

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
DIVISÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL SAÚDE E EDUCAÇÃO

FERNANDO LUIS MACEDO

PSICOTERAPIA PSICODINÂMICA BREVE PRESENCIAL E *ONLINE*: A
PERCEPÇÃO DE PACIENTES

RIBEIRÃO PRETO

2018

FERNANDO LUIS MACEDO

PSICOTERAPIA PSICODINÂMICA BREVE PRESENCIAL E *ONLINE*: A
PERCEPÇÃO DE PACIENTES

Dissertação apresentada à Universidade de
Ribeirão Preto como parte dos requisitos para
obtenção do título de Mestre em Saúde e
Educação.

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Sidnéia da Silva

Ribeirão Preto
2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento Técnico
da Biblioteca Central da UNAERP

- Universidade de Ribeirão Preto -

Macedo, Fernando Luis, 1973-

M141P Psicoterapia psicodinâmica breve presencial e online: a
percepção de pacientes / Fernando Luis Macedo. - - Ribeirão
Preto, 2018.

110 f.: il. Color.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Silvia Sidnéia da Silva.

**Dissertação (mestrado) – Universidade de Ribeirão Preto,
UNAERP, Saúde e Educação. Ribeirão Preto, 2018.**

1. Psicoterapia. 2. Aliança Terapêutica. 3. Internet. I. Título.

CDD 610

FERNANDO LUIS MACEDO

Psicoterapia Psicodinâmica breve presencial e online: A Percepção de Pacientes

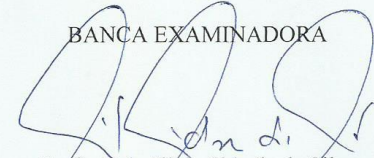
Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto para obtenção do título de Mestre em Saúde e Educação.

- Área de Concentração: Ensino de Ciências da Saúde

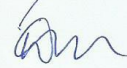
Data da defesa: 28 de março de 2018

Resultado:

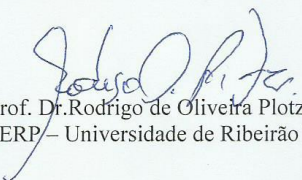
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Sílvia Sidnéia da Silva
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto



Prof. Dra. Bruna Fontanelli Grigoli Pérsico
Centro Universitário Estácio Ribeirão



Prof. Dr. Rodrigo de Oliveira Plotze
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto

RIBEIRÃO PRETO
2018

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho, especialmente a minha mãe, por ter me educado e me ensinado a ter tolerância à frustração,

também a todas as pessoas que me ajudaram de forma direta, dando dicas de leituras ou de forma indireta, dando apoio emocional, psicológico...

principalmente, ao amigo Gilberto, que me ajudou muito em momentos em que minha saúde estava comprometida,

e a professora Silvia, que me acolheu em um momento muito difícil do mestrado...

sem vocês não conseguiria dar encaminhamento nesse trabalho e, por isso, minha gratidão a vocês dois!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que fazem parte da minha vida.

*Porque existem uns tão felizes
E outros que sofrem tanto?
Nascemos do mesmo jeito,
Moramos no mesmo canto.
Quem foi temperar o choro
E acabou salgando o pranto?
Leandro Gomes de Barros*

Por isso não desanimamos. Embora exteriormente estejamos a desgastar-nos, interiormente estamos sendo renovados dia após dia, pois os nossos sofrimentos leves e momentâneos estão produzindo para nós uma glória eterna que pesa mais do que todos eles. Assim, fixamos os olhos, não naquilo que se vê, mas no que não se vê, pois o que se vê é transitório, mas o que não se vê é eterno.

2 Coríntios 4:16-18

RESUMO

MACEDO, F. L. Psicoterapia Psicodinâmica Breve Presencial e *Online*. 110f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Educação), Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto – SP, 2018.

Nas últimas décadas as várias modalidades de atividades via *internet* vêm crescendo de forma exponencial e a psicoterapia *online* caminha na mesma direção, sendo imperativo reconhecer essa forma de trabalho como facilitadora para as pessoas no mundo contemporâneo. No Brasil, a psicoterapia pela *internet* é permitida pelo Conselho Federal de Psicologia somente em caráter experimental, como pesquisa. Nessa investigação, a Aliança terapêutica foi considerada como instrumento na formação do vínculo paciente terapeuta. O objetivo deste estudo foi comparar a percepção de pacientes que passaram por atendimentos de psicoterapia psicodinâmica breve presencial e psicoterapia *online*, por um único terapeuta. Tratou-se de um estudo de abordagem quanti-qualitativa, de caráter exploratório e comparativo, que utilizou a metodologia clínica. Os atendimentos foram sistemáticos e respectivos, compondo-se de seis sessões diárias presenciais, em dias consecutivos, exceto aos domingos; e seis atendimentos *online*, utilizando o mesmo processo para a coleta de dados; com duração de cada sessão entre 40 a 50 minutos. Para a coleta de dados referentes à percepção dos pacientes sobre o atendimento de psicoterapia psicodinâmica breve presencial *versus online* foram aplicados o Inventário de Aliança Terapêutica (*Working Alliance Inventory*) com questões referentes à relação terapêutica, após o término das 6 sessões *online*, e o Questionário de Avaliação de Sessão (*Session Evaluation Questionnaire*) logo após o término de cada sessão psicoterapêutica, tanto nas situações presenciais quanto *online*. Os resultados obtidos mostraram que há equivalência nos atendimentos presenciais e *online*, quanto à relação terapêutica construída nos dois momentos. Também se concluiu que o *setting* articulado através do atendimento *online*, não mais face a face em ambiente físico tradicional, não foi percebido como diferente pelos pacientes; sendo que em alguns momentos, houve preferência pela terapia *online*, principalmente pela comodidade. Contudo, nesta pesquisa, acredita-se que um dos motivos que podem ter corroborado para resultados satisfatórios em benefício da psicoterapia *online* foi o atendimento presencial ter ocorrido primeiramente, o que pode ter desenvolvido a criação de uma aliança terapêutica mais favorável através de uma transferência positiva, favorecendo, posteriormente, um atendimento *online* mais vincular, sem o aparecimento de impasses terapêuticos e resistência.

Palavras-Chave: Psicoterapia Breve Psicodinâmica. Aliança Terapêutica. *Internet*. *Online*.

ABSTRACT

MACEDO, F. L. *Psicodynamic Psychotherapy Brief Face-to-face and Online*. 110f. Dissertation (Professional Master in Health and Education), University of Ribeirão Preto, Ribeirão Preto - SP, 2018.

In the last decades the various modalities of internet activities have been growing exponentially and online psychotherapy is moving in the same direction, and it is imperative to recognize this form of work as a facilitator for people in the contemporary world. In Brazil, internet psychotherapy is permitted by the Federal Psychological Council only on an experimental basis, as a research. In this research, the therapeutic Alliance was considered as instrument in the formation of the patient therapist bond. The aim of this study was to compare the perception of patients who have undergone brief face-to-face psychodynamic psychotherapy and online psychotherapy by a single therapist. It was a quantitative-qualitative, exploratory and comparative study that used the clinical methodology. The appointments were systematic and respective, being composed of six daily sessions in person, on consecutive days, except on Sundays; and six online appointments, using the same process for data collection; with duration of each session between 40 to 50 minutes. In order to collect data about patients' perception about the appointments of psychodynamic psychotherapy, both face-to-face versus online, the Working Alliance Inventory was applied with questions regarding the therapeutic relationship, after the end of the 6 online-sessions, and the Questionnaire Session Evaluation Questionnaire, in the end of each psychotherapeutic session, both face-to-face and online. The results showed that there is equivalence in face-to-face and online appointments regarding the therapeutic relationship built in the two moments. It was also concluded that the articulated setting through online care, no longer face-to-face in traditional physical environment, was not perceived as different by patients. In some moments, there was preference for the online therapy, mainly for the convenience. However, in this research, it is believed that one of the reasons that may have corroborated to satisfactory results for the benefit of online psychotherapy was that the face-to-face service occurred first, which may have led to the creation of a more favorable therapeutic alliance through a positive transference, favoring, later, a more connected online service, without the appearance of therapeutic difficulty and resistance.

Keywords: Psychotherapy Brief Psychodynamics. Therapeutic Alliance. Internet. Online.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPA	-	<i>China American Psychoanalytic Alliance</i>
CFP	-	Conselho Federal de Psicologia
CRP	-	Conselho Regional de Psicologia
EUA	-	Estados Unidos da América
ICBT	-	<i>Internet Based Cognitive Behavior Therapy</i>
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMES	-	Instituto Municipal de Ensino Superior
GB	-	<i>Giga Byte</i>
HD	-	<i>High Definition</i>
ONU	-	Organização das Nações Unidas
PBP	-	Psicoterapias Breves Psicodinâmicas
SBPSP	-	Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo
SEQ	-	<i>Session Evaluation Questionnaire</i>
SO	-	Sistema Operacional
SP	-	São Paulo
TIC	-	Tecnologias de Informação e Comunicação
WAI	-	<i>Working Alliance Inventory</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 JUSTIFICATIVA.....	18
1.2 HIPÓTESE.....	19
1.3 OBJETIVO GERAL.....	20
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
2 REVISÃO DA LITERATURA	21
2.1 RELAÇÃO TERAPÊUTICA E SUAS DIVERSAS ABORDAGENS	21
2.2 ASPECTOS IMPORTANTES SOBRE PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA.....	22
2.2.1 Sobre o uso da transferência em Psicanálise	24
2.2.2 Neurose e Psicose na Psicanálise.....	28
2.2.3 Os Psicanalistas contemporâneos.....	31
2.3 PSICOTERAPIA PSICODINÂMICA BREVE.....	35
2.4 RELAÇÃO TERAPÊUTICA E/OU ALIANÇA TERAPÊUTICA.....	38
2.5 PSICOTERAPIA E INTERNET: EXPLORANDO BASES CIENTÍFICAS	39
2.5.1 Psicoterapia <i>online</i> : viável ou inviável?.....	40
3 CASUÍSTICA E MÉTODO.....	44
3.1 TIPO DO ESTUDO	44
3.2 CENÁRIO DE PESQUISA	45
3.3 PARTICIPANTES	47
3.4 COLETA DOS DADOS	47
3.4.1 Instrumento de Coleta de Dados	47
3.4.2 Procedimento de Coleta de Dados	48
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	53
3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	53
3.7 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA	54
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	55
4.1 ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DO PACIENTE	55
4.1.1 Análise do Instrumento Inventário de Avaliação de Sessão (<i>Working Alliance Inventory – WAI-C</i>).....	55
4.1.2 Análise do Questionário de Avaliação de Sessão (<i>Session Evaluation Questionnaire – SEQ</i>).....	66
4.1.2.1 Análise da primeira parte do SEQ: esta sessão foi.....	66
4.1.2.2 Análise da segunda parte do SEQ: agora eu me sinto.....	73
5 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERÊNCIAS.....	81
APÊNDICE A	88
APÊNDICE B	90

APÊNDICE C	91
APÊNDICE D	92
ANEXO 1.....	93
ANEXO 2.....	101
ANEXO 3.....	102
ANEXO 4.....	106

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1:** Comparativo de respostas referentes à percepção dos pacientes com relação à psicoterapia psicodinâmica breve presencial *versus online*, à questão: Sinto-me desconfortável com o (a) terapeuta. Catanduva/SP, 2017.....56
- Gráfico 2:** Comparativo de respostas referentes à percepção dos pacientes com relação à psicoterapia psicodinâmica breve presencial *versus online*, à questão: O meu terapeuta e eu estamos de acordo acerca das coisas que são necessárias fazer em terapia para ajudar a melhorar a minha situação. Catanduva/SP, 2017.....57
- Gráfico 3:** Comparativo de respostas referentes à percepção dos pacientes com relação à psicoterapia psicodinâmica breve presencial *versus online*, à questão: Estou preocupado (a) com o resultado dessas sessões. Catanduva/SP, 2017.....58
- Gráfico 4:** Comparativo de respostas referentes à percepção dos pacientes com relação à psicoterapia psicodinâmica breve presencial *versus online*, à questão: Acho confuso o que estou fazendo em terapia. Catanduva/SP, 2017.61
- Gráfico 5:** Comparativo de respostas referentes à percepção dos pacientes com relação à psicoterapia psicodinâmica breve presencial *versus online*, à questão: Sinto que aquilo que faço em terapia me ajudará a atingir as mudanças que desejo. Catanduva/SP, 2017.62
- Gráfico 6:** Comparativo de respostas referentes à percepção dos pacientes com relação à psicoterapia psicodinâmica breve presencial *versus online*, à questão: Tenho confiança na capacidade de meu terapeuta para me ajudar. Catanduva/SP, 2017.....63
- Gráfico 7:** Comparativo de respostas referentes à percepção dos pacientes com relação à psicoterapia psicodinâmica breve presencial *versus online*, à questão: Acredito que o modo como estamos trabalhando com o meu problema é correto. Catanduva/SP, 2017.....64
- Gráfico 8:** Comparativo de respostas dos pacientes referentes essa sessão foi – na escala de extremamente boa a extremamente ruim, considerando a sessão de psicoterapia psicodinâmica breve presencial *versus online*. Catanduva/SP, 2017.....67
- Gráfico 9:** Comparativo de respostas dos pacientes referente a sessão foi: na escala de extremamente tranquila a extremamente perigosa, considerando a sessão de psicoterapia psicodinâmica breve presencial *versus online*. Catanduva/SP, 2017.....68
- Gráfico 10:** Comparativo de respostas dos pacientes referentes à sessão foi: de extremamente fácil a extremamente difícil, considerando a sessão de psicoterapia

psicodinâmica breve presencial *versus online*. Catanduva/SP, 2017.....69

Gráfico 11: Comparativo de respostas dos pacientes referentes à sessão foi: de extremamente valiosa a extremamente sem valor, considerando a sessão de psicoterapia psicodinâmica breve presencial *versus online*. Catanduva/SP, 2017.....71

Gráfico 12: Comparativo de respostas dos pacientes referentes à sessão foi: de extremamente especial a extremamente comum, considerando a sessão de psicoterapia psicodinâmica breve presencial *versus online*. Catanduva/SP, 2017...72

Gráfico 13: Comparativo de respostas dos pacientes referentes à questão: agora me sinto extremamente feliz a extremamente infeliz, considerando a sessão de psicoterapia psicodinâmica breve presencial *versus online*. Catanduva/SP, 2017.73

Gráfico 14: Comparativo de respostas dos pacientes referentes à questão - agora me sinto extremamente envolvido a extremamente desligado, considerando a sessão de psicoterapia psicodinâmica breve presencial *versus online*. Catanduva/SP, 2017.74

Gráfico 15: Comparativo de respostas dos pacientes referentes a - agora me sinto extremamente relaxado a extremamente tenso, considerando a sessão de psicoterapia psicodinâmica breve presencial *versus online*. Catanduva/SP, 2017...75

Gráfico 16: Comparativo de respostas dos pacientes referentes - agora me sinto extremamente forte a extremamente fraco, com relação à sessão de psicoterapia psicodinâmica breve presencial *versus online*. Catanduva/SP, 2017.....76

APRESENTAÇÃO

Os caminhos que me levaram a este novo desafio começaram há mais ou menos 10 anos, quando houve a abertura de uma Faculdade de Psicologia em Catanduva-SP. Nessa época, eu já tinha formação em Ciências da Computação (2000), mas meu sonho era fazer Psicologia. Contudo, algumas situações atrasaram esse feito, só concluído, depois de alguns anos!

No começo da Faculdade os meus anseios eram apenas cursá-la como uma realização pessoal e, como já disse "um sonho". Nesse momento da vida eu já me sentia estabelecido financeiramente nos moldes brasileiros de ser e, desse modo, podia me dedicar com mais afinco ao objetivo.

Terminando a Faculdade, já me sentia apaixonado por psicologia, mais precisamente pela Psicanálise. Comecei a atender logo que me formei, montei consultório, firmei alguns convênios com amigos médicos e logo os pacientes começaram a aparecer.

Nessa fase eu fazia terapia com uma psicanalista muito generosa, aliás desde o começo da faculdade era atendido por ela, ou seja, faço análise há mais de 10 anos: seu nome é Marly Terra Verdi, psicanalista didata da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo.

Logo no primeiro ano de formado (2012), cursei pós-graduação em Neurociência com duração de um ano e meio. Ao terminar essa formação, comecei outra em Psicoterapia Psicanalítica (2014), em Marília-SP, que se fez por moldes semelhantes ao da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, com aulas às sextas-feiras, juntamente com supervisões. Essa especialização durou dois anos.

Portanto, ao saber sobre o Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Educação em Ribeirão Preto, pensei que era hora de proceder à expansão do conhecimento, com um novo desafio, em modelos diferentes dos quais eu estava habituado, porém um desafio que eu me propus a enfrentar, para aumentar a minha capacidade intelectual e ajudar meus pacientes e profissionais da saúde e educação.

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas o mundo da informática tem crescido de forma exponencial, de modo a introduzir-se nas áreas da saúde, educação, comércio, dentre outros. O seu avanço deve-se principalmente à *Internet*, que possui recurso extraordinário na captação de informações de qualquer modalidade, e pode ser também valioso instrumento educacional (GARBIN; GUILAM; PEREIRA NETO, 2012).

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU) (2009), a quantidade de pessoas ligadas à *Internet* em todo o mundo cresceu surpreendentemente entre os anos de 2000 a 2008. Informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2013) mostraram que o crescimento de usuários da *internet* e a comunicação por meio dela, são incontestáveis. Ano a ano, o número de brasileiros que se tornaram internautas, acessando a rede mundial de computadores, tem crescido por vários motivos: saúde, educação, comércio, dentre outros.

Ainda considerando a rede de computadores, em 2013, estimou-se que oitenta e cinco milhões (49,4% da população) utilizaram a *internet*, apesar de ter ocorrido retração em relação a 2011, de 1,2% no uso da *internet* por computadores, houve um aumento de outros dispositivos. Considerando apenas a utilização de outras ferramentas, ocorreu um complemento de 7,2 milhões de pessoas que utilizaram a *internet* em 2013 (IBGE, 2013).

Os dados do IBGE (2013) também revelaram os percentuais de casas que utilizavam a *internet*, de acordo com o tipo de equipamento: *smartphone* (53,6% ou 16,8 milhões), *tablet* (17,2% ou 5,4 milhões), televisão (2,7% ou 832 mil) e outros equipamentos (0,7% ou 210 mil).

A *internet* é um conjunto de tecnologias da informação e comunicação, conector de recursos das telecomunicações (telefonia, satélite, fibras óticas) e da informática (computadores, *softwares*, sistemas de redes) que possibilita processamento e o armazenamento em grande escala, em curto espaço de tempo, contando com uma progressão tecnológica vertiginosa, o que possibilita a transformação nos processos culturais (CORNIANI, 2009).

Apesar de irrevogável, a utilização dessa nova ferramenta atinge desde comércio eletrônico até telemedicina. No Brasil, serviços psicológicos realizados por

meios tecnológicos de comunicação à distância, ainda são proibidos pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), de acordo com a Resolução n. 011/2012 (CFP, 2012) que regulamenta os serviços psicológicos mediados por computador, com destaque para a orientação psicológica *online* e com permissão apenas para seu uso em caráter experimental, como forma de pesquisa. O CFP preserva a regulamentação desse trabalho à existência de mais estudos sobre o tema, posicionando-se de forma segura e conservadora, impondo objeções tanto para a prática quanto para os estudos experimentais que estão detalhados na Resolução n. 011/2012. Esta dissertação segue todas as normas preconizadas pela Resolução citada (CFP, 2012), que pode ser observada no Anexo 3.

Rodrigues e Tavares (2016), em seu artigo “Psicoterapia *OnLine*: Demanda Crescente e Sugestões para Regulamentação”, objetivou ampliar a compreensão da psicoterapia *online* e questionar sua proibição. Seu estudo revelou não haver desvantagens maiores que as vantagens, ou ainda, que demonstrem a proibição estendida do trabalho. O crescimento da *internet* no Brasil e a demanda de serviços mediados pela rede, não menos os atendimentos psicológicos, devem ser normatizados. O estudo questiona a manutenção da proibição da psicoterapia *online*, o que favorece a prática dela sem os cuidados apropriados pela falta de compreensão sobre o assunto, as limitações e os perigos implicados nesse serviço.

Siegmund et al. (2015) concluem em seu artigo sobre os pontos críticos da resolução 011/2012 (CFP, 2012), que é notória a preocupação em diversos países do mundo com o desenvolvimento das práticas sobre psicoterapia *online* quanto às questões éticas, por exemplo, e que o futuro da profissão do psicólogo transcende essa resolução, mas será reafirmada pelo comportamento dos próprios profissionais ao esbarrar com as nuances que essa nova ferramenta trará, e, com elas, os terapeutas irão ultrapassar esses novos desafios.

Crestana (2015), em seu estudo sobre terapias *online*, discute alguns problemas relacionados ao assunto pontuando: a capacidade de se desenvolver relação terapêutica, muitos terapeutas relatam dificuldades por sentir a relação mais afastada. Outra questão seria como agir em caso de queda ou falha na comunicação, como seriam feitos os pagamentos, os riscos do sigilo.

Ainda o autor supracitado conclui que na sociedade onde vivemos teremos de nos modernizar e aceitar as novas tecnologias que vêm sendo oferecidas para os terapeutas, atendo-se a essas transformações com cautela, não abolindo as novas

ferramentas nem tampouco precipitando-se com elas, salientar que existem ainda muitas limitações metodológicas, com poucos estudos e, mesmo com toda essa agitação, facilidade e velocidade posicionadas pela hipermodernidade, o contato pessoal continua sendo essencial para o bom prognóstico do tratamento psicoterápico, independentemente abordagem teórica.

No Brasil as novas práticas de atendimento psicológico aumentaram como, por exemplo, a *home care*, e a tendência é ramificar para outros setores como ciberespaços e *internet*, e é impraticável paralisar esse percurso, pois como pontua Lévy (1999, p. 25) “a emergência do ciberespaço acompanha, traduz e favorece uma evolução geral da civilização”.

De acordo com Higgins, Dunn e Conrath (1984 apud SIEGMUND et al., 2015) outros países mostram-se diferentes do Brasil, a exemplo de Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Austrália e Alemanha nos quais há permissão para a prática da psicoterapia *online*. Essas localidades estão embasadas em, no mínimo, 50 anos de pesquisas incontestáveis e eficazes no tratamento, através das terapias à distância, tendo início na telemedicina por meio do telefone, demonstrando ser assim, alternativa possível e praticável para o atendimento à saúde.

1.1 JUSTIFICATIVA

Do ponto de vista científico, pesquisadores como Adélia, Pieta e Gomes (2014) destacaram que a psicoterapia *online* vem sendo exercida no exterior há mais de uma década, com resultados positivos. Os trabalhos científicos na área embasam suas conclusões a respeito da efetividade dessa nova atividade de terapia e que não pode ser desconsiderada em debates acerca do tema. Eles também concluíram que a psicoterapia via *internet* não causa tanto prejuízo no que se refere à relação terapêutica, fator muito importante no prognóstico do tratamento, e completam o estudo pontuando que talvez os esforços devam concentrar-se não na proibição da psicoterapia *online*, mas, na sua normatização, através de novos estudos, na experiência dos profissionais da área e da implementação de programas na rede pública, assim como se faz em alguns países.

Nas questões sociais, a possibilidade dessa nova ferramenta de trabalho deve facilitar o atendimento de grande parte da população que não pode ter acesso às psicoterapias, ou pela distância de se encontrar profissionais ou até mesmo pelo

custo desse tipo de trabalho. Proudfoot et al. (2011) enfatizam que a psicoterapia através das redes de computadores vem crescendo rapidamente e que novos programas estão sendo desenvolvidos para agilizar e facilitar a saúde mental das pessoas e que são ótimos atenuantes para a fila de espera, podendo agilizar o atendimento de indivíduos que ficam aguardando para ser avaliados.

O autor do presente projeto argumenta que com a modernidade o tempo tornou-se escasso para a maioria das pessoas que precisam modelar suas atividades às demandas do mundo moderno, o tempo todo; ressalta que os custos familiares aumentaram significativamente ao longo do tempo, gerando estresse e problemas relativos à ansiedade, depressão e fobias. Assim, acredita que ferramentas psicoterápicas modernas utilizando a Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) poderiam facilitar consultas, reduzir preços, podendo, desta forma, colaborar para a prevenção dessas novas doenças do mundo contemporâneo.

Nessa direção, defende-se que esse estudo tem relevância científica e social, considerando que muitos países já vêm praticando esse tipo de trabalho com resultados promissores. Ademais, constata-se que há escassos estudos a respeito da psicoterapia *online* sendo elaborados no Brasil, situação que inviabiliza a liberação dessa ferramenta pelo Conselho Federal de Psicologia.

1.2 HIPÓTESE

Desse modo, a inquietação de pesquisa reside na questão: há diferença na percepção do paciente quanto ao atendimento da psicoterapia psicodinâmica breve presencial comparada à percepção da psicoterapia psicodinâmica breve *online*?

Nessa direção, acredita-se que a psicoterapia psicodinâmica breve *online*, considerando todas as recomendações éticas e legais relativas aos equipamentos e dispositivos utilizados na sessão, poderá se tornar uma forma de tratamento psicoterápico mais acessível à população – pelo custo menor -, bem como propiciará a fidelização do paciente com o profissional terapeuta mesmo quando este não tem a condição de proximidade.

1.3 OBJETIVO GERAL

Comparar a percepção de pacientes atendidos inicialmente nos moldes da psicoterapia psicodinâmica breve presencial e, posteriormente, por meio da psicoterapia psicodinâmica breve *online*, por um único terapeuta.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar a percepção dos pacientes na relação terapêutica quanto às tarefas, o vínculo e os objetivos a serem alcançados, considerando o atendimento psicoterápico psicodinâmico breve presencial e *online*.

Avaliar as vantagens e desvantagens entre o atendimento psicoterápico psicodinâmico breve presencial *versus online* à luz do paciente.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 RELAÇÃO TERAPÊUTICA E SUAS DIVERSAS ABORDAGENS

Pieta (2014), em sua tese de doutorado, discorreu acerca das várias modalidades de psicoterapia e a relação com cada paciente, concluindo que, na evolução das psicoterapias, cada uma delas observa o homem de diferentes formas, tanto nas técnicas empregadas quanto na relação terapêutica. Seguem-se algumas descrições das principais características das psicoterapias mais exercidas pelo mundo segundo a autora.

- Terapia Psicanalítica: as descobertas de Freud (1856-1939) na relevância de trazer para a consciência o que se achava inconsciente fazia com que o paciente tomasse ciência de seus sintomas. O descarte do hipnotismo e o desenvolvimento do conceito de transferência dão início a esse novo método de psicoterapia. Na psicanálise a associação livre, a interpretação dos sonhos e o *insight*, organizados na transferência, possibilitam desatar as questões neuróticas, sendo, assim, a transferência tornou-se a ferramenta principal de análise, pois a partir dela possibilitou observar a importância da relação terapêutica na psicoterapia.

- Os pós-freudianos aumentaram o foco da psicanálise ampliando a relação terapêutica não só como produtora de *insights*, mas por suas valiosas propriedades curativas por si só. Dessa forma, a relação terapêutica proporcionada pela transferência é uma das principais ferramentas para o psicoterapeuta psicanalítico na resolução dos conflitos de seu paciente.

- Terapia Cognitivo Comportamental: as bases estruturais do atendimento dos psicoterapeutas cognitivo comportamentais são fundamentadas nas teorias da aprendizagem e cognição, distinguindo-se comportamentos, pensamentos e crenças disfuncionais e os remodelaram. Suas técnicas são organizadas para atender os resultados, em desvantagem a relação terapêutica. Pontuaram que a relação terapêutica era inevitável, mas não o bastante para o êxito do tratamento.

- Terapia Humanista: no que lhe diz respeito, destaca o processo terapêutico em vez dos resultados e estipula relação autêntica com os pacientes, o que para eles já seria o condutor da mudança.

- Terapias Ecléticas: essas terapias adaptadas às abordagens dos fatores comuns e à associação assimilativa fizeram a junção de várias técnicas apoiadas em demonstrações habituais às terapias, nas quais a relevância se deu na relação terapêutica.

No presente estudo o foco foi a psicoterapia breve psicodinâmica como um dos pilares deste trabalho e, nesse sentido, seguem as principais características da psicanálise que influenciam a relação terapêutica.

2.2 ASPECTOS IMPORTANTES SOBRE PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA

A psicanálise tem como essencial a palavra, que então geraria identidade entre o educar, psicanalisar e governar, as três profissões consideradas por Freud (1996a) como impossíveis, já que as três se dariam em torno da palavra, ou seja, da linguagem.

A linguagem humana difere da forma como os outros animais se comunicam, por ser ela equívoca, isto é, imprecisa e repleta de ambiguidades, enquanto a linguagem dos outros animais é unívoca, seguindo um curso naturalmente intuitivo (BENVENISTE, 1989).

Um exemplo a considerar é de um famoso estudo de Benveniste (1989), linguista estruturalista francês, onde afirmava que a comunicação entre abelhas serve para indicar a direção e a distância do alimento; trata-se de uma comunicação precisa, onde não há mal-entendido, enquanto a linguagem humana apresenta-se completamente diferente. Na comunicação humana quase sempre a linguagem entendida não é idêntica à pronunciada, portanto, é possível dizer que estamos no campo do mal-entendido, e quando falamos algo a alguém, esta entende de forma diferente daquela que queríamos transmitir. Exemplo dessa situação é uma brincadeira comum entre crianças, muito conhecida por “telefone sem fio”, onde em uma fila de crianças, fazia-se uma concha com as mãos e colocava na orelha do amiguinho, para se falar alguma coisa e, então, iria passando o que foi falado para as demais crianças; quando essa informação chegava à última, já se encontrava totalmente distorcida, distante da informação original.

Nacht (1967) deixa clara a importância da comunicação verbal na análise, e que é por esse caminho que o analista pode compreender muitos aspectos e

características do paciente: ansiedades, medos, desejos, o que gostaria de ser (ideais).

[...] vemos que a palavra é utilizada pelo paciente não somente para explicar, dar-se conhecer, senão também para tranquilizar, seduzir, desarmar o analista como objeto, sobretudo quando este é inconscientemente temido. Vemos, pois, que a palavra é o veículo de todos os afetos que subentendem a relação analítica. E precisamente porque expressam ou provocam estes efeitos, certas palavras adquirem um valor muito particular em determinados momentos do tratamento (NACHT, 1967, p.166-167).

A psicanálise coloca em primeiro plano o fato de que o mal-entendido não é contingente, não é eventual, mas sim estrutural, ocorre o tempo todo, por isso o aforismo freudiano de que educar, psicanalisar e governar seriam impossíveis, porém, não quer dizer que não se possa fazê-los. Neste estudo a proposta é de privilegiar a linguagem, a comunicação verbal e vicissitudes em relação ao atendimento presencial *versus online*.

A psicanálise freudiana (1996b) prioriza a cura pela palavra ou a "*talking cure*", assim como Anna O. [1859-1936]¹ apelidou a teoria e a técnica que Freud construiu ao longo dos anos, dizia ele que era a cura pela conversação, ao mesmo tempo, cita ele, em tom de brincadeira, como "*chimney-sweeping*" ou limpeza da chaminé.

Fica claro que a "cura" pela palavra da qual Freud (1996c) se utilizou, através do método da "associação livre", consistia numa proposta feita pelo analista como regra fundamental: fale tudo o que vier à cabeça, tudo que o você disser tem muita importância. Assim, mesmo que para muitos pareça simples, ou até sem sentido, tornou a "associação livre de ideias" uma ferramenta muito importante para psicanálise, útil recurso para lidar com um dos principais sofrimentos humanos, o desamparo.

A sugestão hipnótica que foi o mais precioso instrumento nos primórdios da psicanálise é então abandonada e substituída pelo método das "associações livres de ideias". No entanto, esse novo recurso encontraria provável obstáculo designado

¹ [Bertha Pappenheim](#) (1859-1936) ficou conhecida pelo pseudônimo Anna O. Criado pelo [médico](#) e fisiologista [Josef Breuer](#) em seu livro *Studies on Hysteria*, escrito em colaboração com [Sigmund Freud](#). Constituiu-se como uma das principais colaboradoras das teorias Freudianas, favorecendo uma das regras técnicas principais da psicanálise, "associação livre."

de “transferência”, fenômeno que mais tarde teria com sua interpretação a nova ferramenta no trabalho clínico psicanalítico, assim como salienta Freud (1996b).

2.2.1 Sobre o uso da transferência em Psicanálise

A importância da transferência na análise tem um destaque valioso, pois objetiva viabilizar o “processo secundário” (princípio de realidade)² para, através dele, como ressaltava Freud (1996d), alcançar o mundo simbólico onde a transferência possibilita o acesso terapêutico.

No avanço dos estudos de Freud (1996b) a interpretação da transferência surge como uma das ferramentas principais e, como sucesso da análise que, segundo Laplanche e Pontalis (2001), designam o processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos num quadro especial de relação estabelecida e, eminentemente, no contexto da relação analítica. Trata-se aqui de uma repetição de protótipos infantis, vivida com sentimento de atualidade acentuada.

A transferência é classicamente reconhecida como o terreno em que se dá a problemática de tratamento psicanalítico, pois, através de sua instalação, suas modalidades, sua interpretação e a sua resolução que caracterizam esse processo.

A primeira aparição da palavra *Übertragung* (transferência), no sentido psicanalítico, ocorreu no capítulo VII dos Estudos sobre a histeria. Freud (1996c) expõe seu método de tratamento da histeria (o método catártico de Breuer, remodelado). A partir da classe de “histeria de defesa” vinculou-se o conceito de defesa como mecanismo de todas as neuroses, e a conjuntura de resultado e sucesso no tratamento, estava no triunfo das resistências, dentre as quais situa-se a transferência.

O que são transferências? Perguntava (Freud 1996e, p.111), no epílogo de Análise fragmentária de uma histeria, escrito em 1901. E ele próprio respondeu: “São reedições, reproduções das moções e fantasias que, durante o avanço da análise, soem despertar-se e tornar-se conscientes, mas com característica (própria do gênero) de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico.” Simplificando,

² Do ponto de vista econômico - dinâmico: a energia psíquica começa por estar “ligada” antes de escoar de forma controlada; a satisfação é adiada; permitindo assim experiências mentais que põe à prova os diferentes caminhos possíveis de satisfação (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

seria toda uma série de acontecimentos psíquicos que ganha vida novamente, agora não mais como um passado, mas como relação atual com a pessoa do médico. Demonstra, dessa forma, a transferência como indispensável ao sucesso do trabalho analítico, pois atualiza o inconsciente, fazendo surgir os conflitos na realidade imediata.

Assim, o analista serve como modelo de identificação, sendo que o psicanalista não é apenas mero ouvinte de seu paciente, situação em que permanece interpretando suas angústias, mas também serve de modelo para seu paciente, com isso:

Creio que, além do trabalho interpretativo, também a pessoa real do analista, por si só, influi decisivamente no crescimento mental do analisando, não só por ele poder preencher alguns vazios existenciais, verdadeiros “buracos negros”[]...mas também porque o terapeuta, de forma insensível, mas fundamental, funciona como um novo modelo de identificação (ZIMERMAN, 2004, p. 92).

Robert e Eizirik (2007), no seu capítulo de livro “Transferência” traduzem, de forma completa, o conceito de transferência. Eles descrevem cinco tipos de transferências, as quais nunca aparecem de forma pura, porém uma predomina em relação a outra, ou seja, dentre esses cinco tipos podemos encontrar, por exemplo, uma transferência erótica, transferência perversa, transferência de impasse, transferência idealizadora, transferência negativa, entre outras, como cita Zimmerman (2004).

Os cinco tipos de transferência que Robert e Eizirik (2007) comentam, incluem:

- Formas habituais de relacionamento: são formas particulares de estabelecer vínculos. Aparecem no início do tratamento. São características da pessoa, aparecendo no relacionamento do paciente com o analista. Exemplo desse caso seria um paciente que mostra um tipo de relacionamento que tem com as pessoas e que ao longo do tratamento terá com o analista. O paciente chega à sessão criticando o terapeuta anterior e ao mesmo tempo idealizando o terapeuta atual. Com o passar das sessões, irá criticar o atual terapeuta, e esta situação ele viverá com todas as pessoas em um círculo vicioso, com dificuldades em manter relacionamentos amorosos, no trabalho etc. O terapeuta, percebendo esse tipo de hábito e interpretando a

transferência, pode modificar a estrutura mental do paciente e, quebrando esse círculo, esse movimento é o segredo da transferência.

- Transferência predominantemente de relacionamentos presentes: o paciente, vivendo um conflito presente, desloca este para o terapeuta; o analista ocupa o lugar do problema. Um exemplo clássico seria uma paciente chegar para a sessão e ficar atacando o terapeuta. Com o tempo, o terapeuta percebe que ela estava muito furiosa com o marido. O analista, nesse caso, precisa suportar os ataques da paciente, percebendo o deslocamento do sentimento e devolvendo-os para ela de uma forma que ela possa perceber a projeção do sentimento no analista. Esse modelo de transferência pode gerar uma transferência negativa ou de impasse.
- Transferência predominantemente de experiências passadas revividas: são as experiências revividas no transcorrer da análise e que passam a dizer respeito à pessoa do terapeuta. O paciente revive um momento passado como se fosse atual. Nesse caso, elementos arcaicos e primitivos rondam a vida dos sentimentos do paciente. Pacientes que viveram abusos, abandonos, transferem essas situações para o analista. Uma paciente que foi abusada e não recebeu os cuidados da mãe, ou seja, abandonada, em vez de se lembrar dessas situações, sente-se abandonada (no singular; refere-se a paciente) pelo terapeuta. Um exemplo seria quando um paciente conta uma história para o terapeuta e este termina a sessão sem ouvir o resto do conto; deixará o paciente desamparado e, muitas vezes, persecutório. Outra situação se encontra quando o analista chega atrasado. Isto pode gerar, nesse tipo de paciente, sentimentos de abandono como se a mãe chegasse atrasada para pegar o filho na escola. Esse modelo de transferência pode gerar outras transferências como a psicótica, a negativa, a especular etc. Nesse caso cabe ao terapeuta revelar as distorções do paciente de forma acolhedora, pois isto causará mudanças estruturais na mente do paciente podendo quebrar esse movimento muito perturbador.
- Neurose de transferência: há uma mistura de vários elementos transferenciais como, por exemplo, a junção de conflitos atuais e de

experiências passadas revividas. O problema maior nesse caso é que o *setting* analítico adoece do sintoma do paciente, às vezes impossível de analisar. O paciente até que está bem na sua vida cotidiana, mas quando chega à terapia, adoece. O *setting* vira o problema; a neurose é sugada com a relação vivida com o terapeuta. O paciente não traz o problema; o problema é com o analista. Exemplo: uma transferência erótica já conhecida como uma resistência. Se o terapeuta não tiver uma capacidade de continência, o problema pode se tornar muito sério. Muitas vezes exige muito esforço do terapeuta para superá-la e interpretá-la. Nessa situação, há necessidade de mais sessões por semana para elaborar esse tipo de manifestação.

- Representação de fantasias inconscientes: esse tipo de transferência é consequência das constatações de Melanie Klein (1882-1960) e seus seguidores. O paciente projeta o que ele sente naquele momento, não é uma relação atual. Como ele não consegue dizer o que sente por meio da identificação projetiva, ele coloca dentro do analista o que está acontecendo na sua vida emocional. O exemplo mais clássico desse tipo de transferência é quando, de repente, o terapeuta começa a sentir muito sono. Chegando ao final da sessão, o paciente diz “preciso ir embora, estou exausto, morrendo de sono”. Também pode ser projetado o medo, o desamparo. A transferência por identificação projetiva seria uma das transferências mais importantes, pois ela própria vai de inconsciente para inconsciente e pode trazer um desconforto extremo para o terapeuta, principalmente os iniciantes que não conseguem perceber com muita clareza o que está acontecendo.

É importante pontuar que os exemplos utilizados nos cinco tipos de transferências supracitados resultam do cotidiano da Clínica Psicanalítica ressaltados pelo psicanalista Azevedo (2017), em seu curso sobre Transferência.

É imprescindível para um psicoterapeuta que trabalha com a abordagem psicanalítica fazer sua própria terapia e, muitas vezes, mais de uma vez por semana, principalmente terapeutas que atendem muitos pacientes, pois a transferência, como já foi visto acima, é um dos pilares de sustentação de uma boa terapia. O terapeuta, quando descobre a transferência por meio de seus estudos, supervisões e análise pessoal, torna seu atendimento diferenciado, pois a percepção

da transferência vai fazer com que ele interprete a situação principal para mudança estrutural do pensamento do paciente que está ligada à interpretação dela. Contudo, uma terapia não vive só de interpretação da transferência. O *setting* é composto de várias atividades como dar apoio, fazer perguntas, acolher, sobreviver aos ataques. Os terapeutas que só ficam interpretando a transferência de forma exagerada podem causar um impasse analítico, um desconforto do paciente.

Portanto, a questão da transferência é a mola mestra na terapia psicanalítica, pois, para o paciente, muda a estrutura mental dele, atualizando seu modo de pensar, e para o terapeuta é o diferencial para sua forma de atender, pois ele pode, com isso, dar conta de sentimentos que são do paciente deslocados nele, suportando os ataques, os medos, os desamparos, interpretando-os de forma acolhedora e não vendo isso como um ataque do paciente, mas sim a característica do que ele possa estar vivendo em sua vida; nada pessoal com o analista.

2.2.2 Neurose e Psicose na Psicanálise

No presente estudo julgou-se necessária a discussão dos aspectos relacionados ao conceito de psicose, devido à exclusão dos participantes que apresentavam esse quadro clínico como população do presente estudo, considerando que não há recomendação da psicoterapia se estes estivessem passando por quadro clínico psicótico. Portanto, os pesquisadores entendem que a apresentação do conceito de neurose e psicose nessa pesquisa, tem relevância no que se refere ao impedimento dos portadores desses quadros clínicos para a dissertação, esclarecendo aos leitores os motivos que justifica a exclusão desses sujeitos.

Ao explorar o tratamento para além da neurose, ou seja, na psicose, Freud (1996g) discute os limites do aproveitamento da análise, no qual ela não atingiria sucesso nas psicoses.

Freud (1996g) fez muitas referências à posição da Psicanálise a respeito das psicoses. No seu artigo sobre "A Neurose e a Psicose", viabiliza fórmula simples para mostrar importante diferença entre neurose e psicose, como se segue: "A neurose é o resultado de um conflito entre o ego e o id, ao passo que a psicose é o desfecho análogo de um distúrbio semelhante na relação entre o ego e o mundo exterior" (FREUD 1996g, p.169).

Freud (1996g) escreve que a libido liberada pelo recalque nas neuroses esforça-se por ser transferida aos objetos externos e é utilizada para o tratamento analítico. Nas psicoses há retirada da libido dos objetos, o que a torna raramente acessível à análise.

Se observarmos no artigo proposto por Freud (1996f) “Sobre o narcisismo, uma introdução”, ele formula a distinção de uma libido do eu e uma libido objetal, Freud argumenta que no narcisismo original (primário) a catexia libidinal, fixa no eu, não se reverte aos outros objetos e caso ocorra, logo retorna. Verificam-se as consequências da proposição da dualidade pulsional da análise das neuroses de transferência e também sua aplicabilidade às psicoses, particularmente à esquizofrenia.

Esse tipo de pacientes, que eu propus fossem denominados de parafrênicos, exibem duas características fundamentais: megalomania e desvios de seu interesse do mundo externo – de pessoas e coisas. Em consequência da segunda modificação, tornam-se inacessíveis à influência da psicanálise e não podem ser curados por nossos esforços (FREUD, 1996f, p. 82).

Logo, como características constatadas nas parafrênias, conforme observada por Freud (1996f) para apontar a paranoia e a esquizofrenia, destacam-se a grande dificuldade de transferência, a megalomania, a onipotência, a onisciência, o afastamento do mundo dos objetos. Pode-se concluir que a ligação libidinal está na fase do autoerotismo e do narcisismo (o mundo a girar em torno deles).

As conclusões de Freud (1996f) apontaram que os psicóticos se tornam inacessíveis à influência da psicanálise e não podem ser tratados. Os esquizofrênicos parecem ter retirado sua libido de pessoas e coisas do mundo externo, sem substituí-las por outras fantasias, ao contrário do que se observa nas neuroses.

Portanto, parece que para o surgimento da neurose o Ego depende da realidade, sendo que em uma psicose o Ego ficaria a serviço do Id, afastando-se dessa realidade. O elemento resolutivo na neurose seria a proeminência da influência da realidade; já na psicose, esse fator seria a predominância do Id. Isso não quer dizer que nas formas mais graves de neuroses não aconteça uma fuga da

realidade, onde as exigências da vida fazem com que ocorra a repressão (FREUD, 1996e).

Tanto na neurose quanto na psicose, Freud (1996f) considera existir um conflito por parte do Id para com o mundo externo: a diferença é que na neurose pequena parte da realidade é evitada como se parecesse fuga, e na psicose a retirada inicial é sucedida por uma fase ativa de remodelamento; ou, ainda, a neurose não descarta, nem se opõe à realidade, simplesmente a ignora, usando seus corriqueiros mecanismos de defesa de proteção do Ego. Na psicose, além de negar, tenta substituí-la.

Não se objetiva ser mais profundo nas considerações sobre as diferenças entre neurose e psicose, mas considerar ser enriquecedor esclarecer tais elementos complementares dessas distinções básicas, para demonstrar a dificuldade no tratamento de psicóticos, principalmente pela falta de realidade e comprometimento da simbolização. Logo, o reconhecimento de pelo menos parte da realidade que impossibilita a relação terapêutica.

Acredita-se que Freud ao analisar esses fatores, e na ânsia de tornar a psicanálise reconhecida como ciência, possa ter inviabilizado a persistência no atendimento a pacientes psicóticos, deixando a seus seguidores tal trabalho com sua expansão.

Fica evidente, ao observar uma tendência de pacientes psicóticos, o fato de eles abandonarem a análise por motivos simples. Um exemplo: uma interpretação mal assimilada por eles; muitas vezes, tais pacientes estão evoluindo bem até então e interrompem o processo terapêutico, até mesmo sem aviso, podendo ocorrer regressão no trabalho terapêutico, fato que gera muitos sentimentos negativos no analista.

Para Ferenczi (1992a) existem algumas classes de psicanalistas que priorizam na relação terapêutica o vínculo que se estrutura entre analista e analisando, posicionado-a como fundamental no processo de análise de certo grupo de pacientes, em especial os que tem conflitos com a realidade.

Ferenczi (1992b) foi um psicanalista que parecia atraído por casos que outros analistas avaliavam como impraticáveis, ou, em suas próprias palavras, dos que se encontravam “ausentes de si mesmos”. Acreditava que o problema da impossibilidade de conduzir a análise não estaria com o paciente, mas, sim na capacidade do analista.

Para Ferenczi (1990) a resistência não era do analisando, mas do analista, no ponto em que, este último teria muita dificuldade em adaptar-se às particularidades de cada analisando. Para Ferenczi (1990, p. 154) não existiam casos não analisáveis o que existiam, eram “analistas que não tinham se analisado o suficiente”. O melhor analista, dizia ele, é o paciente tratado.

Tausk³ (1990) dizia que a análise pessoal, várias vezes por semana durante anos, seria apenas um arranhão no inconsciente. Isso mostra a importância de sua própria análise para lidar, não só com os conflitos do seu paciente, mas, principalmente, com suas próprias questões.

Em 1928, Ferenczi publicou o artigo intitulado “Elasticidade da técnica psicanalítica”, e fez uma análise do que se passa na cabeça do analista quando está diante de um analisando. A tarefa psíquica que o analista executa em uma sessão é complexa, as associações livres do paciente agem sobre ele, em que atua uma crítica de seus próprios afetos e tendências: sensações físicas, sentimentos, fantasias. Assim, a direção desse movimento está na capacidade de "sentir com", competência esta que estaria no alicerce do tato psicológico do analista: conhecer, atinar, saber quando e como comunica algo ao paciente, quando se deve calar ou falar. Ferenczi (1992a, p.27) escreve: "O tato é a capacidade de sentir com".

2.2.3 Os Psicanalistas contemporâneos

Depois de Freud, a expansão do pensamento psicanalítico sobre o tratamento com psicóticos vem tomando forma, a partir de Ferenczi, Klein, Rosenfeld, Bion. Esse avanço mostra que o tratamento com psicóticos por meio da psicanálise tem mostrado resultados muito satisfatórios com tais pacientes.

Acredita-se que algumas pontuações propostas pelos psicanalistas contemporâneos vêm contribuindo para o bom prognóstico de pacientes psicóticos, principalmente esquizofrênicos. Nesse vértice Wilfred Ruprecht Bion (1897 — 1979) contribuiu significativamente para uma boa evolução no tratamento dessa ordem de analisandos.

³ Victor Tausk, conhecido como “o gênio fracassado” em consequência de um fim trágico, o suicídio. Um dos mais talentosos discípulos de Freud, se apresentando como um dos maiores estudiosos na pesquisa clínica sobre psicoses por via do tratamento analítico. Foi poeta, escritor, advogado, jornalista, médico e psicanalista.

No manejo da transferência é muito comum haver oscilação transferencial de muita idealização, oscilando com acusações pelo mal que os analistas acometem. O psicoterapeuta precisa estar consciente desses acontecimentos e, despreparado, poderá perder todo o trabalho numa reação de impasse terapêutico. Dessa forma, a necessidade de o psicoterapeuta desenvolver uma "capacidade negativa" é fundamental.

Zimerman (2004) utilizou o termo "capacidade negativa", tomado emprestado de John Keats (1795- 1821), poeta inglês, que em uma carta para o irmão, ao se referir a Shakespeare, assim se pronunciou: "[...]é uma capacidade de que possibilita a um homem ser capaz de permanecer em incertezas, mistérios, sem qualquer esforço irritável que vise a alcançar, como resultado, fato ou razão". Assim, a capacidade de lidar com a própria frustração, habilidade essa adquirida principalmente com a análise pessoal.

Lidar com o sofrimento do outro, muitas vezes, faz com que desacreditemos de que ele seja capaz de lutar, passamos então a batalhar por ele, e, assim, ele não cresce. É possível ver muito claramente tal tipo de atitude dos pais para com os filhos: na incapacidade de dar amor (sentimentos de culpa), os compram para não "vê-los sofrer", sendo esse um equívoco dos pais, pois tolerar frustração é uma aprendizagem e as crianças, em sua maioria, tem a capacidade de lidar com esses fenômenos, crescendo mais fortes e mais tolerantes à frustração, como salienta Nietzsche (2000) na frase: "O que não mata, me fortalece".

Todas essas situações podem confundir o trabalho do analista, levando ao impasse, à reação terapêutica negativa e aos aspectos relacionados acima. Como diz Freud: "O psicanalista, como o arqueólogo em suas escavações, deve descobrir camada após camada de psique do paciente, antes de chegar aos tesouros mais profundos e mais preciosos".

O *setting* é um lugar muito especial e que será conquistado pelo paciente, no qual ele concede ao seu psicanalista a nova chance de poder reviver com estes outros significados e soluções para a sua vida, as antigas e difíceis experiências afetivas mal solucionadas no passado longínquo.

Zimerman (2004) deixa clara a importância do *setting* para uma análise, um lugar preparado para o paciente sentir-se como se esse espaço fosse dele, em que ele seja capaz de colocar para fora todos os sentimentos: alegria, tristeza, bizarrice e dor.

Toda a terapia psicanalítica deve se processar em um ambiente especial, tanto do ponto de vista físico quanto de uma atmosfera emocional apropriada para a efetivação de continuadas e prolongadas experiências emocionais, em uma situação rara, única e singular. Tudo isso configura a formação de um *setting* (comumente traduzido em português por “enquadre”), que pode ser conceituado como a soma de todos os procedimentos que organizam, normatizam e possibilitam o processo psicanalítico (ZIMERMAN, 2004, p. 67).

Segundo Kezem (2010), Ferenczi considerava que a criança teria condições de superar traumas, até mesmo o sexual, se processasse acolhimento pelo ambiente em que vivesse. Essa mudança de paradigma, recomendando aos analistas, salientando a importância da atenuação nas atitudes do terapeuta com um *setting* dirigido pela sinceridade, confiança e respeito ao paciente, é menos dura se comparada aos *settings* tradicionais psicanalíticos. A autora complementa com um *setting* mais integrado, acompanhando o caminhar da civilização, como em seu exemplo ao término de uma sessão em que o paciente pede um afeto:

Deixa eu te dar um beijinho? Eu gosto tanto de beijo! Não tive dúvida de que eu deveria receber o seu beijo e que a recusa de minha parte, traria mais malefício para ela do que o acolhimento de seu pedido. (KEZEM, 2010, p. 27).

Duarte (2015), em sua dissertação “Corpo-*Setting*: Impasse, rupturas e singularidades no Acompanhamento Terapêutico”, considera o Acompanhamento Terapêutico uma clínica nova, como um formato de *setting* diferenciado, que não se apoia mais isoladamente, que não se sustenta mais em um espaço físico, mas sim dentro de cada um, na relação, pois é na aliança terapêutica o lugar onde o afeto se faz presente, na união com as diferenças, na junção dos corpos e na permissão com o que nos deixa afetar. Portanto, a autora sustenta a necessidade de um *setting* mais articulado, podendo ser em espaço domiciliar e no dia a dia com condutas de saúde coletiva, com o destino de facilitar o atendimento e favorecer o entendimento das reais condições de dificuldades e capacidades do sujeito e da família.

Etchegoyen (1989) comenta que mesmo o *setting* tradicional, sem muitas alterações, será gradativamente modificado no caminho da terapia por ser autônomo; porém é preciso ter cuidado, pois o *setting* não deve ser alterado com base no que o paciente traz, mas com apoio na realidade em que a dupla se

encontra. A modificação conduzida no enquadre pode caminhar para um *acting* pelo terapeuta.

O *setting* é muito mais do que características físicas do ambiente de terapia ou do acordo do contrato. Ele é a relação de como se encontra terapeuta e paciente, a relação da aliança terapêutica pela confiança e relação ética entre os dois. Portanto, mais significativo que o espaço físico do *setting* é conseguir estabelecer os papéis, as regras, a ética, independente do lugar, sem submeter-se ao ambiente físico (MOREIRA; ESTEVES, 2012).

Freud foi o criador da psicanálise e sua nova ciência do comportamento humano não tinha, até aquele momento, um método e uma técnica. Freud fora construindo com base em seus atendimentos e percebia que, quando seu paciente falava sobre seus conflitos, gerava-se certo alívio e, com o tempo dava-se a extinção de seus conflitos. Ele, então, começa a usar a associação livre⁴ como um dos pilares da psicanálise para o tratamento dos pacientes.

Freud iniciou a autoanálise de maneira ocasional por volta de 1890, interpretando os próprios sonhos e agindo também como o próprio analista, pois naquele momento não existia ainda a psicanálise clínica que, dessa forma, pudesse ser chamada de psicanálise clínica propriamente dita.

Ele percebe que autoanalisar era uma questão muito complicada e gerava muita resistência, como relata em uma das muitas cartas que escreveu a Fliess, no documento: A correspondência completa a Sigmund Freud e Wilhem Fliess: (1887/1904).

Minha auto-análise segue interrompida, e lhe digo por quê. Só pude analisar-me a mim mesmo com os conhecimentos adquiridos objetivamente (como faria um estranho), uma genuína auto-análise é impossível, do contrário não existiria a neurose (FREUD, 1986, p. 265).

Em “Recomendação aos médicos que exerciam a psicanálise”, Freud (1996h) indicou a análise como obrigatória para quem quisesse exercer a psicanálise clínica e quem ignorasse esse fato poderia correr o risco, por exemplo:

⁴ Associação livre foi um método utilizado por Freud, em substituição à hipnose, que consistia em deitar o paciente no divã e encorajá-lo a dizer o que viesse à sua mente, em síntese, era falar ao paciente para ele contar tudo que viera a mente, sem preconceitos ou juízo de valor, tudo teria importância até mesmo, coisas que o paciente acharia insignificante, ridículo, profano, engraçado etc.

“Cairá facilmente na tentação de projetar para fora algumas das peculiaridades de sua própria personalidade” (FREUDh, 1996, p.130). Nesse ponto, definitivamente, deixa de lado o conselho anterior de autoanálise. Começa um duro e exaustivo caminho para se tornar um psicanalista, observando e descrevendo regras de como fazer a própria análise pessoal durante anos, supervisões clínicas e estudos teóricos. Esse iria se tornar o tripé para um psicanalista, pois acreditava ele que, somente conhecendo-se muito, poderia tentar ajudar o “outro” de forma neutra, sem juízo de valores.

Com a evolução dessa nova ciência “a Psicanálise”, alguns autores vão contribuindo para a melhoria de sua prática. Analistas como Meltzer (1971) consideravam a autoanálise como prolongamento da análise, e a capacidade de se autoanalisar seria uma das metas para se chegar a um bom final de análise. Dessa forma, um médico que seguisse o caminho para se tornar psicanalista, ao cursar a Sociedade de Psicanálise, por ser um caminho árduo de muita análise pessoal (por anos), supervisões e estudos teóricos o deixaria capacitado, ao fim desse caminho, e capaz de se autoanalisar como ferramenta própria ao autoconhecimento.

2.3 PSICOTERAPIA PSICODINÂMICA BREVE

A psicanálise tradicional vem, ao longo do tempo, dando espaço às psicoterapias psicodinâmicas breves, principalmente, pelas demandas da vida contemporânea. O próprio Freud no início do século 20, já se preocupava com o que chamou de “miséria neurótica”, a nossa tão conhecida pós-modernidade. Muitas pessoas, atualmente, não querem transformar sua terapia em tarefa longa, sem prazo definido: os pacientes querem focar nas suas angústias e ansiedades, pois não estão em um momento de suas vidas para começar uma análise sem final proposto.

Como citado, é muito importante o psicanalista estar livre e acessível para enfrentar diferentes enquadres, outros caminhos psicanalíticos, não vendo a demanda do paciente como resistência à análise sem término.

Em “Análise Terminável e Interminável” Freud (1996i) já apontava para o término de uma análise quando o paciente deixava de sofrer os seus sintomas, vencendo a ansiedade, não menos importante quando o analista sentisse que o paciente tinha tornado consciente não somente o material reprimido, mas, também,

que tivessem sido superadas as resistências internas e que não haveria necessidade de se preocupar com repetição patológica por parte do paciente. Mesmo assim, como o próprio nome diz “Análise Terminável e Interminável”, Freud não reafirma o sucesso por definitivo de uma análise mesmo que profunda. O paciente em um determinado momento de sua vida poderia voltar a sentir os sintomas, outrora, sanados.

A psicoterapia psicodinâmica breve vem se estabelecendo há algumas décadas com o intuito de ampliação no atendimento psicoterápico à população. Isso não quer dizer que se restrinja a grupos mais necessitados, mas à demanda dos pacientes que procuram ajuda para problemas essenciais, mas não têm possibilidade de terapias longas, seja por falta de tempo ou motivação. Surge, então, a partir de preocupação de psicanalistas em descobrir meios de reduzir o sofrimento de seus pacientes (OLIVEIRA, 1999). O autor cita Freud como um dos precursores da Psicoterapia Breve, uma vez que seus tratamentos não passavam de um ano de duração, e muitos eram feitos em poucas horas. Acompanhando Freud, podemos sinalizar também alguns autores como pontua Oliveira (1999):

- Ferenczi (1873-1933) acreditava em uma técnica ativa, intensificando a transferência, agilizando o surgimento das experiências passadas e conduzindo um novo estímulo ao tratamento, principalmente quando ocorria impasse terapêutico;
- Sifneos (1920-2008) desenvolveu a Psicoterapia Breve Provocadora de Ansiedade, selecionando pacientes com problemas edipianos e com alta capacidade a mudanças, na qual o psicólogo tem uma presença ativa que tem o intuito de levar o paciente a enfrentar seus conflitos;
- Davanloo (1927) recomenda uma técnica altamente ativa, de confronto e foco estabelecido, utilizando a interpretação da transferência, das defesas, dos sonhos e das fantasias;
- Rank (1884-1939) teve grande contribuição à psicoterapia breve com o estabelecimento de uma data para o término da análise;
- Balint (1896-1970) legitimava um atendimento breve e focal, estabelecendo uma relação entre o conflito atual e experiências passadas infantis, interpretando as relações, diminuindo os sintomas;

- Malan (1979) também contribuiu para a Psicoterapia Psicodinâmica Breve e sua percepção era identificar o conflito primário, que era reproduzido nas dificuldades atuais do paciente; a interpretação deveria ser ativa e seletiva e tem o tempo e objetivos definidos.
- Gilliéron (2004) refere-se à Psicoterapia Breve aos atendimentos de tempo limitado com algumas normas como determinação de foco, planejamento de estratégias, estruturação face a face e aliança terapêutica. O objetivo da Psicoterapia Breve é entender, a partir a fala do sujeito, qual seria o foco, ou seja, o ponto central do problema para possibilitá-lo a voltar a sua estabilidade emocional.

Lemgruber (2008) identifica sete características vistas com mais frequência nas psicoterapias breves psicodinâmicas (PBP): afeto, resistência, identificação de padrões substanciais de relacionamentos, sentimentos e comportamento, experiência passada, experiência interpessoal, relacionamento terapêutico, desejos, sonhos ou fantasias. A autora também apresenta as seguintes características técnicas:

- ✓ Psicoterapeutas mais dinâmicos, presentes, que provocam o aparecimento da aliança terapêutica e transferência positiva;
- ✓ Enfoque em questões estabelecidas ou assuntos estabelecidos no começo da terapia;
- ✓ Não perder o foco do trabalho e as metas determinadas;
- ✓ Atenção destinada para as experiências correntes do paciente, até mesmo, os sintomas;
- ✓ Destaque na relação transferencial da importância do “aqui e agora”, que não se obriga a ter relação com o passado.

Siqueira (2016), em sua tese de doutorado que teve como objetivo avaliar “Eficácia das psicoterapias breves psicodinâmicas pela *internet*, por meio de videoconferência, no tratamento de adultos com Transtorno Depressivo Maior: revisão sistemática segundo modelo da Colaboração Cochrane”, conclui que, nos dias de hoje, ainda não é viável certificar o êxito das psicoterapias breves psicodinâmicas conduzidas pela *internet* no tratamento da Depressão Maior em adultos quando são implicadas para a prática clínica, por não haver ensaios clínicos randomizados.

2.4 RELAÇÃO TERAPÊUTICA E/OU ALIANÇA TERAPÊUTICA

Segundo Fernandes, Popovitz e Silveira (2013) nas últimas três décadas ocorreu aumento considerável do interesse da relação terapêutica por estudiosos da Terapia Comportamental. Eles também concluíram que os conceitos de transferência e contratransferência, vindos da teoria de Freud (1856-1939), possibilitaram que houvesse envolvimento maior nos esclarecimentos analítico-comportamentais de situações relacionadas à interação terapeuta/paciente.

Silva, Vasco e Watson (2013) constataram que em pacientes alexitímicos, ou melhor, pessoas que tendem a deslocar suas sensações emocionais para o corpo, com dificuldades em expressar emoções, por exemplo: depois de passar uma situação emocional muito difícil, deslocam a dor emocional para a dor física, tendem a terem baixo resultado em psicoterapia, com dificuldades em sentir e expressar sentimentos. Para esses pacientes deve-se dar uma atenção especial e trabalhar mais as questões ligadas ao enfoque terapêutico nas situações emocionais, pois há uma dificuldade de aliança terapêutica.

O trabalho realizado por Mondardo, Piovesan e Montovani (2009) cujo tema era a percepção do paciente quanto ao processo de mudança psicoterápica, objetivou investigar o tratamento psicoterápico, oferecido por uma Clínica-Escola de Psicologia de uma Instituição de Ensino Superior do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, visando identificar a percepção de melhora de pacientes atendidos ao focalizar, principalmente, as variáveis envolvidas no processo de mudança psíquica que acaba favorecendo tal melhora. Observou-se no estudo que todos os pacientes ficaram satisfeitos com o tratamento psicoterápico, porém não deram tanta importância à relação terapêutica, destacando o resultado positivo; ora para si mesmo, ora para o terapeuta.

Avelar (2011) considera uma hipótese de psicoterapia chamada de “clínica dos afetos” na qual destaca uma prática psicoterápica em que a aliança terapêutica com ênfase na afetividade seria o aspecto fundamental para um prognóstico positivo no tratamento terapêutico psicológico, tendo a convicção de que uma escuta cuidadosa e amorosa é relevante tanto no início quanto na continuidade do trabalho analítico, valorizando a transferência, na qual uma escuta afetiva seria decisiva para a construção da boa relação terapêutica, e o sucesso da análise.

Com as referências citadas ao longo deste trabalho acredita-se poder alicerçar a pesquisa no que se refere à relação terapêutica, pois corroboram a magnitude da relação paciente/terapeuta independente da abordagem aplicada e, principalmente, a Psicanálise, como sucesso em uma terapia.

2.5 PSICOTERAPIA E INTERNET: EXPLORANDO BASES CIENTÍFICAS

Com os avanços tecnológicos, *online*, virtual ou cibernético, a psicologia entendeu ser necessária determinadas mudanças e obrigada a criar o atendimento psicoterápico através das novas TIC *online*, como instrumento para tratar o adoecimento psíquico, além de aproveitar o acesso que a *Internet* oferece para grande número de usuários.

Os estudos de Emmelkamp et al. (2014) corroboram com Corniani (2009) quanto à progressão tecnológica e, principalmente, as novas práticas psicoterápicas *online* nos últimos anos, contribuindo com evidências favoráveis à ferramenta.

A psicoterapia através da *Internet* já é exercida no exterior e tem mostrado resultados promissores especialmente nas abordagens cognitivo-comportamentais *online*. Contudo, a psicanálise é menos praticada na área, ainda que por vários anos a *China American Psychoanalytic Alliance* (CAPA) venha fornecendo tratamento, treinamento e supervisão para os profissionais chineses da saúde mental por meio da *Internet*, obtendo resultados esperançosos com essa nova prática (FISHKIN et al., 2011).

No estudo de Hedman, Ljótsson e Lindefors (2014), utilizando a Terapia de Comportamento Cognitivo Baseada na *Internet* (ICBT), acharam favorável esse tipo de trabalho para os transtornos psiquiátricos e outros problemas clínicos. Os autores realizaram revisão sistemática para identificar ensaios controlados que investigaram a terapia cognitiva comportamental pela *Internet*, para as populações de pacientes adultos. Os tratamentos baseados na ICBT tiveram resultados satisfatórios para depressão, fobia social e transtorno do pânico, sendo classificados como bem ajustados, confirmando-se o mais alto nível de avaliação e de procedimentos, com resultados significativos.

2.5.1 Psicoterapia *online*: viável ou inviável?

Um dos pontos principais para um prognóstico positivo de psicoterapia de abordagem psicanalítica é a “aliança terapêutica” que se efetua na relação transferencial paciente/terapeuta e que pode ser positiva ou negativa, sendo, assim, precisa-se atentar a esse aspecto quando o atendimento for por via da *Internet*, se pode haver perda dessa ferramenta terapêutica (RODRIGUES, 2014).

Em sua dissertação de mestrado, Rodrigues (2014) concluiu que se chegou a estabelecer boa aliança terapêutica, houve indicativos de profundidade terapêutica, porém com algumas ressalvas sobre a efetividade da psicoterapia breve *online* como se seguem:

- Alguns atendimentos foram antecipados devido à instabilidade da *Internet*.
- Em outro momento, o paciente sentiu-se menos concordante com os objetivos propostos, talvez por sua vontade por mais tempo de terapia.
- Pacientes se queixaram da necessidade de haver equipamentos de alta qualidade para o bom andamento da sessão.
- Quanto à confiabilidade do serviço, os computadores podem ser atacados por vírus e perder privacidade e o sigilo.

Em última análise, a autora considerou que:

As pacientes apresentaram níveis de mobilização variável ao longo dos processos, oscilando entre em movimento e estacionados (imóveis), calmas e agitadas, lentas e aceleradas, pacíficas e hostis, o que costuma ocorrer também nos atendimentos presenciais, a depender dos conteúdos explorados em cada encontro. A terapeuta, ao contrário, manteve-se mais estável no estado de mobilização. A maioria das pacientes assinalaram valores acima do ponto mediano para positividade, indicando que ao final das sessões se sentiam satisfeitas, definidas, com menos medo, tristeza e hostilidade (RODRIGUES, 2014, p. 87).

No estudo de Carrad et al. (2011), controlado e randomizado para avaliar a eficácia de um programa de tratamento de autoajuda, guiado pela *internet*, com base na terapia cognitiva comportamental, o comportamento de compulsão compulsiva, a movimentação de magreza e o descontentamento corporal tiveram efeitos expressivos, melhorando significativamente após a intervenção de tratamento via *internet*.

Siegmund e Lisboa (2015), em seu artigo sobre Orientação Psicológica *Online*: Percepção dos profissionais sobre a relação com os pacientes, teve como objetivo investigar a percepção dos profissionais sobre a orientação psicológica *online* com direcionamento na relação estabelecida com os pacientes. Participaram da pesquisa quatro profissionais, homens e mulheres, com diferentes idades, práticas e tempo de atuação profissional. Para a coleta dos dados foram utilizadas entrevistas *online* individuais semiestruturadas. Os resultados obtidos com base no conteúdo das entrevistas concluíram que talvez seja provável que nos atendimentos psicológicos *online* se construa uma relação positiva com os pacientes e alcance os objetivos. Todavia, é preciso adequar-se a essa nova ferramenta, que possui linguagem e expressão específicas, sabendo que a *internet* já faz parte da interação humana em um contexto social tanto com expressividade e energia que, negar a sua influência sobre o psiquismo humano, significaria afastar-se da realidade e dos novos recursos de subjetivação do mundo contemporâneo.

Nóbrega (2015), em seu estudo sobre “Psicanálise *on-line*-finalmente saindo do armário?” deixa claro que o assunto é delicado, mas sua pesquisa inclina-se que essa nova tecnologia é inevitável e fará parte do tratamento psicanalítico, pois muitos psicanalistas recorrem a essa ferramenta quando o atendimento no consultório não pode ser feito. Entretanto, essa prática feita por psicanalistas não se sabe se poderá ser chamada de psicanálise; mais estudos deverão ser realizados para se chegar a conclusões que comprovem sua eficácia.

Prado e Meyer (2006) pontuam a terapia *online* como sendo assíncrona, isto é, mensagens são enviadas pelos pacientes em horários e dias diferentes, ajustando-se o paciente ao seu ritmo de vida, diminuindo os problemas de conexão, caso a *internet* não esteja funcionando em determinado momento. Já com a terapia síncrona há um enquadre delimitado, um *setting* pré-estabelecido, a terapia se faz em tempo real, o que contribui para a comunicação.

Apesar das distintas modalidades de terapias, as formas de comunicação assíncronas mostraram que é possível conseguir abrir-se um ambiente positivo entre terapeuta e paciente, o que viabiliza a relação terapêutica, uma característica importante da psicoterapia, mas é importante ter cautela, pois há necessidade de mais estudos para reafirmar a qualidade desse novo serviço, já que a terapia síncrona é comprovadamente aceita e com resultados comprovados.

Em seu estudo sobre “A Psicoterapia no Século XXI: possibilidades, novas perspectivas, desafios” Simon (2015, p. 1-6) comenta que:

Mudanças sociais e econômicas sofridas nos últimos 50 anos – trânsito emperrado, aumento da procura de ajuda psicológica por pacientes com menores recursos econômicos – só conseguindo custear uma sessão semanal de Psicoterapia Psicanalítica – impuseram necessidades de adaptação que Freud sugeriu após a Primeira Grande Guerra: fundir o ouro da análise ao cobre da sugestão. Apenas uma sessão por semana leva o paciente a trazer problemas atuais (bloqueando a livre associação), forçando o terapeuta a deles se ocupar (bloqueando sua atenção livremente flutuante) distanciando-se do manejo da transferência e da captação dos conflitos inconscientes. A Psicoterapia Psicanalítica acaba se transformando numa Psicoterapia Breve prolongada. Progressos recentes na indústria da informática (computadores, celulares) facilitam as comunicações, mas superficializam o contato exacerbando um exibicionismo pueril e escrita truncada, acarretando capacidade de pensar empobrecida. Tal atitude imediatista que permeia a Cultura impele à busca de resultados rápidos, dispensando o conhecimento das causas: o sujeito quer se livrar dos sintomas. Essa urgência de resultados aumenta a busca por outras formas de terapias em detrimento das psicoterapias psicanalíticas. Uso de artefatos para superar distâncias (skype) também dificultam captação do inconsciente. Esperemos que outra reviravolta cultural e a procura inerente da verdade recrudescam o interesse pela Psicoterapia Psicanalítica.

Para Simon (2015), soluções mais contemporâneas para tentar ultrapassar as dificuldades da distância entre o consultório e a residência do paciente, é o uso de comunicação *online* para mediação da psicoterapia, principalmente quando a residência fica em outra cidade ou mesmo fora do país. Para o psicoterapeuta psicanalítico acostumado com o uso do divã, da terapia face a face, de um *setting* mais ajustado, atender através de uma tela em vez de pessoalmente gera certo desconforto e uma aflição inquestionável, e que, talvez, para terapeutas formados há pouco tempo e que já pratiquem esse tipo de atendimento mediado por computador esse desconforto seja menor.

Azevedo; Silva e Ribeiro-Andrade (2015), em pesquisa sobre a psicoterapia mediada por computador, objetivava refletir acerca da opinião de moradores da cidade de Campos dos Goytacazes, norte fluminense do Rio de Janeiro, sobre a questão dos serviços psicológicos mediados por computador. O trabalho confirmou que a maioria dos sujeitos pesquisados reconheceu a importância da psicologia para a vida das pessoas, porém observou-se que quando a questão era o atendimento

psicológico mediado por computador, os sujeitos da pesquisa preferiram os atendimentos presenciais por acharem ser mais sigilosos.

Apesar da psicoterapia pela *internet* ainda estar proibida no Brasil pelo CFP, durante a apropriação da literatura averiguou-se o progresso humano em praticamente todas as áreas do conhecimento com significativo avanço, principalmente, nos âmbitos da saúde, educação e comércio.

O retrocesso, ou então, a negação dessa ferramenta de trabalho seria o mesmo que negar a eficácia da Penicilina descoberta em 1928. Nesse campo, estudos mundiais mostram o avanço exponencial da *Internet*, tornando-se uma “pandemia” global positiva a ligar todos os povos e acelerar a globalização e melhorar a qualidade de vida, em todo o seu contexto.

A progressão tecnológica no campo das psicoterapias psicológicas está se desenvolvendo em alguns países, e no Brasil parece seguir esse mesmo curso de maneira mais amena, entretanto, com muita energia.

Muitas abordagens terapêuticas estudam o homem de diversas formas e a psicanálise que será mais amplamente estudada nesse trabalho tem características intimamente pautadas na relação terapêutica, que desde a época de Freud valorizavam essa situação, principalmente na transferência, que tinha como requisito a presença física do terapeuta para o bom prognóstico da análise.

Os estudos quanto à aplicabilidade da nova ferramenta na área da psicologia mostram-se promissores, contudo, com algumas reservas principalmente nas esferas da ética, confiabilidade de equipamentos, o encontro face a face, o sigilo dentre outros aspectos, precisam ser mais estudados, principalmente no Brasil, onde os estudos ainda são modestos, embora anunciem inovações no que se refere às psicoterapias *online*.

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem quanti-qualitativa, de caráter exploratório e comparativo, que se utilizou do método clínico.

A utilização da pesquisa quali-quantitativa objetiva melhor entendimento do fenômeno estudado, buscando diagnosticar o fenômeno através de sua descrição e interpretação; além de explicá-lo, a partir de relações denexo causal (NEVES, 1996; SILVA, 2007). Desse modo, o emprego desta abordagem possibilita maior compreensão do fenômeno, com visão mais abrangente do contexto onde ocorre; assim, se complementam, como salienta Silva (2007).

O método quantitativo tem sido utilizado para descrever e explicar fenômenos procurando seguir, com rigor, um plano previsto anteriormente, buscando enumerar ou medir eventos, empregando a estatística para análise dos dados (NEVES, 1996).

A abordagem qualitativa fundamenta-se em dados coletados em ambientes sociais ou interpessoais, as investigações são consideradas a partir dos significados do sujeito e/ou pesquisador. Nesse tipo de pesquisa, o pesquisador participa e interpreta os dados. Esses estudos diferem dos demais, principalmente no modo de interpretar os dados e não na hora de captá-los (CAMPOS, 2015). Nessa pesquisa, o pesquisador foi participante ativo da pesquisa e suas análises se pautaram nos seus significados, intuição adquirida com anos de estudo e atendimento clínico, transmitidas pelo paciente, através de sua subjetividade e de seus sentimentos experimentados nas sessões.

As pesquisas exploratórias têm como objetivo desenvolver e transformar conceitos e ideias, favorecendo uma visão geral, aproximativa, sobre determinada situação. Apesar de ser menos rígida no planejamento, envolvem pesquisa bibliográfica e documental, entrevista não padronizada e estudos de caso (GIL, 2008).

A percepção dos pacientes nesse estudo possibilitou o conceito de novas ideias, pois puderam trazer suas visões sobre a situação de ambos os atendimentos, presencial e *online*, surgindo situações inovadoras, principalmente por estar em uma

condição prática “em terapia”, desvencilhando-se um pouco da teoria e fazendo aparecer os pontos cegos que a prática favorece. Apesar de não ser tão rígida não quer dizer que não seja profunda, a intuição adquirida pelo paciente, ao longo da vida de suas experiências, estudos e vivências proporcionam princípios novos, aumentando o repertório clínico psicológico e favorecendo futuros atendimentos psicoterápicos.

O método comparativo desempenha exploração dos indivíduos, classes, fenômenos ou fatos, com o propósito de comparar as diferenças e semelhanças entre eles. Favorece o estudo de grandes grupos sociais, podendo comparar diferentes culturas ou meios políticos (GIL, 2008).

Nesse estudo, a comparação de duas situações distintas, sendo uma em ambiente presencial - onde a questão física sempre foi vista com fator principal para o bom prognóstico da terapia, e outra, em ambiente tecnológico *online* - ainda recente no campo das terapias psicológicas, mas não menos importante no mundo contemporâneo, onde o paciente não terá a presença material do terapeuta, apenas a visão e a voz. Acredita-se que este estudo, fundamentalmente comparativo, proporciona reflexão mais profundas sobre os resultados, e poderá quebrar paradigmas, diminuindo o preconceito de algumas classes de terapeutas, sendo método valioso nesta dissertação para a descoberta de novos caminhos no campo da psicoterapia psicológica.

Gil (2008) insere o método clínico como uma relação dominante entre pesquisador e pesquisado, a utilização desse procedimento ocorre, geralmente, na pesquisa psicológica, tendo grande evolução a partir dos trabalhos de Freud que, segundo Gil (2008) “Sua contribuição à Psicologia tem sido muito significativa, particularmente no que se refere ao estudo dos determinantes inconscientes do comportamento”. No presente estudo, o embasamento teórico se deu principalmente nos vinte e quatro livros escritos por Freud, ao longo de seus oitenta e três anos de vida, dedicados à psicologia (psicanálise) e que estruturam de forma histórica, teórica e prática a presente dissertação.

3.2 CENÁRIO DE PESQUISA

O estudo foi realizado em uma Clínica de Psicologia, localizada em Catanduva-SP, cidade do interior do Estado de São Paulo.

Catanduva tem população estimada de 120.000 habitantes, em 2016, de acordo com o IBGE (2016). O sistema de saúde está em Gestão Plena do Sistema Municipal e conta com ampla rede de atendimento. Efetiva a atenção básica através de Centros de Saúde, Unidades Básicas e Programa Saúde da Família.

A assistência de média complexidade conta com um Ambulatório Regional de Especialidades, 01 Centro de Reabilitação Integrado e 02 Unidades de Pronto Atendimento, além da Farmácia Municipal, Centro de Zoonoses e Vigilância Sanitária.

A rede hospitalar conta com 01 hospital contratado – Hospital São Domingos que, além da média complexidade, atende também à alta complexidade em cardiologia; os hospitais universitários Padre Albino e Emílio Carlos e um hospital conveniado para referência psiquiátrica o Hospital Psiquiátrico Espírita Mahatma Gandhi, totalizam 925 leitos. Realiza todos os procedimentos especializados e de alta complexidade, excetuando-se apenas a busca de órgãos para transplante, medicamentos e hemoterapia.

A microrregião de Catanduva é composta pelos municípios de Ariranha, Catiguá, Elisiário, Itajobi, Irapuã, Fernando Prestes, Marapoama, Novais, Novo Horizonte, Palmares Paulista, Paraíso, Pindorama, Pirangi, Sales, Santa Adélia, Tabapuã e Urupês, com população estimada de 287.000 habitantes.

A clínica de Psicologia onde realizou-se o estudo tem o nome de “Casa Rosada, Clínica de Psicologia”, com funcionamento desde janeiro de 2012: situada no centro da cidade de Catanduva, próxima ao hospital Padre Albino, que é referência hospitalar na cidade e região. Possui estacionamento para 4 carros, e está em conformidade com todas as questões de acessibilidade e adequações que a vigilância sanitária da cidade exige, com banheiros adaptados, rampa de acesso, sala de espera, cozinha, dentre outras dependências. É composta de 5 salas onde trabalham 5 psicólogos, em abordagens diferentes, sendo 2 psicoterapeutas psicanalíticos, sendo o pesquisador um deles, e 3 cognitivos comportamentais.

Os profissionais da referida Clínica, onde se realizou o estudo, também possui convênios com alguns planos de saúde da cidade de Catanduva e região e tem por intuito, atender todas as pessoas que por algum motivo necessitem de assistência psicoterápica.

3.3 PARTICIPANTES

A população do estudo compreendeu 08 estudantes do curso de Psicologia do Instituto Municipal de Ensino Superior de Catanduva-SP - IMES, com experiência no uso de *internet*.

Como critério de inclusão dos participantes no estudo pontuou-se ter mais de 18 anos, cursar Psicologia no IMES, ter microcomputador com equipamento multimídia para recepção e envio de áudio e imagens, dispositivos de segurança originais como antivírus para conexões via *Internet*, *smartphone* com acesso à *internet*, aceitar participar do estudo e ter conhecimento básico de *internet*.

Para exclusão os critérios assinalam ter menos de 18 anos, recusar participar do estudo, apresentar transtornos psicóticos, não ter computador, não ter *smartphone*, não estar cursando Psicologia no IMES, ter dificuldades de audição ou problemas de visão, pacientes com risco de suicídio ou estar sob atendimento psiquiátrico com transtornos mentais graves.

3.4 COLETA DOS DADOS

3.4.1 Instrumento de Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu na Clínica de Psicologia, citada anteriormente, iniciando-se por seis sessões de psicoterapia psicodinâmica breve presencial em dias consecutivos. Finalizada a primeira fase da pesquisa foram realizadas mais seis sessões de psicoterapia psicodinâmica breve, na modalidade comunicação *online*. Os atendimentos ocorreram em dias subsequentes, pois o pesquisador acredita haver aliança terapêutica e transferência positiva mais efetivas, evitando, assim, as resistências e os impasses analíticos, o que poderia prejudicar os resultados da pesquisa, já que trata de atendimentos com tempo limitado, devendo-se ficar atento às questões de enquadre terapêutico.

Para obtenção dos dados referentes à percepção dos participantes (pacientes) sobre o atendimento de psicoterapia psicodinâmica breve presencial *versus online* foram aplicados o Inventário de Aliança Terapêutica (*Working Alliance Inventory* – WAI-C) (ANEXO 1).

O WAI-C foi aplicado ao final das 6 sessões de psicoterapia psicodinâmica breve presencial e reaplicado após as 6 sessões de psicoterapia psicodinâmica breve *online* havendo, posteriormente, a comparação desses dados quanto à Aliança Terapêutica.

Stiles et al. (2002) discorrem sobre o Questionário de Avaliação de Sessão (*Session Evaluation Questionnaire – SEQ*) (ANEXO 2) que, diferentemente do WAI-C, foi aplicado logo após o final de cada sessão de psicoterapia psicodinâmica breve presencial e *online*, momento em que cada paciente respondeu dois questionários, sendo: o primeiro referente a como foi à sessão? E o segundo, como estou me sentindo agora? Posteriormente, houve a comparação desses dados buscando as respostas com relação a saber como foram às sessões.

O Inventário de Aliança Terapêutica (ANEXO 1) é um instrumento desenvolvido por Horvath (1991) que demonstrou a relevância da aliança terapêutica para um bom prognóstico de psicoterapia.

Miragall et al. (2015) estudaram o medo de pacientes com transtorno de voo que receberam terapia de realidade virtual e pacientes com fobia de barata tiveram terapia com realidade aumentada. Nesse estudo, o WAI mostrou a importância da aliança terapêutica por meio de tecnologias modernas para se chegar a resultados concretos em terapia.

A aliança terapêutica foi o principal fator de mudança obtido ao longo da terapia. O WAI foi desenvolvido para acolher essa característica, ou seja, uma relação generosa paciente/terapeuta indicada com harmonia entre ambos será composta por três itens autônomos: Acordo sobre metas (objetivo), atribuição de tarefas e promoção de vínculos (BORDIN, 1979, p. 252-260).

O Questionário de Avaliação de Sessão (*Session Evaluation Questionnaire – SEQ*) (ANEXO 2) analisa a qualidade de sessão terapêutica através de respostas fechadas.

3.4.2 Procedimento de Coleta de Dados

Para a coleta dos dados durante a realização da intervenção do estudo, o próprio pesquisador (Psicólogo - CRP: 06/112695) fez a coleta das informações, realizando tanto as sessões de terapia presenciais quanto *online*, obedecendo aos preceitos éticos e legais preconizados na Resolução 466/12.

Para a realização do projeto de pesquisa, foram necessários, como recursos materiais:

- Notebook Asus Z550MA-XX005 Intel Celeron Quad Core 4GB 500GB Tela LED 15,6" Endless OS, com Kit Multimídia, com câmera de alta resolução;
- 1 *Smartphone* de boa qualidade, com acesso à *internet*;
- 1 diário de campo, para o registro de ocorrência durante a coleta;
- Lápis preto, caneta BIC azul, borracha, folhas de papel sulfite.
- 1 contrato de *internet* banda larga fixa e/ou *internet* de pacote de dados caso as sessões sejam feitas pelo *Smartphone*, com pelo menos 20 megapixel por segundo de *download* e *upload*.

Também foram utilizados 02 instrumentos na etapa de coleta de dados, com a respectiva descrição.

No Inventário de Aliança Terapêutica (*Working Alliance Inventory – WAI*) todos os itens foram, como preconizado, julgados segundo a escala tipo *Likert*, de acordo com a descrição de cada um dos modelos do WAI:

- ✓ Objetivos: onde se espera chegar, quais serão os resultados esperados entre ambos, terapeuta/paciente, não se esquecendo de que o desejo da mudança deve ser do paciente e o terapeuta será o auxiliar dessa transformação. Não se pode esquecer que cada abordagem terapêutica tem seu objetivo, porém todas tem como meta a melhora do paciente.
- ✓ Tarefas: serão todas as situações nas quais terapeuta/paciente estarão implicados para se chegar ao objetivo, isso poderá ser alcançado através da aliança terapêutica no caso da psicoterapia psicodinâmica, através da responsabilidade do paciente com o acolhimento do terapeuta.
- ✓ Vínculo: Este item refere-se à aliança terapêutica entre paciente/terapeuta, através da transferência positiva de respeito à verdade, ética, confiança, acolhimento, responsabilidade, dentre outros.

O WAI-C foi aplicado em dois momentos distintos, sendo primeiramente logo após o término das 6 primeiras sessões presenciais e, em um segundo momento, após o término das sessões *online*. O Questionário de Avaliação de Sessão (*Session Evaluation Questionnaire – SEQ*) pode ser aplicado tanto no terapeuta

quanto no participante, porém, neste estudo, foi aplicado apenas nos participantes, para fins de pesquisa.

Diferentemente do WAI-C, o SEQ foi aplicado logo após o término de cada sessão psicoterapêutica, tanto nas situações presenciais quanto *online*.

O SEQ é dividido em duas partes: a primeira avalia a qualidade da sessão, e a segunda os sentimentos que o paciente tem sobre a sessão feita (STILES; GORDON; LANI, 2002).

O questionário de Avaliação de sessões de Stiles (1980) foi traduzido do inglês para o português por dois profissionais de psicologia (terapeutas), ambos bilíngues e que moraram, pelo menos, dois anos nos Estados Unidos da América, com pós-graduação em universidade americana. Em seguida, foi realizada a versão do português para o inglês por dois profissionais de psicologia (também terapeutas que não foram os mesmos que traduziram) igualmente bilíngues e que moraram, no mínimo, dois anos nos E.U.A., com pós-graduação em universidade norte-americana (DELITTI, 2002, p.119-133).

A divulgação da pesquisa foi feita pelo próprio pesquisador no Instituto de Ensino Superior de Catanduva-IMES, onde foi apresentado o conteúdo do trabalho à Coordenação. O curso escolhido para esse trabalho foi o de Psicologia. Os participantes recrutados foram abordados em sala de aula após autorização da diretoria e do professor presente, quando foram informados do objetivo do projeto e apresentado o trabalho. Após esse primeiro contato, eles passaram por entrevista inicial na Clínica de Psicologia, já citada anteriormente, com horário marcado, para compreender a proposta do trabalho e verificar se possuíam o perfil adequado, necessário à pesquisa.

A entrevista ocorreu na Clínica onde foram realizadas as atividades da pesquisa, teve duração aproximada de uma hora e constituiu-se em momento que foram expostos os motivos do estudo, que abrangeu a oferta de possibilidade do maior acesso à população que não tem condições financeiras de realizar a psicoterapia – devido às orientações *online*, além de esclarecer aos participantes que as questões emocionais que cada um possuía poderia interferir na dinâmica da pesquisa e também em seus estados emocionais, a depender do caso, pois se tivessem transtornos mais graves poderiam trazer dificuldades no tratamento, considerando que seriam 12 sessões de psicoterapia, sendo 06 de psicoterapia presencial e 06 *online*.

Como sinalizado um dos critérios principais da entrevista era selecionar participantes com situações emocionais mais brandas, por exemplo, dificuldades emocionais mais pontuais, para que por meio do atendimento breve o problema tivesse um prognóstico positivo, e o mais importante, que o participante pudesse manter sua integridade emocional, o que não poderia ocorrer caso ele tivesse uma condição psíquica mais agravada.

Nessa direção, a entrevista foi criteriosa e demandou um diálogo assertivo com os candidatos a participantes, levantando aspectos junto aos candidatos que incluíram como era sua vida, o que o levou a querer participar do estudo, tomando todo cuidado, para que o participante não se sentisse excluído e enfatizando a ele o porquê do cuidado na seleção, pontuando inclusive que o atendimento *online* é ainda pouco estudado no Brasil, e poderia trazer insegurança ou até mesmo sentimentos de desamparo, causados pelo distanciamento do paciente em relação ao terapeuta na hora do atendimento *online*. Tal circunstância poderia trazer desconforto emocional, caso o participante estivesse passando, por exemplo, por uma depressão mais grave, sob efeitos de medicamentos psiquiátricos ou ainda, ter pensamentos negativos que o levariam a sentimentos suicidas.

Outro critério a ser considerado quanto à seleção de 08 participantes refere-se à variável tempo, pois como foram feitas 12 sessões: 06 presenciais primeiramente e 6 *online* posteriormente, pôde-se ajustar a quantidade de atendimento prevista no cotidiano dos psicoterapeutas clínicos, que são aproximadamente 08 sessões diárias, obedecendo ao que normalmente é realizado pelo terapeuta, considerando horas trabalhadas. Assim, o número de participantes seria o ideal tanto para o terapeuta que ajustaria seus atendimentos no seu cronograma habitual, não comprometendo sua integridade física e emocional, bem como para o participante, que fez um ajuste em seus horários, o que não comprometeu seus compromissos diários. Nesse aspecto, acredita-se que as variáveis foram assertivas, pois não houve abandono dos participantes no transcorrer da pesquisa, todos terminaram e deram *feedback* de seus sentimentos experimentados durante o estudo, pontuando bons resultados quanto à diminuição de seus sintomas.

Um dos pontos principais da entrevista referiu-se ao pós estudo, pois foi oferecido mais 02 meses de atendimento gratuito para que os participantes pudessem fazer o desligamento de forma acolhedora, ponderando que o

atendimento – aqui traduzida na participação no estudo -, tratava-se de um atendimento humanizado em que o pesquisador estava preocupado, não apenas com o resultado da pesquisa, mas também com a integridade emocional de seus pacientes, propondo o término dos atendimentos somente após 02 meses, do fim da pesquisa.

Pautado nesse propósito, do cuidado humanizado do pesquisador (terapeuta) com o participante da pesquisa; variáveis como a empatia, amor a profissão e a ética compuseram a relação, e houveram 05 participantes que continuaram seus atendimentos com o pesquisador, a preços simbólicos, garantindo a continuidade da psicoterapia, pelo mesmo profissional, pois criaram um vínculo especial com esse terapeuta.

Os pacientes que continuaram vêm se apresentando com resultados promissores quanto à diminuição de sintomas, 02 participantes não quiseram dar continuidade, relatando que estavam sentindo-se muito bem, e 01 participante teve que mudar de cidade e não poderia dar continuidade na psicoterapia, em um primeiro momento, ainda que fosse pela modalidade *online*, porque estaria incapacitada de comunicação.

Para além dos aspectos supracitados, outras informações foram passadas, no momento do recrutamento, relativas ao encaminhamento do estudo, conforme segue:

- Os atendimentos foram gratuitos, diários, consecutivos, com exceção dos domingos;
- Foram feitas 6 sessões presenciais de psicoterapia breve psicodinâmica. Finalizada essa primeira etapa foram feitas outras 6 sessões de psicoterapia breve psicodinâmica na modalidade *online*, que permite conversar e visualizar o sujeito utilizando a TIC. Em ambos os momentos, os dados referentes à percepção dos pacientes sobre o atendimento de psicoterapia psicodinâmica breve presencial e psicoterapia psicodinâmica breve *online* foram aplicados o Inventário de Aliança Terapêutica (*Working Alliance Inventory* – WAI-C) e o Questionário de Avaliação de Sessão.
- Os atendimentos tiveram duração entre 40 a 50 minutos cada sessão;
- Foi utilizado um computador com *kit* multimídia, câmera HD e conexão com a *internet* de boa qualidade e/ou *smartphone* com acessibilidade à

internet, no caso de ocorrer problemas de conexão do computador ou queda de energia.

- Necessário conhecimento básico de computação com experiência no uso de *Internet* e do programa de comunicação a ser usado na pesquisa;
- Os participantes tiveram disponibilidade para participar das sessões durante doze dias consecutivos, exceto os domingos devido ao tempo delimitado na pesquisa: os horários foram combinados entre pesquisador e participante e não puderam ser alterados, nem reagendados;
- Os participantes possuíam mais de 18 anos, não apresentavam transtornos psicóticos, não tinham dificuldades de audição e problemas de visão, não apresentavam risco de suicídio, nem estavam em atendimento terapêutico ou psiquiátrico.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

O presente estudo utilizou de abordagem qualitativo-exploratória, de cunho comparativo, respaldando-se na metodologia clínica. Os dados foram analisados a partir da percepção do paciente ao longo dos atendimentos, por meio da comparação dos resultados obtidos durante a aplicação dos instrumentos: Inventário de Aliança Terapêutica (*Working Alliance Inventory – WAI*) e o Questionário de Avaliação de Sessão (*Session Evaluation Questionnaire – SEQ*).

O *software* utilizado para análise dos dados estatísticos e elaboração de tabelas e gráficos resultantes da coleta foi o *Microsoft Excel 2013*. Todos os dados coletados foram transcritos para tabelas, com dados absolutos e relativos com uma casa decimal (porcentagens) e, a partir desses últimos, foram elaborados gráficos de barras. Também foram utilizadas as fórmulas da média e desvio-padrão para dados não agrupados com o objetivo de calcular a média e o desvio-padrão das idades dos participantes da pesquisa.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Os procedimentos foram realizados preservando os princípios da Bioética: beneficência, por meio da proteção dos sujeitos da pesquisa contra danos físicos e psicológicos; respeito à dignidade humana, estando o mesmo livre para controlar as

próprias atividades, inclusive, de sua participação neste estudo; e justiça, pois será garantido o direito de privacidade, através do sigilo de sua identidade.

Após o término da pesquisa foi oferecido ao participante da pesquisa à continuidade do tratamento psicoterápico durante dois meses, de forma gratuita, semanalmente, caso ele tenha interesse ou o terapeuta avalie a necessidade de prosseguimento das sessões para diminuição de sintomas graves que podem ter sido evidenciados, desde que o participante concorde.

Para a realização da pesquisa foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) ao participante, bem como à Instituição de Ensino Superior a autorização para a abordagem do universitário na apresentação do estudo; além do envio da Carta de apresentação e pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto (APÊNDICE B) para apreciação e parecer. Também foi solicitada a autorização para a realização da pesquisa ao Diretor do Instituto Municipal de Ensino Superior de Catanduva IMES (APÊNDICE C) e o Cadastro do Site junto ao Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (APÊNDICE D), solicitando a autorização para a realização para atendimento *online*.

Os riscos envolvidos na pesquisa foram mínimos, com preservação do anonimato e atendimento ao aspecto ético descrito na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Ética e Pesquisa.

O estudo contribuiu no sentido de subsidiar bases científicas ou suscitar novos estudos que respaldem e validem a realização da psicoterapia psicodinâmica breve nas modalidades *online*, com qualidade ética e terapêutica, por meio do uso de recursos tecnológicos para alcance de melhor qualidade de vida para pessoas que têm dificuldades, por exemplo: o tempo escasso tão característico da vida moderna.

3.7 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa somente seria suspensa diante da percepção de algum risco ou dano aos sujeitos da pesquisa ou diante de outro estudo que tenha os mesmos propósitos ou apresente superioridade metodológica. As situações pontuadas não ocorreram, permitindo a realização de todas as etapas propostas no estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos a partir da coleta de dados utilizando-se dois instrumentos: o inventário de Aliança Terapêutica (*Working Alliance Inventory – WAI-C*) que avalia a aliança terapêutica, e o Questionário de Avaliação de Sessão (*Session Evaluation Questionnaire – SEQ*) que pondera sobre a qualidade e os sentimentos que o paciente tem sobre a sessão psicoterápica.

Portanto, foram analisadas as percepções dos pacientes por meio de ambos instrumentos supracitados, inicialmente por meio das sessões terapêuticas presenciais e, posteriormente, das sessões terapêuticas *online*, permitindo cruzamentos das informações, comparando os dois tipos de atendimentos.

Os sujeitos desse estudo compreenderam 08 estudantes do sexo feminino do curso de Psicologia do Instituto IMES – Catanduva-SP, com idades variando de 19 a 40 anos, com média de 26,5 anos e desvio padrão de 7,68 anos.

4.1 ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DO PACIENTE

4.1.1 Análise do Instrumento Inventário de Avaliação de Sessão (*Working Alliance Inventory – WAI-C*).

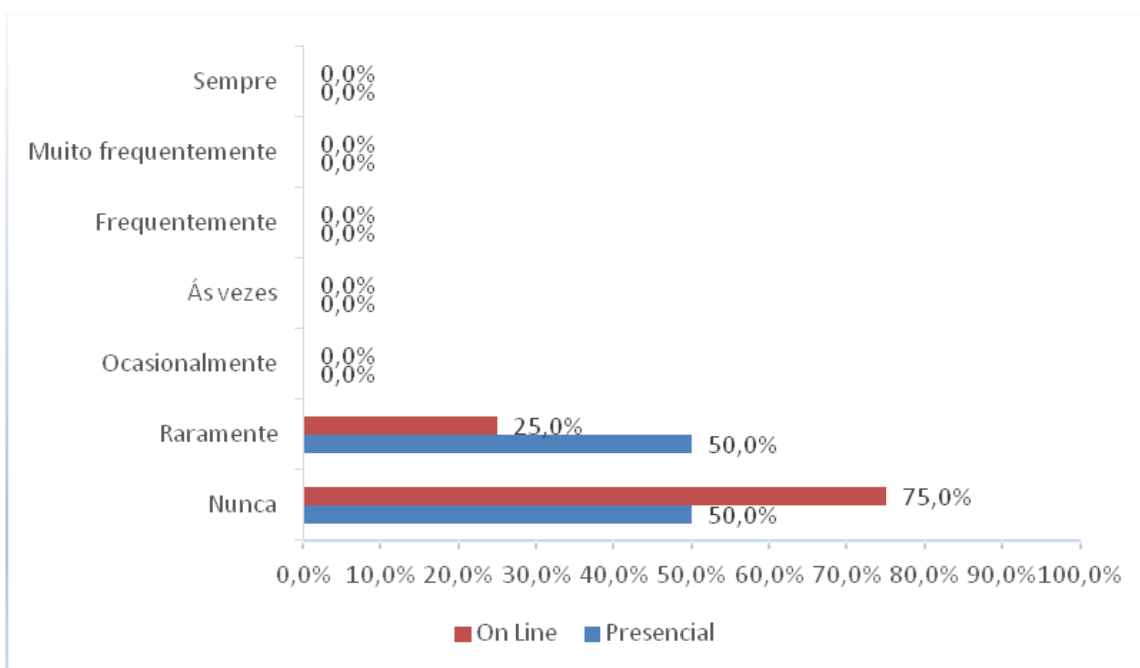
Por meio do instrumento WAI-C foram discutidas as questões referentes à aliança terapêutica, permitindo comparar as percepções dos participantes (pacientes) obtidas da psicoterapia presencial e *online*, no período de pesquisa, ressaltando que esse instrumento foi aplicado ao final das 6 sessões de psicoterapia psicodinâmica breve presencial e reaplicado após as 6 sessões de psicoterapia psicodinâmica breve *online*, apenas uma vez cada.

Considerando que algumas questões do inventário de Aliança Terapêutica (*Working Alliance Inventory – WAI-C*) não se articulam com os objetivos investigados no presente estudo, o instrumento foi adaptado pautando-se na utilização somente das questões que se vincularam aos propósitos da pesquisa, sendo elas: Sinto-me desconfortável com o (a) terapeuta; O meu terapeuta e eu estamos de acordo acerca das coisas que são necessárias fazer em terapia para ajudar a melhorar a minha situação; Estou preocupado (a) com o resultado dessas sessões; Eu consigo

ver o meu problema de novas formas; Acho confuso o que estou fazendo em terapia; Sinto que aquilo que faço em terapia me ajudará a atingir as mudanças que desejo; Tenho confiança na capacidade de meu terapeuta para me ajudar; Acredito que o modo como estamos trabalhando com o meu problema é correto.

Dos resultados, no gráfico 1 observa-se maior percentual da resposta **nunca** sinto-me desconfortável com o (a) terapeuta ao comparar o atendimento presencial (50%) e atendimento *online* (75%). Ainda é possível constatar ausência de respostas quanto a se sentirem ocasionalmente, às vezes, muito frequentemente e sempre desconfortáveis com o terapeuta, nas modalidades presencial e *online*.

Gráfico 1: Comparativo de respostas referentes à percepção dos pacientes com relação à psicoterapia psicodinâmica breve presencial *versus online*, à questão: Sinto-me desconfortável com o (a) terapeuta. Catanduva/SP, 2017.



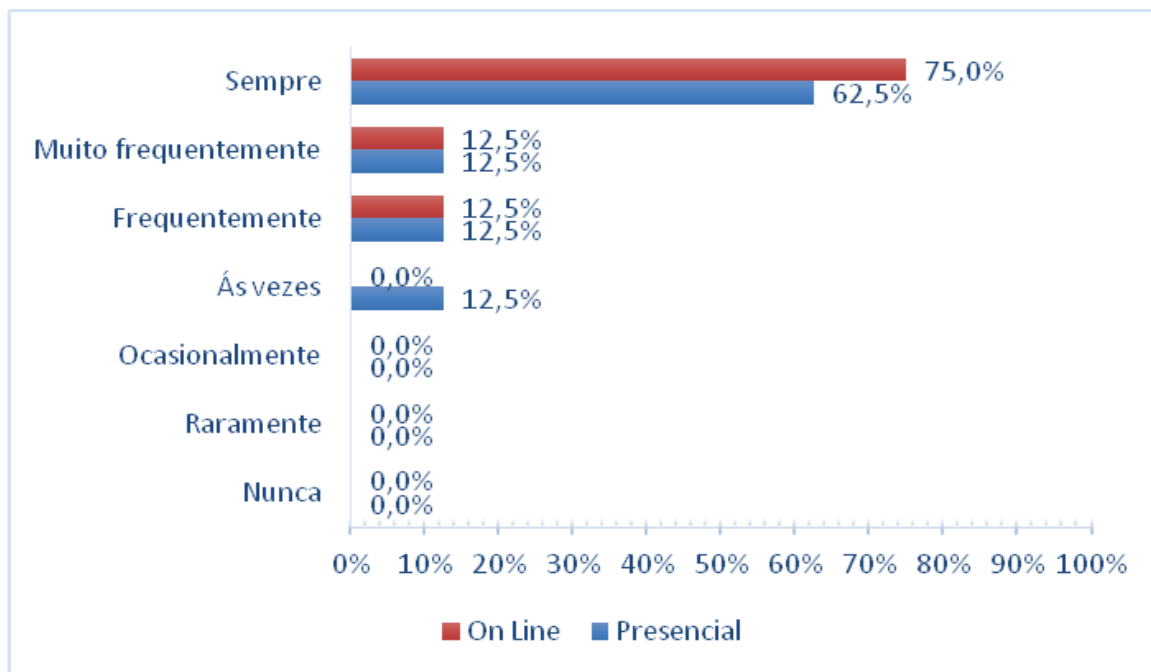
Fonte: Autoria própria (2017).

No gráfico 2 observa-se maior percentual da resposta **sempre** o meu terapeuta e eu estamos de acordo nas coisas que são necessárias fazer em terapia para ajudar a melhorar a minha situação ao comparar o atendimento presencial (62,5%) e atendimento *online* (75%).

Os resultados expostos nos Gráficos 1 e 2 apresentam informações que vão além dos resultados descritos por Adélia, Pieta e Gomes (2014), quando consideram

que há pouco prejuízo no que se refere à relação terapêutica ao se comparar a terapia presencial *versus online*, pois no presente estudo, como as sessões presenciais foram feitas primeiramente em relação às *online*, pode-se inferir que nessa última, quando vierem seguidas de pacientes que já fizeram terapia presencial (por exemplo: uma paciente que está viajando ou muda de cidade e não quer trocar de terapeuta) verifica-se que, além de não ocorrer danos, a terapia *online* foi classificada como melhor que a presencial, de acordo com os relatos dos pacientes.

Gráfico 2: Comparativo de respostas referentes à percepção dos pacientes com relação à psicoterapia psicodinâmica breve presencial *versus online*, à questão: O meu terapeuta e eu estamos de acordo acerca das coisas que são necessárias fazer em terapia para ajudar a melhorar a minha situação. Catanduva/SP, 2017.



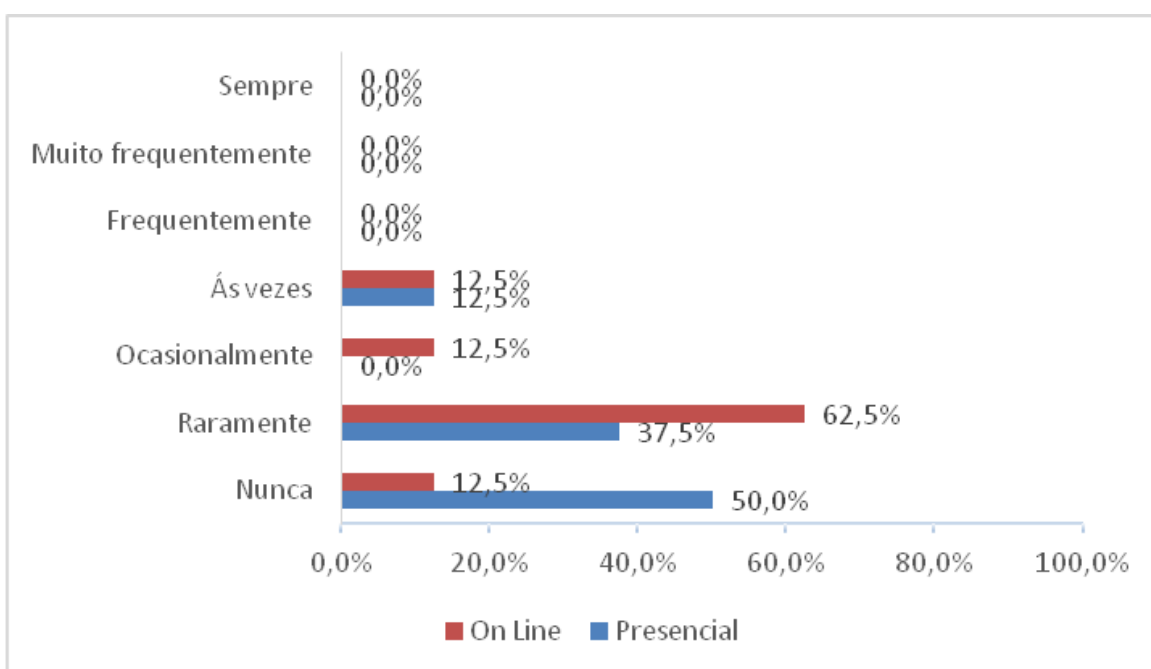
Fonte: Autoria própria (2017).

Nos dois gráficos pode-se observar mais positividade da terapia *online* comparando-a com a presencial, o que permite inferência quanto a eficácia da terapia *online* quando o paciente encontra-se em terapia presencial e, por algum motivo precisa passar para essa outra modalidade, o que confirma a questão da relação terapêutica e a transferência positiva como cita Avelar (2011) em seu artigo quando valoriza a relação terapêutica e transferência positiva, como pilares de um bom andamento na terapia e na melhora do paciente.

Considerando os resultados supracitados, nota-se a importância do presente estudo quando se coletam depoimentos de pacientes que já fazem a terapia psicodinâmica breve presencial, mas que necessitam migrar para a modalidade *online* e a considera efetiva, sinalizando com resultados promissores no tratamento psicoterápico. Nesse sentido, há que se pontuar não poder desconsiderar que a parada brusca de uma terapia por quaisquer motivos, desde mudança de endereço ou cidade do paciente ou analista, pode trazer sentimentos de desamparo e abandono, que poderão gerar uma queda na melhora do paciente. Ainda é necessário assinalar que alguns pacientes criam uma relação terapêutica tão robusta com seu terapeuta que, caso aconteça alguma situação que não possa ter o atendimento, o paciente para a terapia e não aceita outro terapeuta, interrompendo o tratamento.

Nesse estudo confirma-se que nos casos em que já ocorre o tratamento presencial e há mudança para a modalidade *online*, não há perda da relação terapêutica com o paciente, sinalizando para uma confiança ainda maior em relação ao terapeuta, que não o abandona e oferece outra opção de atendimento.

Gráfico 3: Comparativo de respostas referentes à percepção dos pacientes com relação à psicoterapia psicodinâmica breve presencial *versus online*, à questão: Estou preocupado (a) com o resultado dessas sessões. Catanduva/SP, 2017.



Fonte: Autoria própria (2017).

No gráfico 3 verifica-se maior percentual da resposta **nunca** estou preocupado com o resultado das sessões ao comparar o atendimento presencial (50%) e atendimento *online* (12,5%) pelos pacientes, porém no atendimento *online* houve o predomínio das respostas **raramente** por (62,5%) dos participantes contra (37,5%) presenciais.

Pode-se inferir que a diferença verificada na resposta **nunca** se relaciona ao maior sentimento de segurança proporcionada pelo atendimento presencial que foi o primeiro a ser feito, podendo ter criado uma transferência positiva inicial, estabelecendo maior confiança ao pesquisado/participante, como cita Zimerman (2004, p. 92), ao comentar que “a pessoa real do terapeuta tem relevância no desenvolvimento psíquico do paciente”.

Com a posterior mudança do *setting* terapêutico na terapia *online* pode ter ocorrido uma pequena redução do fator confiança na relação com o terapeuta. A aliança terapêutica pode ter ficado um pouco comprometida, talvez, pela mudança brusca de um atendimento para o outro, já que nessa dissertação os atendimentos foram sistemáticos e respectivos, finalizando o atendimento presencial e após um dia foi iniciado o *online*. Pode-se inferir que essa situação pode ter causado certa ansiedade seguida de angústia, afetando o participante emocionalmente devido à metodologia proposta para o desenvolvimento do estudo, porém sem perda na qualidade do atendimento.

As questões **nunca e raramente** estão compreendendo o mesmo sentido, sem alterar a qualidade da sessão. Isso vai ao encontro do que defende Etchegoyen (1989) sobre as mudanças de *setting* que podem ocorrer nas atuações dos pacientes ao reforçar que as alterações conduzidas no enquadre podem ser delimitadas em decorrência da atuação do terapeuta. O *setting* vai muito além das características físicas, ele é conexão de como se encontra terapeuta e paciente, conseguida através da aliança terapêutica pela confiança e relação ética da dupla (MOREIRA; ESTEVES, 2012).

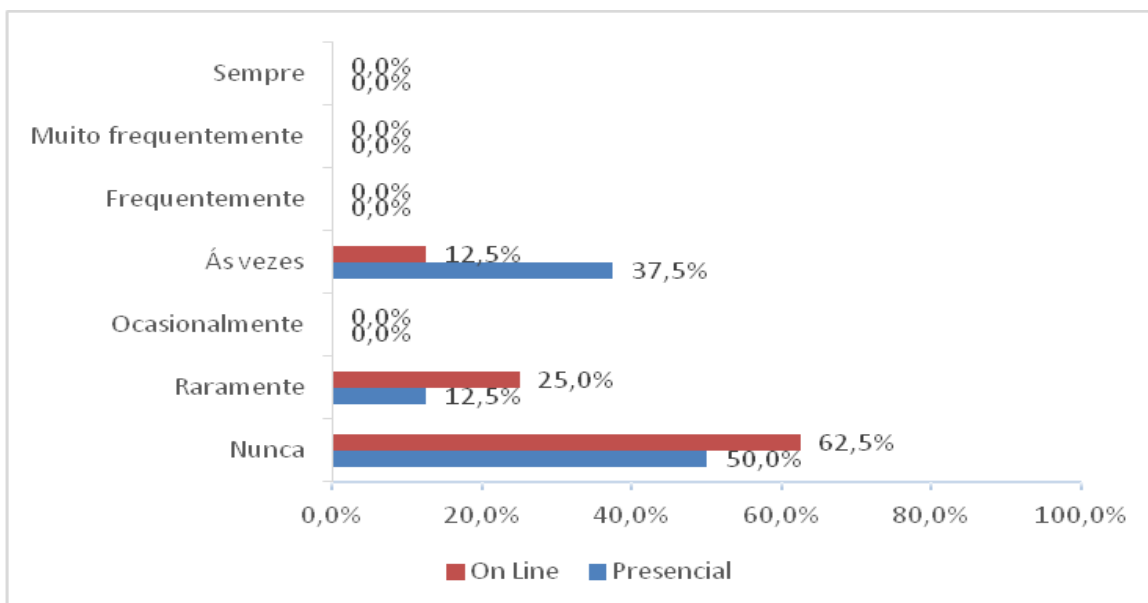
Quando comparamos as respostas referentes à percepção dos pacientes com relação à psicoterapia psicodinâmica breve presencial *versus online*, ao perguntarmos: O que eu faço na terapia permite-me ver o meu problema de novas formas? constata-se o mesmo percentual de respostas pelos pacientes ao afirmarem que sempre o que eu faço na terapia permite-me ver o meu problema de novas formas tanto no atendimento presencial (75%) como no *online* (75%).

A questão 4 traz conteúdo de grande relevância no prognóstico da terapia e, não menos, na mudança estrutural do pensamento do paciente, ou seja, na forma de pensar o mundo de outra maneira. Nessa questão conclui-se que os percentuais de como o sujeito consegue ver o seu problema de novas formas chegaram a (75%), tanto na terapia presencial quanto na terapia *online*, apontando para dados que fomentam na direção da viabilidade dessa nova ferramenta, ainda que muitos autores, como Rodrigues (2014); Azevedo; Silva e Ribeiro-Andrade (2015) e Simon (2015) pontuem ressalvas nos atendimentos mediados por computadores, principalmente com relação ao sigilo, ética, segurança e aliança terapêutica.

Os autores citados anteriormente comentam que apesar das mudanças de vida do mundo contemporâneo, exigindo que o universo das TIC esteja em suas vidas, no contexto das psicoterapias psicológicas nos deparamos com questões relacionadas ao *setting* que deve ser mais articulado nas TIC, pontuadas no sigilo referente à sua perda, pois os antivírus dos computadores nem sempre são confiáveis e podem trazer desconforto ao pacientes que ficam inseguros quanto aos seus dados poderem ser furtados e distribuídos à rede de computadores, além do fato, não menos importante, de terapeutas mais tradicionais que sentem dificuldades quanto a situações relacionadas à TIC, como o manuseio por exemplo, que se desmistifica em terapeutas mais novos. Também podemos citar a privacidade, a relação terapêutica e a transferência que ainda são vistas com muita cautela pelos terapeutas, principalmente por aqueles acostumados com as terapias tradicionais, face a face.

Nota-se, no Gráfico 4, maior percentual de respostas dos pacientes quanto a **nunca** achar confuso o que estou fazendo em terapia ao comparar o atendimento presencial (50%) e atendimento *online* (62,5%). Contudo, no atendimento presencial houve (37,5%) dos sujeitos contra (12,5%) *online*, apontando respostas **às vezes**.

Gráfico 4: Comparativo de respostas referentes à percepção dos pacientes com relação à psicoterapia psicodinâmica breve presencial *versus online*, à questão: Acho confuso o que estou fazendo em terapia. Catanduva/SP, 2017.

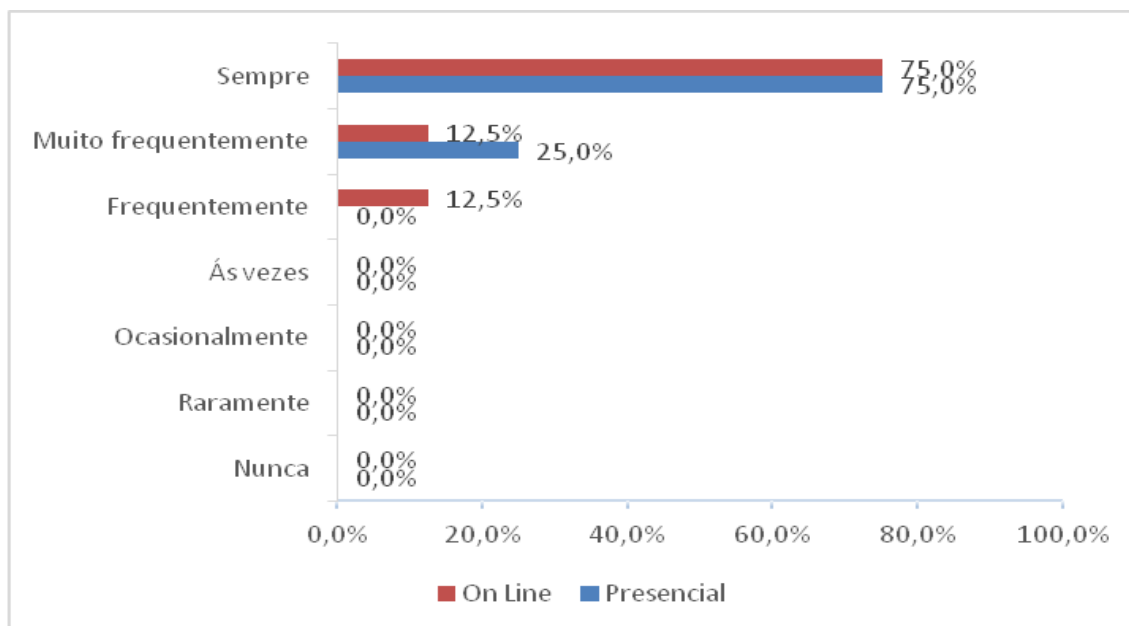


Fonte: Autoria própria (2017).

É importante destacar que nesse cenário as sessões, primeiramente, foram presenciais, o que acredita-se ter contribuído para construir um vínculo e a transferência positiva que possibilitaram uma maior tranquilidade por parte do paciente quando foi para terapia *online*, deixando-os menos confusos e inseguros, como cita Freud (1996d), trazendo a transferência como um destaque valioso, possibilitando o acesso terapêutico.

Nas respostas **às vezes** (37,5%), os pacientes acharam confuso o atendimento presencial contra (12,5%) do *online*, o que corrobora com a ideia da necessidade da criação da aliança terapêutica e da transferência, que no primeiro momento não havia. Os atendimentos presenciais estavam se iniciando e toda a vivência naquele momento era nova para o paciente. A diferença de (25%) dos que acharam a terapia presencial confusa em relação a *online* ilustra um resultado que podemos inferir ter vínculo com a condição de que depois de criado a aliança terapêutica, o paciente mostrou-se menos confuso nas sessões, mais seguro, tranquilo, acolhido, vinculado ao terapeuta.

Gráfico 5: Comparativo de respostas referentes à percepção dos pacientes com relação à psicoterapia psicodinâmica breve presencial *versus online*, à questão: Sinto que aquilo que faço em terapia me ajudará a atingir as mudanças que desejo. Catanduva/SP, 2017.

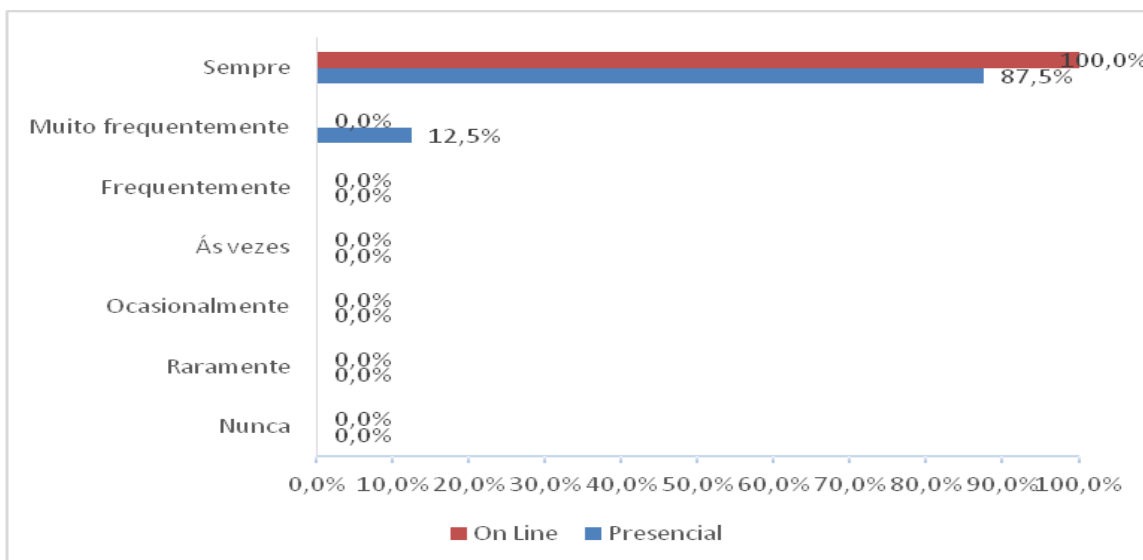


Fonte: Autoria própria (2017).

No gráfico 5 verifica-se o mesmo percentual de respostas **sempre** (75%) sinto que aquilo que faço em terapia me ajudará a atingir as mudanças que desejo ao comparar o atendimento presencial e *online*, apontando positivamente na direção da evolução da psicoterapia *online*, pois pode subsidiar, entre outros aspectos, a revisão da resolução 011/2012, pelo CFP onde proíbe a psicoterapia *online*, uma vez que estudos como este poderão contribuir com os processos de normatização para que a psicoterapia *online* possa ser introduzida no Brasil como uma ferramenta de saúde pública que poderá ser oferecida, de forma mais acessível, a toda a população.

O dado supracitado observado vai ao encontro do que propõem Rodrigues e Tavares (2016) em seu artigo “Psicoterapia *OnLine*: demanda crescente e sugestões para regulamentação”, que objetivou ampliar a compreensão da psicoterapia *online* e questionar sua proibição, quando salientam não haver desvantagens maiores que as vantagens, questionando a resolução nº 011/2012 que proíbe as psicoterapias psicológicas mediadas por computador, acrescentando que há crescimento da *internet* no Brasil e que a demanda pelos seus serviços psicológicos vem aumentando, devendo assim, a resolução ser normatizada ou discutida de forma a tornar possível esse tipo de atendimento psicoterápico nacionalmente.

Gráfico 6: Comparativo de respostas referentes à percepção dos pacientes com relação à psicoterapia psicodinâmica breve presencial *versus online*, à questão: Tenho confiança na capacidade de meu terapeuta para me ajudar. Catanduva/SP, 2017.



Fonte: Autoria própria (2017).

No gráfico 6 nota-se percentual maior na resposta **sempre** tenho confiança na capacidade de meu terapeuta para me ajudar, ao comparar o atendimento presencial (87,5%) e atendimento *online* (100%), o que nos permite inferir que há maior tendência dos pacientes reagirem bem à terapia *online* quando seguida da terapia presencial.

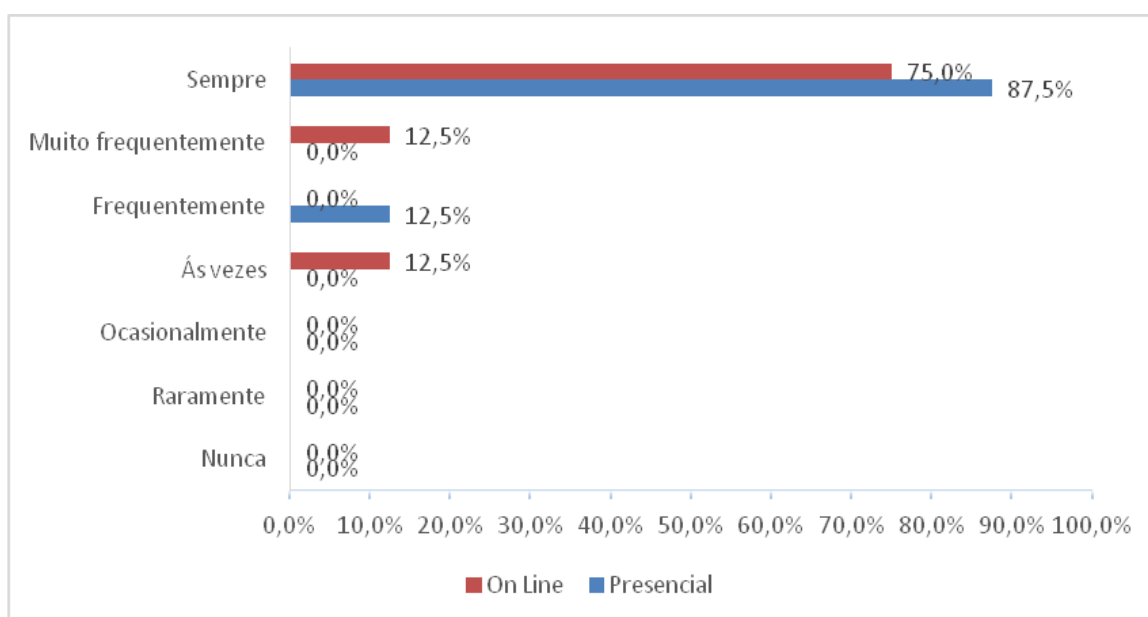
Crestana (2015), em seu estudo sobre terapias *online*, discute alguns problemas relacionadas ao assunto como a capacidade de se desenvolver relação terapêutica, pois muitos terapeutas relatam dificuldades nesse tipo de terapia por sentir a relação mais afastada. Nessa direção, a presente pesquisa poderá ajudar a entender a dinâmica das questões do afastamento: primeiramente, fazer algumas sessões presenciais para depois chegar as sessões *online*, como aponta o estudo de Crestana (2015); a relação terapêutica, o vínculo e a transferência positiva formam-se em poucas sessões, nos direcionando, assim, a atentarmos para as técnicas que podem ser introduzidas na psicoterapia *online*.

Outra informação coletada, em mais uma questão selecionada, ratifica que tanto no atendimento presencial como no *online* 88% dos pacientes referiram “**nunca** sinto que se disser ou fizer algo errado o meu terapeuta deixará de trabalhar comigo”.

A importância deste dado refere-se às questões de simbolização e à presença face a face em detrimento à distância. Mesmo que as imagens de vídeo possam trazer a sensação da presença física, nem sempre é assim percebida devendo considerar algumas variáveis como a idade do paciente, tipo de adoecimento. Sabe-se que situações de mudança de *setting* podem gerar desconforto, principalmente em sujeitos mais tradicionais, como cita Simon (2015).

Outra situação importante é o campo do mal-entendido, como discorre Benveniste (1989), ao comentar o que eu digo nem sempre é compreendido da mesma forma pelo outro, pois somos seres equivocados. No atendimento à distância, essa situação pode causar um momento, no mínimo, desagradável tanto para o cliente quanto para o terapeuta, podendo gerar uma transferência negativa e impasse analítico. Num *setting* mais ajustado, presencialmente, a fala equivocada do terapeuta pode ser trabalhada com menos persecutoriedade, face a face. No presente estudo, os pacientes não sentiram desconforto e nos resultados equivaleram os mesmos sentimentos, em ambos atendimentos.

Gráfico 7: Comparativo de respostas referentes à percepção dos pacientes com relação à psicoterapia psicodinâmica breve presencial *versus online*, à questão: Acredito que o modo como estamos trabalhando com o meu problema é correto. Catanduva/SP, 2017.



Fonte: Autoria própria (2017).

No gráfico 7 constata-se percentual maior na resposta **sempre** acredito que o modo como estamos trabalhando com o meu problema é correto ao comparar o atendimento presencial (87,5%) e atendimento *online* (75%).

Observa-se nesses dados que (87,5%) dos pacientes presenciais acreditam que o modo de trabalhar com o problema está correto, o que pode estar ligado às questões da psicoterapia presencial ser consolidada em nosso meio, e sinalizar de forma inconsciente que o modelo tradicional é melhor. Ainda, com relação às mudanças, também é importante lembrar que toda alteração traz certo desconforto e há tendência de ficar com o que já conhecemos.

Nesse sentido, acredita-se ser necessário mais pesquisas sobre o assunto para que realmente a psicoterapia *online* seja estabelecida como uma terapia confiável, como comentam Siegmund e Lisboa (2015), ao discorrerem que talvez na psicoterapia psicológica mediada por computador se construa uma relação positiva com pacientes, atingindo seus objetivos; contudo, apontam que é necessária a adaptação a essa nova ferramenta, que possui características específicas, reforçando que as TIC já fazem parte do mundo contemporâneo no contexto social.

Para todos os pacientes, participantes do presente estudo, considerando o atendimento presencial e *online*, ratificam que **sempre** os objetivos das sessões são importantes para ele.

Confirma-se nessas respostas que não houve diferença quanto aos objetivos das sessões ao comparar a psicoterapia presencial *versus* terapia *online*, o que nos inclina a considerar que essas novas ferramentas psicoterápicas são satisfatórias, pelo menos no que se refere à aliança terapêutica, que se constitui elemento essencial para o bom prognóstico de uma terapia.

Na presente pesquisa observa-se que a eficácia da aliança terapêutica se torna ainda maior quando o paciente estiver fazendo psicoterapia presencial e precisa transferir-se para a psicoterapia na modalidade *online*. Parece que nesta situação o *setting* não sofre muita interferência, como enfatizado em outros estudos, pois, neste caso, a relação entre terapeuta e paciente já está definida na relação da aliança terapêutica, pela confiança e relação ética entre ambos, como discorrem Moreira e Esteves (2012).

4.1.2 Análise do Questionário de Avaliação de Sessão (Session Evaluation Questionnaire – SEQ).

Neste instrumento, o Questionário de Avaliação de Sessão (*Session Evaluation Questionnaire – SEQ*), foi analisada a qualidade da sessão terapêutica por meio das respostas fechadas. O SEQ é dividido em duas partes: a primeira avalia a qualidade da sessão e a segunda, os sentimentos que o paciente tem sobre cada sessão realizada.

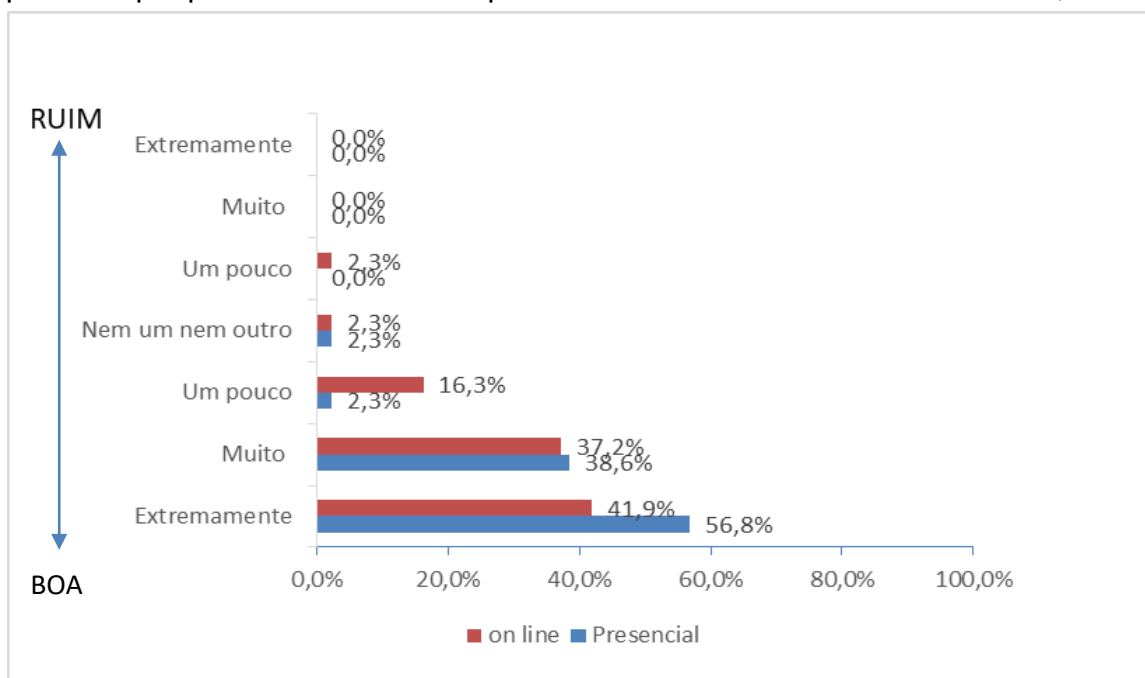
Para análise desses dados foram feitas análises comparativas da média das 6 respostas relativas à avaliação das 6 sessões presenciais, bem como a média das 6 respostas relativas às 6 sessões de psicoterapia psicodinâmica breve *online*. O Questionário de Avaliação de Sessão *SEQ* avalia dois itens principais relativos às sessões terapêuticas: como foi a sessão e como eu me sinto agora.

Ressalta-se que algumas questões do *SEQ* não se articulavam com os objetivos pesquisados no presente estudo, assim, o instrumento foi adaptado pautando-se na utilização somente das questões que se vinculavam aos propósitos da investigação, sendo as perguntas, considerando o comparativo de respostas dos pacientes referentes a: Essa sessão foi - de extremamente boa a extremamente ruim; extremamente tranquila a extremamente perigosa; extremamente fácil a extremamente difícil; extremamente valiosa a extremamente sem valor; extremamente especial a extremamente comum. Posteriormente, as perguntas focaram no comparativo de respostas dos pacientes referentes a: Como estou me sentindo agora? – agora eu me sinto extremamente feliz a extremamente infeliz; extremamente envolvido a extremamente desligado; extremamente relaxado a extremamente tenso; extremamente forte a extremamente fraco. As respostas dos participantes do presente estudo foram utilizadas para a análise dos dados na primeira e segunda parte do instrumento, considerando a psicoterapia psicodinâmica breve presencial e *online*.

4.1.2.1 Análise da primeira parte do SEQ: Esta sessão foi.

O gráfico 8 demonstra que houve predomínio na avaliação da sessão como **extremamente** boa para (56,8%) pacientes no atendimento presencial e (41,9%) no atendimento *online*.

Gráfico 8: Comparativo de respostas dos pacientes referentes essa sessão foi – na escala de extremamente boa a extremamente ruim, considerando a sessão de psicoterapia psicodinâmica breve presencial *versus online*. Catanduva/SP, 2017.



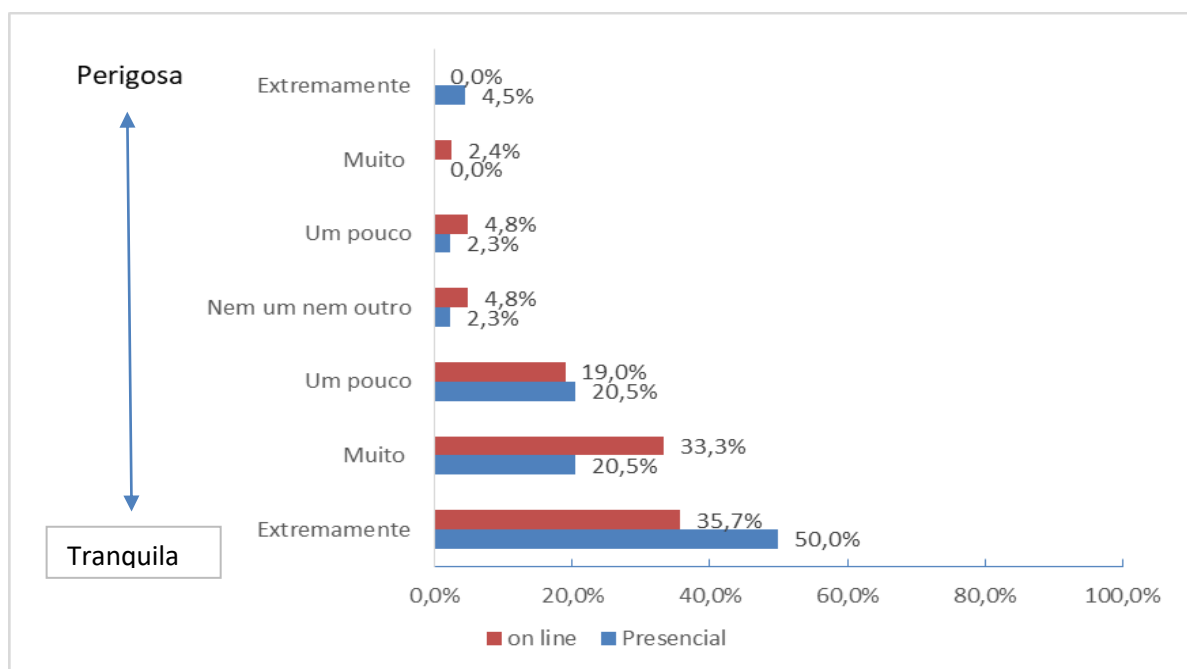
Fonte: Autoria própria (2017).

Este resultado pode estar relacionado com a situação que o *setting* tradicional poder ter influenciado na percepção dos pacientes, corroborando informações de Azevedo; Silva e Ribeiro-Andrade (2015), pois citam que as questões relativas ao sigilo, ainda hoje, influenciam de forma significativa alguns sujeitos; que no estudo, por exemplo, não negam a importância da psicoterapia para a vida do participante, mas, notou-se que quando o atendimento era mediado por computador estes preferiam a modalidade presencial por sentirem que são mais sigilosos.

Contudo, podemos observar que para as respostas a sessão foi **muito** boa o percentual foi análogo, perfazendo (38,6%) no presencial e (37,2%) no atendimento *online*; condição que nos permite comentar que a palavra **extremamente** possui conotação de perfeição, enquanto **muito** representa uma forma mais ponderada de achar que está bom. Entretanto, ao somarmos os percentuais obtidos nas respostas dos participantes quanto a sessão ter sido **extremamente** e **muito** boa, tanto no presencial (95,4%) como na modalidade *online* (79,1%) ratifica-se a satisfação da maioria dos pacientes, em ambas as modalidades de atendimento psicoterápico,

especialmente na modalidade online, ao observamos tratar-se de uma modalidade de atendimento não autorizada no Brasil.

Gráfico 9: Comparativo de respostas dos pacientes referente a sessão foi: na escala de extremamente tranquila a extremamente perigosa, considerando a sessão de psicoterapia psicodinâmica breve presencial *versus online*. Catanduva/SP, 2017.



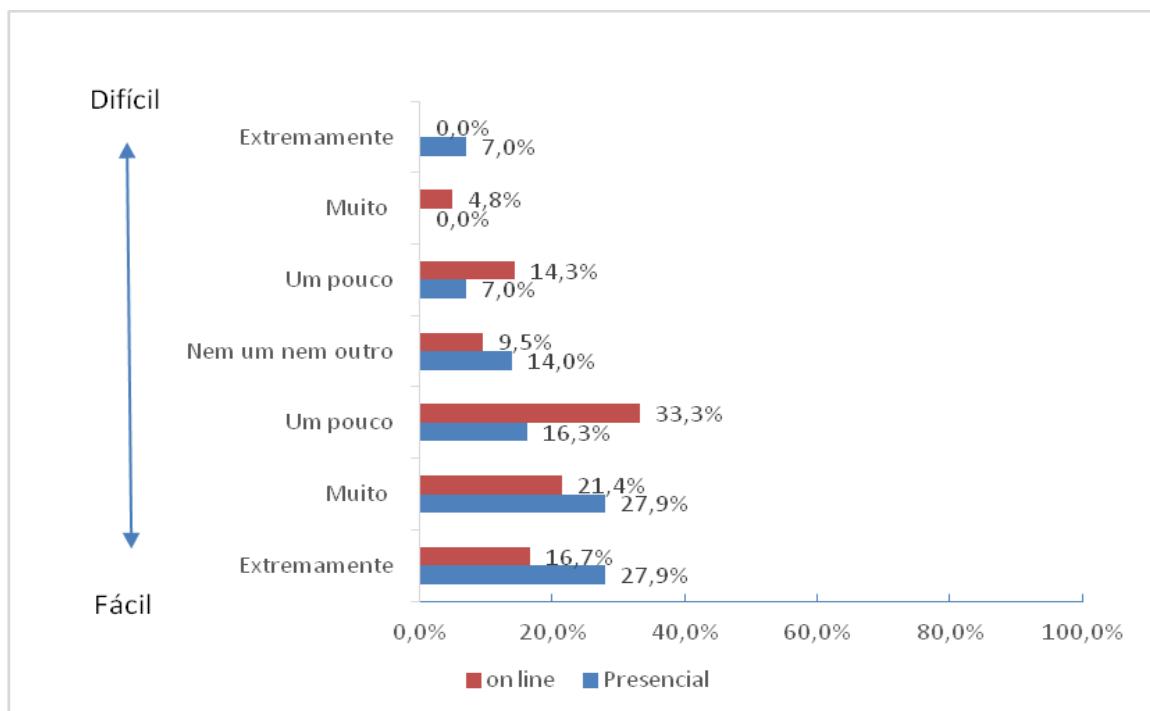
Fonte: Autoria própria (2017).

No gráfico 9 está ilustrado que houve predomínio na avaliação da sessão como **extremamente** tranquila para (50%) dos pacientes no atendimento presencial e para (35,7%) deles no atendimento *online*, apontando para resultados contraditórios a essa primeira sinalização quando, na sequência, os participantes avaliam a sessão como **muito** tranquila no atendimento presencial (20,5%) e *online* (33,3%).

Cabe comentar que (20,5%) assinalaram que a sessão foi **um pouco** tranquila no atendimento presencial enquanto (19%) participantes assim apontaram no *online* verificando-se discreta diferença nesse caso, o que nos leva a considerar que em ambos os casos (no atendimento presencial e *online*) a sessão foi tranquila, o que corrobora com o artigo de Adélia, Pieta e Gomes (2014) a respeito da efetividade dessa nova atividade de terapia ao afirmarem que há décadas a psicoterapia *online* vem sendo praticada no exterior com resultados significativos,

pontuando também que a psicoterapia mediada por computador não exerce tanto prejuízo no que tange a relação terapêutica, entendida como fator imprescindível para uma boa evolução do tratamento psicoterápico psicológico.

Gráfico 10: Comparativo de respostas dos pacientes referentes à sessão foi: de extremamente fácil a extremamente difícil, considerando a sessão de psicoterapia psicodinâmica breve presencial *versus online*. Catanduva/SP, 2017.



Fonte: Autoria própria (2017).

No gráfico 10 observa-se predomínio da resposta à sessão foi **um pouco** fácil no atendimento *online* (33,3%) contra (16,3%) no presencial. Em contraponto, identificam-se os mesmos percentuais em a sessão foi **extremamente e muito fácil** no atendimento presencial (27,9%, cada) contra (16,7%) e (21,4%), respectivamente, no atendimento *online*.

Ainda no Gráfico 10, no atendimento presencial e *online* há semelhança nos percentuais que atingimos quando somam-se esses resultados quanto a sessão ser **um pouco, muito e extremamente** fácil no atendimento presencial (72,1%) participantes e no *online* (71,4%). Esses escores apontam positivamente para a utilização da modalidade *online* no universo em que trata-se de modalidade de tratamento psicoterápico não disponibilizado em nosso país.

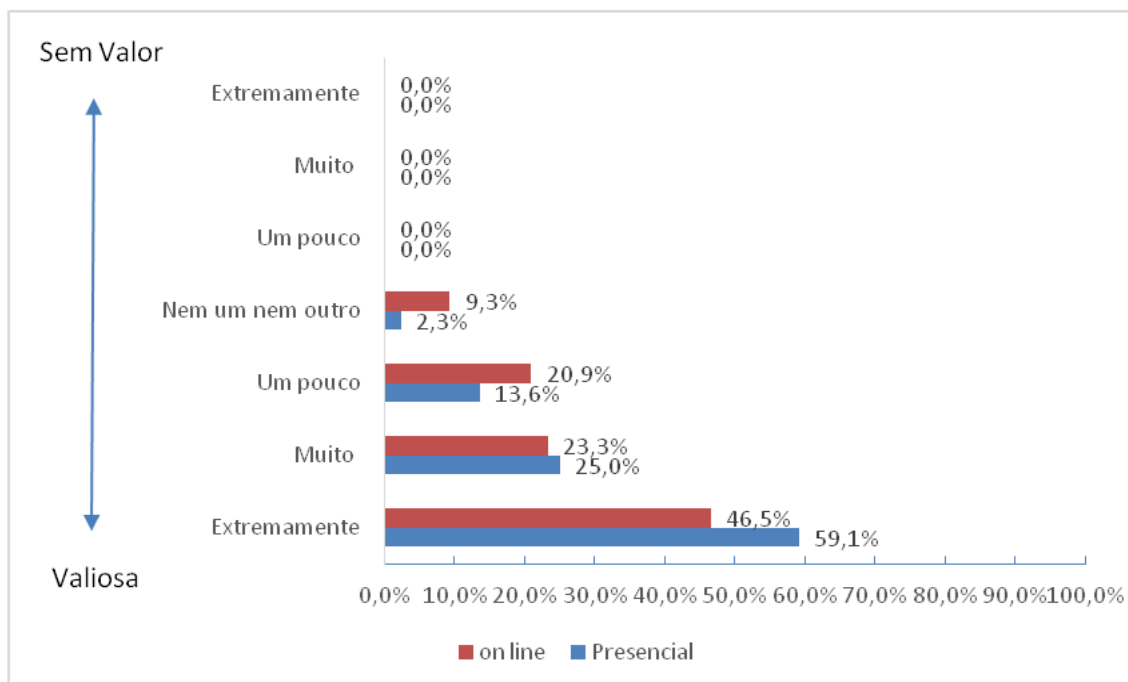
No caso supracitado, observa-se discreta diferença de percentual (1,3%) para maior na avaliação da sessão no atendimento presencial e, nesse sentido, o *setting* pode ter influenciado nessa situação, pois a relação terapêutica já estava formada, como pode ser visto no WAI-C, desconsiderando o fato de que o atendimento presencial antecedeu o *online*.

O *setting* pode ter sido o cerne desse resultado, deslocando a atenção quanto à mudança de *setting*. Assim, ressalta-se o cuidado com a mudança de *setting*, contrapondo a dissertação de Duarte (2015), que discorre sobre um *setting* mais articulado que não se estrutura mais em um espaço físico, mas, dentro de cada um, na relação paciente/terapeuta, pois é na relação terapêutica onde o afeto se representa.

Todavia, quando observamos que o atendimento presencial foi indicado como **extremamente difícil** por 7% dos participantes ao comparar com o atendimento *online*, pode-se, nesse caso, relacionar esse resultado à aliança terapêutica que, em um primeiro momento, ainda estava se estabelecendo, em construção, no atendimento presencial, sinalizando na mesma direção do que afirma Avelar (2011) quando considera a aliança terapêutica e a afetividade como condição “*Sine qua non*”, ou seja, essencial para uma boa evolução no tratamento psicoterápico, onde acredita-se que uma escuta acolhedora é essencial no processo de trabalho onde enaltece-se a transferência, pois uma escuta cuidadosa seria muito importante para a estruturação de uma relação terapêutica adequada.

No gráfico 11 evidencia-se que a sessão foi considerada **extremamente valiosa** para (59,1%) dos participantes no atendimento presencial e para (46,5%), no atendimento *online*. Ainda (25%) e (23,3%) participantes, respectivamente, sinalizaram que no atendimento presencial e *online* a sessão teve **muito valor**.

Gráfico 11: Comparativo de respostas dos pacientes referentes à sessão foi: de extremamente valiosa a extremamente sem valor, considerando a sessão de psicoterapia psicodinâmica breve presencial *versus online*. Catanduva/SP, 2017.

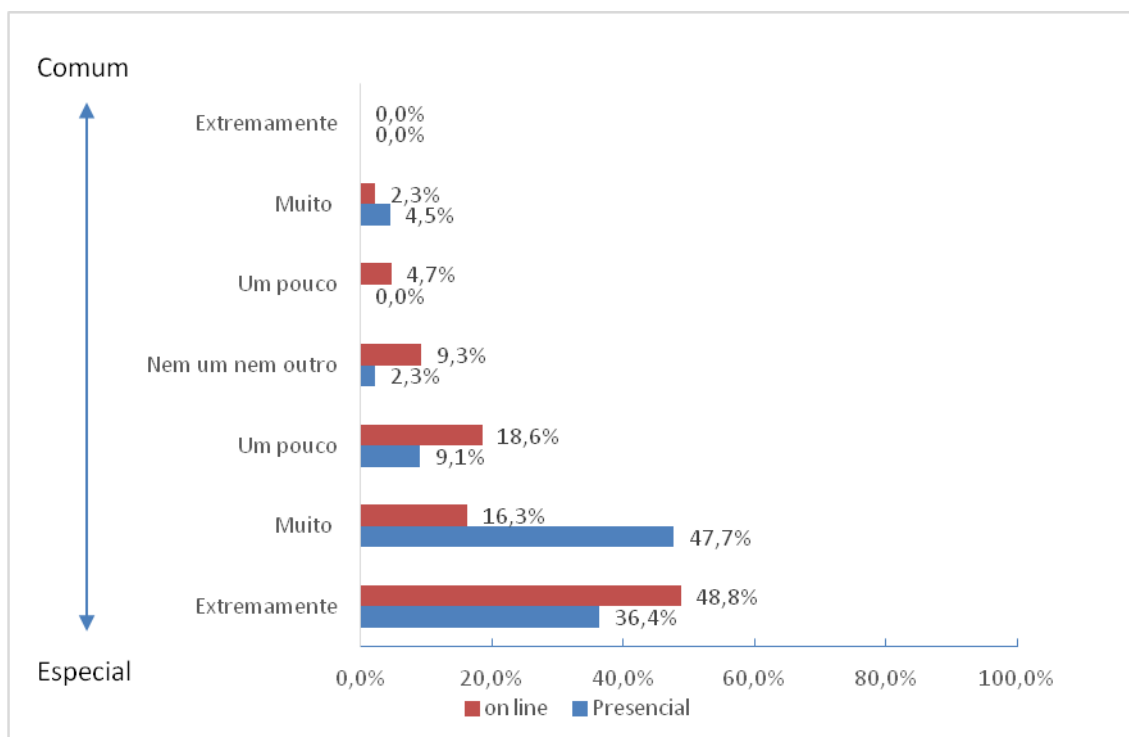


Fonte: Autoria própria (2017).

Os dados comprovados no Gráfico 11 são promissores na direção de fomentar que essa nova modalidade de oferecer a psicoterapia psicodinâmica breve seja explorada com vistas a alcançar resultados positivos, exigindo olhar atento para o tema, com o respaldo do Conselho Federal de Psicologia, especialmente, pautado em experiências e práticas de terapia *online* exercidas há muito tempo e com resultados positivos comprovados, em outros países, como citam Dunn e Conrath (1984 apud SIEGMUND et al., 2015), ao enfatizarem que em outros países, como Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Austrália e Alemanha, diferentemente do Brasil, há permissão para a prática da psicoterapia mediada por computador, com resultados de pesquisa que confirmam ser eficazes quanto ao tratamento, quando essas terapias ocorrem a distância.

No gráfico 12 a resposta quanto à sessão ter sido **extremamente especial** foi manifestada por (48,8%) no atendimento *online* e por (36,4%) no presencial; além de ser classificada como **muito especial** para (47,7%) e (16,3%) dos pacientes no atendimento presencial e *online*, respectivamente.

Gráfico 12: Comparativo de respostas dos pacientes referentes à sessão foi: de extremamente especial a extremamente comum, considerando a sessão de psicoterapia psicodinâmica breve presencial *versus online*. Catanduva/SP, 2017.



Fonte: Autoria própria (2017).

Observa-se que os participantes apontaram percentuais similares de (48,8%) e (47,7%), respectivamente, quanto a sessão ser **extremamente** e **muito** especial no atendimento *online* e presencial. Esse dado pode indicar a dificuldade dos pacientes, participantes da pesquisa, em diferenciar uma sessão extremamente boa daquela muito boa. Ressalta-se ainda que a sessão foi considerada especial, com intensidades diferentes, para (93,2%) participantes no atendimento presencial e para (83,7%) no *online*, sendo que na última modalidade citada, os participantes tiveram contato com essa a psicoterapia, nessa modalidade, pela primeira vez, constatando-se não haver diferenças significativas entre elas nessa pesquisa, quanto ao quesito pesquisado.

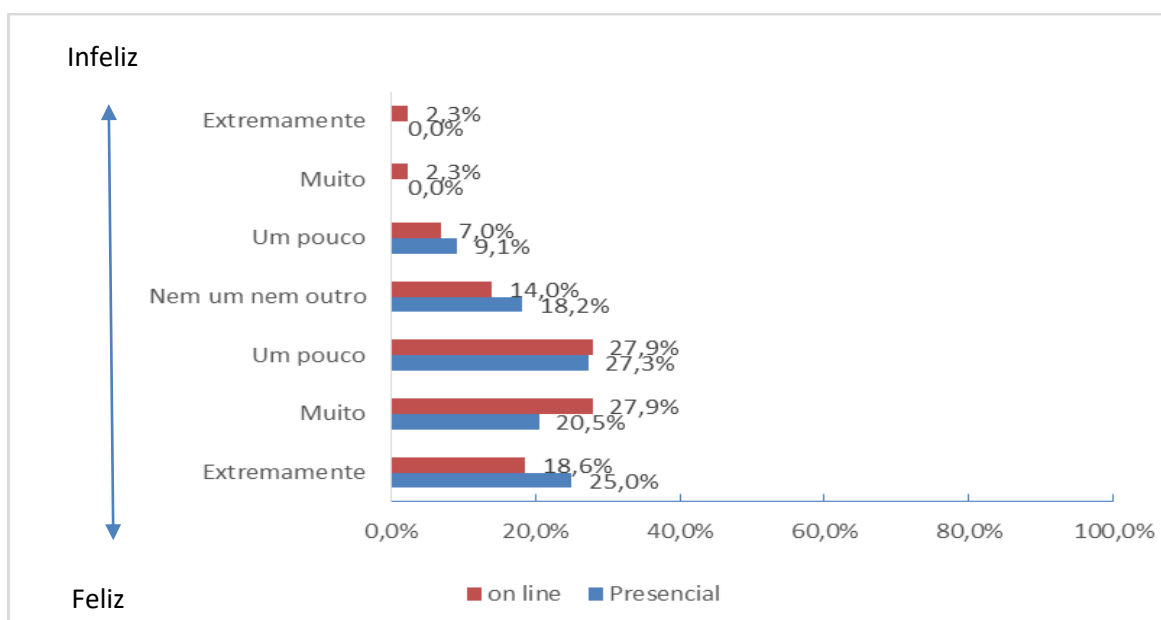
O resultado supracitado vai ao encontro do trabalho de Crestana (2015) que ressalta alguns pontos da psicoterapia *online*, comentando que existem poucos estudos sobre o assunto, porém, enfatiza que o mundo moderno com suas novas tecnologias pode apoiar as a prática das psicoterapias, evidenciando-se a necessidade da aceitação dessas novas ferramentas mediadas por computadores, pela sociedade. Nessa direção, a presente pesquisa, corrobora com resultados onde o uso da TIC mostra-se eficiente com seus objetivos, buscando verificar a qualidade dos serviços psicoterápicos na modalidade *online* comparada à presencial.

4.1.2.2 Análise da segunda parte do SEQ - agora eu me sinto.

Nesse momento são analisadas as respostas dos pacientes, participantes da pesquisa, às questões referentes a como eu estou me sentindo agora, após ter realizado a sessão de psicoterapia psicodinâmica breve presencial e *online*.

No gráfico 13 observa-se predomínio e similaridade das respostas sinto-me **um pouco** feliz tanto no atendimento presencial (27,3%) quanto no *online* (27,9%) seguido de **muito feliz** com (27,9%) e (20,5%), para atendimento *online* e presencial; respectivamente. Destaca-se, nesse momento, que os participantes manifestam-se com sentimentos mais positivos na terapia *online* quando comparados à presencial, ao serem perguntados como se sentem agora, após a sessão psicoterápica. Entretanto, quando os participantes relatam estar **extremamente** felizes pontuam a terapia presencial com maior percentual (25%), em detrimento da *online* (18,6%).

Gráfico 13: Comparativo de respostas dos pacientes referentes à questão: agora me sinto extremamente feliz a extremamente infeliz, considerando a sessão de psicoterapia psicodinâmica breve presencial *versus online*. Catanduva/SP, 2017.



Fonte: Autoria própria (2017).

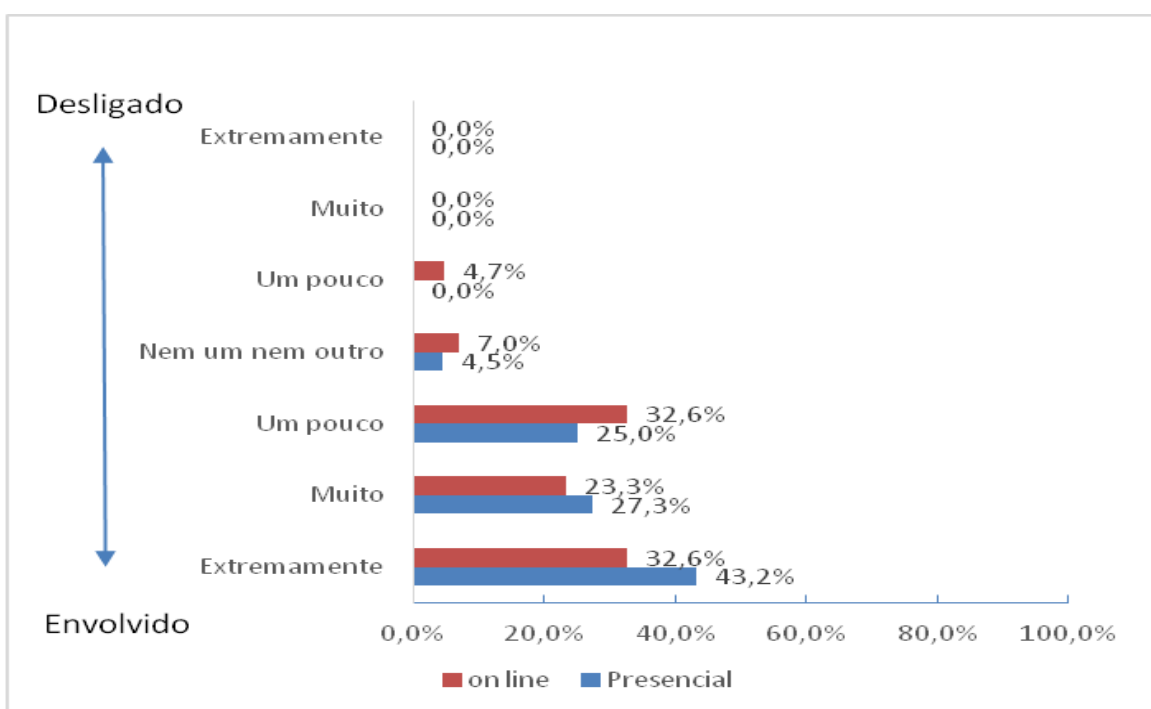
Este último resultado vai ao encontro do estudo de Azevedo; Silva e Ribeiro-Andrade (2015) onde confirmaram que a maioria dos sujeitos pesquisados reconheceu a importância da psicologia para a vida das pessoas, porém observou-se que quando a questão era o atendimento psicológico mediado por computador,

os sujeitos da pesquisa preferiram os atendimentos presenciais por acharem/acreditarem ser mais sigilosos.

Ressalta-se ainda, que as pontuações quanto a se sentirem **extremamente** e **muito** infelizes agora (2,3%) e (2,3%), respectivamente; ocorrem apenas no atendimento *online*, totalizando (4,6%) das respostas.

Esses achados podem decorrer do fato que, na maioria das vezes, a procura por psicoterapia se dá em momentos difíceis da vida, condição que pode ter influenciado nessas respostas que, nesse presente estudo, têm reforço nos manifestos dos participantes que assinalaram que se sentem um pouco feliz agora, predominantemente. O que se nota é discreta diferença de percentual entre atendimento presencial e *online*, mostrando, assim, que há profundidade em ambas terapias no quesito felicidade, indo ao encontro de resultados de Rodrigues (2014) que concluiu em seu mestrado, que houve estabelecimento de boa aliança terapêutica e indicativos de profundidade terapêutica.

Gráfico 14: Comparativo de respostas dos pacientes referentes à questão - agora me sinto extremamente envolvido a extremamente desligado, considerando a sessão de psicoterapia psicodinâmica breve presencial *versus online*. Catanduva/SP, 2017.



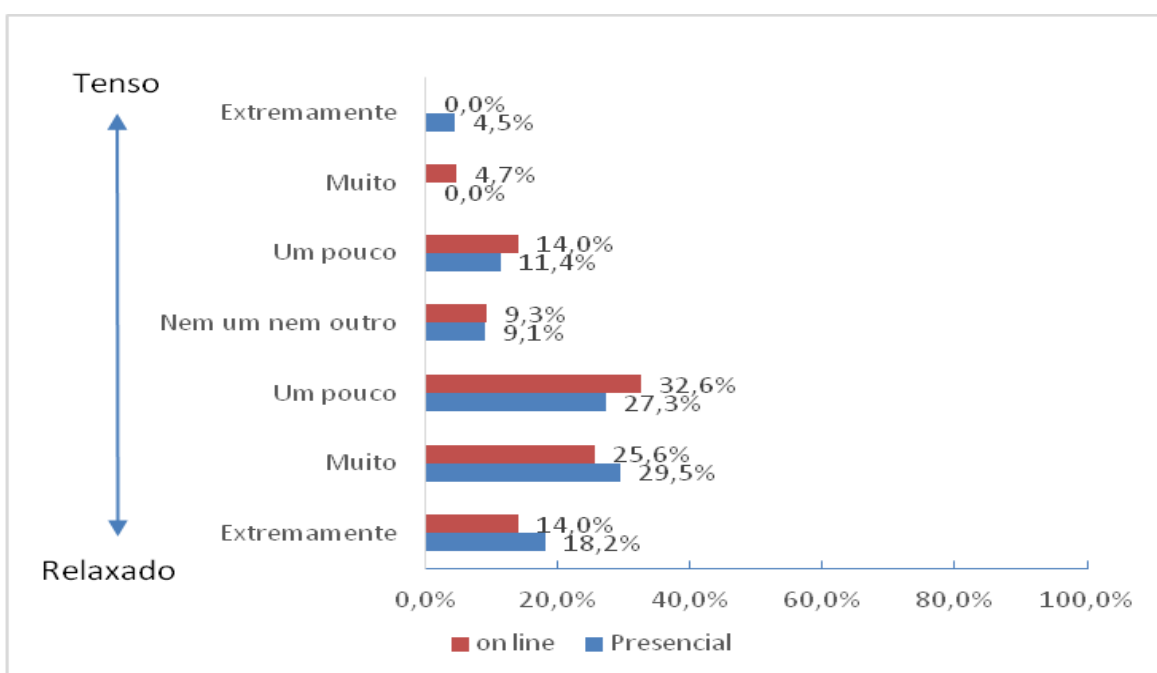
Fonte: Autoria própria (2017).

Com relação a estarem envolvidos ou desligados, comparando os tipos atendimentos pesquisados, no Gráfico 14 evidencia-se que (43,2%) participantes assinalaram que no atendimento presencial agora se sentem **extremamente** envolvidos enquanto no *online* foram (32,6%).

Sabidamente, vivencia-se que apesar de as tecnologias mediadas por computador estarem cada vez mais presentes no dia a dia das pessoas, que exigem respostas rápidas e soluções imediatas, percebe-se que o contato pessoal ainda se configura como preponderante para o bom prognóstico das psicoterapias, independentemente da abordagem proposta, como cita Crestana (2015).

O autor discute alguns problemas relacionados à psicoterapia *online* como a capacidade de desenvolver a relação terapêutica, como reagir em queda de energia com a perda de comunicação, questões relacionadas ao sigilo, a forma de pagamento do tratamento, salientando que há poucos estudos na área, com limitações metodológicas e, por fim, sinalizando que o contato pessoal continua sendo primordial para o bom andamento do tratamento psicoterápico, independente da abordagem teórica.

Gráfico 15: Comparativo de respostas dos pacientes referentes a - agora me sinto extremamente relaxado a extremamente tenso, considerando a sessão de psicoterapia psicodinâmica breve presencial *versus online*. Catanduva/SP, 2017.



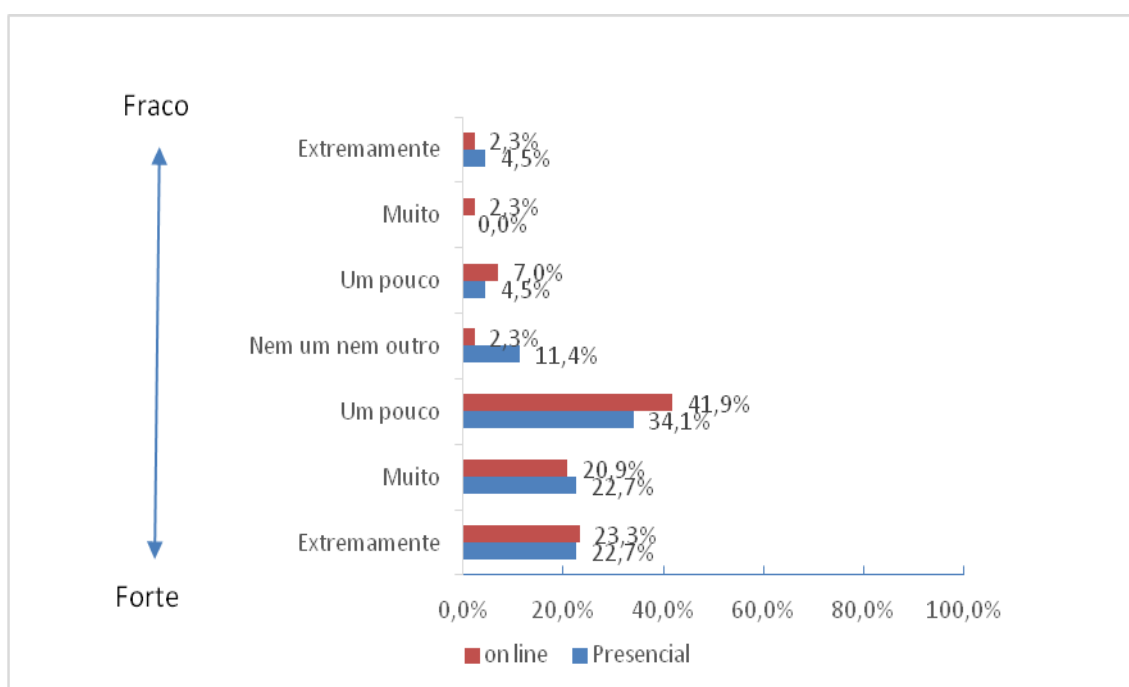
Fonte: Autoria própria (2017).

A maioria dos participantes relataram que agora me sinto **um pouco** relaxado no atendimento *online* (32,6%) contra (27,3%) no presencial. Em contraponto, há que se observar o aparecimento de sentimentos insatisfatórios ao detectarmos que existem (11,4%) dos pacientes que referiram que agora me sinto **um pouco** tenso no atendimento presencial e (14%) no *online*.

Tal cenário aponta na direção da necessidade de mais estudos serem feitos sobre essa temática, pois sabe-se que o atendimento *online* é visto com ressalvas por muitos estudiosos, principalmente no Brasil, por haver escassos estudos randomizados, como salienta Siqueira (2016).

Outro ponto a ser considerado é que toda psicoterapia envolve diversas questões (transferência, relação terapêutica à resistência e, não menos importante, o *setting*) que, dependendo do seu manejo, pode gerar problemas no desenvolvimento da terapia. Zimmerman (2004) discorre sobre o *setting*, reforçando a importância deste para uma psicoterapia, um lugar preparado para o paciente sentir-se como se esse espaço fosse dele, onde pode externar todos os seus sentimentos.

Gráfico 16: Comparativo de respostas dos pacientes referentes - agora me sinto extremamente forte a extremamente fraco, com relação à sessão de psicoterapia psicodinâmica breve presencial *versus online*. Catanduva/SP, 2017.



Fonte: Autoria própria (2017).

No gráfico 16 prepondera a resposta agora eu me sinto **um pouco** forte ao comparar o atendimento presencial (34,1%) e atendimento *online* (41,9%).

Verifica-se uma tendência de respostas, com maior frequência, residindo em **um pouco**, que poderá pautar-se na dinâmica do processo terapêutico, possibilitando respostas ponderadas. Observa-se que os pacientes se sentiram **um pouco** mais fortes na terapia *online*, situação que pode ser decorrente da transferência positiva e relação terapêutica construída ao longo das sessões, desde as presenciais até as *online*.

Robert e Eizirik (2007), no capítulo de livro “transferência”, discorrem sobre a importância da transferência na terapia e, através dela, construir-se a aliança terapêutica. Zimerman (2004) cita que o analista serve como modelo de identificação para o paciente, sinalizando que o terapeuta, por si só, vai afetar de forma positiva o desenvolvimento mental do paciente, pois em última análise, o terapeuta assume um papel para o paciente: de um novo modelo de identificação.

5 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Freud foi o precursor da psicoterapia clínica, desenvolveu a teoria da transferência que é indispensável no processo de um tratamento terapêutico, pois criava-se a partir dela um vínculo que poderíamos traduzir como aliança terapêutica. Ele também desenvolveu um lugar específico para o atendimento dos pacientes, um lugar que deveria ser protegido para que o paciente se sentisse à vontade para falar o que julgasse importante, e que fosse seguro para que pudesse transferir sentimentos diversos para o terapeuta. Esse lugar chamado de *setting* foi, por muito tempo e até hoje, considerado por muitos psicanalistas como intocável e, nessa direção, os pesquisadores do presente estudo tiveram a inquietação de pesquisar a percepção dos pacientes, participantes dessa pesquisa, nesse novo *setting* de atendimento propiciado pela TIC e que se apresenta necessário à vida dos cidadãos na contemporaneidade, acolhidos por um único terapeuta.

Neste estudo foi possível comparar a percepção de pacientes comparando a psicoterapia presencial e *online* utilizando dois instrumentos: WAI-C e o SEQ. Por meio da análise dos instrumentos chegou-se a resultados promissores para a prática da terapia *online*.

Nessa pesquisa, os dados do WAI-C indicaram que há equivalência nos atendimentos presenciais e *online*, caracterizando a existência da relação terapêutica, construída nos dois momentos da pesquisa. Também se constatou que o *setting* mais articulado ocorre no atendimento *online*, não mais face a face, em um ambiente físico tradicional, e pela percepção dos pacientes/participantes do presente estudo, em alguns momentos, houve a preferência pela terapia *online*, principalmente pela comodidade, que se efetiva ao poder fazer o atendimento em seu domicílio sem a necessidade de deslocamento, especialmente em dias difíceis devido à falta de tempo, ou ainda no caso de pacientes que estejam passando por problemas de depressão e perdem, entre outros sintomas, o desejo de sair de casa ou tomar banho, e nesse sentido, o atendimento *online* poderá ser ofertado ao paciente para fazer sua psicoterapia, por meio da comunicação *online*.

Os resultados desse estudo confirmam que o atendimento *online*, ocorrendo posteriormente ao atendimento presencial, tem efetividade. Salientando-se, inclusive, que o aumento por procura da psicoterapia *online* se deve, em muitos

casos, pelas pessoas que já fazem terapia presencial e que, por algum motivo, desde mudanças climáticas que impedem o paciente de ir até o consultório, ou mudança de cidade ou país, acabam por necessitar da *online*. Estes pacientes não querem parar a terapia com seu terapeuta, pois já têm um vínculo criado, uma aliança terapêutica estruturada, e a interrupção de sua terapia pode gerar sentimentos de desamparo e abandono, muito comuns nestes tipos de situações quando a terapia precisa ser interrompida sem o desejo do paciente.

Esses aspectos corroboram, ainda que pontualmente, na direção que a terapia *online* é efetiva quando for precedida de atendimentos presenciais, dado que confirma resultados de outros estudiosos sobre o tema, asseverando a psicoterapia *online* como mais uma modalidade para a prática em psicoterapia.

Na análise do outro instrumento, o SEQ, avaliou-se como foi e como se sentiu o paciente após a sessão. Os resultados obtidos demonstraram, em alguns momentos, alguns contrapontos quando se observaram os resultados que pontuaram a condição extremamente e muito; não notados nas respostas muito e um pouco, onde constatam-se resultados mais semelhantes.

Apesar dessas questões, observa-se pouca diferença entre o atendimento presencial e *online* na ótica dos participantes da pesquisa. Em algumas avaliações houve escolha do paciente pela psicoterapia presencial e, em outras, pela *online*; opções que não comprometeram a eficácia dos resultados, possibilitando afirmar que ambas as terapias se demonstraram efetivas.

Um dos pontos principais da pesquisa refere-se ao pós estudo, pois com a oferta de mais 02 meses (1 sessão por semana) de atendimento gratuito aos participantes houve a preocupação do desligamento do paciente de forma acolhedora, não se pautando somente à coleta de dados do estudo, mas sim, como atendimento humanizado em que o pesquisador também priorizou a integridade emocional de seus pacientes, sempre com empatia, amor à profissão e atenção à ética no que se refere aos cuidados humanizados.

Ainda houve, após o término dos 02 meses de atendimento, a oferta aos participantes que quisessem continuar a ser atendidos pelo pesquisador, a possibilidade de sessões psicoterápicas a preços simbólicos para que os participantes continuassem a psicoterapia, instalando-se a clínica solidária, pois alguns dos participantes não conseguiriam dar continuidade ao tratamento, ainda

que o vínculo com o terapeuta já tivesse se efetivado, pois não tinham condições financeiras para manterem a terapia.

Frente aos resultados do presente estudo, o pesquisador consegue inferir que a disponibilidade de oferta da psicoterapia presencial no primeiro momento de terapêutica e na modalidade *online*, em continuidade ao atendimento psicoterápico, poderá ser indicado a alguns pacientes, por exemplo, com quadros de depressão em que possuem dificuldade de deslocamento até ao consultório. Nessa direção, estudos de evidência clínica quanto aos resultados precisam ser realizados e estimulados, pois a depressão é uma doença contemporânea, inspira cuidados no manejo do paciente, e novos métodos e técnicas para o tratamento do paciente com esse tipo de doença é fundamental.

Todavia, manifesta-se a limitação desse estudo que mesmo sendo realizado com obediência ao preconizado como recomendações do CFP, ocorreu com universitários – sujeitos com formação acadêmico-social diferenciada e que podem ter acesso as TIC e ao tratamento psicoterápico presencial. Desse modo, recomenda-se mais pesquisas na área, sugerindo-se a aplicação da metodologia do estudo para outros segmentos populacionais no sentido de agregar novos estudos no Brasil, onde ainda são raros, e subsidiar as discussões quanto ao manejo e formulação de políticas que assegurem a psicoterapia psicodinâmica breve segura e ética, também na modalidade *online*.

Em síntese, esse estudo utilizou instrumentos de pesquisa visando minimizar os vieses no processo de avaliação dos resultados, aferindo dados qualitativos e quantitativos envolvidos na psicoterapia estudada, acrescentando conhecimentos acerca dos atendimentos psicoterápicos presenciais - já pesquisados em larga extensão e, principalmente, dos atendimentos psicoterápicos *online* ainda pouco explorados no Brasil.

REFERÊNCIAS

ADÉLIA, M.; PIETA, M.; GOMES, W. B. Psicoterapia pela internet: Viável ou Inviável? **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**, Rio Grande do Sul, v. 34, n. 1, p. 18-31, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v34n1/v34n1a03.pdf>. Acesso em: 09 Jun. 2017.

AVELAR, A. O traumático e o trabalho psicanalítico: uma reflexão sobre o lugar do analista. **Revista Estudo Psicanalítico**. Belo Horizonte, n. 36, p. 29-42, Dez 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ep/n36/n36a03.pdf>. Acesso em: 15 Jun. 2017.

AZEVEDO, G. M. G. **Transferência**. 2017. Disponível em <https://cursosdepsicanalise.com.br/curso/transferencia/>. Acesso em: 13 Abr. 2018.

AZEVEDO, B. B.; SILVA, E.Q.; RIBEIRO-ANDRADE, E. H. Estudos sobre a psicoterapia mediada por computador. In: V Congresso Internacional do Conhecimento Científico, Campos dos Goytacazes, RJ., n. 14, 2015, **Anais...** Campos dos Goytacazes, 2015.p. 30-31. Disponível em: https://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/humanas_sociais_e_aplicadas/article/view/844/681. Acesso em: 03 Abr. 2018.

BENVENISTE, E. **"É problemas de linguística geral II"**. Tradução Eduardo Guimarães et al. Campinas: Pontes, 1989.

BORDIN, E. S. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. **Psychotherapy: Theory, Research & Practice**. Washington, D.C., E.U.A., v. 16, n. 3, p. 252-260, 1979. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1980-23666-001>. Acesso em: 18 Jun. 2017.

CAMPOS, L. F. L. **Métodos e técnicas de pesquisa em psicologia**. 5. ed. Campinas –SP: Alínea, 2015.

CARRAD, I.; CRÉSPIN, C.; ROUGET, P.; LAN, T.; GOLAY, A.; VAN, L.M. Randomised controlled trial of a guided self-help treatment on the Internet for binge eating disorder. **Behaviour Research and Therapy**. Bethesda, MD USA, v. 49, n. 8, p. 482-491, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21641580>. Acesso em: 14 Jun. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. (2012). **Resolução CFP Nº 011/2012**. Brasília, DF. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/resolucoes/resolucao-cfp-no-0112012/>. Acesso em: 03 Nov. 2017.

CORNIANI, F. R. **A internet na evolução do pensamento folk comunicacional**. 2009, p. 1-85. Tese (Doutorado em Comunicação Social). Curso de Comunicação Social, Universidade Metodista de São Paulo, SP. Disponível em: <http://tede.metodista.br/jspui/bitstream/tede/867/1/Paginas%201%20a%2085.pdf>. Acesso em: 02 Jun. 2017.

CRESTANA, T. Novas abordagens terapêuticas – terapias on-line. **Revista Brasileira de Psicologia**. Rio Grande do Sul, v. 17, n. 2, p. 35-43, 2015. Disponível em: http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=176. Acesso em: 03 Abr. 2018.

DELITTI, A. M. C. Avaliando sessões de Terapia Comportamental: um questionário pós-sessão é instrumento suficiente? **Revista de Terapia Comportamental e Cognitiva**. São Paulo, v.4, n.2, p.119-133, 2002. Disponível em: <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/111>. Acesso em: 03 Abr. 2018.

DUARTE, K. T. **Corpo-Setting**: impasse, rupturas e singularidades no Acompanhamento Terapêutico. 2015. 99f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Uberlândia, MG. Disponível em: <http://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/17253/1/Corpo-settingImpassesRupturas.pdf>. Acesso em: 05 Nov. 2017.

EMMELKAMP, P. M. G.; DAVID, D.; BECHERS, T.; MURIS, P.; CUIJPERS, P.; LUTZ, W. et al. Advancing psychotherapy and evidence based psychological interventions. **International Journal of Methods in Psychiatric Research Int. Methods Psychiatr.** Amsterdam, Netherlands, v. 23, n. 1, p. 58-91, 2014. Disponível em: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/mpr.1411/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=www.google.com.br&purchase_site_license=DENIED_PAY_PER_VIEW_DISABLED. Acesso em: 03 de Jun. 2017.

ETCHEGOYEN, H. **Fundamentos da técnica psicanalítica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

FERENCZI, S. **Diário Clínico**. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

FERENCZI, S. A elasticidade da técnica psicanalítica. In: FERENCZI, S. **Obras completas**. São Paulo: Martins Fontes: 1992a. v. 4.

FERENCZI, S. A técnica psicanalítica. In: FERENCZI, S. **Obras completas**. São Paulo: Martins Fontes: 1992b. v. 2.

FERNANDES, T. A. L.; POPOVITZ, J. M. B.; SILVEIRA, J. M. A utilização da terminologia sobre os fatores na análise comportamental clínica. **www.revista perspectivas. Org**. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, v. 4, n. 1, p. 19-31, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pac/v4n1/v4n1a04.pdf>. Acesso em: 15 Jun. 2017.

FISHKIN, R.; FISHKIN, L.; LELI, U.; KATZ, B.; SNYDER, E. Psychodynamic Treatment, Training, and Supervision Using Internet-Based Technologies. **The journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry**. New York, v. 39, n. 1, p. 155-168, march 2011. Disponível em: <http://guilfordjournals.com/doi/pdf/10.1521/jaap.2011.39.1.155#purchase>. Acesso em: 03 Jun. 2017.

FREUD, S. A teoria transformada. In: FREUD, S. **A correspondência completa de Sigmund Freud e Wilhem Fliess: 1887-1904**. R.J: Imago, 1986.

_____. "Um estudo autobiográfico". In: FREUD, S. **Um Estudo Autobiográfico, Inibições, Sintomas e Ansiedade, Análise Leiga e outros trabalhos (1925-1926)**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas. R.J.: Imago, 1996a. v. XX.

_____. Cinco Lições de Psicanálise. In: FREUD, S. **Leonardo da Vinci e outros trabalhos (1910)**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas. RJ.: Imago, 1996b. v. XI.

_____. **Estudos sobre a histeria (1839-1895)**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. RJ: Imago, 1996c. v. II.

_____. "Além do Princípio do Prazer". In: FREUD, S. **Psicologia de Grupos e outros Trabalhos**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas. RJ: Imago: 1996d. v. XVIII.

_____. "Fragmento da análise de um caso de histeria (Caso Dora)". In: FREUD, S. **Um Caso de Histeria, Três Ensaio sobre a Sexualidade e outros trabalhos (1901-1905)**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. RJ: Imago, 1996e. v. VII.

_____. Sobre o narcisismo: uma introdução. In: FREUD, S. **A História do Movimento Psicanalítico, Artigos sobre a Metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916)**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completa. RJ: Imago, 1996f. v. XIV.

_____. Neurose e Psicose. In: FREUD, S. **O Ego e o Id outros trabalhos (1923-1925)**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. RJ: Imago, 1996g. v. XIX.

_____. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (1912). In: FREUD, S. **O caso Schreber, artigos sobre a técnica e outros trabalhos (1911-1913)**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completa. RJ: Imago, 1996h. v. XII.

_____. **Análise Terminável e Interminável (1937)** In: FREUD, S. **Moisés e o Monoteísmo, Esboço de Psicanálise e outros trabalhos (1937-1939)**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. RJ: Imago: 1996i. v. XXIII.

GARBIN, H. B. R.; GUILAM, M. C.R.; NETO, A. F. P. Internet na promoção da saúde: um instrumento para o desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 347-363, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a19.pdf>. Acesso em: 31 Mai. 2017.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ed. São Paulo: Atlas S.A., 2008.

GILLIÉRON, E. **Introdução às Psicoterapias Breves**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

HEDMAN, E.; LJÓTSSON, B.; LINDEFORS, N. Cognitive behavior therapy via the internet: a systematic review of applications, clinical efficacy and cost- effectiveness. **Journal Expert Review of Pharmacoeconomics & outcomes Research**, United Kingdom, v. 12, n. 6, p. 745-764, Jan 2014. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1586/erp.12.67?scroll=top&needAccess=true>. Acesso em: 04 Jun. 2017.

HORVATH, A. O. **Inventory Working Alliance (WAI)**. New York: Wiley. Disponível em: <http://wai.profhorvath.com/history>. Acesso em: 03 Jul. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. 2013. **Acesso à internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal**. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93373.pdf>. Acesso em: 09 Jul. 2017.

_____. 2016. **Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais**. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=351110&idtema=130&search=sao-paulo%7Ccatanduva%7C>. Acesso em: 8 Jul. 2017.

KEZEM, J. Ferenczi e a Psicanálise Contemporânea. **Revista Brasileira de Psicanálise**. São Paulo, v. 44, n. 2, p. 23-28, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbp/v44n2/a04.pdf>. Acesso em: 02 Nov. 2017.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. **Vocabulário de Psicanálise**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LEMGRUBER, V. B. Terapia focal: psicoterapia breve psicodinâmica. In: CORDIOLI, A. V. **Psicoterapias, abordagens atuais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

LÉVY, P. **Cibercultura**. São Paulo: Editora 34, 1999.

MALAN, D. H. (1979). **Psicoterapia individual e a ciência da psicodinâmica**. Trad. Maria Clarissa Juchem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

MELTZER, D. **O processo psicanalítico: da criança ao adulto**. Rio de Janeiro: Imago, 1971.

MIRAGALL, M.; BANÕS, R. M.; CEBOLLA, A.; BOTELLA, C. Working Alliance inventory applied to virtual and augmented reality (WAI-VAR): psychometrics and therapeutic outcomes. **Frontiers in Psychology**, Belgium, v. 6, p. 1-10, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4597032/>. Acesso em: 03 Abr. 2018.

MONDARDO, A. H.; PIOVESAN, L.; MANTOVANI, P. C.; A percepção do paciente quanto ao processo de mudança psicoterápica. **Revista Aletheia**. Canoas, n. 30, p. 158-171, Jul./Dez. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n30/n30a13.pdf>. Acesso em: 15 Jun. 2017.

MOREIRA, L. M.; ESTEVES, C. S. **Revisando a teoria do setting terapêutico**. *www.psicologia.pt*. 2012. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0628.pdf>. Acesso em: 07 Nov. 2017.

NACHT, S. **La Presencia del psicoanalista**. Buenos Aires: Editorial Proteo, 1967.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Cadernos de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 3, 2º sem., 1996.

NIETZSCHE, F. **Crepúsculo dos Ídolos**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

NÓBREGA, S. B. Psicanálise on-line-finalmente saindo do armário? **Revista Estudos Psicanálise**. Belo Horizonte/MG, v. 1, n. 44, p. 145-150, dez. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ep/n44/n44a16.pdf>. Acesso em: 26 Dez 2017.

OLIVEIRA, I. T. Psicoterapia Psicodinâmica Breve: Dos Precusores aos Modelos Atuais. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**. Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo, v. 1, n. 2, p. 9-19, 1999. Disponível em: http://www.mackenzie.br/fileadmin/Editora/Revista_Psicologia/Teoria_e_Pratica_Volume_1_-_Numero_2/art02.PDF. Acesso em: 03 Abr. 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. (2009). **Manual for measuring ICT access and use by households and individuals**. Disponível em: https://www.itu.int/dms_pub/itu-d/opb/ind/D-IND-ITCMEAS-2009-PDF-E.pdf. Acesso em: 03 de Jun. 2017.

PIETA, M. A. M. **Psicoterapia pela internet: a relação terapêutica**. 2014. p. 1-167. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, 2014. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/144025/000942117.pdf?sequence=1>. Acesso em: 04 Jun. 2017.

PRADO, O. Z.; MEYER, S. B. Avaliação da relação terapêutica na terapia assíncrona via internet. **Revista Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 11, n. 2, p. 247-257, Mai./Ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a02>. Acesso em: 15 Jun. 2017.

PROUDFOOT, J.; KLEIN, B.; BARAK, A.; CARLBRING, P.; CUIJPERS, P.; LANGE, A.; RITTERBAND, L.; ANDERSSON, G. Establishing Guidelines for Executing and Reporting Internet Intervention Research. **Journal Cognitive Behaviour Therapy**. United Kingdom, v. 40, n. 2, p. 82-97, 2011. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/16506073.2011.573807>. Acesso em: 09 Jun. 2017.

ROBERT, T.; EIZIRIK, C. L. Transferência. In: EIZIRIK, C. L.; AGUIAR, R. W.; SCHESTATSKY, S. S. **Psicoterapia de Orientação Analítica: Fundamentos teóricos e Clínicos**. 2. ed. Dados Eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2007. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/19532133/psicoterapia-de-orientacao-analitica>. Acesso em: 04 Nov. 2017.

RODRIGUES, C. G. **Aliança Terapêutica na Psicoterapia Breve On-Line**. 2014, 96f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica), Universidade de Brasília-DF. Brasília, 2014. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/16596/1/2014_CarmelitaGomesRodrigues.pdf. Acesso em: 14 Jun. 2017.

RODRIGUES, C. G.; TAVARES, M. A. Psicoterapia *OnLine*: Demanda Crescente e Sugestões para Regulamentação. **Revista Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 21, n.4, p.735-744, Out/Dez. 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/29658>. Acesso em: 04 Abr. 2018.

SIEGMUND, G.; JANZEN, M. R.; GOMES, W.B.; GAUER, G. Aspectos éticos das intervenções psicológicas on-line no Brasil: situação atual e desafios. **Revista Psicologia em Estudo**. Maringá (PR), v. 20, n. 3, p. 437-447, jul/set. 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2871/287145646010/>. Acesso em: 04 Jun. 2017.

SIEGMUND, G.; LISBOA, C. Orientação Psicológica On-Line: Percepção dos profissionais sobre a relação com os clientes. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**. Rio Grande do Sul, v. 35, n. 1, p. 168-181, 2015.

SILVA, A. N.; VASCO, A. B.; WATSON, J. C. Quando o cliente pensa que não sente e sente o que não pensa: Alexitimia e psicoterapia. **Revista Análise Psicológica**. Universidade de Lisboa, v. 31, n.2, p.197-211, Jun 2013.

SILVA, S. S. Resgatando conflitos relativos à sexualidade dos clientes portadores de coronariopatias. 2007. 169f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-07012008-133431/pt-br.php>. Acesso em: 18 Mar. 2018.

SIMON, R. A Psicoterapia no Século XXI: possibilidades, novas perspectivas, desafios. **Revista Mudanças - Psicologia da Saúde**. São Paulo, v. 23, n.2, p.1-6, Jul.-Dez. 2015. Disponível em: <http://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/6696>. Acesso em: 03 Abr. 2018.

SIQUEIRA, C. C. A. **Eficácia das psicoterapias breves psicodinâmicas pela internet, por meio de videoconferência, no tratamento de adultos com Transtorno Depressivo Maior: revisão sistemática segundo modelo da Colaboração Cochrane**. 2016. 244f. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade

de São Paulo, 2016. Disponível em:
<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-20032017-122017/pt-br.php>.
Acesso em: 03 Abr. 2018.

STILES, W. B. Measurement of the Impact of Psychotherapy Sessions. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. Oxford, Ohio, v. 48, p. 176-185, 1980. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/buy/1980-12384-001>. Acesso em: 03 Abr. 2018.

STILES, W. B.; GORDON, L. E.; LANI, J. A. Session Evaluation and the Evaluation Questionnaire. In: TRYON, G. S. (Ed.) **Counseling based on process research: Applying what we know** (p. 3525-343), 2002. Boston, MA: Allyn & Bacon. Disponível em: http://www.users.miamioh.edu/stileswb/session_evaluation_questionnaire.htm. Acesso em: 03 Abr. 2018.

TAUSK, V. Da Gênese do aparelho de influenciar no curso da esquizofrenia. In: TAUSK, V.; KATZ, C. S.; BIRMAN, J. **Tausk e o aparelho de influenciar na psicose**. São Paulo: Escuta, 1990.

ZIMERMAN, D. E. **Manual de técnica Psicanalítica**: uma revisão. Porto Alegre: Artmed, 2004.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PESQUISA

TÍTULO DO PROJETO: Psicoterapia Psicodinâmica Breve Presencial e *On-Line*: a percepção de pacientes

RESPONSÁVEL PELO PROJETO: Fernando Luis Macedo

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Silvia Sidnéia da Silva

Estamos realizando uma pesquisa intitulada “Psicoterapia Psicodinâmica Breve Presencial e *On-Line*: a percepção de pacientes” e, gostaríamos que você participasse. O objetivo central deste estudo será comparar a percepção de pacientes atendidos inicialmente nos moldes da psicoterapia psicodinâmica breve presencial e, posteriormente, por meio da psicoterapia psicodinâmica breve *on-line*, por um único terapeuta.

Participar desta pesquisa é uma opção, e no caso de não aceitar participar ou desistir em qualquer fase da pesquisa fica assegurado que não haverá nenhuma penalidade ou prejuízo a ele(a).

Caso aceite participar deste projeto de pesquisa gostaríamos que soubesse que o presente projeto visa comparar os atendimentos psicológicos *on-line* e atendimentos psicológicos presenciais considerando a melhora do paciente envolvido. Dentre as ações educativas a serem desenvolvidas, pretende-se: compreender a qualidade do atendimento psicoterápico *on-line versus* presencial, isso ajudará no futuro próximo das pessoas, facilitando o atendimento psicológico, pois poderão fazer a terapia em sua própria casa, os custos desta terapia também poderão ser reduzidos pela facilidade do terapeuta de ter um lugar menos oneroso para o seu atendimento e, por fim, o sujeito que aceitar participar desse estudo poderá, caso deseje, continuar a terapia de forma gratuita durante dois meses, sendo uma sessão por semana.

Eu, _____ portador(a) do RG _____ declaro interesse em participar da pesquisa intitulada “Psicoterapia Psicodinâmica Breve Presencial e *On-Line*: a percepção de pacientes, a ser realizada na Clínica de Psicologia do pesquisador, localizada em Catanduva –SP.

Declaro ter recebido as devidas explicações sobre a referida pesquisa e concordo que minha desistência poderá ocorrer em qualquer momento sem que ocorram quaisquer prejuízos físicos, mentais ou acadêmicos. Declaro ainda estar ciente de que minha participação é voluntária e que fui devidamente esclarecido (a) quanto aos objetivos e procedimentos desta pesquisa.

Para participar desta pesquisa deverei:

❖ Responder a um questionário investigativo, formulado e aplicado pelos pesquisadores;

Estou ciente também que:

❖ Minha participação é voluntária;

❖ Posso desistir dessa participação a qualquer momento;

- ❖ Não estou exposto a nenhum dano mental ou físico;
- ❖ Não terei nenhum gasto e não receberei nenhum reembolso financeiro por esta participação;
- ❖ Os resultados poderão ser publicados em eventos científicos.

Sendo assim, eu _____
 RG _____ concordo em participar deste Trabalho de Mestrado
 Educação em Saúde como voluntário (a).
 Nome do Participante: _____
 Data: _____

Este termo de consentimento está sendo assinado em duas vias, uma ficando com o(a) participante atendido(a), que em caso do surgimento de alguma dúvida poderá procurar os pesquisadores nos seguintes telefones ou endereços eletrônicos (e-mail):

Fernando Luis Macedo (17)99618-0768 – (17)30455797
 fernando.casarosada@gmail.com

Ou
 Prof^a. Dr^a. Silvia Sidnéia da Silva (16)991390493
 sssilva@unaerp.br

 Orientadora responsável pela pesquisa
 Prof^a. Dr^a. Silvia Sidnéia da Silva

 Mestrando
 Fernando Luis Macedo

Autorizo,

 Nome do Participante

Data: _____

APÊNDICE B

CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO/SP

Ilma Sr^a

Prof^a Dr^a Luciana Rezende Alves Oliveira

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da UNAERP

Universidade de Ribeirão Preto – Campus Ribeirão Preto

Venho pelo presente encaminhar o Projeto intitulado: “Psicoterapia Psicodinâmica Breve Presencial e *OnLine*: a percepção de pacientes”, tendo como orientadora a Prof^a Dr^a Silvia Sidnéia da Silva, docente do Programa de Mestrado em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, para a apreciação deste comitê.

As atividades serão desenvolvidas em uma Clínica de Psicologia em Catanduva – SP.

Atenciosamente,

Prof^a Dr^a Silvia Sidnéia da Silva

Ribeirão Preto, 20 de Junho de 2017.

APÊNDICE C

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA AO DIRETOR DO INSTITUTO MUNICIPAL DE ENSINO SUPERIOR DE CATANDUVA (IMES)

Ribeirão Preto, 10 de julho de 2017.
Prezado Sra.

Venho por meio desta encaminhar solicitação de apoio ao desenvolvimento do Projeto de Mestrado Profissional em Saúde e Educação do aluno Fernando Luís Macedo, devidamente matriculado no Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu*, da Universidade de Ribeirão Preto-UNAERP. O aluno está iniciando o desenvolvimento de seu projeto intitulado “Psicoterapia Psicodinâmica Breve Presencial e *On-Line*: a percepção de pacientes”, sob minha criteriosa orientação. O objetivo central deste estudo será comparar a percepção de pacientes atendidos inicialmente nos moldes da psicoterapia psicodinâmica breve presencial e, posteriormente, por meio da psicoterapia psicodinâmica breve *on-line*, por um único terapeuta.

Desta forma, solicito a Vossa Senhoria a autorização para coletar informações quanto ao interesse de alunos dessa faculdade de Psicologia em participar do projeto de pesquisa como participantes/pacientes que se submeterão à psicoterapia psicodinâmica breve presencial e, posteriormente *on line*, com um único terapeuta, visando comparar a melhora terapêutica para os envolvidos. A emissão desta autorização será única e empregada, exclusivamente, para registro do projeto na Plataforma Brasil visando à obtenção do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto.

Ratifico que qualquer contato com os participantes, e/ou informações dos mesmos, serão realizadas apenas mediante a obtenção da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisas já citado. Contudo, para que estes órgãos competentes possam dar início às atividades e avaliação do projeto para apreciação ética final, a autorização formal de Vossa Senhoria é documento imprescindível.

Certifico de que as atividades serão rigorosamente orientadas por mim, Prof^a Dr^a Silvia Sidnéia da Silva. Segue *link* para meu *Curriculum vitae* - registro no CNPQ: <http://lattes.cnpq.br/3846397343896366>.

Contando com vossa preciosa colaboração, desde já agradeço a atenção e me coloco à disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,

Prof^a Dr^a Silvia Sidnéia da Silva
Cel: (16) 99139-0493
email: silsidsil14@gmail.com

Prof.^a Maria Lúcia Miranda Chiliga
Diretora IMES
Fone: (17) 3531-2200

APÊNDICE D

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA PARA ATENDIMENTO *ONLINE* AO CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 6ª REGIÃO.

Conselho Regional de Psicologia 6ª Região
Brasília, 18 de Dezembro de 2017.

Cadastro de Sites

Prezado(a) FERNANDO LUIS MACEDO,

Informamos que a sua solicitação de Cadastro do site FERNANDO MACEDO ORIENTAÇÃO PSICOLÓGICA ONLINE (<http://fernandocasarosada.com.br>), realizada em 18/12/2017 às 17:12:03hrs foi cadastrada com sucesso.

Protocolo	806248342
Nome	FERNANDO LUIS MACEDO
Nome do Site	FERNANDO MACEDO ORIENTAÇÃO PSICOLÓGICA ONLINE
URL do Site	http://fernandocasarosada.com.br
Tipo de Solicitação	Cadastro
Data solicitação	18/12/2017 às 17:12:03hrs

Informações: • selo@pol.org.br

ANEXO 1

INVENTÁRIO DE ALIANÇA TERAPÊUTICA (WORKING ALLIANCE INVENTORY – WAI-C)

44

ANEXO 1

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

Versão autorizada para Língua Portuguesa: Paulo Machado e Cristiano Nabuco de Abreu.

Versão Cliente

1. Sinto-me desconfortável com o (a) terapeuta. (as opções são as mesmas para todas as perguntas).

Nunca()
Raramente()
Ocasionalmente()
Às vezes()
Frequentemente()
Muito Frequentemente()
Sempre()

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

Nunca()
Raramente()
Ocasionalmente()
Às vezes()
Frequentemente()
Muito Frequentemente()
Sempre()

3. Estou preocupado(a) com o resultado dessas sessões.

Nunca()
Raramente()
Ocasionalmente()
Às vezes()
Frequentemente()
Muito Frequentemente()
Sempre()

4. O que eu faço na terapia permite-me ver o meu problema de novas formas.

Nunca()
Raramente()
Ocasionalmente()
Às vezes()
Frequentemente()
Muito Frequentemente()
Sempre()



5. Eu o(a) meu(a) terapeuta compreendemo-nos mutuamente.

Nunca()
Raramente()
Ocasionalmente()
Às vezes()
Frequentemente()
Muito Frequentemente()
Sempre()

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

Nunca()
Raramente()
Ocasionalmente()
Às vezes()
Frequentemente()
Muito Frequentemente()
Sempre()

7. Acho confuso o que estou fazendo em terapia.

Nunca()
Raramente()
Ocasionalmente()
Às vezes()
Frequentemente()
Muito Frequentemente()
Sempre()

8. Acho que o(a) meu(a) terapeuta gosta de mim.

Nunca()
Raramente()
Ocasionalmente()
Às vezes()
Frequentemente()
Muito Frequentemente()
Sempre()

9. Gostaria que o(a) meu(a) terapeuta e eu pudéssemos deixar claro a finalidade das nossas sessões.

Nunca()
Raramente()
Ocasionalmente()
Às vezes()
Frequentemente()
Muito Frequentemente()
Sempre()



10. Discordo do meu(a) terapeuta acerca dos objetivos da terapia.

Nunca()
Raramente()
Ocasionalmente()
Às vezes()
Frequentemente()
Muito Frequentemente()
Sempre()

11. Acredito que o tempo que passo com o(a) meu(a) terapeuta não é utilizado de um modo eficaz.

Nunca()
Raramente()
Ocasionalmente()
Às vezes()
Frequentemente()
Muito Frequentemente()
Sempre()

12. O(a) meu(a) terapeuta não percebe aquilo que tenho conseguir com a terapia.

Nunca()
Raramente()
Ocasionalmente()
Às vezes()
Frequentemente()
Muito Frequentemente()
Sempre()

13. Está claro para mim quais as minhas responsabilidades na terapia.

Nunca()
Raramente()
Ocasionalmente()
Às vezes()
Frequentemente()
Muito Frequentemente()
Sempre()

14. Os objetivos destas sessões são importantes para mim.

Nunca()
Raramente()
Ocasionalmente()
Às vezes()
Frequentemente()
Muito Frequentemente()
Sempre()



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

Nunca()
Raramente()
Ocasionalmente()
Às vezes()
Frequentemente()
Muito Frequentemente()
Sempre()

16. Sinto que aquilo que faço em terapia me ajudará a atingir as mudanças que desejo.

Nunca()
Raramente()
Ocasionalmente()
Às vezes()
Frequentemente()
Muito Frequentemente()
Sempre()

17. Acredito que meu(a) terapeuta está genuinamente preocupado com o meu bem-estar.

Nunca()
Raramente()
Ocasionalmente()
Às vezes()
Frequentemente()
Muito Frequentemente()
Sempre()

18. Está claro para mim que o(a) meu(a) terapeuta quer que eu faça nestas sessões.

Nunca()
Raramente()
Ocasionalmente()
Às vezes()
Frequentemente()
Muito Frequentemente()
Sempre()

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

Nunca()
Raramente()
Ocasionalmente()
Às vezes()
Frequentemente()
Muito Frequentemente()
Sempre()



20. Sinto que o(a) meu(a) terapeuta não é totalmente honesto(a) acerca daquilo que sente em relação a mim.

Nunca()
Raramente()
Ocasionalmente()
Às vezes()
Frequentemente()
Muito Frequentemente()
Sempre()

21. Tenho confiança na capacidade de meu(a) terapeuta para me ajudar.

Nunca()
Raramente()
Ocasionalmente()
Às vezes()
Frequentemente()
Muito Frequentemente()
Sempre()

22. O(a) meu(a) terapeuta e eu trabalhamos para alcançar objetivos que foram mutuamente acordados.

Nunca()
Raramente()
Ocasionalmente()
Às vezes()
Frequentemente()
Muito Frequentemente()
Sempre()

23. Sinto que o(a) meu(a) terapeuta me aprecia.

Nunca()
Raramente()
Ocasionalmente()
Às vezes()
Frequentemente()
Muito Frequentemente()
Sempre()

24. Estamos de acordo acerca daquilo em que é importante eu trabalhar.

Nunca()
Raramente()
Ocasionalmente()
Às vezes()
Frequentemente()
Muito Frequentemente()
Sempre()



25. Como resultados destas sessões torna-se mais claro para mim como será possível eu mudar.

Nunca()
Raramente()
Ocasionalmente()
Às vezes()
Frequentemente()
Muito Frequentemente()
Sempre()

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

Nunca()
Raramente()
Ocasionalmente()
Às vezes()
Frequentemente()
Muito Frequentemente()
Sempre()

27. O(a) meu(a) terapeuta e eu temos ideias diferentes acerca de quais são os meus problemas.

Nunca()
Raramente()
Ocasionalmente()
Às vezes()
Frequentemente()
Muito Frequentemente()
Sempre()

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

Nunca()
Raramente()
Ocasionalmente()
Às vezes()
Frequentemente()
Muito Frequentemente()
Sempre()

29. Sinto que se disser ou fizer algo errado, o(a) meu(a) terapeuta deixará de trabalhar comigo.

Nunca()
Raramente()
Ocasionalmente()
Às vezes()
Frequentemente()
Muito Frequentemente()
Sempre()



30. O(a) meu(a) terapeuta e eu colaboramos na definição dos objetivos da minha terapia.

Nunca()
Raramente()
Ocasionalmente()
Às vezes()
Frequentemente()
Muito Frequentemente()
Sempre()

31. Estou Frustrado(a) com as coisas que faço em terapia.

Nunca()
Raramente()
Ocasionalmente()
Às vezes()
Frequentemente()
Muito Frequentemente()
Sempre()

32. Estabelecemos um bom entendimento quanto à mudanças que seriam boas para mim.

Nunca()
Raramente()
Ocasionalmente()
Às vezes()
Frequentemente()
Muito Frequentemente()
Sempre()

33. As coisas que o(a) meu(a) terapeuta me pede para fazer não fazem sentido.

Nunca()
Raramente()
Ocasionalmente()
Às vezes()
Frequentemente()
Muito Frequentemente()
Sempre()

34. Não sei o que esperar como resultado da minha terapia.

Nunca()
Raramente()
Ocasionalmente()
Às vezes()
Frequentemente()
Muito Frequentemente()
Sempre()



35. Acredito que o modo como estamos trabalhando com o meu problema é correto.

Nunca()
Raramente()
Ocasionalmente()
Às vezes()
Frequentemente()
Muito Frequentemente()
Sempre()

36. Sinto que o(a) meu(a) terapeuta se preocupa comigo mesmo quando faço coisas que não aprova.

Nunca()
Raramente()
Ocasionalmente()
Às vezes()
Frequentemente()
Muito Frequentemente()
Sempre()



ANEXO 2

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO (SESSION EVALUATION QUESTIONNAIRE)

52

ANEXO 2

(Session Evaluation Questionnaire – SEQ)

- Questionário de Avaliação de Sessão: 1ª parte

Por favor, marque X em cada linha na frente do número que mostra como você se sente em relação a esta sessão. Verifique o número que corresponde mais fielmente ao que você sente. Observe o que cada número representa:

- 1 – Extremamente
- 2 – Muito
- 3 – Um pouco
- 4 – Nem um nem outro
- 5 – Um pouco
- 6 – Muito
- 7 – Extremamente

Esta sessão foi: Boa 1---2---3---4---5---6---7--- Ruim
 Esta sessão foi: Tranquila 1---2---3---4---5---6---7--- Perigosa
 Esta sessão foi: Fácil 1---2---3---4---5---6---7--- Difícil
 Esta sessão foi: Valiosa 1---2---3---4---5---6---7--- Sem-valor
 Esta sessão foi: Profunda 1---2---3---4---5---6---7--- Superficial
 Esta sessão foi: Excitante 1---2---3---4---5---6---7--- Calma
 Esta sessão foi: Agradável 1---2---3---4---5---6---7--- Desagradável
 Esta sessão foi: Cheia 1---2---3---4---5---6---7--- Vazia
 Esta sessão foi: Lenta 1---2---3---4---5---6---7--- Rápida
 Esta sessão foi: Especial 1---2---3---4---5---6---7--- Comum
 Esta sessão foi: Suave 1---2---3---4---5---6---7--- Áspera

- Questionário de Avaliação de Sessão: 2 parte

Por favor, marque X em cada linha na frente do número que mostra como você se sente em relação a esta sessão. Verifique o número que corresponde mais fielmente ao que você sente. Observe o que cada número representa:

- 1 – Extremamente
- 2 – Muito
- 3 – Um pouco
- 4 – Nem um nem outro
- 5 – Um pouco
- 6 – Muito
- 7 – Extremamente

Agora eu me sinto: Feliz 1---2---3---4---5---6---7--- Infeliz
 Agora eu me sinto: Amável 1---2---3---4---5---6---7--- Com Raiva
 Agora eu me sinto: Confiante 1---2---3---4---5---6---7--- Amedrontado
 Agora eu me sinto: Confuso 1---2---3---4---5---6---7--- Seguro
 Agora eu me sinto: Envolvido 1---2---3---4---5---6---7--- Desligado
 Agora eu me sinto: Bonito 1---2---3---4---5---6---7--- Feio
 Agora eu me sinto: Poderoso 1---2---3---4---5---6---7--- Imponente
 Agora eu me sinto: Relaxado 1---2---3---4---5---6---7--- Tenso
 Agora eu me sinto: Amigável 1---2---3---4---5---6---7--- Não-Amigável
 Agora eu me sinto: Forte 1---2---3---4---5---6---7--- Fraco
 Agora eu me sinto: Inteligente 1---2---3---4---5---6---7--- Estúpido

ANEXO 3

RESOLUÇÃO CFP N° 011/ 2012

Regulamenta os serviços psicológicos realizados por meios tecnológicos de comunicação a distância, o atendimento psicoterapêutico em caráter experimental e revoga a Resolução CFP N.º 12/2005 O CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, no uso de suas atribuições legais previstas na Lei nº 5.766/71; CONSIDERANDO que, de acordo com o Código de Ética Profissional da(o) psicóloga(o), é dever da(o) psicóloga(o) prestar serviços psicológicos de qualidade, em condições de trabalho dignas e apropriadas à natureza desses serviços, utilizando princípios, conhecimentos e técnicas reconhecidamente fundamentados na ciência psicológica, na ética e na legislação profissional; CONSIDERANDO que, de acordo com o Código de Ética Profissional da(o) psicóloga(o), é dever da(o) psicóloga(o) respeitar o sigilo profissional a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas, dos grupos ou das organizações a que tenha acesso no exercício profissional; CONSIDERANDO o disposto no Código de Ética Profissional da(o) psicóloga(o) sobre a realização de estudos e pesquisas no âmbito da Psicologia e as resoluções vigentes que disponham, respectivamente, sobre critérios para divulgação, publicidade e exercício profissional da(o) psicóloga(o), associados a práticas que não estejam de acordo com os critérios científicos estabelecidos no campo da Psicologia e sobre a realização de pesquisas com métodos e técnicas não reconhecidas pela Psicologia; CONSIDERANDO o princípio fundamental do Código de Ética Profissional da(o) psicóloga(o) que determina que a(o) psicóloga(o) atuará com responsabilidade, por meio do contínuo aprimoramento profissional, contribuindo para o desenvolvimento da Psicologia como campo científico de conhecimento e de prática; CONSIDERANDO os encaminhamentos dos Congressos Nacionais de Psicologia – CNPs – a respeito da necessidade de que o Sistema Conselhos de Psicologia deva continuar a aprimorar a validação de sites que possam prestar serviços psicológicos pela internet, de acordo com a legislação vigente, ainda que em nível de pesquisa; CONSIDERANDO a importância de atestar para a sociedade os serviços psicológicos que possuam respaldo técnico e ético; CONSIDERANDO que os meios tecnológicos de comunicação e informação são entendidos como sendo todas as mediações computacionais com acesso à internet, por meio de televisão a cabo, aparelhos telefônicos, aparelhos conjugados ou híbridos, ou qualquer outro modo de interação que possa vir a ser implementado; CONSIDERANDO a decisão deste Plenário em 15 de junho de 2012; RESOLVE: CAPÍTULO I- DOS SERVIÇOS PSICOLÓGICOS REALIZADOS POR MEIOS TECNOLÓGICOS DE COMUNICAÇÃO A

DISTÂNCIA Art. 1o . São reconhecidos os seguintes serviços psicológicos realizados por meios tecnológicos de comunicação a distância desde que pontuais, informativos, focados no tema proposto e que não firam o disposto no Código de Ética Profissional da(o) psicóloga(o) e esta Resolução: I. As Orientações Psicológicas de diferentes tipos, entendendo-se por orientação o atendimento realizado em até 20 encontros ou contatos virtuais, síncronos ou assíncronos; II. Os processos prévios de Seleção de Pessoal; III. A Aplicação de Testes devidamente regulamentados por resolução pertinente; IV. A Supervisão do trabalho de psicólogos, realizada de forma eventual ou complementar ao processo de sua formação profissional presencial; V. O Atendimento Eventual de clientes em trânsito e/ou de clientes que momentaneamente se encontrem impossibilitados de comparecer ao atendimento presencial. Parágrafo Único: Em quaisquer modalidades destes serviços a(o) psicóloga(o) está obrigada(o) a especificar quais são os recursos tecnológicos utilizados para garantir o sigilo das informações e esclarecer o cliente sobre isso. Art. 2º. Quando os serviços psicológicos referentes à presente resolução forem prestados regularmente pelo profissional, este está obrigado à realização de cadastramento desses serviços no Conselho Regional de Psicologia no qual está inscrito. Para realizar este cadastro o profissional deverá manter site exclusivo para a oferta dos serviços psicológicos na internet com registro de domínio próprio mantido no Brasil e de acordo com a legislação brasileira para este fim. Obriga-se, no site, a: I. Especificar o nome e o número do registro da(o) psicóloga(o) Responsável Técnica(o) pelo atendimento oferecido, bem como de todos os psicólogos que forem prestar serviço por meio do site; II. Informar o número máximo de sessões permitidas de acordo com esta resolução; III. Manter links na página principal para: o Código de Ética Profissional da(o) psicóloga(o); esta resolução; o site do Conselho Regional de Psicologia no qual a(o) psicóloga(o) está inscrita(o); o site do Conselho Federal de Psicologia no qual consta o cadastro do site. Art. 3º. O site a ser cadastrado não poderá conter links para nenhum outro site, exceto os links referidos nesta resolução. Art. 4º. O atendimento às crianças, adolescentes e interditos realizados por meios tecnológicos de comunicação a distância deverá obedecer aos critérios do Estatuto da Criança e do Adolescente, ao Código de Ética da(o) psicóloga(o) e aos dispositivos legais cabíveis. Art. 5º. A permissão de funcionamento do site mediante cadastro terá a duração de 3 (três) anos renováveis por igual período, entretanto, a(o) psicóloga(o) está obrigada(o) a comunicar ao seu Conselho Regional sempre que houver qualquer alteração de conteúdo no site que oferece os serviços. Art. 6º. A partir do recebimento da solicitação de um cadastro, o Conselho Regional de Psicologia terá 60 dias para proceder à análise do processo e emitir parecer sobre o mesmo. Parágrafo Único: Após a comunicação ao requerente sobre a decisão da Plenária do Conselho Regional de Psicologia, aquele poderá apresentar recurso ao Conselho Federal de Psicologia no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data da emissão

do parecer no sistema de cadastramento específico para análise dos sites. Art. 7º. Caso o Sistema Conselhos de Psicologia identifique, a qualquer tempo, irregularidades na atuação profissional ou no site que firam o disposto nesta Resolução, no Código de Ética Profissional da(o) psicóloga(o) e na legislação profissional vigente, o profissional responsável pelo site será notificado e orientado quanto às adequações a serem realizadas. A(o) psicóloga(o) deverá dar conhecimento ao seu Conselho Regional das adequações atendidas, no prazo estabelecido pelo Conselho Regional. Se as modificações solicitadas não forem realizadas e devidamente comunicadas ao CRP, a(o) psicóloga(o) perderá o cadastro do site. Art. 8º. Será considerada falta ética, conforme o disposto no Código de Ética Profissional da(o) psicóloga(o), o profissional que mantiver serviços psicológicos regulares por meios tecnológicos de comunicação a distância, sem o cadastramento do site no Conselho Regional de Psicologia.

CAPÍTULO II - DO ATENDIMENTO PSICOTERAPÊUTICO EM CARÁTER EXPERIMENTAL REALIZADO POR MEIOS TECNOLÓGICOS DE COMUNICAÇÃO A DISTÂNCIA

Art. 9º. O Atendimento Psicoterapêutico realizado por meios tecnológicos de comunicação a distância pode ser utilizado em caráter exclusivamente experimental, desde que sejam garantidas as seguintes condições: I - Apresentar certificado de aprovação do protocolo em Comitê de Ética em Pesquisa, conforme os critérios do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. II – Respeitar o Código de Ética Profissional da(o) psicóloga(o); III– É vedado ao participante pesquisado, individual ou coletivamente, receber qualquer forma de remuneração ou pagamento; IV- A(o) psicóloga(o) deve se comprometer a especificar quais são os recursos tecnológicos utilizados no seu trabalho e buscar garantir o sigilo das informações; V - As informações acima citadas deverão constar de forma visível e com fácil acesso no site que realiza a pesquisa.

Parágrafo Único: Nos casos de atendimentos psicoterapêuticos em caráter experimental, o número de sessões corresponderá ao que estiver estabelecido no protocolo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Art. 10. O reconhecimento da validade dos resultados das pesquisas em atendimento psicoterapêutico realizadas por meios tecnológicos de comunicação a distância depende da ampla divulgação dos resultados e do reconhecimento da comunidade científica e não apenas da conclusão de pesquisas isoladas. Art. 11. As disposições constantes na presente Resolução são válidas para todas as formas de atendimentos psicoterapêuticos realizados por meios tecnológicos de comunicação a distância, independentemente de sua nomenclatura, como psicoterapia pela Internet, ou quaisquer outros termos que designem abordagem psicoterapêutica online, pela Internet, já existentes ou que venham a ser utilizadas. Art. 12. As pesquisas sobre atendimentos psicoterapêuticos realizadas por meios tecnológicos de comunicação a distância deverão seguir os mesmos procedimentos de cadastramento dos demais serviços regulamentados nesta resolução. Art. 13. Orientações sobre o processo de cadastramento dos sites constam

no Anexo I desta Resolução, no Manual Sobre o Cadastramento de Sites. Parágrafo Único – O Anexo de que trata o caput deste Artigo é parte integrante desta Resolução. Art. 14. Ficam revogadas as disposições em contrário, em especial a Resolução CFP n.º 012/2005. Art. 15. Esta Resolução entra em vigor 180 dias após a data de sua publicação.

Brasília (DF), 21 de junho de 2012.

HUMBERTO COTA VERONA
Conselheiro-Presidente

ANEXO 4

AUTORIZAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO

UNAERP - UNIVERSIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PSICOTERAPIA PSICODINÂMICA BREVE PRESENCIAL E ON-LINE: A PERCEPÇÃO DE PACIENTES

Pesquisador: Silvia Sidnéia da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 75005717.3.0000.5498

Instituição Proponente: Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.382.759

Apresentação do Projeto:

Nas últimas décadas as várias modalidades de atividades via internet vêm crescendo de forma exponencial e a psicoterapia on-line caminha na mesma direção, não podendo desconsiderar essa forma de trabalho como um facilitador para as pessoas no mundo contemporâneo. No Brasil, a psicoterapia pela internet é permitida somente em caráter experimental, como forma de pesquisa, de acordo com a Resolução 012/2005 do Conselho Federal de Psicologia, que regulamenta os serviços psicológicos mediados por computador, enquanto em países como Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Austrália e Alemanha há permissão da psicoterapia on-line. A Aliança terapêutica é uma das questões mais importantes a serem observadas nesse trabalho, pois a formação de vínculo se dá através dela. O objetivo deste estudo será comparar a percepção de pacientes que

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6895 **Fax:** (16)3603-6815 **E-mail:** cetica@unaerp.br

UNAERP - UNIVERSIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO



Continuação do Parecer: 2.382.759

farão atendimentos de psicoterapia psicodinâmica breve presencial e via on-line por um único terapeuta. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, com caráter exploratório e comparativo, com metodologia clínica de abordagem prospectiva. Os dados serão analisados a partir da percepção dos pacientes por meio da comparação dos resultados obtidos nos instrumentos. Esses atendimentos serão sistemáticos e respectivos, as sessões serão diárias presenciais, em um total de seis dias consecutivos, exceto aos domingos, e seis via on-line também um atendimento por dia. Os atendimentos terão duração entre 40 a 50 minutos cada sessão. Em ambos os momentos, os dados referentes à percepção dos pacientes sobre o atendimento de psicoterapia psicodinâmica breve presencial versus on-line serão aplicados o Inventário de Aliança Terapêutica (Working Alliance Inventory) com questões referentes à relação terapêutica, e o Questionário de Avaliação de Sessão (Session Evaluation Questionnaire). O WAI-C será aplicado em dois momentos: primeiramente, logo após o término das 6 primeiras sessões presenciais e, posteriormente, após o término das 6 sessões on-line. Diferentemente do WAI-C, o SEQ será aplicado logo após o término de cada sessão psicoterapêutica, tanto nas situações presenciais quanto on-line. Espera-se apreender a percepção dos pacientes com relação à psicoterapia psicodinâmica breve presencial e via on-line assistido por um único terapeuta.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Comparar a percepção de pacientes atendidos inicialmente nos moldes da psicoterapia psicodinâmica breve

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6895 **Fax:** (16)3603-6815 **E-mail:** cetica@unaerp.br

UNAERP - UNIVERSIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO



Continuação do Parecer: 2.382.759

presencial e, posteriormente, por meio da psicoterapia psicodinâmica breve on-line, por um único terapeuta.

Objetivo Secundário:

Avaliar a percepção dos pacientes na relação terapêutica quanto aos subitens tarefas, objetivos e vínculos entre atendimento psicoterápico psicodinâmico breve presencial e on-line. Avaliar as vantagens e desvantagens entre atendimento psicoterápico psicodinâmico breve presencial versus on-line à luz do paciente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos envolvidos na pesquisa serão os mínimos, com preservação do anonimato e atendimento ao aspecto ético descrito na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Ética e Pesquisa.

Benefícios:

O estudo poderá contribuir no sentido de subsidiar bases científicas ou suscitar novos estudos que respaldem e validem a realização da psicoterapia psicodinâmica breve nas modalidades on line, com qualidade ética e terapêutica, por meio do uso de recursos tecnológicos para alcance de melhor qualidade de vida para pessoas que têm dificuldades, por exemplo, o tempo escasso tão característico da vida moderna.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O tema apresenta relevância, pois a era digital é uma realidade incontornável na vida contemporânea, de modo que é preciso investigar as experiências no mundo on-line, incluindo áreas de caráter peculiar como a psicoterapia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Alguns termos não foram apresentados.

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3603-6895 **Fax:** (16)3603-6815 **E-mail:** cetica@unaerp.br

UNAERP - UNIVERSIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO



Continuação do Parecer: 2.382.759

Recomendações:

Apresentar como foi calculado o tamanho da amostra.

Informar RG dos pesquisadores.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram enviadas e obedecem a Resolução 466/12 do CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de pesquisa aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_980141.pdf	21/10/2017 20:13:13		Aceito
Outros	RespostapendenciaFernandoMacedoCEP.doc	21/10/2017 20:12:48	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMOCONSENTIMENTOLIVREESCLARECIDOalterado.docx	21/10/2017 20:00:07	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTOFERNANDO.docx	18/08/2017 16:18:44	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Cronograma	cronogramaatividades.docx	18/08/2017 16:12:54	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPesquisaFernandoMacedoparaCEP.doc	16/08/2017 11:37:47	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Outros	QUESTIONARIOAVALIACAOANEXO2.jpg	16/08/2017 11:35:59	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Outros	inventarioaliancaanexo1.pdf	16/08/2017 11:35:30	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Orçamento	PLANILHAORCAMENTOAPENDICE.pdf	16/08/2017 11:34:46	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SOLICITACAOeAUTORIZACAOFACULDADEAPENDICEC.pdf	16/08/2017 11:34:27	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6895 **Fax:** (16)3603-6815 **E-mail:** cetica@unaerp.br

UNAERP - UNIVERSIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO



Continuação do Parecer: 2.382.759

RIBEIRAO PRETO, 15 de Novembro de 2017

Assinado por:
Luciana Rezende Alves de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6895 **Fax:** (16)3603-6815 **E-mail:** cetica@unaerp.br