



LSPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**IMPACTO DAS ATITUDES DE TERAPEUTAS E
CLIENTES NA SATISFAÇÃO
COM A TERAPIA POR VIDEOCONFERÊNCIA**

Filipa Alexandra Ferrão Pires

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR DAVID DIAS NETO

Professor de Seminário de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR DAVID DIAS NETO

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2021

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professor Doutor David Dias Neto, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

Ao fim de cinco anos de aprendizagem, concluo este capítulo cheio de emoções, superações e, até mesmo revelações. Sucede-se assim, um final, ao qual depositei todo o meu esforço e entrega e, que se tornou possível pelo percurso académico que tive, repleto de pessoas incríveis que me conduziram até aqui.

Por isso, quero agradecer ao Professor Doutor David Neto, pela orientação, dedicação e, sobretudo, pela disponibilidade que sempre demonstrou ao longo deste ano, perante todas as minhas questões e inseguranças.

Aos meus pais (e família), quero agradecer por terem tornado possível o meu percurso académico. Por me apoiarem e acompanharem em todas as fases da minha vida e, fazerem de mim a pessoa esforçada e realizada que sou hoje.

Ao meu namorado, Anton, por acreditar sempre em mim e nas minhas capacidades e incentivar a que me supere todos os dias e realize os meus sonhos. O meu pilar nos últimos anos, demonstrando sempre amor, dedicação e resiliência todos os dias.

Aos meus amigos quero agradecer o apoio incondicional que me deram nesta fase importante da minha vida, assim como em tudo o que faço, a sua presença é sentida. Quero agradecer também, à minha amiga e colega Joana, pelo facto de a ter conhecido na faculdade e, ter a certeza que a levarei para a vida, agradeço a disponibilidade e apoio que me dá em qualquer etapa, seja académica ou não.

Quero também deixar um agradecimento especial aos psicólogos que acederam ao meu pedido e aceitaram participar neste estudo. Sem eles, este estudo não se teria concretizado. Estou-vos grata pela atenção e tempo disponibilizado.

Por fim, tenho um sentimento enorme de gratidão, por todas as pessoas que se cruzaram comigo neste percurso e, que de uma maneira ou de outra, contribuíram para que conseguisse chegar até aqui. É com muito esforço, orgulho e dedicação, que encerro esta etapa da minha vida.

*“Quem olha para fora sonha,
quem olha para dentro desperta.”*

Carl Jung

RESUMO

Problema. A procura por terapias à distância via videoconferência tem aumentado nos últimos meses, no entanto, a literatura desta temática ainda é escassa. De forma, a promover a boa prática clínica, é importante compreender as potencialidades e os limites desta modalidade e quais as atitudes que, terapeutas e clientes, detêm sobre a mesma. *Objetivo.* O presente estudo visa compreender o impacto que as atitudes, de terapeutas e clientes, têm na satisfação com a terapia à distância por videoconferência, e de que forma é que a aliança terapêutica pode moderar esta relação. *Método.* Utilizou-se uma amostra composta por 54 clientes e 8 psicoterapeutas. Foram aplicadas medidas de autorrelato referentes às suas atitudes, aliança terapêutica, satisfação e despiste de sintomas psicopatológicos. *Resultados.* As atitudes de valor do aconselhamento online dos clientes associam-se com a aliança terapêutica, o modelo de regressão explica 13.3% da variação. No entanto, as atitudes dos clientes não foram preditores da sua satisfação com a terapia por videoconferência e, não variam em função das atitudes dos terapeutas. *Discussão.* Os resultados destacam a importância da aliança terapêutica na terapia por videoconferência e no seu resultado terapêutico, nomeadamente, na satisfação do cliente com a terapia.

Palavras-chave: Terapia à Distância, Intervenção Psicológica Online, Atitudes, Aliança Terapêutica.

ABSTRACT

Problem. The search for distance therapies via videoconference has proliferated in the recent months, however, the literature of this topic is still insufficient. To promote good clinical practice, it is important to understand the potential and limits of this modality and what are the attitudes that therapists and clients hold about it. *Objective.* This study aims to understand the impact that the attitudes of therapists and patients have on satisfaction with distance therapy, by videoconference, and how the therapeutic alliance can moderate this relationship. *Method.* For this purpose, a sample consisting of 8 psychotherapists and 54 clients was used. To which, self-report measures were applied regarding their attitudes, therapeutic alliance, satisfaction, and screening for psychopathological symptoms. *Results.* Clients' online counseling value attitudes are associated with a therapeutic alliance, the regression model explains 13.3% of the variation. However, clients' attitudes were not predictors of their satisfaction with videoconferencing therapy and did not vary depending on the therapists' attitudes. *Discussion.* The results highlight the importance of the therapeutic alliance in videoconference therapy and its therapeutic outcome, namely, in customer satisfaction with the therapy.

Keywords: Distance Therapy, Online Psychological Intervention, Attitudes, Therapeutic Alliance.

Índice

Introdução.....	1
Revisão de Literatura.....	3
Terapia à distância por videoconferência.....	5
A Aliança Terapêutica na Terapia por Videoconferência.....	7
Atitudes face à Terapia por Videoconferência.....	9
O Presente Estudo.....	13
Método.....	14
Participantes.....	14
Instrumentos.....	16
Procedimento.....	18
Análise de Dados.....	19
Resultados.....	19
Descrição da amostra.....	20
Identificar os determinantes sociodemográficos das atitudes dos clientes face à terapia por videoconferência.....	21
Avaliar em terapeutas e clientes, a associação entre as atitudes e a satisfação com a terapia dos clientes.....	25
Identificar se existe uma relação entre a aliança terapêutica, as atitudes dos clientes e a satisfação com a terapia.....	26
Estudar se a aliança terapêutica modera a relação entre as atitudes e a satisfação dos clientes.....	27
Discussão.....	29
Referências Bibliográficas.....	34
ANEXOS.....	41
Anexo A – Correlação de Pearson das Escalas.....	42
Anexo B - Consentimento Informado do Cliente.....	43
Anexo C - Consentimento Informado do Terapeuta.....	44
Anexo D - Questionário Sociodemográfico Do Cliente.....	45
Anexo E - Questionário Sociodemográfico Do Terapeuta.....	46
Anexo F – E-mail de Recrutamento do Cliente.....	48
Anexo G – E-mail de Recrutamento do Terapeuta.....	49

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização da amostra de clientes.....	15
Tabela 2 - Médias, Desvio padrão e Ranges das Escalas	20
Tabela 3 - Correlação de Pearson das variáveis sociodemográficas e atitudes dos clientes	21
Tabela 4 - Comparação de médias entre as atitudes dos clientes e o género	22
Tabela 5 - Comparação de médias entre as atitudes dos clientes e forma como iniciou a terapia	22
Tabela 6 - Comparação de médias entre as atitudes dos clientes e regime em que recebe a terapia.....	23
Tabela 7 - Comparação de médias entre as atitudes dos clientes e estado civil	24
Tabela 8 - Comparação de médias entre as atitudes dos clientes e habilitações literárias	25
Tabela 9 - Resultados do Modelo de Moderação das Atitudes de valor dos clientes.....	27
Tabela 10 - Resultados do Modelo de Moderação das Atitudes de desconforto dos clientes	28

Índice de Figuras

Figura 1. Modelo de Moderação das Atitudes de Valor	27
Figura 2. Modelo de Moderação das Atitudes de Desconforto	28

Introdução

As novas tecnologias, nomeadamente a Internet, têm vindo a modificar o modo como as pessoas hoje em dia procuram informação e, sobretudo, facilitam a sua comunicação. A Internet transcende o espaço e o tempo. A interação humana, já não se atinge apenas através da presença física, com a evolução tecnológica, surge um novo contexto de interação que integra um conjunto de técnicas, práticas, atitudes e modos de pensamento, estamos perante a cibercultura (Lévy, 1999).

Todos os anos aumenta o número de indivíduos que globalmente acede à internet. Em Portugal, tem-se observado o crescimento na percentagem de agregados familiares que dispõem de acesso à Internet. Se em 2002, a percentagem era de 15.1%, em 2020, esta corresponde a 84.5% (PORDATA, 2020). Hoje em dia, comunicar pela Internet é algo cada vez mais natural para as pessoas. Igualmente, o acesso à informação é agora mais simples, e com este, observou-se um aumento na procura e divulgação de vários serviços online, abrangendo profissionais de saúde, como os psicólogos (Magalhães et al., 2019).

No que concerne as perturbações de saúde mental, estão também cada vez mais difundidas e constituem uma das causas principais de deficiência (Whiteford et al., 2010), encontrando-se ainda associadas a baixa qualidade de vida e aumento do risco de desenvolver condições físicas crónicas (Saarni et al., 2007). O fardo económico que acarreta, remete para perdas de produtividade e custos sociais substanciais. Contudo, são menos de metade os indivíduos que são detetados e recebem ajuda profissional (Smit, et al., 2006). A intervenção terapêutica à distância apresenta-se assim, como uma possibilidade de aumento do acesso à saúde mental, trazendo benefícios a nível de acessibilidade e disseminação, maior flexibilidade e adaptação da terapia (Mendes-Santos, et al., 2020).

As terapias à distância através de aparelhos eletrónicos existem quase desde que o progresso tecnológico o permitiu, no entanto, a implementação desta prática tem sido lenta, apesar da crescente evidência científica e do valor positivo que possa oferecer à psicoterapia (Wind et al., 2020). Tendo como base, preocupações que se levantam pelos usuários, profissionais de saúde e organizações de saúde pública. As barreiras identificadas prendem-se por receios a nível das alterações que possa originar na relação terapêutica, a redução da interação não-verbal, manutenção da confidencialidade, a possibilidade de responder adequadamente a situações de risco e o cumprimento dos cuidados éticos e legais (Barak et al., 2008).

Ainda que a evidência científica sugira que os pacientes beneficiam e experienciam positivamente a terapia à distância por videoconferência, a percepção dos terapeutas comparativamente à terapia face-a-face, é de uma menor aliança terapêutica (Rees & Stone, 2005). A relutância na sua prática, também é comum entre vários clínicos, que sugerem dificuldades em conseguir comunicar a sua empatia ou construir uma aliança terapêutica (Roesler, 2017), ou, até mesmo, a nível de questões técnicas, literacia insuficiente sobre a internet e questões de confidencialidade e éticas (Topooco et al., 2017). Outra questão que se levanta, advém da crença de que as terapias online são menos eficazes que as terapias face-a-face (Topooco et al., 2017), o que sugere fragilidades a nível da aliança terapêutica e atitudes menos positivas face à intervenção terapêutica à distância.

Não obstante, devido à pandemia COVID-19, foi necessário recorrer a novas medidas de precaução relativamente à propagação do vírus. Para tal, foram decretadas medidas de distanciamento social. Com vista à segurança de todos, os psicólogos viram a necessidade de adaptar as suas terapias. Para que os pacientes consigam ter acesso à saúde mental, diversas terapias fizeram a transição do face-a-face para a terapia por videoconferência, sem conhecimento prévio, treino ou suporte relativo a esta prática. Assim como, a literatura existente, não permite clarificar como estes tratamentos são experienciados por terapeutas (Aafjes-van Doorn, K., et al., 2020) e clientes.

Se anteriormente as prestações de cuidados no âmbito da saúde mental eram imprescindíveis, com o isolamento social, os quadros clínicos das pessoas que já tinham doenças mentais acentuou-se. E, grande parte dos indivíduos que não tinham, desenvolveram problemas psicológicos e diversas perturbações, nomeadamente, ansiedade generalizada e depressão (Lima, 2020). A necessidade de prestar cuidados é fundamental, para que os profissionais de saúde possam gerar indicadores positivos e para que se proporcione medidas preventivas da doença mental (Schmidt et al., 2020). De forma a prestar uma boa prática clínica à distância, visto que a literatura ainda é insuficiente, é relevante promover a investigação sobre a terapia por videoconferência.

A presente investigação pretende contribuir para o reconhecimento da importância desta forma de providenciar/receber terapia. Para tal, iremos estudar algumas variáveis reconhecidas como essenciais à terapia e que se relacionam com os *resultados* terapêuticos. Nomeadamente, a aliança terapêutica e a satisfação com a terapia (Hedman et al., 2015; Peuker et al., 2009). Ademais, as atitudes dos clientes e terapeutas, que em muito influenciam a aceitação e adoção de intervenções baseadas na internet (Apolinário-Hagen et al., 2018).

Revisão de Literatura

O desenvolvimento das tecnologias de informação e comunicação (TIC) criaram novas possibilidades de prestação de serviços no campo da Psicologia. Nesta diversidade de serviços, é importante distinguir o que se considera psicoterapia *online* e intervenções fundamentadas na internet. Intervenções com base na Internet definem-se como programas computadorizados de terapia, que podem contar ou não com a participação de um terapeuta. Estes serviços incluem cds, dvds, realidade virtual, aplicações para telemóveis, tarefas e *feedback* online (Pieta, 2014).

Por outro lado, o aconselhamento psicológico online caracteriza-se pela prestação de serviços terapêuticos, por um profissional de saúde licenciado, através de e-mail, videoconferência, realidade virtual tecnológica, chat ou qualquer combinação de serviços com recurso à internet. Enquanto, na terapia por face-a-face, o terapeuta e o cliente comunicam, em tempo real e no mesmo local, na terapia à distância (via online) terapeuta e cliente podem estar em locais remotos e comunicar em tempo real ou assíncrono (Manhal-Baugus, 2001). O que faz com que o setting terapêutico integre um contexto online, contrariamente à terapia face a face, que se realiza no gabinete do terapeuta. Os instrumentos tecnológicos utilizados variam, e são já bastantes usuais/conhecidos do nosso dia-a-dia, tais como: computadores, *smartphones*, *tablets* e aparelhos eletrónicos que permitam aceder à internet (Maheu et al., 2012).

A psicoterapia e o aconselhamento psicológico online deverão satisfazer as necessidades dos seus clientes, o que visa promover uma melhoria de ferramentas, e que, consigam, igualmente, desenvolver uma proximidade com o cliente. O foco prende-se em corresponder às expectativas dos mesmos à distância (Barak et al., 2008; Drum & Littleton, 2014).

Os serviços psicológicos disponibilizados à distância, apresentam vantagens, tais como: maior facilidade no acesso aos cuidados de saúde, de indivíduos que vivem em áreas remotas, que apresentem mobilidade reduzida ou deficiência física (Handley et al., 2004), pode ajudar a diminuir a abstinência do uso de serviços psicológicos tradicionais, o anonimato ou perceção de anonimato, que algumas modalidades de aconselhamento online proporcionam, a promoção da saúde mental (Rees & Haythornthwaite, 2004) e, promover a teoria do efeito de desinibição online (Suler, 2004).

O efeito de desinibição *online*, define-se pelo fenómeno em que os indivíduos se sentem mais confortáveis em se expressar abertamente no ciberespaço, do que no mundo real. Proporcionando um contexto mais apropriado a que os pacientes divulguem os seus problemas pessoais e encorajando-os a aceder ao sistema de saúde ou iniciar psicoterapia face a face (Suler,

2004). Porém, se o ambiente doméstico pode promover a desinibição, também pode ter um efeito contrário. O indivíduo pode não ter privacidade suficiente para se sentir confortável em receber o seu tratamento em casa.

Também se apresentam alguns desafios a esta prática, nomeadamente, a própria definição da prática, já que existem diversas denominações que são utilizadas como sinónimo, apesar de fazerem referência a práticas distintas, como é o caso da psicoterapia à distância e das intervenções baseadas na internet (Pieta, 2014). O setting em que esta prática se realiza ou até mesmo as mensagens que podem surgir no aparelho eletrónico em que estão a receber o tratamento, pode levar a que ocorra distrações nos terapeutas e clientes (Fishkin et al., 2011). A iliteracia informática, a alfabetização precária ou pouca prática com o acesso à internet (Oman & O’Dea, 2018) pode comprometer a consulta terapêutica. Não obstante, a intervenção em situações de crise ou perturbações mais severas, na medida em que, a psicoterapia online não se adequa a todas as pessoas (Cook e Doyle, 2002). No que concerne a comunicação entre terapeuta e cliente, algumas variações são possíveis de identificar, relativamente à comunicação não-verbal, à dificuldade em estabelecer contacto no olhar e a demonstração de empatia (Pieta, 2014).

Como anteriormente referido, o aconselhamento psicológico *online* pode realizar-se de forma síncrona ou assíncrona. Neste estudo, iremos nos focar na interação síncrona, visto que o intuito é compreender melhor a terapia por videoconferência. Define-se por interação síncrona, quando a comunicação entre psicólogos e pacientes, é imediata e mediada pela internet através de chats, áudios ou vídeos (Siegmund et al., 2015). Permitindo que se realize uma comunicação simultânea, entre as duas partes, o que se considera que se assemelha mais da terapia presencial (Siegmund, et al., 2015).

A psicoterapia online síncrona, ao permitir o agendamento de sessões por tempo definido e limitado, ajuda na organização e compromisso da relação terapeuta-cliente. O facto de estarem conectados simultaneamente promove um sentimento de presença. Contudo, também apresenta limitações, como: interrupções no diálogo devido a falhas da conexão (rede), a imagem pode congelar, assim como o áudio pode falhar (Fishkin et al., 2011), não é um contexto controlado. Num estudo com terapeutas, outra limitação que apresentaram foi a dificuldade que alguns usuários têm em utilizar a internet (Moutinho, 2018). Outra variável que compromete a aderência à terapia por videoconferência é a resistência ao diferente/desconhecido e a desconfiança pelo meio online (Moutinho, 2018). A realização de mais estudos pode ajudar a desmitificar a utilização da internet para receber terapia.

Não obstante, tratando-se de uma nova prática de psicoterapia e por todas as diferenças que engloba, é importante entender como esta é experienciada por terapeutas e clientes. Békés & Aafjes-van Doorn (2020), realizaram uma pesquisa com terapeutas que começaram a prestar psicoterapias via online e os resultados identificaram níveis elevados de dúvida em si próprios. O que remete para a necessidade de prática/treino desta nova modalidade, de forma a diminuir as dúvidas que possam trazer aos terapeutas e também ajudá-los a desenvolver as suas habilidades ao trabalharem online. Com o intuito de preparar ou informar os terapeutas, a investigação nesta área é fundamental para salvaguardar a boa prática clínica.

Terapia à distância por videoconferência

Considerando que a terapia por vídeo é a que mais se aproxima da terapia face a face, devido às suas semelhanças e sendo a menos estudada na literatura (Migone, 2013), este estudo irá focar-se apenas nesta modalidade de intervenção psicológica online. A psicoterapia por videoconferência, consiste na prática de psicoterapia por meio de vídeo online (i.e. Skype, Zoom, Teams). Permite a comunicação visual e verbal em tempo real, entre psicólogo e cliente (Castelnuovo et al., 2014; Deane et al., 2015), recriando uma consulta psicológica tradicional.

A realização de terapia por videoconferência, pode ser uma estratégia para aumentar o acesso aos serviços de saúde mental, para diversos grupos de pessoas. Esta forma de prestar cuidados, permite superar algumas barreiras que se observam na terapia presencial, como o estigma percebido sobre a doença mental (Clement et al., 2015), a insuficiência na prestação de serviço (Lousada, J. et al, 2015) e a acessibilidade ao tratamento (Harvey & Gumport, 2015). Nomeadamente, para quem vive em áreas remotas que limitam a escolha de cuidados, famílias com dificuldades económicas para se deslocarem ou contratar cuidadores para os filhos, indivíduos doentes ou com limitações físicas, para os quais seja difícil deslocar-se ao consultório do terapeuta ou indivíduos que estão constantemente a mudar-se geograficamente e pretendem receber uma terapia contínua (Smaller, 2020).

A evidência científica atual sobre a eficácia da terapia online é encorajadora. Sugere que o aconselhamento psicológico online pode estabelecer melhorias em algumas perturbações como, jogo patológico, estresse pós-traumático e transtorno obsessivo-compulsivo (Abbott et al., 2008; Barak et al., 2009; Finn & Barak et al., 2009; Finn & Barak, 2010; Lenhard et al., 2014; Perle & Nierenberg, 2013). Na psicoeducação e apoio social, também se observa efeitos positivos, com alcoólicos problemáticos, mulheres infertéis e pacientes com cancro (Baker & Ray, 2011).

Quando comparado com as abordagens convencionais, os tratamentos psicológicos online foram, na sua maioria, igualmente eficazes para algumas perturbações, como ansiedade, depressão, fobia social, adição de substâncias e perturbações de pânico (Andersson, 2009; Barak et al., 2008; Newman et al., 2011; Richards & Viganó, 2013; Wagner et al., 2014). As pesquisas realizadas sobre esta temática integram na sua maioria amostras adultas, porém, os resultados são também motivadores para crianças e adolescentes (Lenhard et al., 2014; Perle et al., 2011). E, Perle et al., (2011), acreditam que as diversas formas de terapia (e.g. terapia cognitivo-comportamental e abordagens de sistema) podem-se adaptar ao contexto virtual.

No entanto, existem questões que se destacam neste meio de prestar intervenção. Uma das preocupações que os terapeutas identificam face à terapia à distância, é relativa aos cuidados éticos e legais e à manutenção da confidencialidade em contexto virtual. Na medida em que, o risco de invasão de privacidade é substancial, uma vez que se trata de ser online, o que faz com que haja informação a circular durante a utilização de internet (Abbott et al., 2008). Outra questão que sobressai, é a falta de investigação existente e a falta de uma estrutura aplicada ao contexto clínico, que promova as competências do psicólogo para realizar o seu trabalho online (Hilty et al., 2018). Estes assuntos são deveras importantes e, de certa forma, influenciam vários terapeutas a serem menos recetivos a esta prática.

De modo a responder a algumas destas questões, a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), através do Comitê de Ética, emitiu um parecer *Sobre Intervenção à Distância*, em 2015 (OPP, 2015) com um conjunto de recomendações aos profissionais, onde podem conferir os princípios constantes no Código Deontológico da OPP. No que concerne, os cuidados éticos e responsabilidades legais, os serviços prestados pelos profissionais na intervenção à distância, devem reger-se pelas mesmas implicações, que em terapia face-a-face ou através de outro meio (OPP, 2015).

Com o desenvolvimento da prestação de serviços psicológicos com recurso às tecnologias de informação e comunicação, em 2019, a OPP, emitiu um documento mais completo, onde é possível observar as linhas de orientação desta prática, de forma a salvaguardar o terapeuta e a sua prática clínica. Outras organizações a nível mundial, também partilharam da mesma vontade e emitiram documentos orientadores, como: a American Psychological Association (APA, 2013), a New Zealand Psychologists Board (NZPB, 2012) e a Canadian Psychological Association (CPA, 2006).

A Aliança Terapêutica na Terapia por Videoconferência

Algumas variáveis do processo psicoterapêutico, tais como a satisfação, o atrito, a adesão e a aliança terapêutica, são essenciais e podem relacionar-se com os resultados da psicoterapia (Hedman et al., 2015; Peuker et al., 2009). Sabe-se já que a ausência ou dificuldade em desenvolver aliança terapêutica, na terapia por face a face, é um possível indicador de insucesso terapêutico (Gelso & Hayes, 1998). O mesmo poderá observar-se na terapia por videoconferência.

A aliança terapêutica define-se pela relação de colaboração que se estabelece entre psicoterapeuta e cliente, com a finalidade de alcançar os objetivos terapêuticos pretendidos (Doran, 2016). Segundo Bordin (1979), a aliança caracteriza-se por três domínios: objetivos, tarefas e laço. Os objetivos advêm das expectativas de resultados pretendidos na terapia, as tarefas derivam do consenso de atividades que devem ser estabelecidas e realizadas com vista à resolução do problema do cliente e o laço estabelecido pela ligação afetiva entre terapeuta e cliente. Apresenta-se ainda como um importante instrumento para a identificação e resolução de questões interpessoais que surjam durante a psicoterapia (Machado & Eizirik, 2016).

Uma das questões que se coloca é a possibilidade de criar relações terapêuticas fortes na terapia à distância (Roesler, 2017). Neste sentido, a investigação tem sido desenvolvida com o intuito de observar se é possível estabelecer e manter uma aliança terapêutica em contexto online e se esta é comparável com a que se estabelece em terapia face a face. Cook e Doyle (2002), compararam uma amostra de 15 clientes, de terapia à distância, com dados normativos de uma amostra semelhante de terapia face a face. Os resultados demonstraram que a avaliação da aliança terapêutica em aconselhamento online, era comparável e relativamente alta.

Quando medida no início do tratamento, a aliança terapêutica tem se revelado como preditora de resultado, não só nas psicoterapias presenciais, como também, nas psicoterapias pela internet. Wagner et al. (2012), apresentaram valores elevados de aliança terapêutica no início do tratamento e a sua estável permanência durante 4 a 10 sessões, o que indica que é concebível estabelecer uma relação terapêutica positiva e estável online.

Lange et al. (2003), desenvolveram uma investigação sobre um tratamento de burnout, que se realiza somente pela internet. Após o término do tratamento, os clientes avaliaram o contacto com os seus terapeutas. Os resultados indicam que 75% dos 115 participantes identificaram o contacto como pessoal e 88% considerou-o agradável. Para 80%, o tratamento que receberam somente pela internet foi positivo e 70% referiram não sentir falta do contacto

presencial. Alguns clientes, também acreditam que existe a possibilidade de desenvolver uma aliança positiva via online (Beattie et al., 2009).

Uma investigação realizada com 106 clínicos, no qual, exploraram as atitudes relativamente à aliança terapêutica em terapia online. Observou-se que os clínicos consideram a aliança terapêutica mais importante em terapia face-a-face do que em terapia online, também se sentem menos confiantes nas suas capacidades para desenvolver aliança em terapia online e, constatou-se que o intuito de realizar terapia à distância correlaciona-se com a confiança na capacidade de desenvolver aliança nesta modalidade e com o contacto prévio com a mesma (Sucala et al., 2013). A realização de investigação sobre esta modalidade, pode promover a confiança na sua prática.

Relativamente à videoconferência, um estudo sobre PTSD, demonstrou que o desconforto e as percepções negativas iniciais não influenciaram o desenvolvimento de aliança terapêutica (Germain et al., 2010), sugerindo que a mesma se possa criar neste contexto (e.g. virtual). Uma revisão de literatura com nove artigos, sobre a formação e o papel da aliança terapêutica nas Terapias Cognitivo-Comportamentais, demonstrou que na sua maioria a aliança estabelecida por videoconferência pode ser comparada com a aliança formada na terapia presencial (Singulane, et al., 2017).

No mesmo sentido, numa revisão literária sobre aliança terapêutica na videoconferência, com 23 estudos, os resultados demonstraram que os clientes e terapeutas, avaliaram níveis altos de aliança terapêutica na terapia por videoconferência, até mesmo com problemas de qualidade a nível do som e da imagem. Na sua maioria, os clientes avaliaram a aliança terapêutica tão alta quanto na terapia face a face. Os terapeutas também avaliaram a aliança como alta, e parece que crescente ao longo do decorrer da terapia. Foi possível ainda identificar alguma preparação adicional para realizar as sessões de terapia por videoconferência e parece ser um que fator que fomenta os resultados clínicos (Simpson & Reid, 2014). O que sugere que para além de ser possível estabelecer uma aliança terapêutica em terapia por videoconferência, esta pode ser elevada.

Norwood et al. (2018), através de uma meta análise com 12 estudos, identificaram que todos os estudos apresentavam uma forte aliança terapêutica em terapia por videoconferência. Também foi possível identificar, redução de sintomas em todos os estudos em que se praticou videoconferência e os sete estudos que contaram com *follow up*, observaram que esta redução sintomática se manteve e não foi inferior à terapia face a face, nos estudos que tinham um grupo

de controlo ao qual foi aplicado terapia face a face. Contudo, a aliança terapêutica via online, quando comparada com a terapia por face a face, demonstrou-se inferior (-0.30).

Independentemente das vantagens identificadas e da evidência científica existente, continua a persistir o pressuposto de que a realização de terapias à distância pode influenciar negativamente a aliança terapêutica. Considerando que a terapia face a face facilita o estabelecimento de uma aliança melhor, e de que outro método de terapia alternativa reduz a relação interpessoal. Nas intervenções psicológicas à distância, várias variáveis da relação humana ficam comprometidas, como a disponibilidade e legibilidade do contacto visual, a postura corporal e expressão física, a comunicação não verbal e, uma ligação defeituosa à rede, pode exacerbar estas limitações (Norwood et al., 2018).

Atitudes face à Terapia por Videoconferência

Outra variável que tem sido estudada no âmbito da terapia online, são as atitudes, pela influência que podem ter no uso de aconselhamento psicológico online. As atitudes de cada pessoa baseiam-se nas suas opiniões, favoráveis ou desfavoráveis e, nas suas preferências individuais em relação a determinado comportamento (Azjen, 1991). Assim, estas estão subjacentes à predisposição dos clientes, positiva ou negativa, para utilizar esta nova prática de aconselhamento (Lazuras & Dokou, 2016). Conhecer as atitudes dos sujeitos, ajuda a determinar o seu comportamento face a esta modalidade (Rochlen et al., 2004). O que pode corrigir crenças errôneas e promover uma aceitação e adaptação mais eficaz da terapia à distância pelo terapeuta e cliente.

As atitudes que detenham, influenciam a sua aceitação e adoção de intervenções online (Apolinário-Hagen et al., 2018). Hardiker e Grant (2011), demonstraram que as atitudes dos clientes são significativas para que estes recebam terapia via online. Do mesmo modo que, o uso de terapias online relaciona-se positivamente com as atitudes que detêm sobre tecnologia (Chiu & Eysenbach, 2010). Menon e Rubin (2011), também defendem que para se conseguir realizar uma terapia online convém ter uma noção básica de tecnologia. Na medida em que, a própria tecnologia apresenta limitações, devido à constituição da tela, a conexão do wi-fi e a possibilidade de ocorrer alguma avaria (Perle & Nierenberg, 2013).

Wiborg et al. (2012), identificaram que as atitudes inferiores de terapeutas sobre um protocolo de tratamento têm uma influência negativa na eficácia do tratamento. O que revela a importância de estudar as atitudes tanto de clientes, pelo que já foi enumerado, como de

terapeutas e, uma possível relação entre ambas pela influência que podem ter no outcome terapêutico.

É importante ter em consideração que nem todos os indivíduos terão interesse em realizar intervenções pela internet (OPP, 2015). Sendo o *dropout* mais frequente em psicoterapias à distância (OPP, 2015), compreender as atitudes do cliente a respeito do aconselhamento à distância poderá prevenir a insatisfação e, conseqüentemente, o *dropout*. Assim como, compreender as atitudes do terapeuta, poderá colmatar as suas dificuldades e incentivar a sua adesão à realização de intervenções psicológicas online (Békés & Aafjes-van Doorn, 2020), já que estas se podem constituir como uma barreira ao uso de internet em terapia.

Neste âmbito, alguns estudos debruçaram-se sobre a compreensão das atitudes dos clientes (Rochlen et al., 2004; Young, 2005), enquanto que outros, procuraram compreender as atitudes dos terapeutas (Rees & Stone, 2005; Békés & Aafjes-van Doorn, 2020; Knott et al., 2020). Em vista disso, Young (2005), investigou as atitudes dos clientes em relação ao aconselhamento online, através de variáveis como as percepções e preocupações do cliente sobre a utilização de aconselhamento online, os motivos para procurarem aconselhamento online em vez de tratamento presencial e os perfis demográficos. Numa amostra com 48 clientes que receberam terapia pela internet, os homens de meia-idade, caucasianos, com pelo menos uma licenciatura de quatro anos ou equivalente, revelaram-se mais propensos a utilizar aconselhamento online (Young, 2005). O que sugere que as variáveis demográficas possam influenciar as atitudes dos clientes.

Sobre outra perspectiva, Rochlen et al. (2004), compararam as atitudes sobre o aconselhamento face a face com as atitudes sobre o aconselhamento online, numa amostra com 471 estudantes. Os resultados demonstraram que os participantes têm atitudes mais positivas face a terapia presencial do que em relação à terapia online. Assim, como as atitudes de desconforto se revelam menores na terapia presencial. Este efeito também foi identificado num estudo com 242 participantes, no qual, os indivíduos atribuíram mais valor ao aconselhamento face a face em relação ao aconselhamento online (da Silva et al., 2015). O que sugere que ainda há uma preponderância dos clientes para avaliarem mais positivamente a terapia face a face em comparação com a terapia online.

No que concerne as atitudes dos terapeutas, algumas variáveis foram identificadas como tendo influência na suas atitudes. Nomeadamente, a experiência prévia, a experiência durante a pandemia, a preparação prévia de terapeutas e pacientes e a experiência percebida pelo paciente. Os resultados também sugeriram alguns indicadores, como sentimentos de cansaço,

menos confiança e competência, para que o terapeuta se sinta menos conectado e autêntico (Békés & Aafjes-van Doorn, 2020).

Wray e Rees (2003), realizaram um estudo qualitativo sobre as atitudes dos psicólogos face a terapia por videoconferência. Os psicólogos indicaram a terapia por videoconferência como menos eficaz do que a terapia por face a face e, desadequada em situações de crises ou quadros clínicos mais complexos (e.g. clientes com ideação suicida, perturbações de personalidade e psicose). Enquanto que, Vingerland et al. (2014), constatou que há psicólogos bastante satisfeitos com esta nova modalidade e que, parece existir uma preponderância de atitudes positivas face ao uso de tecnologia para o tratamento e prevenção de problemas psicológicos ligeiros.

Num estudo com psicólogos sobre as suas atitudes relativamente prática de terapia por videoconferência, estes referiram sentir-se confortáveis em fazê-lo e identificam alguns benefícios, como uma melhor interação, a redução de interrupções e o aumento do anonimato. Contrariamente, os psicólogos que são mais resistentes ao uso de videoconferência, sentiram-se desconfortáveis em fazê-lo e enfatizaram a falta de comunicação não-verbal, e o seu contributo para a redução de conexão interpessoal, empatia e relacionamento (Knott et al., 2020). A literatura parece sugerir que a prática de terapia online promove atitudes mais positivas sobre a mesma.

Topooco et al. (2017) desenvolveram uma pesquisa online em oito países europeus: França, Alemanha, Holanda, Polónia, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido. A amostra incluía 175 organizações de órgão governamentais, prestadores de cuidados, usuários de serviços, órgãos de financiamento, técnicos e investigadores. Os resultados demonstram, que para pacientes com depressão menos severa, os tratamentos à distância foram considerados apropriados. Também se considerou que o tratamento misto, que integra sessões presenciais e pela internet apresenta uma maior aceitabilidade, quando comparado com tratamentos independentes online. Em países com soluções de terapias à distância mais desenvolvidas, o conhecimento e aceitabilidade dos tratamentos online foi maior. A preferência por tratamentos combinados, sugere que uma integração gradual da tecnologia na prática clínica pode favorecer as atitudes relativamente às terapias à distância.

Békés e Aafjes-van Doorn (2020), através de um estudo transversal analisaram como as características e experiências dos terapeutas influenciam as suas atitudes relativamente à terapia à distância via videoconferência. No que concerne a abordagem teórica do terapeuta, os terapeutas cognitivo-comportamentais, demonstraram mais atitudes positivas do que os

terapeutas psicodinâmicos. Também foi possível identificar que os psicoterapeutas procuraram preparar-se a si e aos seus pacientes para a transição da terapia face a face para a terapia online. Cerca de 49% dos terapeutas reconheceu que os seus pacientes tiveram uma experiência positiva com a psicoterapia online, 13.8% como extremamente positivo e 27.6% como neutro.

Alguns autores debruçaram-se sobre as atitudes e a aliança terapêutica. Rees e Stone (2005) através de um estudo experimental compararam as atitudes de dois grupos de psicólogos, que assistiram a sessões idênticas de terapia face a face e de terapia por videoconferência. Os psicólogos que observaram o vídeo da sessão online, avaliaram a aliança terapêutica como menor, do que os que assistiram às sessões presenciais.

Reese et al. (2016), avaliaram se o formato de psicoterapia (videoconferência, telefone ou face a face) influencia a capacidade empática do psicólogo e as atitudes dos clientes sobre a aliança terapêutica. Os resultados sugerem que as atitudes do cliente sobre o uso de psicoterapia à distância (telefone e videoconferência) são preditores de aliança terapêutica. Mais atitudes positivas e uma maior capacidade empática dos psicólogos revelaram-se indicadores de melhor aliança terapêutica nos formatos à distância.

Existe pouca evidência científica que se afaste da comparação entre a terapia por face a face e a terapia online e que procure um melhor entendimento sobre as diferenças entre as atitudes face à terapia por videoconferência. Wanberg et al. (2007), conduziram um estudo com psicólogos noruegueses e concluíram que a prática de orientação psicodinâmica correlacionava-se com atitudes mais negativas acerca da terapia pela internet. Perle et al. (2013), também identificaram diferenças significativas entre psicólogos com uma abordagem cognitivo comportamental e psicólogos dinâmicos/analíticos, em que os primeiros aceitam melhor as intervenções psicológicas online. O que sugere que a orientação teórica do clínico pode ter influência nas suas atitudes.

O conhecimento sobre esta modalidade, também parece influenciar as atitudes dos terapeutas. Smaller (2020), identificou que atitudes mais positivas relativamente à terapia por videoconferência relacionam-se com mais anos de experiência a realizar terapia por videoconferência e com a familiarização com a investigação relacionada com esta prática.

Em suma, podemos ver pela literatura, ainda existe pouca evidência sobre a influência que as atitudes têm no outcome terapêutico. Existe a necessidade de realizar uma investigação sistemática mais profunda sobre como as pessoas percebem o uso destes serviços, para quais serão mais adequados e quais as variáveis que podem influenciar as atitudes sobre a terapia por videoconferência.

O Presente Estudo

A investigação sobre o aconselhamento online, têm se debruçado em medir a eficácia, a aliança terapêutica e as atitudes relativamente às diversas modalidades que são disponibilizadas online (e.g. telefone, e-mail, chat, vídeo e programas computadorizados ou a combinação de todas). Porém, a literatura ainda é limitada relativamente a estudos que se foquem só na terapia por videoconferência, sendo maioritariamente estudada em conjunto com as outras modalidades de interação síncrona. Sendo a que proporciona uma prática mais idêntica à terapia presencial, implica mais investigação e uma presença maior na literatura e, como tal, será o foco deste estudo.

Os estudos sobre eficácia da terapia online representam a grande maioria, com foco na redução de sintoma e parecem, sugerir que esta modalidade é eficaz para o tratamento de várias perturbações mentais. Relativamente à aliança terapêutica, a investigação tem sido desenvolvida com o intuito de compreender se é possível estabelecer e manter aliança em contexto online e se é comparável com a terapia convencional. No entanto, dado as diferenças que o setting da terapia por videoconferência integra, um entendimento mais profundo é necessário. No que concerne os estudos de atitudes sobre o aconselhamento online, representam uma pequena parte da literatura e costumam dividir-se em estudos que se focam nas atitudes dos clientes ou nas atitudes dos terapeutas. A lacuna é evidente sobre o que influencia as atitudes em relação à terapia por videoconferência, como estas são formadas e qual o impacto que têm no outcome terapêutico. Igualmente, parece não haver um estudo que combine a satisfação, com as atitudes e aliança terapêutica e que estabeleça relações entre as mesmas na terapia por videoconferência.

Compreender quais as atitudes que, terapeutas e clientes, detêm sobre o aconselhamento psicológico via videoconferência, pode disponibilizar informações sobre o processo terapêutico e promover os seus resultados. Assim como, perceber quais as atitudes que terapeutas detêm sobre esta prática, pode promover sentimentos de confiança no trabalho que desenvolvem. Não obstante, um estudo que olhe para ambas as perspetivas, de terapeutas e clientes, é necessário para ter uma visão mais abrangente do que influencia as suas atitudes e também, pela possibilidade das atitudes de terapeutas poderem ter influência nas atitudes dos clientes.

Existe já evidência de que as características pessoais e a experiência têm impacto nas atitudes dos terapeutas e que a forma como estes vêem um protocolo de tratamento, tem impacto no seu outcome. O que pode sugerir que as atitudes que detiverem sobre a terapia por

videoconferência também podem ter impacto nas atitudes dos seus clientes, ou até mesmo, no seu outcome terapêutico.

Neste âmbito, o presente estudo pretende responder à seguinte questão de investigação: As atitudes têm impacto na aliança terapêutica e satisfação com a terapia por videoconferência? Como tal, os objetivos são:

1. Identificar os determinantes sociodemográficos das atitudes face à terapia por videoconferência.
2. Avaliar em terapeutas e clientes, a associação entre as atitudes e a satisfação com a terapia dos clientes.
3. Identificar se existe uma relação entre a aliança terapêutica e as atitudes dos clientes.
4. Estudar se a aliança terapêutica modera a relação entre as atitudes e a satisfação dos clientes.

Método

O presente estudo é de natureza quantitativa, com a finalidade de compreender os fenómenos estudados (i.e., aliança terapêutica, atitudes e satisfação) através da recolha de dados numéricos, para obter resultados quantificáveis dos objetivos previamente estabelecidos. Optou-se por um desenho correlacional, de modo a identificar relações entre as variáveis.

Participantes

A amostra deste estudo é por conveniência, tendo como critério de elegibilidade uma idade mínima de 18 anos. No âmbito da investigação, a amostra deve ser constituída em parilha, por terapeutas, cuja sua formação seja em Psicologia e que sejam membros efectivos da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) e, pelos seus respetivos clientes que aceitem participar no estudo. Dos 18 terapeutas que responderam ao questionário, dez foram excluídos por não se ter obtido respostas dos seus clientes. Assim, a amostra clínica total é constituída por 54 clientes e 8 terapeutas.

Na amostra de terapeutas ($n=8$), 75% são do sexo feminino e 25% do sexo masculino. As idades encontram-se compreendidas entre os 38 e os 55 anos ($M = 43.63$; $DP = 6.070$). Relativamente às habilitações literárias, quatro terapeutas apresentam mestrado (50%), três têm doutoramento (37,5%) e um é licenciado pré-Bolonha (12,5%). Na sua grande maioria têm formação em psicoterapia (87,5%), nomeadamente, na Sociedade Portuguesa de Psicoterapias

Breves (12,5%), na Associação Portuguesa de Terapias Comportamental e Cognitiva (12,5%) e na Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Construtivistas; Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Existencial (12,5%). No que concerne a abordagem preferencial, 62,5% preferem a abordagem integrativa ou eclética, 25% a abordagem cognitivo-comportamental e 12,5% a abordagem existencial ou fenomenológica. Os terapeutas apresentam entre os 8 e os 30 anos de prática clínica ($M = 17$; $DP = 7.131$) e os meses de prática de terapia por videoconferência difere entre os 3 e os 48 meses ($M = 23.63$; $DP = 13.999$).

Relativamente à amostra de clientes ($n=54$), 61,1% são do sexo feminino, 37% do sexo masculino e 1,9% identifica-se como indefinido. As idades encontram-se compreendidas entre os 18 e os 60 anos ($M = 33.59$; $DP = 9.799$). Na sua maioria são solteiros, com mestrado ou licenciatura, começaram a receber a sua terapia por sessão face a face e encontram-se de momento a recebê-la à distância por videoconferência. Com um tempo de realização de terapia médio de 125.5 semanas ($DP = 207.313$, $Min = 6$ semanas, $Máx = 1404$ semanas) e de terapia por videoconferência compreendido entre as 3 e as 260 semanas ($M=38.59$, $DP=37.661$). Uma descrição mais detalhada das características da amostra, poderá ser consultada na Tabela 1.

Tabela 1

Caracterização da amostra de clientes (n=54)

Variável	Caracterização
Estado Civil	Solteiro 34 (63%); Casado/União de facto 16 (29.6%); Divorciado/Separado 4 (7.4%)
Habilitações Literárias	Mestrado 20 (37%); Licenciatura 19 (35.2%); 12º Ano 7 (13%); Pós-Graduação 3 (5.6%); Doutoramento 2 (3.7%); CTeSP 1 (1.9%); Bacharelato 1 (1.9%); 9º Ano 1 (1.9%)
Iniciou a terapia por	Face a face 43 (79.6%); Videoconferência 11 (20.4%)
Regime em que recebe a terapia	Videoconferência 50 (92.6%); Misto por videoconferência e face a face 4 (7.4%)

Instrumentos

Questionário de dados sociodemográficos. De modo a assegurar os objetivos desta investigação, foi criado um breve questionário de autorrelato, que engloba uma ficha sociodemográfica. Relativamente à amostra dos pacientes, os participantes reportaram sexo, idade, habilitações literárias, há quanto tempo se encontram na terapia atual e a realizar terapia à distância (i.e. videoconferência).

No que concerne a amostra dos terapeutas, os participantes reportaram sexo, idade, nacionalidade, habilitações literárias, abordagem teórica que exercem preferencialmente, há quanto tempo exercem atendimentos psicológicos e há quanto tempo realizam terapia por vídeoconferência.

Para avaliar a aliança terapêutica sob a perspetiva dos pacientes aplicou-se a Versão Curta do Questionário de Aliança Terapêutica (WAI-S; Tracey & Kokotovic, (1989), adaptado para a população portuguesa por Machado & Horvath (1999). É um inventário composto, na sua versão mais reduzida, por 12 itens, que ilustram a conceptualização de aliança terapêutica proposta por Bordin (1979). Divide-se em três dimensões: objetivos, tarefas e laço, cada uma representada por quatro itens e são avaliados através de uma escala de Likert de sete pontos, desde 1 (nunca) a 7 (sempre). O resultado médio total caracteriza a força da aliança terapêutica, cujos resultados mais elevados apresentam uma maior qualidade da aliança terapêutica, sendo esta avaliada através da frequência de sentimentos e pensamentos do paciente acerca do outro elemento da díade. A consistência interna da escala original é satisfatória, com um alfa de Cronbach que varia entre .97 e .93 para a escala global e .89 para a dimensão laço e .92 para a dimensão tarefas e objetivos (Horvath & Greenberg, 1989). A versão curta do inventário tem características psicométricas comparáveis às da original. Apresenta itens como: “O(a) meu (minha) terapeuta e eu trabalhamos para objetivos que foram mutuamente acordados”. No presente estudo, apresenta uma consistência interna satisfatória, com um *Alfa de Cronbach* de .76.

De modo, a avaliar as atitudes sobre o aconselhamento à distância nos pacientes, aplicou-se a Escala de Atitudes sobre o Aconselhamento à Distância (OCAS; Rochlen et al., 2004), na sua versão adaptada para a população portuguesa. A escala é constituída por dez itens, dividindo-se em duas subescalas com cinco itens cada, que avaliam dois fatores: Desconforto com o aconselhamento online (OC-D) e Valor do aconselhamento online (OC-V). No que concerne a OC-D, é representativa dos sentimentos e reações dos participantes relativamente à vontade e conforto no uso de serviços de aconselhamento online (i.e., “Eu teria pavor em

explicitar os meus problemas pessoais a um conselheiro na Internet”). A OC-V remete para os sentimentos gerais dos participantes acerca da utilidade do aconselhamento à distância (i.e., “A utilização do aconselhamento à distância (Internet) ajudar-me-ia a conhecer-me melhor”). Com uma escala tipo Likert de 6 pontos, desde 1 (discordo fortemente) a 6 (concordo fortemente). Apresenta uma consistência interna satisfatória, com um alfa de Cronbach de .82 para a subescala OC-D e .81 para a subescala OC-V (da Silva et al., 2015). No presente estudo utilizou-se ainda uma escala total para as atitudes, onde os itens negativos, da escala OC-D, foram revertidos para itens positivos com o intuito de fazer uma análise com a escala de atitudes dos terapeutas. A escala de atitudes total (OCAS) revelou uma consistência interna boa, com um alfa de Cronbach de .89. Assim como as subescalas, a OC-V e OC-D, que apresentaram *Alfas de Cronbach* de .86 e de .87, respetivamente..

No que concerne, as atitudes sobre o aconselhamento à distância dos terapeutas, aplicou-se a Escala de Atitudes sobre Terapia por Vídeo (VTAS; Smaller, 2020), traduzida para a população portuguesa pelos investigadores deste estudo e posteriormente traduzida para o inglês, por um tradutor certificado em língua inglesa. Devido à inexistência de um instrumento para a população portuguesa, que avaliasse as atitudes dos terapeutas face o aconselhamento à distância. Esta escala é uma adaptação da OCAS (Rochlen et al, 2004), desenhada para ser aplicada aos clínicos em vez dos pacientes. A escala VTAS é constituída por 16 itens, dos quais cinco itens foram adaptados da OCAS e, onze itens foram adicionados para explicar as atitudes em relação ao aconselhamento à distância que alteraram desde a publicação em 2004 da OCAS. A versão VTAS, utiliza uma escala de Likert de 5 pontos, no entanto, nesta adaptação para a população portuguesa considerou-se que uma escala de Likert de 6 pontos que varia de 1 (discordo fortemente) a 6 (concordo fortemente), seria mais eficaz, indo também de encontro à cotação da escala original OCAS. Apresenta itens como: “Penso que os terapeutas têm a responsabilidade ética de considerar fornecer terapia por videoconferência.” Ou “A realização de terapia por videoconferência ajuda as pessoas a aprenderem sobre si mesmas.”. No seu estudo original, apresenta uma consistência interna satisfatória, com um *Alfa de Cronbach* de .887 (Smaller, 2020). Para o presente estudo alterou-se o termo terapia por vídeo, por terapia por videoconferência, considerando-se que facilita a compreensão da população portuguesa. Relativamente à consistência interna, no presente estudo, demonstrou ser satisfatória com um *Alfa de Cronbach* de .85.

Com o intuito de avaliar a satisfação do paciente com a terapia por vídeo, aplicou-se o Questionário de Satisfação do Cliente (CSQ-8; Attkisson & Zwick, 1983). Este instrumento

encontra-se validado e adaptado para a população portuguesa, traduzido por Basto et al. (2017). É constituído por 8 itens, que avaliam a satisfação geral dos pacientes nos serviços de saúde. Este questionário de autorrelato, apresenta uma escala de quatro pontos (numerada de 1 a 4), com uma medida singular de avaliação da satisfação na sua generalidade. A sua “pontuação geral” determina-se pelo somatório da avaliação de cada item respondido, assim, o *score* varia entre 8 e 32. Onde uma maior pontuação relaciona-se com valores maiores de satisfação. Apresenta itens como: “Obteve o tipo de tratamento que pretendia?” e “De uma forma geral, quão satisfeito/a está com o tratamento que recebeu?”. A validade interna é satisfatória, apresentando um *Alfa de Cronbach* de .92-.93. No presente estudo, apresentou uma consistência interna boa com um *Alfa de Cronbach* de .86.

Para efeitos de caracterização da amostra e despiste de sintomatologia psicopatológica, aplicou-se aos pacientes o Inventário de Sintomas Psicopatológicos 18 (BSI-18; Derogatis, 2001), na sua versão adaptada para a população portuguesa por Canavarro, Nazaré e Pereira (2017). Este inventário permite avaliar o mal-estar psicológico sentido nos últimos sete dias, organizando-se em três subescalas (i.e., somatização, Depressão e Ansiedade), cada uma constituída por seis itens. No que concerne a Somatização, avalia o mal-estar relacionado às manifestações dos sistemas regulados automaticamente; a Depressão destaca os principais sintomas de perturbações depressivas; a Ansiedade através de sintomas indicativos de estados de pânico. Apresenta uma escala tipo *Likert* de 5 pontos (0-nada a 4-extremamente), em que o somatório dos 18 itens permite identificar o Índice de Gravidade Global (IGG), correspondente ao nível geral de mal-estar psicológico do indivíduo. Assim, pontuações mais elevadas representam maior sintomatologia psicopatológica. A consistência interna nas três dimensões e no IGG, apresenta *Alfas de Cronbach* entre .80 e .93. Na presente investigação, somente se utilizou o IGG, que apresentou uma consistência interna muito boa, com um *Alfa de Cronbach* de .95.

Procedimento

Para o presente estudo, numa fase inicial procedeu-se à construção do instrumento a ser aplicado aos participantes, com recurso à plataforma digital “Formulários do Google”. De seguida, os participantes foram recrutados. Os terapeutas foram recrutados através de contactos que se encontravam disponíveis na Internet e a partir da divulgação do estudo em redes sociais. Toda a comunicação da presente investigação realizou-se via e-mail ou por contacto telefónico. Sendo que a amostra do presente estudo conta com terapeutas e clientes, foi sugerido aos

terapeutas que divulgassem o estudo aos seus clientes e que permitissem a sua participação. Aos terapeutas e clientes que concordaram em colaborar no estudo, foi facultado via e-mail dois *surveys* online, sendo que um era destinado ao terapeuta e outro destinado aos pacientes. A recolha de dados decorreu durante o período de Fevereiro a Maio. Os questionários de autorrelato anónimo foram solicitados a preencher fora do contexto terapêutico (sessão) e estima-se que o seu preenchimento seja de aproximadamente 10 minutos para os terapeutas e de 10-15 minutos para os pacientes. No início do questionário foi apresentado o consentimento informado (Anexo A e B), onde foi explanado o objetivo do estudo, o carácter voluntário e livre da participação, a garantia de anonimato e confidencialidade dos dados. De seguida aos terapeutas, aplicou-se uma ficha sociodemográfica (Anexo D) e a VTAS (Smaller, K. R., 2020), que foi adaptada para a população portuguesa, pelos investigadores deste estudo. Relativamente aos pacientes, aplicou-se uma ficha sociodemográfica (Anexo C), a WAI-S (Machado & Horvath, 1999), a OCAS (Rochlen et al, 2004), o CSQ-8 (Basto et al., 2017) e o BSI-18 (Canavarro et al., 2017), segundo esta ordem. A comunicação entre investigador e clientes realizou-se sob intermediário dos terapeutas, que auxiliaram o cumprimento dos critérios de inclusão deste estudo. Sendo que a explanação do estudo e dos seus objetivos, assim como as instruções para a sua participação, ficaram a cargo do investigador e, foi comunicada pelos terapeutas aos seus pacientes.

Análise de Dados

Os dados recolhidos foram analisados através do *software* SPSS, versão 27 (SPSS; IBM Corp, 2020). A caracterização da amostra foi realizada através de estatística descritiva. De seguida, procedeu-se ao cálculo da normalidade da distribuição da amostra através do teste da normalidade de Kolmogorov-Smirnov, que indicou que a amostra não tem uma distribuição normal. No entanto, de acordo com Pestana e Gageiro (2014), dado que uma amostra tende para a normalidade quando tem um n superior a 30, optámos por utilizar testes paramétricos para atender aos objetivos do estudo. Nomeadamente, Teste-t para amostras independentes, teste de correlação de Pearson, testes de análise de regressão e de moderação, com recurso ao PROCESS. O nível de significância tido em conta para as análises foi de .05.

Resultados

A presente secção, divide-se em dois momentos. Num primeiro momento, apresentamos as estatísticas descritivas relativas à média das escalas aplicadas aos clientes e terapeutas, de

modo a caracterizar a amostra. Num segundo momento, encontram-se descritos os resultados consoante cada objetivo proposto.

Descrição da amostra

De acordo com as subescalas da OCAS, valor e desconforto, o resultado total sugere que estamos perante uma amostra que em média avalia as atitudes de valor do aconselhamento online (e.g. OC-V) como positivas. Detêm mais atitudes de valor do que de desconforto, contudo, tendo em consideração a pontuação obtida na subescala de desconforto com o aconselhamento online (e.g. OC-D), é-nos sugerido que os clientes têm uma atitude neutra a positiva face a terapia por videoconferência. Relativamente ao resultado da WAI-S, revela que os clientes avaliaram a aliança terapêutica como satisfatória. Assim como, a CSQ-8, também sugere que estão satisfeitos com a terapia que estão a receber por videoconferência. Como referido anteriormente, o BSI revelou um baixo/normal IGG, ou seja, não sugere a presença de elevada sintomatologia psicopatológica nos clientes.

Por fim, a VTAS, sugere que os terapeutas apresentam atitudes positivas face à terapia por videoconferência. Na tabela 2, apresentamos as médias e desvio padrão das escalas anteriormente enumeradas.

Tabela 2

Média e Desvio padrão das Escalas

Escalas	M	DP	Min. – Máx.
OC-V	19.91	6.33	5 – 30
OC-D	13.93	6.21	5 – 30
WAI-S	64.17	7.60	7 – 84
CSQ-8	29.28	3.15	4 – 32
BSI	24.35	16.56	0 - 72
VTAS	83.38	8.37	6 - 96

Nota. OC-V: Atitudes de Valor do Aconselhamento online (Clientes). OC-D: Atitudes de Desconforto com o Aconselhamento online (Clientes). WAI-S: Questionário de Aliança Terapêutica. CSQ-8: Questionário de Satisfação do Cliente. BSI: Inventário de Sintomas Psicopatológicos. VTAS: Escala de Atitudes sobre Terapia por Vídeo (Terapeuta).

Identificar os determinantes sociodemográficos das atitudes dos clientes face à terapia por videoconferência

De modo a atender ao objetivo 1, utilizou-se a correlação de Pearson, para fazer a comparação entre médias da variável atitudes de valor e de desconforto dos clientes, em função das variáveis demográficas contínuas (i.e., Idade; Duração da terapia; Duração da terapia via videoconferência; BSI).

Apresentam-se na tabela 3, os valores da correlação de Pearson. As variáveis demográficas idade, duração da terapia, duração da terapia via videoconferência e BSI, não se revelaram significativas em função do valor do aconselhamento online (atitudes de valor dos clientes), nem do desconforto com o aconselhamento online (atitudes de desconforto dos clientes).

Tabela 3

Correlação de Pearson das variáveis sociodemográficas e atitudes dos clientes

	Valor do Aconselhamento Online	Desconforto com o Aconselhamento Online
Idade	-.099; $p = .476$	-.047; $p = .736$
Duração da Terapia	.003; $p = .980$.002; $p = .986$
Duração da Terapia via Videoconferência	.132; $p = .341$	-.254; $p = .063$
BSI	-.264; $p = .054$.197; $p = .154$

Nota. N = 54. BSI: Inventário de Sintomas Psicopatológicos.

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Para a comparação entre médias das variáveis nominais compostas por dois grupos (i.e. Género; Forma como o cliente iniciou a terapia; Regime em que recebe a terapia; Estado Civil Habilitações Literárias), em função das atitudes dos clientes, utilizou-se o Teste-t de amostras independentes.

O resultado obtido através do Teste-t para amostras independentes permitiu verificar que as atitudes dos clientes, não variam em função do género, uma vez que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos do género masculino e feminino face ao valor do aconselhamento online, $t(51) = .59$; $p = .560$. Também, o

desconforto com o aconselhamento online, não varia em função do gênero, $t(51) = -.01$; $p = .990$. Para uma descrição mais detalhada dos resultados consultar a Tabela 4.

Tabela 4

Comparação de médias entre as atitudes dos clientes e o gênero

		Gênero Feminino (n = 33)		Gênero Masculino (n = 20)		Teste-t para amostras independentes
		M	DP	M	DP	
Valor do	Aconselhamento Online	20.45	6.41	19.40	6.12	$t(51) = .59$; $p = .560$
Desconforto com o	Aconselhamento online	13.73	6.40	13.75	5.78	$t(51) = -.01$; $p = .990$

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Apartir do Teste-t foi possível ainda observar que o valor do aconselhamento online, não varia em função da forma como o cliente iniciou a terapia, por face a face ou por videoconferência, uma vez que também não se verificaram diferenças significativas, $t(52) = -1.23$; $p = .223$. Da mesma forma, que o desconforto com aconselhamento online não varia em função da forma como o cliente iniciou a terapia, $t(52) = 1.44$; $p = .157$. Na tabela 5, encontram-se descritos pormenorizadamente os resultados do Teste-t.

Tabela 5

Comparação de médias entre as atitudes dos clientes e forma como iniciou a terapia

		Face a Face (n = 43)		Videoconferência (n = 11)		Teste-t para amostras independentes
		M	DP	M	DP	

Valor do Aconselhamento Online	19.37	6.40	22.00	5.85	$t(52) = -1.23; p = .223$
Desconforto com o Aconselhamento online	14.53	6.33	11.55	5.39	$t(52) = 1.44; p = .157$

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Relativamente ao regime em que o cliente recebe a terapia, por videoconferência ou misto (i.e. face a face e videoconferência), também não se revelou estatisticamente significativo, em função do valor do aconselhamento online, $t(52) = -.60; p = .550$. Igualmente, o desconforto com o aconselhamento online não varia em função da forma como o cliente recebe a terapia, $t(52) = .06; p = .954$. Na tabela 6, estão apresentados detalhadamente os resultados do Teste-t.

Tabela 6

Comparação de médias entre as atitudes dos clientes e regime em que recebe a terapia

	Videoconferência (n = 50)		Misto (Videoconferência e Face a Face) (n = 4)		Teste-t para amostras independentes
	M	DP	M	DP	
Valor do Aconselhamento Online	19.76	6.26	21.75	7.93	$t(52) = -.60; p = .550$
Desconforto com o Aconselhamento online	13.94	6.23	13.75	6.95	$t(52) = .06; p = .954$

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Através do Teste-t foi possível observar que o valor do aconselhamento online, não varia em função do estado civil (e.g. casado/união de facto ou solteiro) uma vez que também não se

verificaram diferenças significativas, $t(48) = .188$; $p = .852$. Da mesma forma, que o desconforto com aconselhamento online não varia em função do estado civil, $t(48) = .256$; $p = .799$. Na tabela 7, encontram-se descritos pormenorizadamente os resultados do Teste-t.

Tabela 7

Comparação de médias entre as atitudes dos clientes e estado civil

		Casado/União de				Teste-t para amostras independentes
		Facto (n = 16)		Solteiro (n = 34)		
		M	DP	M	DP	
Valor do	Aconselhamento Online	20.25	6.85	19.88	6.26	$t(48) = .188$; $p = .852$
Desconforto com o	Aconselhamento online	14.31	6.53	13.82	6.17	$t(48) = .256$; $p = .799$

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Para a variável habilitações literárias, considerando que muitas das opções tinham grupos reduzidos, com base na mediana, estabeleceu-se dois grupos. Um grupo que integra desde o 9ºano até ao grau académico correspondente a uma licenciatura e um segundo grupo, que integra os graus posteriores à licenciatura (e.g. Mestrado, Doutoramento, Pós Graduação). Através do Teste-t, observámos que as atitudes de valor dos clientes, não variam em função das suas habilitações literárias $t(52) = -.227$; $p = .821$. No entanto, há diferenças significativas ao nível das habilitações literárias em função das atitudes de desconforto com o aconselhamento online. O grupo com menor escolaridade relata mais atitudes de desconforto. Na tabela 8, encontram-se descritos minuciosamente os resultados do Teste-t.

Tabela 8

Comparação de médias entre as atitudes dos clientes e habilitações literárias

		Licenciatura (n = 29)		Mestrado/Doutoramento/ Pós-Graduação (n = 25)		Teste-t para amostras independentes
		M	DP	M	DP	
Valor do	Aconselhamento Online	19.72	6.50	20.12	6.26	$t(52) = -.227; p = .821$
Desconforto com o	Aconselhamento online	15.48	6.87	12.12	4.89	$t(52) = 2.040; p = .046^*$

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Avaliar em terapeutas e clientes, a associação entre as atitudes e a satisfação com a terapia dos clientes

Para avaliar a influência das variáveis independentes nas variáveis dependentes, realizaram-se várias análises de regressão linear simples.

Os resultados da análise de regressão das variáveis valor do aconselhamento online (independente) e satisfação com a terapia (dependente), indicaram que o modelo de regressão explica 5.8% da variância, $R^2 = .058$, $F(1,52) = 3.22$, $p = .079$, contudo, não é estatisticamente significativo. As atitudes de valor dos clientes, $\beta = .241$, $t = 1.794$, $p = .079$, não são preditores da satisfação com a terapia. No entanto, o valor de p , não está muito longe de ser significativo, o que sugere que numa amostra maior talvez fosse estatisticamente significativo.

Relativamente aos resultados da regressão do desconforto com o aconselhamento online (variável independente) e da satisfação com a terapia (dependente), indicaram que o modelo de regressão explica 0.1% da variância e não é estatisticamente significativo, $R^2 = .001$, $F(1,52) = .04$, $p = .847$. As atitudes de desconforto dos clientes, $\beta = -.027$, $t = -.194$, $p = .847$, não são preditores da satisfação com a terapia.

Para a análise de regressão das variáveis atitudes dos terapeutas (independente) e satisfação com a terapia dos clientes (dependente), os resultados indicaram que o modelo de regressão explica -0.6% da variância e não é significativo, $R^2 = -.006$, $F(1,52) = .66$, $p = .419$.

As atitudes dos terapeutas, $\beta = -.112$, $t = -.815$, $p = .419$ não são preditores da satisfação com a terapia dos clientes.

Com o intuito de se analisar uma possível relação entre as atitudes dos terapeutas (variável independente) e as atitudes dos clientes (variável dependente), realizou-se também uma análise de regressão linear simples. Os resultados indicaram que o modelo de regressão explica 1.2% da variância e não é estatisticamente significativo, $R^2 = .012$, $F(1,52) = 1.647$, $p = .205$. As atitudes dos terapeutas, $\beta = .175$, $t = 1.283$, $p = .205$ não são preditores das atitudes dos clientes.

Identificar se existe uma relação entre a aliança terapêutica, as atitudes dos clientes e a satisfação com a terapia.

Tendo como pressuposto que existe uma relação entre as variáveis identificadas (aliança terapêutica, as atitudes dos clientes e satisfação com a terapia), realizou-se várias análises de regressão linear, para testar o poder preditivo das variáveis predictoras na variável predita.

A análise de regressão linear das variáveis atitudes de valor do aconselhamento online (independente) e aliança terapêutica (dependente), indicaram que o modelo de regressão é estatisticamente significativo e explica 13.3% da variância, $R^2 = .133$, $F(1,52) = 7.95$, $p = .007$. As atitudes de valor dos clientes, $\beta = .36$, $t = 2.82$, $p = .007$, 95% CI [.13, .75] são preditores de aliança terapêutica. Assim, níveis superiores de atitudes de valor do aconselhamento online são preditores de níveis superiores de aliança terapêutica.

Para a variável atitudes de desconforto com o aconselhamento online (independente) e aliança terapêutica (dependente), os resultados da análise de regressão linear, revelaram que o modelo de regressão explica 0.8% da variância e não é estatisticamente significativo, $R^2 = .008$, $F(1,52) = .440$, $p = .510$. As atitudes de desconforto dos clientes, $\beta = -.092$, $t = -.663$, $p = .510$, 95% CI [-.45, .23] não são preditores de aliança terapêutica.

Relativamente à análise de regressão linear das variáveis aliança terapêutica (independente) e satisfação com a terapia por videoconferência (dependente), os resultados indicaram que o modelo de regressão é estatisticamente significativo e explica 55,9% da variância, $R^2 = .559$, $F(1,52) = 65.90$, $p = .000$. A aliança terapêutica, $\beta = .748$, $t = 8.12$, $p = .000$, 95% CI [.23, .39] é preditora da satisfação com a terapia por videoconferência. O que significa que, níveis superiores de aliança terapêutica são preditores de níveis superiores de satisfação com a terapia por videoconferência.

Estudar se a aliança terapêutica modera a relação entre as atitudes e a satisfação dos clientes.

Foi realizada uma análise de moderação, através do modelo 1 do PROCESS para a versão 3.5.5 do SPSS (Hayes, 2018), com o objetivo de investigar em que medida a aliança terapêutica modera a relação entre as atitudes dos clientes e a sua satisfação com a terapia. Uma variável diz-se moderadora quando interfere na força ou na direção da relação de duas outras variáveis (i.e., X e Y) e são testadas com efeitos de interação (Morgan-Lopez & MacKinnon, 2006; Zhang & Wang, 2017).

Na Figura 1, é apresentado o modelo de moderação proposto. Nomeadamente, a variável independente é o valor do aconselhamento online, a variável moderadora é a aliança terapêutica e a variável dependente é a satisfação com a terapia.

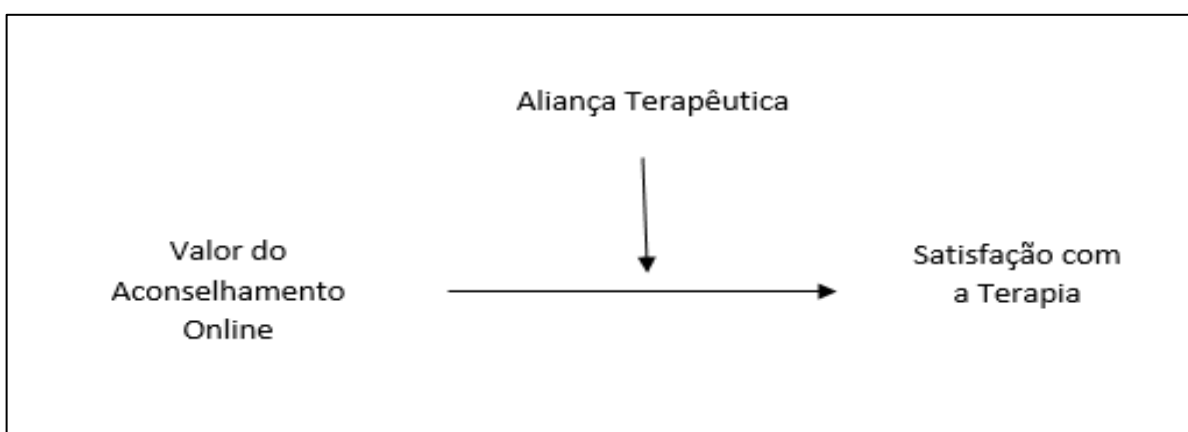


Figura 1. Modelo de Moderação das Atitudes de Valor

Como pode ser visto detalhadamente na tabela 8, a interação entre o valor do aconselhamento online e a aliança terapêutica não foi significativa. O valor de ($F = .6124$, $p = .4376$) permite assim inferir que o modelo de regressão apresentado não é estatisticamente significativo.

Tabela 9

Resultados do Modelo de Moderação das Atitudes de valor dos clientes

Satisfação com a Terapia				
	Coefficiente (b)	SE	t	p
Constante	2.2459	9.4587	.2374	.8133

Valor do Aconselhamento Online [A]	.3892	.5224	.7450	.4597
Aliança Terapêutica [B]	.4248	.1457	2.9151	.0053**
Efeito de Interação [A*B]	-.0062	.0079	-.7825	.4376
R ² =	.0053			
F (1,50) =	.6124			

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Na figura 2, é apresentado o segundo modelo de moderação proposto. Nomeadamente, a variável independente é o desconforto com o aconselhamento online, a variável moderadora é a aliança terapêutica e a variável dependente é a satisfação com a terapia.

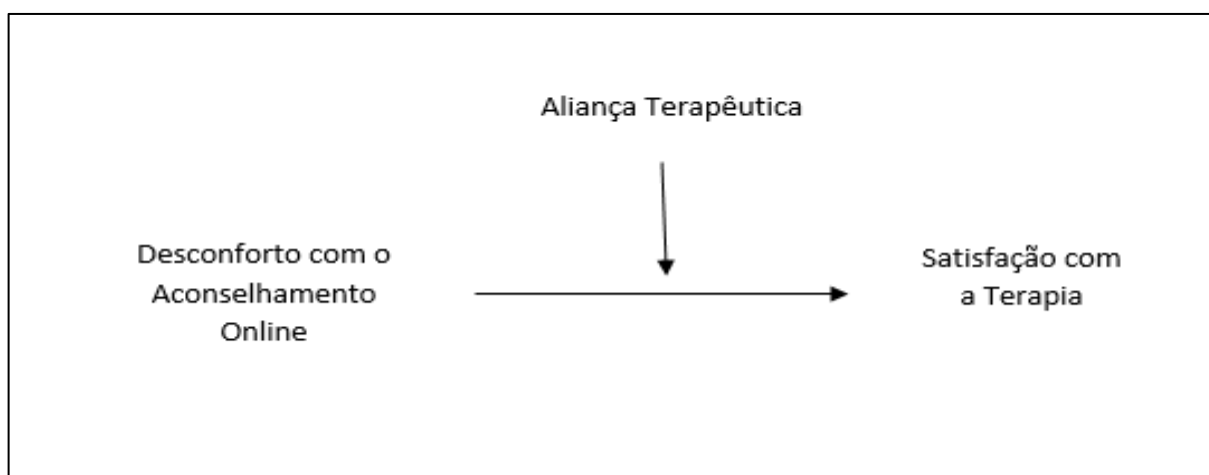


Figura 2. Modelo de Moderação das Atitudes de Desconforto

Como pode ser visto detalhadamente na tabela 9, a interação entre o valor do aconselhamento online e a aliança terapêutica não foi significativa. O valor de ($F = .1082$, $p = .7436$) permite assim inferir que o modelo de regressão apresentado não é estatisticamente significativo.

Tabela 10

Resultados do Modelo Moderação das Atitudes de desconforto dos clientes

Satisfação com a Terapia				
	Coefficiente (b)	SE	t	p
Constante	11.3639	7.7268	1.4707	.1476

Desconforto com o Aconselhamento Online [A]	-.1523	.5301	-.2874	.7750
Aliança Terapêutica [B]	.2755	.1168	2.3597	.0222*
Efeito de Interação [A*B]	.0026	.0081	.3289	.7436
R ² =	.0009			
F (1,50) =	.1082			

*p ≤ .05 **p ≤ .01 ***p ≤ .001

Discussão

A presente investigação teve como principal objetivo estudar o impacto das atitudes, de terapeutas e clientes, na aliança terapêutica e satisfação com a terapia à distância, por videoconferência. Para o efeito foram definidos os seguintes objetivos: (1) identificar os determinantes sociodemográficos das atitudes dos clientes face à terapia por videoconferência; (2) avaliar em terapeutas e clientes, a associação entre as atitudes e a satisfação com a terapia dos clientes; (3) identificar se existe uma relação entre a aliança terapêutica, as atitudes dos clientes e a satisfação com a terapia; (4) estudar se a aliança terapêutica modera a relação entre as atitudes e a satisfação dos clientes. Com isto, pretendemos contribuir para o reconhecimento da importância de investigação sobre esta abordagem, para um melhor entendimento da mesma e promover mais confiança na sua prática clínica.

Relativamente ao primeiro objetivo não se verificaram variáveis sociodemográficas que influenciem significativamente as atitudes de valor do aconselhamento online dos clientes, face à terapia por videoconferência. Esta ausência de resultados significativos pode dever-se à constituição da amostra, que apresenta grupos reduzidos o que limita a comparação entre médias. A título de exemplo, os grupos relativos à forma como o cliente começou a terapia (e.g. por terapia face a face ou por terapia por videoconferência), apresentaram variações nos resultados. Possivelmente, com grupos maiores, os resultados teriam sido significativos. Outra justificação pode se prender pelas variáveis avaliadas, que remetem maioritariamente para as características pessoais dos participantes. Variáveis que sejam mais direcionadas para a terapia por videoconferência, devem ser exploradas em estudos futuros. No que concerne a variável idade esta ausência vai ao encontro da literatura, da Silva et al. (2015), observou o mesmo efeito. O valor do aconselhamento online não se correlacionou significativamente com a idade.

Adicionalmente, destacamos em função das atitudes de valor, o BSI, que se apresenta perto do limiar de significância .05. Tendo em conta que, a amostra apresenta um IGG médio

normal, estes resultados podem sugerir que indivíduos com sintomas menos severos possam ter mais atitudes de valor face ao aconselhamento online. O que parece ir de encontro com a literatura, que sugere que esta modalidade possa não se adequar a todas as pessoas ou quadros clínicos (Cook e Doyle, 2002).

Contrariamente, as atitudes de desconforto dos clientes revelaram diferenças significativas a nível das habilitações literárias. Os clientes com menor escolaridade (e.g. até ao grau académico equivalente a uma licenciatura) relatam mais atitudes de desconforto com o aconselhamento online. O que pode indicar que os clientes que detêm mais escolaridade, estão mais familiarizados com os recursos tecnológicos, nomeadamente para efeitos de trabalho e, como tal, sentem-se mais confortáveis com a sua utilização.

Chama-se ainda a atenção para a duração da terapia por videoconferência ($M=38.59$ semanas, $DP=37.661$) em função das atitudes de desconforto dos clientes, uma vez que também apresentou um valor perto do limiar de significância .05. Na literatura, a variável, duração da terapia, em conjunto com o conhecimento prévio sobre a terapia por videoconferência, correlacionou-se positivamente com as atitudes positivas sobre terapia por vídeo num estudo com terapeutas (Békés e Aafjes-van Doorn, 2020). Tendo em consideração que as atitudes de terapeutas e clientes poderão divergir, as variáveis em questão sendo mais direccionadas para as atitudes sobre a terapia por videoconferência em vez de características pessoais dos participantes, podem ter semelhanças. O que pode revelar que os participantes ainda não tiveram tempo suficiente para se adaptar a esta modalidade, visto que se encontram a receber terapia por videoconferência há uma média de 38 semanas.

Em relação ao segundo objetivo, as atitudes dos clientes não foram identificadas como preditores da sua satisfação com a terapia. Contudo, é preciso ser cuidadoso na leitura dos resultados e ter em consideração que as atitudes de valor dos clientes foram quase significativas. Ao refletir sobre esta quase significância, sugeriu-nos que a adaptação ou resistência ao que é novo possa ter influência nas atitudes de valor dos clientes. Na literatura, a resistência ao desconhecido e a desconfiança pelo meio online é considerada como comprometedora da terapia por videoconferência (Moutinho, 2018). Por outro lado, não foram discriminadas algumas variáveis que podem estar a influenciar as atitudes de valor dos clientes, nomeadamente a familiaridade com os recursos tecnológicos, o conhecimento prévio sobre a terapia por videoconferência ou o contexto em que recebem terapia por videoconferência. cremos que estas variáveis são mais objetivas de atitudes sobre a terapia por videoconferência em comparação com as características pessoais dos participantes. Também, a caracterização da

amostra ao apresentar atitudes de valor ligeiramente satisfatórios, pode sugerir que com atitudes mais positivas sobre a terapia por videoconferência, a relação com a satisfação possa vir a ser significativa.

Com o intuito de procurar um entendimento mais profundo acerca das atitudes sobre a terapia por videoconferência e tendo como base a literatura, que revela que quando os terapeutas detêm atitudes inferiores sobre um tratamento estas influenciam negativamente o outcome terapêutico (Wiborg et al.,2012), revelou-se pertinente observar se as atitudes dos terapeutas têm influência nas atitudes dos clientes e na sua satisfação com a terapia. Tal não se identificou nos resultados, as atitudes dos terapeutas não predizem as atitudes dos clientes nem a sua satisfação com a terapia por videoconferência. Uma das justificações para esta ausência de associação, pode dever-se ao facto dos terapeutas desta amostra deterem atitudes satisfatórias sobre esta modalidade, o que também pode propor que detêm à vontade com esta modalidade e que acreditam nos seus benefícios. Tendo em conta que na sua maioria, a amostra deste estudo integra clientes que, primeiramente receberam terapia face a face e que, posteriormente transitaram com os seus terapeutas para terapia por videoconferência, talvez tenham sido feitos esforços adicionais para que os clientes se sintam confortáveis com esta modalidade.

No que concerne o terceiro objetivo, pretendeu-se identificar relações existentes entre as variáveis aliança terapêutica, atitudes dos clientes e satisfação com a terapia, por videoconferência. Relativamente às atitudes dos clientes, o valor do aconselhamento online associou-se significativamente com a aliança terapêutica e, explica 13.3% da variação. Quando as atitudes de valor aumentam, a aliança terapêutica também aumenta e vice-versa. Reese et al. (2016), encontrou resultados semelhantes, identificando as atitudes como preditores de aliança terapêutica, na terapia online. Em relação à satisfação com a terapia, a aliança terapêutica associa-se com a satisfação com a terapia por videoconferência, o modelo de regressão explica 55.9% da variação. Quando a aliança terapêutica é maior, os clientes estão mais satisfeitos com a sua terapia, o que parece ir de encontro com o que se observa na terapia por face a face (Hedman et al., 2015; Peuker et al., 2009).

Como referido anteriormente, não se identificou uma relação entre as atitudes de valor do aconselhamento online, dos clientes, e a satisfação com a terapia, no entanto, como o resultado se apresentou perto do valor de significância .05 e como a aliança terapêutica se identificou como preditora da satisfação com a terapia, prosseguiu-se com o modelo de moderação proposto. Assim, no quarto objetivo, estudou-se o impacto da aliança terapêutica na relação entre as atitudes de valor e satisfação com a terapia, dos clientes, o que não se revelou

estatisticamente significativo. Ou seja, a aliança terapêutica não foi identificada como variável moderadora da relação entre as atitudes dos clientes e a sua satisfação com a terapia. Tecemos alguns comentários sobre esta relação, nomeadamente, que talvez a relação terapêutica pode se sobrepor às atitudes que os clientes detêm sobre esta modalidade. As atitudes podem promover o estabelecimento da aliança, no entanto, um psicólogo capaz de estabelecer aliança pode ser mais relevante para o outcome terapêutico e até, promover atitudes mais positivas sobre a terapia por videoconferência. Para o afirmamos com certeza, mais investigação deve ser desenvolvida neste âmbito.

Em suma, tanto a aliança terapêutica como a satisfação com a terapia, no seu resultado médio total revelaram-se satisfatórias o que sugere que é possível estabelecer/manter uma boa relação terapêutica via videoconferência e, que esta forma de prestar terapia, pode ser eficaz no aconselhamento psicológico. Ademais, as análises estatísticas revelaram que a aliança terapêutica é relevante para as atitudes positivas dos clientes e na predição de satisfação com a terapia por videoconferência. Para além, de ser um resultado encorajador, aproxima a terapia por videoconferência da terapia por face a face, sobre a qual, existe já extensa literatura que revela a importância do estabelecimento de aliança terapêutica no outcome e satisfação terapêuticos.

Relativamente às implicações para a prática, estes resultados são motivadores para a utilização de terapia por videoconferência. A temática abordada conta ainda com pouca investigação, e dado o aumento exponencial da sua utilização nos últimos meses, torna-se fundamental estudar as variáveis que possam auxiliar numa boa prática clínica. A presente investigação dá-nos mais conhecimento sobre a relação das atitudes, com a aliança terapêutica e satisfação na terapia por videoconferência.

Contudo, a presente investigação acarreta algumas limitações que devem ser tidas em consideração. A interpretação dos resultados deve ser cautelosa e as suas limitações deverão ser abordadas em estudos futuros. Nomeadamente, o facto da amostra ser por conveniência e dos dados terem sido recolhidos somente por um questionário online. Este meio de recolha sendo uma medida de autorrelato e tendo a sua execução sido feita somente online, não permite que se controle o ambiente em que o participante responde às questões (i.e., se está com pressa, ansioso, irritado, nervoso, distraído, concentrado), o que pode influenciar a interpretação e compreensão das frases e, o empenho colocado na realização do questionário.

Enquanto amostra clínica e em parelha, uma das limitações que se identificou foi o acesso e a dificuldade em recrutar participantes, por critérios de sensibilidade. Assim, a amostra do presente estudo contou com 62 participantes, que apesar de ser considerada adequada quer

por conveniência, quer pelas suas características, pode, no entanto, ser um número pequeno para se poderem fazer inferências significativas para a população em geral, não permitindo a generalização dos dados. O que também se revelou em alguns resultados que se encontraram muito perto do valor de significância .05 e, que numa amostra maior possivelmente teriam sido resultados estatisticamente significativos. Em relação à amostra dos terapeutas, o seu tamanho reduzido, impediu que se estabelecesse relações entre as variáveis demográficas e as atitudes dos mesmos.

Não obstante, apesar dos investigadores darem a conhecer os critérios de confidencialidade e anonimato da participação dos clientes, o estudo foi divulgado pelos terapeutas aos seus clientes. Tendo questões sobre as suas atitudes relativamente à terapia que estão a receber, pode sugerir que a veracidade das respostas dos clientes pode ser contaminada.

Como sugestão para futuras pesquisas, seria importante replicar o presente estudo para uma amostra de maiores dimensões, que permitisse a sua generalização para a população. Igualmente, com uma amostra maior de terapeutas, permitiria estudar relações entre as variáveis demográficas, as suas atitudes, a sua perceção sobre a aliança terapêutica e fazer comparações com a perceção dos seus clientes sobre a aliança estabelecida. Assim como, uma amostra mais diversificada de terapeutas, que apliquem diferentes abordagens terapêuticas, permitirá uma melhor compreensão de que abordagens podem beneficiar mais da utilização de videoconferência em terapia e, para as quais, não seja o método de trabalho mais indicado.

De modo a obter um melhor entendimento sobre as atitudes face à terapia por videoconferência, estudar variáveis mais direccionadas para a utilização de recursos tecnológicos poderá ser também uma mais valia (e.g. acessibilidade a recursos tecnológicos, facilidade em manusear recursos tecnológicos).

Referências Bibliográficas

- Aafjes-van Doorn, K., Békés, V., & Prout, T. A. (2020). Grappling with our therapeutic relationship and professional self-doubt during COVID-19: will we use video therapy again?. *Counselling Psychology Quarterly*, 1-12.
- Abbott, J. A. M., Klein, B., & Ciechomski, L. (2008). Best practices in online therapy. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2-4), 360-375.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.
- Andersson, G. (2009). Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour research and therapy*, 47(3), 175-180.
- APA. (2013). Guidelines for the Practice of Telepsychology. American Psychological Association, 68(9), 791-800.
- Apolinário-Hagen, J., Harrer, M., Kählke, F., Fritsche, L., Salewski, C., & Ebert, D. D. (2018). Public attitudes toward guided internet-based therapies: web-based survey study. *JMIR mental health*, 5(2), e10735.
- Attkisson, C. C., & Zwick, R. (1982). The Client Satisfaction Questionnaire: Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation and program planning*, 5(3), 233-237.
- Baker, K. D., & Ray, M. (2011). Online counseling: The good, the bad, and the possibilities. *Counselling Psychology Quarterly*, 24(4), 341-346.
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. A. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human services*, 26(2-4), 109-160.
- Barak, A., Klein, B., & Proudfoot, J. G. (2009). Defining internet-supported therapeutic interventions. *Annals of behavioral medicine*, 38(1), 4-17.
- Beattie, A., Shaw, A., Kaur, S., & Kessler, D. (2009). Primary-care patients' expectations and experiences of online cognitive behavioural therapy for depression: a qualitative study. *Health Expectations*, 12(1), 45-59.
- Békés, V., & Aafjes-van Doorn, K. (2020). Psychotherapists' Attitudes Toward Online Therapy During the COVID-19 Pandemic.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 16(3), 252.

- Castelnuovo, G., Manzoni, G. M., Pietrabissa, G., Corti, S., Giusti, E. M., Molinari, E., & Simpson, S. (2014). Obesity and outpatient rehabilitation using mobile technologies: the potential mHealth approach. *Frontiers in psychology*, 5, 559.
- Choi, I., Sharpe, L., Li, S., & Hunt, C. (2015). Acceptability of psychological treatment to Chinese-and Caucasian-Australians: Internet treatment reduces barriers but face-to-face care is preferred. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(1), 77-87.
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., ... & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine*, 45(1), 11-27.
- Cook, J. E & Doyle, C. C. (2002). Working alliance in online therapy as compared to face-toface therapy: preliminary results. *CyberPsychology & Behavior*, v. 5, n. 2, p. 95-105.
- CPA. (2006). Draft Ethical Guidelines for Psychologists Providing Psychological Services Via Electronic Media. Canadian Psychological Association.
- da Silva, J. T., Machado, T. S., & Miguel, J. P. (2015). Atitudes acerca do Aconselhamento Online e o Aconselhamento Face a Face. *Revista de Estudos e Investigación en Psicología y Educación*, 021-025.
- Deane F. P., Gonsalvez C., Blackman R., Saffioti D., Andresen R. (2015). Issues in the development of e-supervision in professional psychology: a review. *Aust. Psychol.* 50 241–247. 10.1111/ap.12107
- Doran, J. M. (2016). The working alliance: Where have we been, where are we going?. *Psychotherapy Research*, 26(2), 146-163.
- Drum, K. B., & Littleton, H. L. (2014). Therapeutic boundaries in telepsychology: Unique issues and best practice recommendations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(5), 309.
- Finn, J., & Barak, A. (2010). A descriptive study of e-counsellor attitudes, ethics, and practice. *Counselling and Psychotherapy Research*, 10(4), 268-277.
- Fishkin, R., Fishkin, L., Leli, U., Katz, B., & Snyder, E.(2011). Psychodynamic Treatment, Training, and Supervision Using Internet-Based Technologies. *Journal of The American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, v. 39, n.1, p. 155–168.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (1998). *The psychotherapy relationship: Theory, research, and practice*. John Wiley & Sons Inc.

- Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Guay, S., & Drouin, M. S. (2010). Assessment of the therapeutic alliance in face-to-face or videoconference treatment for posttraumatic stress disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, *13*(1), 29-35.
- Handley, T. E., Kay-Lambkin, F. J., Inder, K. J., Lewin, T. J., Attia, J. R., Fuller, J., ... & Kelly, B. J. (2014). Self-reported contacts for mental health problems by rural residents: predicted service needs, facilitators and barriers. *BMC psychiatry*, *14*(1), 1-12.
- Hardiker, N. R., & Grant, M. J. (2011). Factors that influence public engagement with eHealth: A literature review. *International journal of medical informatics*, *80*(1), 1-12.
- Harvey, A. G., & Gumport, N. B. (2015). Evidence-based psychological treatments for mental disorders: Modifiable barriers to access and possible solutions. *Behaviour research and therapy*, *68*, 1-12.
- Hedman, E., Andersson, E., Lekander, M., & Ljótsson, B. (2015). Predictors in Internet-delivered cognitive behavior therapy and behavioral stress management for severe health anxiety. *Behaviour research and therapy*, *64*, 49-55.
- Hilty, D. M., Sunderji, N., Suo, S., Chan, S., & McCarron, R. M. (2018). Telepsychiatry and other technologies for integrated care: evidence base, best practice models and competencies. *International Review of Psychiatry*, *30*(6), 292-309.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of counseling psychology*, *36*(2), 223.
- IBM Corp. (2020). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 27.0*. Armonk, NY: IBM Corp
- Knott, V., Habota, T., & Mallan, K. (2020). Attitudes of Australian psychologists towards the delivery of therapy via video conferencing technology. *Australian Psychologist*, *55*(6), 606-617.
- Lange, A., van de Ven, J. P., Schrieken, B., & Smit, M. (2003). Interapy Burn-out: preventie en behandeling van burn-out via het internet. *Dth*, *23*(2), 60-73.
- Lazuras, L., & Dokou, A. (2016). Mental health professionals' acceptance of online counseling. *Technology in Society*, *44*, 10-14.
- Lenhard, F., Vigerland, S., Andersson, E., Rueck, C., Mataix-Cols, D., Thulin, U., ... & Serlachius, E. (2014). Internet-delivered cognitive behavior therapy for adolescents with obsessive-compulsive disorder: an open trial. *PloS one*, *9*(6), e100773.
- LEVY, P. (1999): *Cibercultura*. São Paulo: Ed. 34.
- Lima, R. C. (2020). Distanciamento e isolamento sociais pela Covid-19 no Brasil: impactos na saúde mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, *30*.

- Lousada, J., Weisz, J., Hudson, P., & Swain, T. (2015). Psychotherapy provision in the UK: time to think again. *The Lancet Psychiatry*, 2(4), 289-291.
- Singulane, B. A. R., & Sartes, L. M. A. (2017). Aliança terapêutica nas terapias cognitivo-comportamentais por videoconferência: uma revisão da literatura. *Psicologia: ciência e profissão*, 37, 784-798.
- Smaller, K. R. (2020). *Video Therapy: Attitudes among the Psychodynamic Community* (Doctoral dissertation, Institute for Clinical Social Work (Chicago)).
- Machado, D. D. B., & Eizirik, C. L. (2016). Uma breve revisão das revisões e metanálises sobre aliança terapêutica. *Revista brasileira de psicoterapia*. Vol. 18, n. 1 (Abril 2016), p. 1-12.
- Magalhães, L. T., Bazonia, A. C., & Pereira, F. N. (2019). Clinical psychologists impressions on online psychological counseling. *Brazilian Journal of Psychotherapy*, 21(1).
- Maheu, M. M., Pulier, M. L., McMenamin, J. P., & Posen, L. (2012). Future of telepsychology, telehealth, and various technologies in psychological research and practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(6), 613.
- Malosso, M. S. (2019). *Adaptação transcultural para o português e validação de duas ferramentas de avaliação das preferências do cliente em psicoterapia: C-NIP E PEX. P1* (Doctoral dissertation).
- Manhal-Baugus, M. (2001). E-therapy: Practical, ethical, and legal issues. *CyberPsychology & Behavior*, 4(5), 551-563.
- Mendes-Santos, C., Weiderpass, E., Santana, R., & Andersson, G. (2020). Portuguese Psychologists' Attitudes Toward Internet Interventions: Exploratory Cross-Sectional Study. *JMIR mental health*, 7(4), e16817.
- Menon, G. M., & Rubin, M. (2011). A survey of online practitioners: Implications for education and practice. *Journal of Technology in Human Services*, 29(2), 133-141.
- Migone, P. (2013). Psychoanalysis on the Internet: A discussion of its theoretical implications for both online and offline therapeutic technique. *Psychoanalytic Psychology*, 30(2), 281.
- Moutinho, H. C. A. (2018). Atendimentos psicológicos online: potencialidades e desafios.
- Nazaré, B., Pereira, M., & Canavarro, M. C. (2017). Avaliação breve da psicossintomatologia: Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa do Brief Symptom Inventory 18. *Análise Psicológica*, 35(2), 213-230.
- Newman, M. G., Szkodny, L. E., Llera, S. J., & Przeworski, A. (2011). A review of technology-assisted self-help and minimal contact therapies for drug and alcohol abuse and smoking

- addiction: is human contact necessary for therapeutic efficacy?. *Clinical psychology review*, 31(1), 178-186.
- Norwood, C., Moghaddam, N. G., Malins, S., & Sabin-Farrell, R. (2018). Working alliance and outcome effectiveness in videoconferencing psychotherapy: A systematic review and noninferiority meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(6), 797-808.
- NZPB. (2012). The practice of Telepsychology. New Zealand Psychologists Board
- OPP. (2015). Parecer 21/CEOPP/2015: Sobre Intervenção à Distância. Ordem dos Psicólogos Portugueses
- OPP. (2019). Linhas de Orientação para a Prestação de Serviços de Psicologia Mediados por Tecnologias da Informação e da Comunicação. Ordem dos Psicólogos Portugueses. Porto.
- Orman, J; O’dea, B. (2018). E-therapy in primary care mental health. *AJGP*. vol. 47, no. 4, p. 168-172.
- Perle, J. G., Langsam, L. C., & Nierenberg, B. (2011). Controversy clarified: An updated review of clinical psychology and tele-health. *Clinical psychology review*, 31(8), 1247-1258.
- Perle, J. G., Langsam, L. C., Randel, A., Lutchman, S., Levine, A. B., Odland, A. P., ... & Marker, C. D. (2013). Attitudes toward psychological telehealth: Current and future clinical psychologists’ opinions of Internet-based interventions. *Journal of clinical psychology*, 69(1), 100-113.
- Perle, J. G., & Nierenberg, B. (2013). How psychological telehealth can alleviate society's mental health burden: A literature review. *Journal of Technology in Human Services*, 31(1), 22-41.
- Peuker, A. C., Habigzang, L. F., Koller, S. H., & Araujo, L. B. (2009). Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: uma revisão. *Psicologia em Estudo*, 14, 439-445.
- Pieta, M.A. M.(2014). Psicoterapia pela internet: a relação terapêutica. Tese de doutorado. 167f. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- PORDATA. (Maio, 2021) <https://www.pordata.pt/>
- Rees, C. S., & Haythornthwaite, S. (2004). Telepsychology and videoconferencing: Issues, opportunities and guidelines for psychologists. *Australian Psychologist*, 39(3), 212-219.
- Rees, C. S., & Stone, S. (2005). Therapeutic alliance in face-to-face versus videoconferenced psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(6), 649.
- Reese, R. J., Mecham, M. R., Vasilj, I., Lengerich, A. J., Brown, H. M., Simpson, N. B., & Newsome, B. D. (2016). The effects of telepsychology format on empathic accuracy and the

- therapeutic alliance: An analogue counselling session. *Counselling and Psychotherapy Research*, 16(4), 256-265
- Richards, D., & Viganó, N. (2013). Online counseling: A narrative and critical review of the literature. *Journal of clinical psychology*, 69(9), 994-1011.
- Rochlen, A. B., Beretvas, S. N., & Zack, J. S. (2004). The online and face-to-face counseling attitudes scales: A validation study. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 37(2), 95-111.
- Rochlen, A. B., Zack, J. S., & Speyer, C. (2004). Online therapy: Review of relevant definitions, debates, and current empirical support. *Journal of clinical psychology*, 60(3), 269-283.
- Roesler, C. (2017). Tele-analysis: The use of media technology in psychotherapy and its impact on the therapeutic relationship. *Journal of Analytical Psychology*, 62(3), 372-394.
- Saarni, S. I., Suvisaari, J., Sintonen, H., Pirkola, S., Koskinen, S., Aromaa, A., & Lönnqvist, J. (2007). Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey. *The British journal of psychiatry*, 190(4), 326-332.
- Schmidt, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D. A., Neiva-Silva, L., & Demenech, L. M. (2020). Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37.
- Siegmund, G., Janzen, M. R., Gomes, W. B., & Gauer, G. (2015). Aspectos éticos das intervenções psicológicas on-line no Brasil: situação atual e desafios. *Psicologia em Estudo*, 20(3), 437-447.
- Simpson, S. G., & Reid, C. L. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *Australian Journal of Rural Health*, 22(6), 280-299.
- Smit, H. F. E., Cuijpers, P., Oostenbrink, J., Batelaan, N. M., de Graaf, R., & Beekman, A. J. (2006). Costs of nine common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry. *The journal of mental health policy and economics*, 9(4), 193-200.
- Sucala, M., Schnur, J. B., Brackman, E. H., Constantino, M. J., & Montgomery, G. H. (2013). Clinicians' attitudes toward therapeutic alliance in E-therapy. *The Journal of general psychology*, 140(4), 282-293.
- Suler, J. (2004). The online disinhibition effect. *Cyberpsychology & behavior*, 7(3), 321-326.
- Suler, J. R. (2004). Psychotherapy in cyberspace: A 5-dimensional model of online and computer-mediated psychotherapy. *CyberPsychology and Behavior*, 3(2), 151-159.

- Topooco, N., Riper, H., Araya, R., Berking, M., Brunn, M., Chevreur, K., ... & Kleiboer, A. (2017). Attitudes towards digital treatment for depression: a European stakeholder survey. *Internet interventions*, 8, 1-9.
- Vigerland, S., Ljótsson, B., Gustafsson, F. B., Hagert, S., & Thulin, U. (2014). Attitudes towards the use of computerized cognitive behavior therapy (cCBT) with children and adolescents: A survey among Swedish mental health professionals. *Internet Interventions*, 1, 111-117.
- Wagner, B., Brand, J., Schulz, W., & Knaevelsrud, C. (2012). ONLINE WORKING ALLIANCE PREDICTS TREATMENT OUTCOME FOR POSTTRAUMATIC STRESS SYMPTOMS IN A RAB WAR-TRAUMATIZED PATIENTS. *Depression and anxiety*, 29(7), 646-651.
- Wagner, B., Horn, A. B., & Maercker, A. (2014). Internet-based versus face-to-face cognitive-behavioral intervention for depression: a randomized controlled non-inferiority trial. *Journal of affective disorders*, 152, 113-121.
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet*, 382(9904), 1575-1586.
- Wiborg, J. F., Knoop, H., Wensing, M., & Bleijenberg, G. (2012). Therapist effects and the dissemination of cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome in community-based mental health care. *Behaviour research and therapy*, 50(6), 393-396.
- Wind, T. R., Rijkeboer, M., Andersson, G., & Riper, H. (2020). The COVID-19 pandemic: The ‘black swan’ for mental health care and a turning point for e-health. *Internet interventions*, 20.
- Wray, B. T., & Rees, C. S. (2003). Is there a role for videoconferencing in cognitive-behavioural therapy. In *11th Australian Association for Cognitive and Behaviour Therapy State Conference, Perth, Western Australia, Australia*.
- Young, K. S. (2005). An Empirical Examination of Client Attitudes Towards Online Counseling. *CyberPsychology & Behavior*, 8(2).

ANEXOS

Anexo A – Correlação de Pearson das Escalas

	WAI-S	OC-V	OC-D	CSQ-8	BSI	VTAS
WAI-S	1					
OC-V	.364**; <i>p</i> = .007	1				
OC-D	-.092; <i>p</i> = .510	-.609***; <i>p</i> = .000	1			
CSQ-8	.748***; <i>p</i> = .000	.241; <i>p</i> = .079	-.027; <i>p</i> = .847	1		
BSI	-.257; <i>p</i> = .061	-.264; <i>p</i> = .054	.197; <i>p</i> = .154	-.114; <i>p</i> = .413	1	
VTAS	-.152; <i>p</i> = .273	.183; <i>p</i> = .186	-.131; <i>p</i> = .345	-.112; <i>p</i> = .419	-.208; <i>p</i> = .130	1

Nota. N = 54. WAI-S: Questionário de Aliança Terapêutica. OC-V: Atitudes de Valor do Aconselhamento online (Clientes). OC-D: Atitudes de Desconforto com o Aconselhamento online (Clientes). CSQ-8: Questionário de Satisfação do Cliente. BSI: Inventário de Sintomas Psicopatológicos. VTAS: Escala de Atitudes sobre Terapia por Vídeo (Terapeuta).

p* ≤ .05 *p* ≤ .01 ****p* ≤ .001

Anexo B - Consentimento Informado do Cliente

Título da Investigação: Impacto das atitudes na satisfação com a terapia à distância

Investigador: Filipa Pires – Instituto Superior de Psicologia Aplicada – ISPA

Orientador: Professor Doutor David D. Neto

O presente trabalho de investigação, insere-se na dissertação de mestrado que me encontro a realizar no Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), sob a orientação do Professor Doutor David D. Neto. Tendo como principal objetivo compreender o impacto das atitudes na satisfação com a terapia à distância.

Pretendemos contribuir para um melhor conhecimento acerca da terapia à distância e das questões que envolve, acerca da aliança terapêutica e o impacto das atitudes face a esta modalidade de intervenção. Sendo necessário para tal, recolher alguns dados, assegurando a sua confidencialidade e, destinando-se apenas a serem tratados no âmbito da investigação.

Como terá sido informado pelo/a seu/sua terapeuta, a sua participação consiste no preenchimento dos questionários que se seguem, tendo uma duração aproximada de 15-20 minutos. Pelo que deve ser rigoroso no seu preenchimento, não deixando nenhum item em branco, não existindo respostas certas ou erradas. O/a sua terapeuta não terá acesso às suas respostas.

A participação neste estudo, não tem qualquer despesa ou risco para o participante, sendo de cariz voluntário, o que significa que poderá desistir do mesmo a qualquer momento, não tendo a sua desistência quaisquer consequências.

Desta forma, ao assinar este consentimento, implica que tem conhecimento pleno da natureza e propósitos da investigação. No futuro, caso necessite de algum esclarecimento adicional sobre o estudo, poderá contactar o investigador pelo endereço eletrónico (filipa-afp@hotmail.com).

Grata pela atenção.

Lisboa, _____

Nome do participante em maiúsculas

Nome do investigador

Assinatura do participante

Assinatura do investigador

Anexo C - Consentimento Informado do Terapeuta

Título da Investigação: Impacto das atitudes na satisfação com a terapia à distância

Investigador: Filipa Pires – Instituto Superior de Psicologia Aplicada – ISPA

Orientador: Professor Doutor David D. Neto

O presente trabalho de investigação, insere-se na dissertação de mestrado que me encontro a realizar no Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), sob a orientação do Professor Doutor David D. Neto. Tendo como principal objetivo compreender o impacto das atitudes na satisfação com a terapia à distância.

Pretendemos contribuir para um melhor conhecimento acerca da terapia à distância e das questões que envolve, acerca da aliança terapêutica e o impacto das atitudes face a esta modalidade de intervenção. Sendo necessário para tal, recolher alguns dados, assegurando a sua confidencialidade e, destinando-se apenas a serem tratados no âmbito da investigação.

A sua participação consiste no preenchimento dos questionários que se seguem, tendo uma duração aproximada de 10 minutos. Pelo que deve ser rigoroso no seu preenchimento, não deixando nenhum item em branco, não existindo respostas certas ou erradas.

A participação neste estudo, não tem qualquer despesa ou risco para o participante, sendo de cariz voluntário, o que significa que poderá desistir do mesmo a qualquer momento, não tendo a sua desistência quaisquer consequências.

Desta forma, ao assinar este consentimento, implica que tem conhecimento pleno da natureza e propósitos da investigação. No futuro, caso necessite de algum esclarecimento adicional sobre o estudo, poderá contactar o investigador pelo endereço eletrónico (filipa-afp@hotmail.com).

Grata pela atenção.

Lisboa, _____

Nome do participante em maiúsculas

Nome do investigador

Assinatura do participante

Assinatura do investigador

Anexo D - Questionário Sociodemográfico Do Cliente

Idade: _____

Género:

- a) Feminino
- b) Masculino
- c) Outro

Estado Civil:

- a) Casado/união de facto
- b) Divorciado/separado
- c) Viúvo
- d) Solteiro

Habilitações Literárias:

- a) 4ºAno
- b) 9ºAno
- c) 12ºAno
- d) Licenciatura
- e) Mestrado
- f) Doutoramento
- g) Outro _____

Como se chama o/a seu/sua terapeuta? _____

Iniciou a terapia por:

- a) Face a face
- b) Videoconferência
- c) Outro _____

Há quantas semanas aproximadamente está a fazer terapia? (1 mês = 4 semanas; 1 ano = 52 semanas) _____

Há quantas semanas está a fazer terapia por videoconferência? (1 mês = 4 semanas) _____

Em que regime está a receber as suas consultas terapêuticas?

- a) Online (videoconferência)
- b) Face a face
- c) Misto: Online (videoconferência) e Face a face
- d) Outro _____

Anexo E - Questionário Sociodemográfico Do Terapeuta

Idade: _____

Género:

- a) Feminino
- b) Masculino
- c) Outro

Habilitações Académicas

Qual o grau académico mais elevado que concluiu?

- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Outro _____

Tem formação numa associação de psicoterapia?

- Sim
- Não

Se sim, qual?

- Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Construtivistas
- Associação Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica
- Associação Portuguesa de Psicoterapia Centrada na Pessoa e Counselling
- Associação Portuguesa de Psicoterapia Psicanalítica de Casal e Família
- Associação Portuguesa de Psicoterapia Psicanalítica
- Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves
- Sociedade Portuguesa de Grupanalise e Psicoterapia Analítica de Grupo
- Associação Portuguesa Gestalt
- Associação Portuguesa de Psicoterapia Emocional
- Associação EMDR – Portugal
- Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Centrada no Cliente e na Abordagem Centrada na Pessoa
- Sociedade Portuguesa de Psicanálise
- Sociedade Portuguesa de Psicodrama
- Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar
- Sociedade Portuguesa de Arte-Terapia
- Sociedade Portuguesa de Psicodrama Psicanalítico de Grupo
- Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Existencial
- Associação Portuguesa de Terapia do Comportamento (APTC)
- PsiRelacional – Associação de Psicanálise Relacional
- Núcleo Português de Psicanálise

- Associação Portuguesa de Psicologia Clínica
- Instituto Português de Psicoterapia Corporal
- Outro _____

Há quantos anos exerce prática clínica? _____

Qual é a sua abordagem teórica preferencial?

- a) Psicanálise ou Psicoterapia Psicanalítica/Psicodinâmica
- b) Cognitivo-Comportamental
- c) Gestalt
- d) Existencial ou Fenomenológica
- e) Centrada no Cliente, Rogeriana ou Humanística
- f) Terapia Sistémica ou Familiar
- g) Integrativa ou Eclética
- h) Outra _____

Há quantos meses pratica terapia por videoconferência? (1 ano=12 meses) _____

Anexo F – E-mail de Recrutamento do Cliente

Gostaria de o/a convidar a participar no estudo que está a ser desenvolvido por uma aluna de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, Filipa Pires, através do ISPA.

O objetivo do estudo é compreender o impacto das atitudes na terapia à distância, por videoconferência. Sendo que a sua participação será muito valorizada e permitirá uma melhor compreensão da intervenção terapêutica à distância por videoconferência e da sua satisfação.

ALGUMAS NOTAS IMPORTANTES SOBRE CUIDADOS ÉTICOS:

- A sua participação é completamente anónima (não lhe será pedido qualquer dado que o/a identifique)
- A sua participação é completamente voluntária (podendo desistir do mesmo a qualquer momento)
- O questionário incide sobre temas que não são considerados como sensíveis
- Não será feita qualquer avaliação da eficácia da sua terapia
- O terapeuta não dará qualquer informação sobre o cliente

Assim, solicito e agradeço que preencha o questionário clicando no link abaixo. Estima-se que o preenchimento do questionário demore entre 10-15 minutos.

Link para preenchimento do questionário: **

Anexo G – E-mail de Recrutamento do Terapeuta

Exmo.(a) Doutor(a)

O meu nome é Filipa Pires e estou a desenvolver um estudo acerca do impacto das atitudes na satisfação com a terapia à distância, no âmbito da dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica no Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (ISPA), sob a orientação do Professor Doutor David D. Neto.

Este estudo aplica-se a terapeutas e pacientes que se encontrem a realizar terapia à distância por videoconferência.

Gostaria de convidá-lo/a, a si e aos seus pacientes, a participar no meu estudo. Caso decida divulgar com os seus pacientes, em anexo tem um e-mail a dar conhecimento da investigação ao seu paciente, juntamente com um link para o respetivo questionário. A sua participação será muito valorizada e permitirá uma melhor compreensão da intervenção terapêutica à distância por videoconferência e da sua satisfação e, melhorar a prática clínica por videoconferência.

ALGUMAS NOTAS IMPORTANTES SOBRE CUIDADOS ÉTICOS:

- Nunca lhe será pedido a si nenhum dado sobre os seus clientes
- A participação dos seus clientes é completamente anónima (nenhum dado é pedido deles)
- A participação dos seus clientes é completamente voluntária (Por exemplo, não lhe será dada a si qualquer informação sobre a participação dos seus clientes)
- O questionário incide sobre temas que não são considerados como sensíveis
- Não é realizada nenhuma avaliação da eficácia da sua terapia

Assim, solicito e agradeço que preencha o questionário clicando no link abaixo. Todos os dados que forneça permanecerão confidenciais, sendo tratados apenas no âmbito da presente investigação. Estima-se que o preenchimento do questionário demore cerca de 10 minutos. Poderá esclarecer qualquer dúvida através do endereço eletrónico: filipa-afp@hotmail.com, ou contacto: ^{aa} Link para preenchimento do questionário: ^{**}

Grata pelo seu tempo e consideração,

Filipa Pires