingente que foi inefetiva em reduzir a frequência do CRB1
IRB2	Resposta Inefetiva a um CRB2	Terapeuta emite uma resposta contingente que foi inefetiva em aumentar a frequência do CRB2
IRB3	Resposta Inefetiva a um CRB3	Terapeuta emite uma resposta contingente que foi inefetiva em aumentar a frequência do CRB3
IN	Responder inefetivo do terapeuta de maneira geral	Terapeuta se engaja em comportamentos inefetivos de maneira geral