



CATOLICA
—
FACULDADE DE
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA
PORTO

Perspetivas de psicólogos clínicos sobre a aliança terapêutica em intervenções psicológicas online e presenciais com adultos: um estudo exploratório

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde-

Mafalda Formoso Moreira de Sá

Porto, julho de 2026

Perspetivas de psicólogos clínicos sobre a aliança terapêutica em intervenções psicológicas online e presenciais com adultos: um estudo exploratório

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde-

Mafalda Formoso Moreira de Sá

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Marisa Costa

Porto, julho de 2026

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Marisa Costa, pelo apoio constante ao longo de todo este processo. Agradeço a confiança que sempre depositou nas minhas capacidades e por me ter desafiado a ir mais longe, ajudando-me a desenvolver um pensamento mais crítico e rigoroso perante a psicologia clínica.

À minha mãe e à minha avó, pela presença constante ao longo desta caminhada. Sem o apoio de ambas ao longo de todo este processo, a concretização deste percurso não teria sido possível.

Aos meus amigos, por terem caminhado ao meu lado ao longo deste percurso e cuja rotina de aulas e sessões de estudo vão deixar muitas saudades. Obrigada por todo o vosso apoio!

Ao meu noivo, Diogo, por ter estado sempre presente em cada etapa deste caminho, por me ajudar a ser a minha melhor versão e por me apoiar incondicionalmente.

Lista de abreviaturas

AT - Aliança Terapêutica

IA - Inteligência Artificial

OPP - Ordem dos Psicólogos Portugueses

RGPD - Regulamento Geral de Proteção de Dados

Resumo

A aliança terapêutica é um preditor robusto da eficácia em psicoterapia. Contudo, a expansão do formato online e a emergência da inteligência artificial reconfiguraram o enquadramento clínico, carecendo de exploração qualitativa na realidade nacional. O presente estudo explorou as perspectivas de psicólogos sobre a conceptualização, manutenção e reparação da aliança em intervenções presenciais e online com adultos, analisando simultaneamente o impacto das ferramentas digitais. Entrevistaram-se cinco psicólogas, recorrendo à análise temática proposta por Braun e Clarke (2006). Os resultados confirmam a natureza multidimensional da aliança terapêutica, sublinhando que o formato online exige maior intencionalidade comunicativa e contratualização para colmatar a ausência de pistas não-verbais. As estratégias de reparação e a análise do processo relacional emergiram como motores de eficácia clínica. Relativamente à Inteligência Artificial, as participantes validam a sua utilidade estritamente como assistente clínico, rejeitando a substituição humana devido à inviabilidade da empatia e da sintonia afetiva através destas ferramentas. Conclui-se que, independentemente da mediação tecnológica, a intersubjetividade humana permanece o cerne mutativo da psicoterapia, alinhando-se com as diretrizes éticas da Ordem dos Psicólogos Portugueses.

Palavras-chave: Aliança terapêutica, Psicoterapia online, Inteligência artificial, Investigação qualitativa.

Abstract

The therapeutic alliance is a robust predictor of psychotherapy outcomes. However, the expansion of online therapy and the emergence of Artificial Intelligence have reconfigured the clinical setting, lacking qualitative exploration within the national context. This study explored psychologists' perspectives on the conceptualization, maintenance, and repair of the alliance in face-to-face and online interventions with adults, while analyzing the impact of digital tools. Five female psychologists were interviewed, and data were analyzed using Braun and Clarke's Thematic Analysis. The results confirm the multidimensional nature of the alliance, highlighting that the online format requires greater communicative intentionality and structuring to compensate for the absence of non-verbal cues. Repair strategies and the analysis of the relational process emerged as drivers of psychotherapy efficacy. Regarding AI, participants validate its utility strictly as an administrative support assistant, rejecting human replacement due to the irreplaceability of empathy and affective attunement. In conclusion, regardless of technological mediation, human intersubjectivity remains the mutative core of psychotherapy, aligning with the ethical guidelines of the Portuguese Psychologists Society.

Keywords: Therapeutic alliance, Online psychotherapy, Artificial intelligence, Qualitative research.

Nota:

Foi utilizada a ferramenta de inteligência artificial Gemini (Google) na secção de Discussão de Resultados e na revisão final do presente trabalho, com o objetivo de apoiar a reformulação de frases, a síntese de ideias das participantes e a revisão linguística, garantindo a clareza e a fluidez do texto.

Índice

<i>Introdução</i>	10
<i>Enquadramento Teórico</i>	11
1. O construto da aliança terapêutica: Definição e modelos teóricos.....	11
2. A investigação da aliança terapêutica	Erro! Marcador não definido.
3. O <i>setting</i> clínico: Modalidade presencial <i>versus</i> modalidade online	12
4. A inteligência artificial na prática clínica	13
5. Lacunas da literatura e objetivos da investigação	14
<i>Método</i>	15
<i>Questões de investigação</i>	15
<i>Amostra</i>	15
<i>Instrumentos</i>	16
Questionário sociodemográfico e profissional	16
Entrevista semiestruturada	16
<i>Procedimentos</i>	17
Recolha de dados.....	17
Tratamento e análise dos dados.....	18
<i>Apresentação e discussão dos resultados</i>	18
<i>Considerações finais</i>	32
<i>Referências bibliográficas</i>	35
<i>ANEXOS</i>	39

Lista de Anexos

Anexo 1: Questionário sociodemográfico

Anexo 2: Guião da entrevista semiestruturada

Anexo 3: Árvore de codificação

Anexo 4: Consentimento livre e informado

Anexo 5: Codificação, categorização e descrição das categorias

Introdução

A literatura científica em psicoterapia é unânime em apontar a aliança terapêutica como o preditor mais robusto e consistente em termos de eficácia, da redução sintomatológica e da continuidade do cliente no processo terapêutico (Flückiger et al., 2018; Horvath et al., 2011; Martin et al., 2000). Conceptualizada classicamente como um construto multidimensional que envolve o vínculo afetivo e o consenso mútuo sobre os objetivos e tarefas do processo terapêutico (Bordin, 1979; Horvath & Luborsky, 1993), a aliança não constitui um estado estático, mas sim um processo relacional vivo, co-construído e sujeito a constantes flutuações, rupturas e reparações ao longo do percurso clínico (Ribeiro, 2010; Safran & Muran, 2000). Se a sua eficácia no contexto presencial beneficia da copresença física e de pistas não-verbais (Norcross & Lambert, 2018), a compreensão deste construto ganha novos contornos com a transição digital.

Na última década, assistiu-se a uma transição global para os formatos de intervenção mediada por tecnologia, reconfigurando as fronteiras tradicionais do setting terapêutico e desafiando os modelos clássicos de intervenção. Embora a evidência sugira que a qualidade global da aliança no ambiente virtual é equivalente à do formato presencial (Murphy et al., 2009; Leuchtenberg et al., 2023), a sua manutenção exige uma intencionalidade técnica e comunicativa distinta (Aafjes-van Doorn et al., 2024), requerendo estratégias explícitas de contratualização e gestão da privacidade à distância (Backhaus et al., 2012; OPP, 2023; Pires, 2022).

Esta complexidade adquire contornos ainda mais ambíguos com a emergência recente da Inteligência Artificial (IA) generativa e a introdução de agentes conversacionais ou ferramentas inteligentes no quotidiano clínico (Jin et al., 2023; Rebelo et al., 2023). Se, por um lado, alguns estudos sugerem que a IA pode desempenhar um papel complementar positivo no suporte logístico, na monitorização de sintomas e na continuidade entre sessões (Hoermann et al., 2017), por outro lado, emergem severos desafios ético-deontológicos associados à transparência, vieses algorítmicos e salvaguarda do sigilo profissional (Morley et al., 2020).

No cenário português, a centralidade da aliança mostra-se consonante com as evidências internacionais (Sousa et al., 2023), e o formato virtual tem demonstrado particular relevância na redução de barreiras psicológicas e na acessibilidade para determinados perfis de clientes (Nogueira & Farate, 2021; OPP, 2023). Contudo, a maioria da investigação nacional foca-se em estudos quantitativos de eficácia ou na validação de instrumentos. Torna-se, por isso,

relevante dar voz aos profissionais para compreender como estes gerem o vínculo terapêutico na atualidade.

Enquadramento Teórico

1. O construto da aliança terapêutica: Definição e modelos teóricos

A aliança terapêutica é amplamente reconhecida como um fator transversal e central na eficácia psicoterapêutica, independentemente da abordagem teórica ou do contexto de intervenção (Flückiger et al., 2018; Horvath et al., 2011). A literatura conceptualiza-a como a qualidade da relação colaborativa entre terapeuta e cliente, assente num processo relacional ativo, dinâmico e coconstruído que sustenta o envolvimento clínico e facilita a mudança psicológica (Ribeiro, 2010). De acordo com o modelo tripartido de Bordin (1979), esta aliança não é um estado estático, estruturando-se através de três componentes interdependentes: (a) o acordo quanto aos objetivos do tratamento, que se refere à partilha de uma compreensão comum acerca do que se pretende alcançar com a intervenção; (b) o consenso sobre as tarefas, que diz respeito à aceitação das estratégias e procedimentos como meios adequados para atingir essas metas; e (c) o vínculo emocional, que inclui sentimentos de confiança, aceitação e respeito mútuo (Horvath & Luborsky, 1993). Ao longo do processo terapêutico, esta relação exige uma constante negociação, consolidação e monitorização do seu estado para prevenir e reparar eventuais ruturas relacionais (Ribeiro, 2010).

A relevância deste fator para os resultados da psicoterapia tem sido sustentada por várias investigações. Meta-análises (Martin et al., 2000; Flückiger et al., 2018) baseadas em amostras alargadas de adultos em psicoterapia têm evidenciado uma associação consistente entre a qualidade da aliança terapêutica e os resultados do processo terapêutico, independentemente da abordagem teórica ou do tipo de intervenção. A título de exemplo, a meta-análise realizada por Flückiger et al. (2018), que integrou quase 300 estudos com mais de 30.000 adultos em psicoterapia, demonstrou que uma aliança terapêutica de maior qualidade está consistentemente associada a melhores resultados clínicos, mesmo quando considerados outros fatores relevantes do processo terapêutico. Os autores salientam ainda que o impacto da aliança resulta da articulação entre os seus diferentes componentes, reforçando a sua natureza multidimensional, tal como é proposto por Bordin.

A construção da aliança terapêutica em adultos envolve um processo contínuo de negociação e ajustamento, influenciado pelas características do cliente e pela atuação do terapeuta (Norcross & Lambert, 2018; Ribeiro, 2010). A literatura sugere que fatores como a clareza na comunicação, a flexibilidade do terapeuta e a sensibilidade às necessidades do cliente são particularmente relevantes para o desenvolvimento e manutenção da aliança ao longo do tempo (Norcross & Lambert, 2018; Ribeiro, 2010). Neste sentido, a aliança terapêutica pode ser entendida como um processo relacional em permanente construção, suscetível a variações ao longo do percurso terapêutico (Bordin, 1979; Ribeiro, 2010).

2. O *setting* clínico: Modalidade presencial *versus* modalidade online

A aliança terapêutica tem sido historicamente estudada no contexto da intervenção psicológica presencial. A literatura nesta modalidade evidencia de forma consistente que a qualidade da aliança prediz o envolvimento do cliente, a continuidade do processo e a eficácia clínica (Flückiger et al., 2018). No contexto presencial, a construção da aliança beneficia diretamente da copresença física, da leitura imediata de sinais não verbais e da estabilidade do *setting* físico, elementos que facilitam o vínculo inicial e a sintonia emocional (Norcross & Lambert, 2018). A robustez deste impacto foi demonstrada na meta-análise de Horvath et al. (2011), que analisou 190 estudos empíricos e confirmou uma correlação média significativa entre a qualidade da aliança e os resultados terapêuticos positivos, reforçando o papel preponderante do contacto direto na solidez da relação clínica.

Contudo, investigações que comparam diretamente as modalidades presencial e online (Murphy et al., 2009; Leuchtenberg et al., 2023) sugerem que a qualidade da aliança terapêutica alcançada em ambiente virtual pode ser equivalente à do formato presencial. A diferença não reside na capacidade de estabelecer a aliança, mas sim no processo de consolidação e manutenção da mesma. Enquanto o formato presencial assenta na leitura relacional implícita, a modalidade online exige do terapeuta uma maior intencionalidade comunicativa (Aafjes-van Doorn et al., 2024). Isto implica estratégias explícitas de contratualização, uma verbalização mais clara das emoções e intenções, e um cuidado redobrado na gestão das condições de privacidade e interrupções no espaço do cliente (Backhaus et al., 2012; OPP, 2023; Pires, 2022).

A literatura pioneira de Rees e Stone (2005) já alertava para este desafio ao reportar que 41% dos psicólogos consideravam o vínculo emocional mais complexo de estabelecer à distância nas sessões iniciais, embora os profissionais com formação específica demonstrassem

maior confiança na gestão técnica e relacional do formato mediado por computador. No cenário nacional, Sousa et al. (2023) reiteram que, apesar das adaptações necessárias na comunicação digital, a centralidade da aliança permanece intacta. Adicionalmente, para determinados perfis de clientes adultos, como indivíduos com ansiedade social ou limitações de mobilidade, o ecrã pode reduzir barreiras psicológicas iniciais, promovendo uma perceção acrescida de controlo e segurança (OPP, 2023). A este propósito, Nogueira e Farate (2021) demonstraram, junto de psicólogos portugueses, que o sucesso e a aceitação da relação terapêutica online estão frequentemente mais ligados à conveniência e acessibilidade percebidas pelo cliente do que à sofisticação técnica das plataformas.

Para além do estabelecimento inicial, a sustentabilidade da aliança ao longo de todo o processo clínico requer um acompanhamento contínuo dos seus momentos de oscilação, consolidação e rutura. Safran & Muran (2000) argumentam que as rupturas na aliança, caracterizadas por tensões ou desentendimentos sobre objetivos ou tarefas são inevitáveis. A identificação precoce destas rupturas através da observação clínica e do feedback do cliente, seguida da implementação intencional de estratégias de reparação (tais como a exploração direta da dificuldade ou a revisão partilhada dos objetivos), constitui um motor crucial para a própria eficácia da intervenção, transformando a crise relacional num importante fator de progresso terapêutico (Safran & Muran, 2000; Aafjes-van Doorn et al., 2024).

3. A inteligência artificial na prática clínica

Para além das transformações associadas à expansão dos formatos presencial e online, a prática psicológica enfrenta atualmente um novo conjunto de desafios e oportunidades decorrentes do desenvolvimento acelerado de tecnologias baseadas em inteligência artificial (Jin et al., 2023; Rebelo et al., 2023). Estas ferramentas incluem agentes conversacionais, chatbots de apoio emocional e plataformas digitais capazes de fornecer psicoeducação ou auxiliar na monitorização de sintomas (Jin et al., 2023; Rebelo et al., 2023). Embora não substituam o papel do psicólogo, começam a integrar-se como componentes complementares dos cuidados em saúde mental, levantando questões relevantes sobre o seu impacto futuro na intervenção clínica. No entanto, cumpre ressaltar que a evidência científica disponível é ainda marcadamente escassa e incipiente, manifestando uma clara incapacidade de acompanhar a velocidade exponencial com que estes avanços tecnológicos emergem no mercado. Este desequilíbrio entre o avanço tecnológico e a validação da ciência cria uma lacuna nos estudos

existentes. Isto torna necessária a exploração das percepções dos profissionais que lidam com estas ferramentas no quotidiano.

No estudo desenvolvido por Provoost et al. (2017), conduzido com utilizadores de plataformas digitais de saúde mental, com o objetivo de analisar a percepção de empatia e utilidade em chatbots de apoio, os resultados evidenciaram que, embora alguns utilizadores relatem sentimentos de ligação inicial, rapidamente identificam limitações inerentes à ausência de responsividade emocional genuína. Além das questões relacionais, vários autores têm chamado a atenção para desafios éticos associados ao uso de IA na saúde mental. Morley et al. (2020) analisaram os riscos éticos emergentes e destacaram problemas relacionados com a transparência algorítmica, viés nos sistemas, fiabilidade das respostas e potenciais implicações na confiança entre clientes e terapeutas.

Apesar destes desafios, outros estudos sugerem que a IA pode desempenhar um papel complementar positivo. Hoermann et al. (2017), por exemplo, investigaram a utilização de ferramentas digitais inteligentes para apoiar intervenções presenciais e concluíram que estas podem melhorar a continuidade terapêutica entre sessões, favorecer a monitorização de sintomas e aumentar o envolvimento do cliente, desde que devidamente integradas por profissionais qualificados.

4. Lacunas da literatura e objetivos da investigação

A literatura existente evidencia de forma consistente a relevância da aliança terapêutica enquanto fator central da eficácia psicoterapêutica, tanto em contextos presenciais como online. Apesar da robustez da evidência científica disponível, a literatura aponta para uma menor compreensão dos processos através dos quais a aliança terapêutica é construída, mantida e ajustada ao longo do tempo, particularmente a partir da perspetiva dos psicólogos a realizar intervenção clínica (Horvath et al., 2011). Esta limitação é especialmente evidente no contexto nacional, onde são escassos os estudos qualitativos que explorem as experiências, significados e estratégias utilizadas pelos profissionais na construção da aliança terapêutica com adultos (Nogueira & Farate, 2021; Ribeiro, 2010; Sousa et al., 2023).

Adicionalmente, embora a investigação sobre intervenções psicológicas online tenha crescido significativamente, permanecem lacunas no que respeita à compreensão das diferenças percecionadas pelos terapeutas entre as modalidades presencial e online, nomeadamente no modo como estas influenciam a relação terapêutica. A emergência de tecnologias baseadas em

inteligência artificial acrescenta ainda novos desafios e interrogações sobre o futuro da prática clínica e da aliança terapêutica, reforçando a necessidade de estudos exploratórios que acompanhem estas transformações a partir da experiência dos profissionais.

Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo explorar as perspectivas de psicólogos clínicos sobre a aliança terapêutica em intervenções psicológicas presenciais e online com adultos, procurando compreender como estes profissionais percebem os seus componentes, os fatores que a influenciam, as estratégias utilizadas para a sua promoção e reparação, bem como os desafios emergentes associados à utilização de tecnologias digitais e inteligência artificial na prática clínica.

Método

Questões de investigação

As questões de investigação seguintes foram definidas em articulação com o objetivo geral do estudo e com as dimensões contempladas no guião de entrevista semiestruturada:

1. Como são percebidos os componentes centrais da aliança terapêutica (vínculo, objetivos e tarefas) nas modalidades presencial e online?
2. Que fatores relacionados com o terapeuta, o cliente e o contexto terapêutico influenciam a construção e manutenção da aliança terapêutica?
3. Que estratégias são utilizadas pelos psicólogos para promover, fortalecer ou reparar a aliança terapêutica?
4. Como é percebida a relação entre a qualidade da aliança terapêutica e a eficácia da intervenção psicológica?
5. Como os psicólogos percebem o papel da inteligência artificial na prática clínica e o seu potencial impacto na aliança terapêutica?

Amostra

A amostra foi constituída por cinco psicólogas, selecionadas através de uma estratégia de amostragem intencional. A seleção procurou incluir profissionais com experiência clínica relevante em intervenção psicológica presencial e/ou online, de modo a possibilitar uma

exploração aprofundada das suas percepções sobre a aliança terapêutica em diferentes modalidades de intervenção.

As participantes apresentavam idades compreendidas entre os 25 e os 50 anos, dividindo-se de forma equilibrada entre as várias faixas etárias desta amplitude. Todas as participantes se identificaram com o género feminino. Relativamente à experiência profissional, a amostra incluiu psicólogas com tempos de exercício na prática clínica compreendidos entre 1 e mais de 15 anos. No que respeita à experiência em intervenção online, todas as participantes reportaram prática nesta modalidade, com tempos de exercício digital que variam entre 1 e 6 anos. Nenhuma das participantes referiu possuir formação específica em intervenção psicológica mediada por tecnologia. Quanto ao número médio de casos acompanhados no momento da recolha de dados, verificou-se que todas as participantes apresentavam experiência em ambas as modalidades de intervenção (presencial e online), embora com uma maior predominância de acompanhamento em formato presencial.

Foram considerados como critérios de inclusão: (a) possuir pelo menos 1 ano de experiência profissional em acompanhamento psicológico com adultos; (b) ter experiência em intervenção psicológica online e/ou presencial nos seis meses anteriores à recolha de dados. Foram excluídos profissionais em estágio curricular ou sem prática clínica autónoma.

Instrumentos

Para a recolha de dados foram utilizados dois instrumentos: um questionário sociodemográfico e profissional e uma entrevista semiestruturada desenvolvida especificamente para o presente estudo.

Questionário sociodemográfico e profissional

O questionário sociodemográfico e profissional é composto por 6 itens, e teve como objetivo caracterizar a amostra relativamente à idade, género, anos de experiência profissional, experiência em intervenção online, formação específica em intervenção mediada por tecnologia e número médio de casos acompanhados em formato presencial e online (Anexo 1).

Entrevista semiestruturada

O guião de entrevista semiestruturada foi desenvolvido com o objetivo de explorar as percepções e experiências de psicólogos relativamente à construção da aliança terapêutica em

intervenções psicológicas presenciais e online com adultos. A opção por uma entrevista semiestruturada permitiu combinar a exploração de tópicos previamente definidos com a flexibilidade necessária para aprofundar aspetos emergentes ao longo da entrevista, de acordo com a experiência e o discurso de cada participante.

O guião foi construído com base no enquadramento teórico do estudo, nomeadamente nos contributos de Bordin (1979), relativamente aos componentes centrais da aliança terapêutica, vínculo, objetivos e tarefas terapêuticas, e a literatura sobre fatores relacionais, contextuais e individuais influentes na aliança. Integraram-se ainda tópicos associados a estratégias de promoção e reparação do vínculo, eficácia clínica e o impacto da inteligência artificial na prática psicológica.

A estrutura do guião organizou-se em seis dimensões temáticas, totalizando 22 questões (Anexo 2): (1) componentes da aliança terapêutica; (2) fatores que influenciam a construção e manutenção da aliança; (3) estratégias de promoção e reparação da aliança terapêutica; (4) relação entre aliança terapêutica e eficácia clínica; (5) perceções sobre o papel da inteligência artificial na prática clínica; e (6) recomendações e boas práticas para o fortalecimento da aliança terapêutica em diferentes formatos de intervenção.

Procedimentos

Recolha de dados

A recolha de dados decorreu entre janeiro e abril de 2026. As participantes foram contactadas individualmente e informadas sobre os objetivos do estudo, os procedimentos de participação e as condições de confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos. O presente estudo foi submetido à apreciação da Comissão de Ética da Universidade Católica Portuguesa, tendo obtido o respetivo parecer favorável para a sua realização (nº CETCH2025-282).

No momento inicial de cada entrevista, realizada através da plataforma Microsoft Teams, procedeu-se à leitura integral do documento de consentimento informado (Anexo 4). Após o consentimento verbal das participantes, iniciou-se a gravação áudio e a aplicação da entrevista semiestruturada. As entrevistas adotaram uma postura de escuta reflexiva e o guião foi utilizado de forma flexível, adaptando-se a ordem das 22 questões ao fluxo da narrativa espontânea de cada participante. Recorreu-se a técnicas de clarificação e aprofundamento sempre que necessário para explorar detalhadamente todas as dimensões planeadas. No término

da sessão, o consentimento informado foi assinado digitalmente pelas participantes. As entrevistas tiveram uma duração aproximada entre 30 e 40 minutos e foram gravadas em áudio para posterior transcrição integral

Tratamento e análise dos dados

Os dados qualitativos foram submetidos à análise temática reflexiva, seguindo as diretrizes metodológicas de Braun e Clarke (2006). O processo analítico iniciou-se com a familiarização com os dados através da audição repetida e da transcrição integral das entrevistas. Posteriormente, o material textual foi importado para o software de análise de dados qualitativos NVivo 15 (Lumivero, 2024), o qual serviu de suporte informático para a organização, codificação e sistematização de todo o corpus empírico.

A codificação dos dados seguiu uma lógica predominantemente dedutiva, partindo de uma matriz de códigos previamente definidos e estruturados com base nos objetivos específicos do estudo e nas dimensões do guião de entrevista. Desta forma, os segmentos de texto foram mapeados e organizados diretamente nas categorias preestabelecidas no software. Cumpre ressaltar que, face à abrangência e adequação da matriz conceptual inicial aos discursos das participantes, não se verificou a necessidade de criar novos códigos de forma indutiva ao longo do processo de análise, confirmando-se que os códigos pré-definidos saturaram e responderam eficazmente aos dados que emergiram das entrevistas.

No sentido de assegurar o rigor metodológico e mitigar o risco de subjetividade na codificação, o processo analítico e a árvore temática final (Anexo 3) foram alvo de reflexão e discussão conjunta com a orientadora do estudo. Tal funcionou como um suporte crítico fundamental para a validação das categorias e subcategorias, garantindo o alinhamento conceptual, a coerência na atribuição dos excertos aos nós (*nodes*) no NVivo e a fidelidade aos discursos originais das participantes.

Apresentação e discussão dos resultados

Nesta secção, são apresentados e discutidos de forma integrada os resultados obtidos através da análise temática das entrevistas, tendo como fio condutor as questões de investigação que norteiam o presente estudo. Os dados empíricos são articulados com a literatura científica de referência, encontrando-se o sistema geral de categorias, as suas descrições e os exemplos de codificação detalhados na tabela do Anexo 5. Sempre que considerado pertinente, os

resultados são sustentados por excertos das entrevistas realizadas às terapeutas (codificadas de T1 a T5), salvaguardando o anonimato e a confidencialidade. No mapeamento dos discursos, a apresentação de cada categoria ou subcategoria é acompanhada pelo respectivo número de fontes e de referências de codificação, adotando o formato (Fontes; Referências).

Como conceptualizam os psicólogos clínicos a aliança terapêutica nas modalidades presencial e online?

A análise dos discursos revelou um consenso quanto à natureza multidimensional da aliança (4;11), descrita como o núcleo da intervenção baseado na colaboração. Mapeando o modelo tripartido de Bordin (1979), composto pelo vínculo, objetivos e tarefas, os discursos revelam que a vertente relacional assume um papel de base indispensável. A importância do vínculo emocional (3;5) é descrita pelas terapeutas como o ponto de partida que sustenta e viabiliza o processo clínico, sendo enfatizado que, sem esta componente, não é possível avançar com a intervenção ou garantir a permanência do cliente no espaço de consulta:

“Relação, relação, relação (...). Sem isto nem sequer dá para passar para as questões seguintes.” (T2);

“Não há relação que se mantenha sem que a pessoa perceba que importa dentro do espaço de consulta.” (T4).

Por sua vez, o estabelecimento de objetivos terapêuticos partilhados é visto como um guia para o processo. Sobre isto, a psicóloga T1 reforçou que estes objetivos devem ser definidos em conjunto, promovendo o papel ativo do cliente:

“O estabelecimento de objetivos também acaba por ser aqui um fator importante. Eu realço sempre que os objetivos são da pessoa e, apesar de ser ali uma interação mais minha de questionar e de aprofundar, é sempre um trabalho colaborativo entre o terapeuta e o cliente.” (T1).

Em contrapartida, o acordo relativamente às tarefas práticas da consulta surgiu como a dimensão menos desenvolvida nos discursos (1;1). Ao longo das entrevistas, as profissionais focaram-se nas dinâmicas relacionais e afetivas, pelo que a componente das tarefas tendeu a ser mencionada de forma integrada com os restantes elementos constituintes da aliança. Neste sentido, a psicóloga T4 faz menção às tarefas ao enumerar os diferentes fatores que se interligam no processo clínico:

“O vínculo é um deles [dos aspetos privilegiados], depois o tipo de abordagem, tarefas, objetivos terapêuticos, empatia, a confiança e colaboração.” (T4).

Quando a conceptualização da aliança é transposta para as especificidades das modalidades, as participantes significam a relação através de exigências distintas em cada formato. No contexto da modalidade online (5;38), a aliança é pensada a partir da necessidade de uma postura mais intencional por parte do terapeuta para compensar a distância física (3;4) e a redução da comunicação não-verbal (4;8). A psicóloga T4 refere que o vínculo à distância exige uma reconfiguração dos canais de comunicação, obrigando a focar a atenção na dimensão verbal:

“(...) eu tenho que privilegiar mais aquilo que é a linguagem verbal em detrimento da linguagem não verbal, porque às vezes só o facto de não estar próximo da pessoa (...) já influencia naquilo que vai ser o vínculo.” (T4).

Esta necessidade de adaptação na forma de pensar a relação no online é partilhada pela psicóloga T5, que associa este formato a um esforço contínuo de validação mútua:

“(...) o online traz distância física. Distância. Se calhar eu diria que no online é a necessidade mais constante de nos fazermos compreender e de devolvermos até que ponto é que estamos a compreender o que o cliente ou a cliente nos está a transmitir.” (T5).

Por outro lado, as participantes também conceptualizam o ambiente virtual através do seu potencial adaptativo, destacando a redução de barreiras psicológicas (1;2). Neste sentido, a relação online é vista como um facilitador clínico que oferece uma perceção de proteção a determinados perfis de clientes, como descreve a psicóloga T2:

“(...) o online permitia-lhe um conforto de estar na sua casa, no seu espaço, evitar algum contacto ocular, em alguns momentos, sem ser desconfortável (...), o online permite que não se levantem aqui determinadas barreiras...” (T2).

Em contrapartida, a modalidade presencial (3;5) colhe uma valorização baseada na estabilidade do espaço físico. A relação no gabinete é conceptualizada a partir das potencialidades (3;3) de um ambiente estruturado que resguarda a privacidade, permitindo que a aliança se desenvolva de forma orgânica e livre de interferências externas, conforme salienta a psicóloga T5:

“(...) importante é garantir o silêncio, portanto não haver ruído. Garantir a privacidade, portanto o cliente perceber que naquele espaço não vai haver aqui não se vão abrir portas (...)” (T5).

Esta centralidade atribuída à dimensão afetiva e vincular, em detrimento das tarefas operacionais, é corroborada por Flückiger et al. (2018), que sugerem que o estabelecimento de uma base relacional segura é perçecionado pelos terapeutas como uma condição prévia e sobreposta à divisão técnica das tarefas. O facto de as participantes conceptualizarem a aliança

como viável e forte na modalidade online, apesar de exigir maior intencionalidade verbal para mitigar a perda de pistas não-verbais, encontra eco nos estudos de Simpson e Reid (2014) e Leuchtenberg et al. (2023). Estes autores postulam que a distância geográfica não impede o estabelecimento de uma relação terapêutica segura entre o cliente e o terapeuta, embora demande do terapeuta uma postura mais expressiva e ativa na coconstrução do espaço virtual.

Esta rapidez na auto-revelação inicial e a facilidade com que as participantes sentem que os clientes partilham conteúdos íntimos online alinham-se com o proposto por Sousa et al. (2023) e pelas diretrizes da OPP (2023). Como previamente sistematizado, a modalidade online atua na redução de barreiras psicológicas iniciais, promovendo uma percepção acrescida de segurança e controlo que favorece a expressão emocional precoce. Inversamente, a conceptualização da aliança terapêutica na modalidade presencial ancorada na neutralidade e silêncio do consultório apoia os modelos tradicionais sobre o *setting* (Ribeiro, 2010), reforçando que a estabilidade do espaço físico continua a ser descrita pelas terapeutas como o padrão de referência para a segurança relacional.

Que fatores relacionados com o terapeuta, o cliente e o contexto terapêutico influenciam a construção e manutenção da aliança terapêutica?

A análise temática permitiu mapear os fatores que influenciam a construção e a manutenção da aliança terapêutica (5;87), encontrando-se estes estruturados em torno das características do cliente, dos fatores do terapeuta e das especificidades contextuais de cada modalidade. Sobre os fatores do cliente (5;16), as participantes identificam a motivação para a mudança e a disponibilidade emocional como elementos essenciais para a consolidação relacional, sendo destacado pela psicóloga T1 que o empenho prático do cliente fora do espaço da consulta determina a evolução do processo:

“A motivação é essencial (...). Por mais que ele (o cliente) esteja motivado ali no processo, se depois na prática não acontecer nada, fica muito limitador.” (T1).

De igual modo, variáveis como o *insight* psicológico, as expectativas prévias sobre a psicoterapia e a literacia em saúde mental atuam como facilitadores da relação. Em sentido inverso, a resistência à mudança e a rigidez cognitiva são significadas como barreiras que exigem do terapeuta um esforço acrescido de sintonização relacional e paciência.

De acordo com os fatores do terapeuta (4;27), as características e posturas adotadas pelas terapeutas surgem como eixos centrais na facilitação do vínculo. O registo empático e a capacidade de acolhimento incondicional foram apontados como alicerces indispensáveis para mitigar as defesas do cliente, conforme ilustrado nos discursos:

“...registo empático que eu acho que é fundamental, as pessoas se sentirem verdadeiramente acolhidas e aceitas na consulta, porque as pessoas se não se sentirem verdadeiramente aceitas têm sempre aquele medo de serem julgadas...” (T3);

“...boa capacidade de escuta, uma escuta acolhedora, sem críticas, sem julgamento. A aceitação incondicional, a capacidade empática...” (T4).

A flexibilidade emerge também como um fator determinante, manifestando-se tanto no ajuste do discurso ao perfil do cliente quanto na maleabilidade de horários. Sobre este ponto, a psicóloga T2 salienta a relevância de *“adaptar o seu discurso, o seu conhecimento e aquilo que são os objetivos que foram traçados”*, enquanto a psicóloga T3 associa a flexibilidade especificamente à modalidade online, referindo que *“no online eu facilmente consigo marcar até um bocadinho depois dessa hora (...) sou capaz de ser mais flexível um bocadinho no online por causa disso, por ser mais fácil. E eu acho que isso ajuda para relações mais confiantes”*. Adicionalmente, o estilo relacional e a abordagem ditam o impacto inicial da relação terapêutica, sendo partilhado pela psicóloga T1 que dinâmicas formais ou informais influenciam o acolhimento, e pela psicóloga T2 que o uso de um estilo mais provocatório requer ponderação, pois *“nem sempre funciona com toda a gente”*. Finalmente, as profissionais apontam a autorreflexão clínica e a monitorização da própria disponibilidade emocional como ferramentas obrigatórias de supervisão interna para acautelar enviesamentos ou limitações pessoais:

“...questionamento que o terapeuta se faz a si próprio, portanto esta constante reflexão sobre o caso, sobre aquilo que eu estou a fazer no caso...” (T1);

“A dificuldade maior tem a ver com fatores internos, porque há dias que eu possa estar menos disponível (...) despir-me completamente disso para poder acolher verdadeiramente aquilo que a outra pessoa está a trazer...” (T3).

Quando analisados os fatores do contexto terapêutico (5;43), a modalidade online (5;38) revela-se marcada por uma dualidade evidente. No espetro dos desafios, a distância física e a

redução da comunicação não-verbal (4;8) impõem constrangimentos à sintonização, exigindo das terapeutas uma maior intencionalidade verbal. A psicóloga T4 salienta que a ausência de proximidade corporal exige que se privilegie *“a linguagem verbal em detrimento da linguagem não verbal”*, afetando a gestão de momentos de maior catarse emocional, nos quais se nota a impossibilidade de *“confortar a pessoa fisicamente”*. Esta distância é igualmente descrita pela psicóloga T5 como uma exigência de clarificação constante, traduzida na *“necessidade mais constante de nos fazermos compreender e de devolvermos até que ponto é que estamos a compreender”*. Esta dinâmica é complexificada por limitações técnicas (4;6), tais como a instabilidade da internet ou o *delay* na transmissão, que as psicólogas T4 e T5 tipificam como exigentes por quebrarem a espontaneidade da mensagem em momentos sensíveis. Outro desafio proeminente prende-se com as condições de privacidade inadequadas (4;4) no ambiente do cliente, o que introduz distrações fora do controlo do terapeuta. A psicóloga T5 exemplifica este risco ao relatar uma situação em que *“uma mãe estava no carro com a filha adolescente e esta não saía”*, resultando na interrupção do processo por não estarem garantidas as condições necessárias. Para mitigar esta dispersão virtual, a psicóloga T1 refere a relevância de contratualizar a regra da câmara ligada, afirmando que *“neste momento tenho mesmo que ter essa regra, porque se não percebo que a dispersão pode acontecer”*.

Como potencialidades (4;10), a modalidade online atua como catalisadora de acessibilidade (3;5) e comodidade. Longe de ser apenas uma facilidade logística, as participantes descrevem este formato como essencial para viabilizar o pedido de ajuda, alcançando indivíduos que, de outra forma, ficariam excluídos por entraves geográficos ou restrições de tempo, conforme ilustrado nos discursos:

“(...) o online permite com que seja mais fácil a pessoa aceder a uma consulta de psicologia; (...) pessoas também têm acesso à consulta que de outra forma se calhar não teriam...” (T4);

“(...) o cliente encontra sempre muito conforto nas consultas online, é mais fácil em termos de agenda.” (T5).

Adicionalmente, as participantes relatam o papel do ambiente virtual na redução de barreiras psicológicas (1;2), funcionando o ecrã como um efeito protetor para clientes com elevados níveis de ansiedade ou vulnerabilidade à avaliação social, tal como explicitado pela psicóloga T2:

“(...) se isto não fosse online eu acho que não tinha funcionado, porque era uma pessoa que tinha muito estas questões de avaliação social e, portanto, o online permitia-lhe um conforto de estar na sua casa no seu espaço, evitar algum contato ocular em alguns momentos sem ser desconfortável (...) o online permite que não se levantem aqui determinadas barreiras...” (T2).

Face a estas exigências contextuais, a psicóloga T5 salienta a utilidade de iniciar o percurso terapêutico na modalidade presencial para consolidar o conhecimento mútuo dos canais comunicacionais antes da transição definitiva para o digital (*“Se já estabelecemos a relação presencialmente, temos mais domínio sobre aquilo que são os canais de comunicação (...) portanto estamos mais capazes, lá está, de perceber aquilo que é linguagem não verbal”*).

Inversamente, no que concerne à modalidade presencial (3;5), os fatores facilitadores do contexto ligam-se diretamente às propriedades físicas e de enquadramento protetor do consultório que foram descritas anteriormente. As características de um ambiente que assegura a privacidade das interações, confortável e visualmente organizado (isento de distrações), atuam como alicerces de estabilidade. Na perspectiva das terapeutas, a garantia física de que as portas permanecerão fechadas e de que o silêncio será preservado funciona como o facilitador contextual mais robusto para mitigar as resistências iniciais do cliente, oferecendo uma sensação imediata de segurança que serve de contraponto às imprevisibilidades do ambiente doméstico experienciadas na modalidade online.

Os resultados obtidos encontram-se alinhados com o modelo dos fatores comuns em psicoterapia (Norcross & Lambert, 2018), que postula que a eficácia do processo clínico é determinada por uma ecologia complexa de variáveis, onde as características intrínsecas do cliente, como a sua motivação e prontidão para a mudança, se devem articular dinamicamente com as competências relacionais do terapeuta. A centralidade conferida pelas terapeutas à flexibilidade e à monitorização da própria disponibilidade emocional valida a necessidade de uma supervisão interna ativa, fornecendo suporte empírico aos modelos de gestão da contratransferência (Gelso & Hayes, 2007; Norcross & Lambert, 2018), segundo os quais a capacidade de o profissional reconhecer e conter as suas próprias limitações humanas e cansaço é o que salvaguarda a qualidade do espaço clínico.

Quanto às especificidades contextuais, a modalidade online comporta potencialidades e desafios específicos. As potencialidades apontadas alinham-se com a literatura nacional e internacional, que valida este formato para ampliar a acessibilidade, otimizar a conveniência

logística e atenuar a resistência inicial ao pedido de ajuda (Nogueira & Farate, 2021; OPP, 2023). Em contrapartida, as barreiras identificadas, como falhas técnicas e intrusões no ambiente doméstico do cliente, ilustram as fragilidades da presença teleterapêutica (Aafjes-van Doorn et al., 2024). Estes constrangimentos exigem que o *setting* online seja estabelecido com rigor acrescido, sob pena de as quebras de privacidade funcionarem como interferências severas no envolvimento do cliente.

Que estratégias são utilizadas pelos psicólogos para promover, fortalecer ou reparar a aliança terapêutica?

A análise dos discursos das participantes permitiu identificar um conjunto de ações deliberadas e competências relacionais que concorrem para a estabilidade do vínculo clínico, codificadas na categoria de estratégias de promoção e manutenção da aliança terapêutica (5;24). Sobre o estabelecimento inicial e a sustentação contínua da relação, a psicóloga T4 aponta que as expectativas mútuas assumem um papel de relevo e que *“o cliente saber com o que é que pode contar e de haver aqui a transparência na comunicação, acho que isso ajuda muito a aliança terapêutica”* (T4). Esta perspectiva encontra eco na psicóloga T1, que destaca a *“transparência no processo”* como linha de ação, aliada a estratégias de continuidade cognitiva que validam o investimento do terapeuta no caso, descrevendo que o *“impacto positivo na continuidade, na manutenção do processo, como por exemplo, eu começo sempre cada consulta por recordar a sessão anterior”* (T1). Segundo a mesma participante, esta técnica *“ajuda, por exemplo, quando a pessoa se apercebe que o terapeuta se recorda exatamente do que foi dito na primeira sessão. Que se recorda de tudo o que a pessoa partilhou, do que viveu. Portanto isso também dá aquele cuidado”* (T1), permitindo flexibilizar a sessão para que *“ou continuamos a falar da sessão anterior e mantemos o tópico ou a pessoa, se quiser, traz algo que esteja ali a ocupar mais espaço”* (T1).

Não obstante, a manutenção exige uma gestão atenta do tempo e do espaço de fala, facultando ao cliente uma experiência de validação. A psicóloga T2 sintetiza que *“a pessoa se sentir livre para expressar e ao mesmo tempo ter o espaço para [se expressar]. Faz muita diferença a pessoa ter espaço para sentir-se acolhida”* (T2). Esta sintonização com a temporalidade do cliente é aprofundada pela psicóloga T3, que enfatiza a *“questão do tempo e do ritmo da pessoa... dar-lhe tempo para a pessoa conseguir efetivamente este evento aos pouquinhos”* (T3), definindo como estratégico o ato de *“seguir o compasso do cliente”* através de uma *“presença o estar lá verdadeiramente”* (T3), suportada por uma contínua

“disponibilidade emocional para poder, de facto, acolher aquilo que as pessoas trazem” (T3). Em complemento, a psicóloga T5 foca-se em competências básicas como a *“escuta ativa, a genuinidade e o estarmos capazes de sintonizar com o canal comunicacional próprio de cada pessoa”* (T5), recorrendo a *“encorajamentos mínimos”* (T5) e assegurando uma dedicação inequívoca em que o cliente perceba *“que nós estamos lá para ele e que estamos genuinamente disponíveis sem julgamento e com esta dedicação e com este foco”* (T5).

Para além disso, os discursos mostram que a manutenção da aliança é viabilizada pela imposição de limites e regras operacionais. A psicóloga T4 preconiza a necessidade de *“estabelecer alguns limites dentro do processo terapêutico para que pessoa não sinta que as pode ultrapassar (...) Tenho algumas deadlines que eu não permito que sejam ultrapassadas”* (T4), articulando este enquadramento com o uso do reforço positivo para destacar as *“estratégias de coping que o cliente tem (...) acho que pode ser encorajador e motivador”* (T4). Por outro lado, a forma como o terapeuta lida com a confrontação e os desafios entre sessões introduz uma força dinâmica na aliança, atuando sobre a postura do cliente, conforme relata a psicóloga T1: *“confrontar se fez, se não fez, como é que se sentiu”* (T1). No domínio técnico aplicado à modalidade online, a definição das regras do espaço virtual exige uma postura mais firme e diretiva por parte do terapeuta. A psicóloga T1 assume como estratégia estrita a gestão da infraestrutura visual, referindo que *“privilegio sempre que a câmara esteja ligada”* (T1), uma vez que *“a questão da câmara ligada parece uma questão muito básica, mas é um ponto mesmo, porque eu, neste momento, tenho mesmo que ter essa regra, porque se não percebo que a dispersão pode acontecer”* (T1). Como estratégia de transição segura entre contextos, a psicóloga T5 introduz uma regra de sequencialidade, defendendo que *“a primeira consulta tem que ser presencial, pelo menos a primeira”* (T5).

Quando surgem fragilidades ou ruturas no vínculo terapêutico, entram em jogo as estratégias de reparação da aliança terapêutica (2;7), categoria que agrega as respostas das profissionais perante indícios de rutura. Face a sinais de distanciamento ou tensão na sessão, a intervenção direta através da metacomunicação é a abordagem evidenciada. A psicóloga T3 descreve que realiza uma leitura imediata do desconforto, verbalizando-o diretamente na relação: *“eu leio sempre essa questão no momento em que isso acontece e devolvo isso ao cliente: parece-me que, não sei se sou eu que não estou a conseguir compreender bem, mas parece-me que isto não o deixou muito à vontade, parece que ficou zangado com aquilo que eu disse, ou seja, devolvo-lhe um bocadinho pra poder aferir exatamente qual é”* (T3). A mesma

participante relata que a gravidade da rutura pode exigir uma reconfiguração integral do tempo clínico, assumindo: *“Às vezes faço mesmo sessões quando eu sinto que ali é de facto uma rutura e às vezes pode haver uma sessão inteira só trabalhar isso”* (T3).

Complementarmente, a reparação envolve um esforço colaborativo de realinhamento técnico e de avaliação de objetivos, onde o terapeuta questiona o rumo do processo. Esta estratégia de revisão é partilhada pela psicóloga T3: *“então quais são os objetivos, vamos ter que rever aqui alguma coisa, o que é que faz sentido, o processo está a correr da maneira que estava à espera, ou seja, fazer este balanço muitas vezes é importante”*. E pela psicóloga T5, que afirma que *“às vezes revisito os objetivos terapêuticos”* (T5) e procura clarificar se a matéria clínica está a sobrecarregar o indivíduo, tentando *“perceber se são aspetos que estou a trabalhar no processo, na consulta, que, de alguma forma, possam estar a trazer um desafio extra, alguma dificuldade ou um maior sentimento de vulnerabilidade por parte do cliente”* (T5). Por fim, o processo de reparação é indissociável da assunção da responsabilidade por parte do terapeuta através de uma atitude de retificação e descentramento, tal como explicitado pela psicóloga T5 ao descrever o seu processo de análise e correção de lapsos compreensivos na sessão: *“eu reflito sempre (...) se há alguma coisa da minha parte, enquanto terapeuta, em que tive menos atenta, se não compreendi bem”* (T5), o que se traduz em *“às vezes tento visitar uma situação ou um conteúdo que o cliente tenha trazido e eu possa não ter compreendido”* (T5).

Os resultados obtidos encontram suporte nos modelos clássicos de Bordin (1979) e Rogers (1957), confirmando que as competências de genuinidade, da escuta ativa e da aceitação incondicional continuam a ser significadas pelas terapeutas como o substrato indispensável para a sustentabilidade da relação. O recurso à memória clínica e à recordação ativa de conteúdos de sessões anteriores valida o impacto dos comportamentos de validação do terapeuta, que a literatura aponta como preditores robustos da segurança no vínculo (Norcross & Lambert, 2018). No plano da modalidade online, a imposição da regra da câmara ligada para mitigar a dispersão e a exigência de uma primeira consulta presencial alinham-se com as perspetivas de Aafjes-van Doorn et al. (2024) sobre a necessidade de estabelecer fronteiras rígidas no enquadramento virtual para compensar a exposição a distrações e potenciais interrupções do ambiente doméstico.

Por outro lado, as dinâmicas ativadas para a reparação do vínculo encontram direta correspondência teórica no modelo de resolução de ruturas de Safran & Muran (2000) e Safran

et al. (2011). A prática de devolver de imediato o desconforto percebido, de investir sessões inteiras na exploração da tensão e de reconhecer abertamente as falhas de compreensão por parte do terapeuta espelha aquilo que os autores definem como metacomunicação terapêutica e atenção focada na rutura. De acordo com este modelo, a capacidade do terapeuta de abandonar temporariamente a aplicação de tarefas técnicas para se focar na clarificação da relação e na revisão partilhada de objetivos terapêuticos não só previne o *dropout*, como transforma a crise numa oportunidade de fortalecimento da aliança, legitimando a experiência de vulnerabilidade do cliente.

Como é percebida a relação entre a qualidade da aliança terapêutica e a eficácia da intervenção psicológica?

A análise dos discursos das participantes permitiu mapear a articulação entre a qualidade do vínculo relacional e os resultados clínicos da intervenção, integrando as percepções sobre a eficácia terapêutica com os indicadores utilizados para a avaliação e monitorização da própria aliança (5;15). De acordo com a avaliação da aliança terapêutica, as profissionais privilegiam uma monitorização de natureza contínua e assente em indicadores predominantemente comportamentais e processuais, em detrimento da aplicação de instrumentos formais de medida. A psicóloga T2 sintetiza que esta leitura se apoia em *“alguns indicadores, sobretudo comportamentais”* (T2), elegendo a abertura comunicacional como o reflexo mais nítido da solidez vincular, traduzida na *“facilidade com que a pessoa faz a partilha ou não, com que expõe aquilo que são os seus sentimentos relativamente a alguma situação, isso são bons indicadores normalmente da relação”* (T2). Segundo a mesma participante, a consolidação relacional manifesta-se quando *“quando a pessoa partilha sem este receio, sem necessidade de fazer ressalvas, sem aquele medo subjacente ao julgamento é claramente um indicador”* (T2). Em complemento, a profundidade do conhecimento mútuo acumulado ao longo do tempo clínico serve como base interpretativa, permitindo ao terapeuta *“já ir conhecendo o cliente, perceber qual é a postura dele em consulta e do que ele vai trazendo”* (T1).

Esta dimensão comportamental estende-se à adesão e continuidade do processo terapêutico, onde o compromisso prático do indivíduo funciona, simultaneamente, como métrica de avaliação da aliança e como evidência de eficácia. A psicóloga T2 clarifica que um vínculo estabelecido é visível se o cliente *“mantém a assiduidade das consultas, se a pessoa mantém aquilo que é o compromisso, eventualmente nas tarefas entre consultas, ou seja, não são um indicador de dizer “ok, a pessoa faz os trabalhos de casa”, com muitas aspas, mas é*

porque a relação está estabelecida” (T2). Sob a mesma perspectiva, a estabilidade na frequência das sessões é significada pelas participantes como uma validação indireta do ganho terapêutico, sendo afirmado pela psicóloga T3 que *“se a pessoa continuar a ir às sessões é porque está a ser benéfico”* (T3), associando diretamente a *“continuidade da pessoa aí”* (T3) à viabilidade do processo terapêutico. Inversamente, a fragilização acentuada desta ligação surge como o principal fator preditor de rutura estrutural e interrupção prematura, conforme assevera a psicóloga T4 ao postular que *“uma má aliança terapêutica tem muito a ver com os dropouts e com o abandono daquilo que é o processo terapêutico”* (T4).

Para além da leitura dos sinais comportamentais, a monitorização do progresso clínico e o balanço dos resultados terapêuticos percebidos recorrem, estrategicamente, ao uso de medidas subjetivas ancoradas na experiência do cliente. A psicóloga T1 descreve um protocolo clínico próprio, ativado em momentos de consolidação sintomática, estipulando que realiza essa aferição *“de quatro em quatro sessões ou duas em duas, mas quando eu vou percebendo que há por exemplo uma estabilização naquilo que a pessoa vai partilhando, eu vou fazendo ponto de situação”* (T1). Esta avaliação operacionaliza-se através da aplicação de réguas analógicas quantitativas na sessão: *“por exemplo perguntar à pessoa de zero a dez quanto é que sente hoje ou neste momento (...) e depois pergunto quanto é que a pessoa sentia na nossa primeira sessão”* (T1). O recurso clínico a este enquadramento métrico é igualmente partilhado pela psicóloga T3, que relata: *“utilizo muito as réguas, dizer “numa escala de 0 a 10 quanto é que acha que isso...?” (...) e “então o que é que existe para poder ir até ao 10?””* (T3). No plano dos resultados qualitativos percebidos, a eficácia final do processo é conceptualizada como uma transição identitária e emocional do indivíduo face ao sofrimento que motivou a procura de ajuda, culminando na conquista de bem-estar, tal como preconiza a psicóloga T3: *“a partir do momento em que a pessoa muda do lugar onde estava e que a levou a um lugar de sofrimento e já consegue estar num lugar com algum alívio, digamos, desse sofrimento, eu acho que isso apresenta a eficácia da terapia”* (T3).

Os resultados extraídos dos discursos corroboram a literatura sobre os fatores comuns em psicoterapia, validando a premissa de que a aliança terapêutica não é apenas um elemento facilitador, mas sim um ingrediente ativo e central para a eficácia clínica (Norcross & Lambert, 2018). A convergência na perceção das participantes de que a assiduidade e a adesão às tarefas são reflexos diretos de um vínculo estabelecido corrobora a metanálise de Flückiger et al. (2018), que demonstra que uma aliança robusta pontua consistentemente como o preditor mais

fiável da continuidade do cliente no processo e do sucesso dos resultados, independentemente da modalidade adotada. Da mesma forma, a ideia de que a fragilidade na relação leva ao abandono apoia os dados empíricos sobre o *dropout* (Safran et al., 2011), reforçando que falhas na sintonia e na aceitação prejudicam o envolvimento prático do cliente no processo.

Adicionalmente, o facto de as terapeutas monitorizarem a aliança através de pistas comportamentais em sessão apoia os modelos de sintonização afetiva de Rogers (1957), demonstrando que a segurança psicológica sentida pelo cliente é o indicador clínico por excelência de uma relação funcional. Por fim, a prática descrita pelas profissionais de recorrerem de forma sistemática a pontos de situação baseados em réguas subjetivas de 0 a 10 reflete a importância da monitorização contínua e do ajustamento do compasso terapêutico com base no feedback do cliente, aspetos amplamente defendidos na literatura como preditores de eficácia e protetores contra o insucesso clínico (Flückiger et al., 2018; Norcross & Lambert, 2018). Esta avaliação regular, simples e explícita da perspetiva do cliente constitui uma estratégia crucial para potenciar a colaboração ativa e mitigar o risco de abandono prematuro do processo.

Como os psicólogos percecionam o papel da inteligência artificial na prática clínica e o seu potencial impacto na aliança terapêutica?

A análise dos discursos das participantes permitiu compreender as perceções sobre a integração emergente de tecnologias baseadas em inteligência artificial na prática psicológica, encontrando-se as respostas estruturadas entre a identificação de potencialidades (3;10) e a sinalização de limitações e riscos (5;22). No espectro das potencialidades, a IA é significada pelas terapeutas como uma ferramenta complementar de suporte, dividida entre o apoio à intervenção (1;2) e à reflexão clínica (1;3) e a eficiência na organização de dados (2;4). No âmbito organizativo, a psicóloga T1 destaca a utilidade prática destas plataformas na estruturação da informação clínica, referindo que “*podem efetivamente ter um impacto positivo por exemplo, a nível de recolha de dados no sentido, por exemplo, a nível de o terapeuta ter tudo organizado, os dados*” (T1). Segundo a mesma participante, o recurso a uma ferramenta digital que permita “*organizar, por exemplo, por áreas e cliente, agrupar as informações sobre o caso (...) auxilia*” (T1), possibilitando ao terapeuta “*podermos destacar se calhar aqui aspetos sobre o caso que, no meio das nossas notas e tudo, não estava ali tão à vista e poder, por exemplo, fazer o fio condutor de todas as notas que estamos ali a colocar*” (T1).

Adicionalmente, este potencial estende-se ao suporte da intervenção e à estimulação da reflexão clínica. A psicóloga T3 refere que as ferramentas digitais auxiliam na formulação de caso e na compreensão do cliente, atuando como um apoio cognitivo que “[ajuda] a pensar sobre o caso (...) [e] a devolver alguma informação que seja útil para nós conseguirmos conhecer melhor ou compreender melhor a situação” (T3). No plano prático, a psicóloga T2 partilha que recorre à tecnologia para criar materiais de suporte e autorregistos, considerando-a “útil para a intervenção” (T2). A mesma participante ressalva, contudo, que a utilidade de sistemas como a inteligência artificial depende de critérios de qualidade, nomeadamente da formulação de “bons prompts, com qualidade e sobretudo com garantias (...)” (T2).

Em contrapartida, os discursos delimitam as limitações e riscos associados a esta tecnologia, emergindo o manuseamento ético e a integridade da relação humana como as principais preocupações. O primeiro foco de vulnerabilidade prende-se com a segurança da informação e a salvaguarda do sigilo profissional, uma dimensão assinalada pela psicóloga T2 ao identificar como entrave central as “(..) garantias (que esta é que é a dificuldade também) de gestão dados” (T2), perspetiva partilhada pela psicóloga T4 ao advertir para os perigos de uma “atualização indevida dos dados pessoais e quebrar a confidencialidade” (T4). A terapeuta T1 reforça que “temos um código de ética, temos uma série aqui de questões que temos de ter cuidados”. Um segundo risco mapeado remete para a necessidade de salvaguardar a autonomia e o sentido crítico do terapeuta perante os outputs da IA, alertando a terapeuta T3 para o risco de um uso não crítico: “não percam nunca o sentido crítico, porque nem tudo é fidedigno, em termos de validar... pronto, assegurando isto tudo, eu acho que a vantagem imagino que possa ser mais eficiente” (T3), sintetizando que a “desvantagem vem da má utilização” (T3).

Finalmente, relativamente ao impacto potencial na aliança terapêutica, as profissionais posicionam-se de forma convicta contra a introdução da IA em substituição da intersubjetividade humana. No plano comparativo, a psicóloga T1 nota que a presença da IA no contexto terapêutico “pode influenciar no sentido de para o cliente ser um termo comparativo” (T1) face ao terapeuta humano. Perante a hipótese de substituição do papel do profissional pela automação, a psicóloga T4 preconiza uma barreira intransponível, determinando que “uma substituição eu acho que é uma quebra” (T4) na essência do processo clínico. De igual modo, a psicóloga T2 assevera a necessidade de preservar os fundamentos

essenciais da psicoterapia, postulando que *“a questão é que nós nunca podemos perder foco naquilo que é o objetivo, daquilo que são os princípios e aquilo que é a interação”* (T2).

Os resultados obtidos alinham-se com a literatura recente sobre a transição tecnológica na saúde mental, refletindo o debate em torno dos seus benefícios e desafios (Jin et al., 2023; Rebelo et al., 2023). A aceitação partilhada pelas participantes de que a inteligência artificial pode atuar como um valioso componente complementar, seja na estruturação do fio condutor de notas clínicas, na facilitação de formulações de caso ou no desenho de materiais e autorregistos, corrobora as conclusões de Hoermann et al. (2017), os quais demonstraram que as ferramentas digitais inteligentes, desde que devidamente integradas e monitorizadas por profissionais qualificados, potenciam a continuidade terapêutica e a eficiência na monitorização de sintomas, otimizando o tempo clínico e o envolvimento do cliente.

Não obstante, os receios éticos manifestados pelas participantes sobre as fragilidades na gestão de dados e a quebra de confidencialidade encontram total consonância com as recentes diretrizes publicadas pela OPP (OPP, 2026) sobre a utilização da inteligência artificial na prática psicológica. Ao alertarem para a existência de um código de ética específico e para as incertezas na segurança dos sistemas, os discursos validam a premissa de que a governação rigorosa de dados constitui um dos desafios mais críticos da atualidade (Morley et al., 2020; OPP, 2026). Deste modo, a responsabilidade deontológica permanece integralmente do lado do terapeuta, exigindo que o uso destas ferramentas digitais seja pautado por um sentido crítico constante e por garantias de privacidade inegociáveis, salvaguardando a confiança que ancora a relação terapêutica (OPP, 2026). Esta necessidade de preservação do espaço clínico justifica a rejeição unânime das terapeutas a qualquer cenário de automação ou substituição da sua figura na consulta. Esta posição encontra suporte no estudo de Provoost et al. (2017), cujos dados demonstram que os utilizadores de interfaces virtuais rapidamente detetam a ausência de uma empatia emocional autêntica por parte da IA. Assim, as perceções das terapeutas e a posição da própria ordem reguladora convergem ao estipular que o vínculo e a coconstrução de uma aliança terapêutica genuína assentam numa matriz intersubjetiva e humana que a IA é estruturalmente incapaz de replicar.

Considerações finais

A análise integrada das perspetivas das terapeutas oferece uma visão abrangente, dinâmica e profundamente matizada sobre a aliança terapêutica na contemporaneidade,

mapeando a sua transversalidade desde a conceptualização elementar até aos desafios tecnológicos emergentes. Os discursos revelam que, independentemente da transição dos cenários geográficos, do consultório físico para a modalidade online, o núcleo ontológico da relação terapêutica permanece inalterado, assentando na confiança mútua, no alinhamento de objetivos e na sintonização afetiva. No entanto, as especificidades de cada contexto impõem exigências operacionais distintas: enquanto a modalidade presencial colhe preferência pela estabilidade e contenção automática do enquadramento físico, a modalidade online exige das terapeutas uma intencionalidade verbal acrescida, uma gestão rigorosa da infraestrutura visual e uma contratualização diretiva para mitigar as barreiras da distância e salvaguardar a privacidade.

Além disso, as evidências empíricas deste estudo demonstram que a aliança é um processo contínuo de negociação intersubjetiva. Perante as inevitáveis fragilidades ou ruturas que surgem no percurso clínico, as terapeutas recorrem estrategicamente à metacomunicação e à revisão colaborativa de objetivos, transformando os momentos de tensão em janelas de oportunidade para o fortalecimento do vínculo e para a prevenção do *dropout*. Esta dinâmica relacional reflete-se diretamente na eficácia percebida da intervenção, monitorizada de forma contínua através do compromisso comportamental e de pontos de situação baseados no feedback do cliente. Por fim, ao confrontarem-se com a emergência da inteligência artificial, as participantes delimitam com clareza as fronteiras da profissão: se por um lado validam a tecnologia como um copiloto eficiente para a organização de dados e apoio à reflexão, por outro, rejeitam categoricamente a automação da consulta, salvaguardando o primado humano e ético como um território exclusivo da relação terapêutica.

Com base nesta síntese, o presente estudo permitiu aprofundar a compreensão sobre as dinâmicas de construção, manutenção e reparação da aliança terapêutica a partir da experiência vivida por terapeutas, preenchendo uma lacuna importante na investigação qualitativa nacional. A principal conclusão deste trabalho aponta que a aliança terapêutica, embora permaneça ancorada nos seus pilares clássicos de empatia, acordo mútuo e confiança, é um processo marcadamente flexível que exige do profissional uma constante calibração em função do contexto e das ferramentas utilizadas. Demonstrou-se que a transição para a modalidade online não desrespeita a essência do vínculo, mas transforma substancialmente as exigências técnicas do terapeuta. No ambiente virtual, a perda de elementos não-verbais e a suscetibilidade a distrações ou quebras de privacidade no espaço doméstico do cliente obrigam o terapeuta a

adotar uma postura mais diretiva na contratualização das regras e uma expressividade verbal mais elevada para garantir a sintonização afetiva.

Estas conclusões oferecem implicações práticas de relevo para o exercício da psicologia clínica, servindo como um guia de competências para profissionais que operam em modelos híbridos ou puramente digitais de atendimento. O estudo valida a importância de os terapeutas investirem ativamente na monitorização contínua do processo através do feedback direto do cliente, utilizando ferramentas simples como escalas ou réguas subjetivas para ajustar o ritmo da intervenção e prevenir o abandono prematuro das consultas. Além disso, no que toca à reparação de ruturas na relação, os resultados trazem um contributo claro ao demonstrar que a abordagem direta e honesta do mal-estar na sessão é a via mais eficaz para salvar o processo clínico, transformando momentos de crise em oportunidades de fortalecimento. Por fim, num panorama marcado pela rápida evolução tecnológica, este trabalho oferece uma orientação ética crucial ao delimitar o papel da inteligência artificial. Ao mapear que as psicólogas aceitam a tecnologia como uma ajuda útil para organizar dados ou estruturar formulações de caso, mas rejeitam em absoluto a substituição do fator humano, o estudo reforça a necessidade de os profissionais manterem um sentido crítico aguçado e uma defesa intransigente da privacidade dos dados, em total alinhamento com as diretrizes regulamentares nacionais.

Não obstante os contributos alcançados, este estudo apresenta algumas limitações metodológicas que devem ser consideradas na interpretação dos seus resultados. A primeira limitação prende-se com o tamanho e a especificidade da amostra, constituída por cinco terapeutas. Tratando-se de uma investigação de natureza puramente qualitativa, o objetivo principal centrou-se no aprofundamento e na riqueza dos discursos e não na representatividade estatística, pelo que os resultados obtidos refletem as vivências particulares destas profissionais e não podem ser generalizados para toda a população de terapeutas em Portugal. Uma segunda limitação decorre do facto de termos recolhido exclusivamente a perspetiva do terapeuta. Dado que a aliança terapêutica é um fenómeno inerentemente intersubjetivo e coconstruído, a ausência da perceção empírica dos clientes sobre o mesmo processo limita a compreensão total da dinâmica relacional estudada, uma vez que a literatura demonstra que existem frequentemente discrepâncias entre aquilo que o profissional e o cliente sentem em sessão. Por último, o carácter transversal da recolha de dados, realizada através de uma entrevista única a cada participante, oferece uma fotografia estática das suas perceções vigentes, não permitindo

acompanhar a evolução longitudinal das estratégias de reparação ou da adaptação tecnológica ao longo de processos terapêuticos completos.

Com base nestas limitações, desenham-se pistas relevantes para investigações futuras que pretendam dar continuidade a esta linha de investigação. Recomenda-se a realização de estudos com desenhos metodológicos mistos, que combinem a riqueza da análise qualitativa das estratégias de aliança com dados quantitativos sobre a eficácia clínica e as taxas de retenção de clientes. Seria igualmente valioso que futuros investigadores recolhessem e cruzassem os dados de terapeutas e dos seus respetivos clientes após as sessões presenciais e online, de modo a mapear eventuais assimetrias na perceção das ruturas e dos momentos de sintonização afetiva. No domínio do impacto tecnológico, sugere-se o desenvolvimento de investigações longitudinais que acompanhem a integração prática de ferramentas de inteligência artificial nas rotinas dos psicólogos ao longo do tempo. Isto permitiria avaliar se a utilização contínua destes sistemas para formulação de casos ou construção de materiais altera de forma significativa a perceção de sobrecarga do clínico ou o nível de satisfação e confiança manifestado pelos clientes a longo prazo.

Referências bibliográficas

- Aafjes-van Doorn, K., Spina, D. S., Horne, S. J., & Békés, V. (2024). The association between quality of therapeutic alliance and treatment outcomes in teletherapy: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 110, Article 102430. [10.1016/j.cpr.2024.102430](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102430)
- Backhaus, A., Agha, Z., Maglione, M. L., Repp, A., Ross, B., Zuest, D., Rice-Thorp, N. M., Lohr, J., & Thorp, S. R. (2012). Videoconferencing psychotherapy: A systematic review. *Psychological Services*, 9(2), 111–131. <https://doi.org/10.1037/a0027924>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Gelso, C. J. (2011). *The real relationship in psychotherapy: The hidden foundation of change*. American Psychological Association.
- Hoermann, S., McCabe, K. L., Milne, D. N., & Calvo, R. A. (2017). Application of synchronous text-based dialogue systems in mental health interventions: A review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(8), Article e267. <https://doi.org/10.2196/jmir.6553>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561–573. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.561>
- Jin, K. W., Li, Q., Xie, Y., & Xiao, G. (2023). Artificial intelligence in mental healthcare: An overview and future perspectives. *The British Journal of Radiology*, 96(1150), Article 20230213. <https://doi.org/10.1259/bjr.20230213>
- Leuchtenberg, S., Gromer, D., & Käthner, I. (2023). Videoconferencing versus face-to-face psychotherapy: Insights from patients and psychotherapists about comparability of therapeutic alliance, empathy and treatment characteristics. *Counselling and Psychotherapy Research*, 23(2), 389–403. <https://doi.org/10.1002/capr.12538>
- Lumivero. (2024). *NVivo* (Version 15). <https://lumivero.com/>
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438–450. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>
- Morley, J., Machado, C. C. V., Burr, C., Cows, J., Joshi, I., Taddeo, M., & Floridi, L. (2020). The ethics of AI in health care: A mapping review. *Social Science & Medicine*, 260, Article 113172. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113172>

- Nogueira, M. C., & Farate, C. (2021). Psicólogos portugueses e a terapia online: Perceções e desafios durante a pandemia de COVID-19. *Psicologia: Teoria e Prática*, 23(1), 75–90. <https://doi.org/10.5935/1980-6906/ePTPC13318>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 56(4), 423–426.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2023). *Intervenção psicológica à distância: Prática e recomendações para psicólogos/as*. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/intervencao_psicologica_a_distancia_2023.pdf
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2026). *Bases para a integração da inteligência artificial na psicologia*. Grupo Estratégico sobre Saúde Digital e Psicologia. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/diretrizes_ia.pdf
- Pires, D. (2022). Estratégias para manutenção da aliança terapêutica em intervenção psicológica online. *Psicologia em Revista*, 27(3), 112–128. <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2021v27n3p112-128>
- Provoost, S., Lau, H. M., Ruwaard, J., & Riper, H. (2017). Embodied conversational agents in clinical psychology: A scoping review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(5), Article e151. <https://doi.org/10.2196/jmir.6553>
- Rebelo, A. D., Verboom, D. E., Santos, N. R. d., & de Graaf, J. W. (2023). The impact of artificial intelligence on the tasks of mental healthcare workers: A scoping review. *Computers in Human Behavior: Artificial Humans*, 1(2), Article 100008. <https://doi.org/10.1016/j.chbah.2023.100008>
- Rees, C. S., & Stone, S. (2005). Therapeutic alliance in face-to-face versus videoconferenced psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(6), 649–653. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.6.649>
- Ribeiro, E. F. (Coord.). (2010). *Aliança terapêutica: Da teoria à prática clínica* (2.^a ed.). Psiquilibrios.

- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guilford Press.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80–87. <https://doi.org/10.1037/a0022140>
- Simpson, S. G., & Reid, C. L. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *Australian Psychologist*, 49(2), 85–99. <https://doi.org/10.1111/ap.12049>
- Sousa, M., Gomes, P., & Salgado, J. (2023). Psicoterapia e novas tecnologias: O caso da psicoterapia baseada na internet. In Ordem dos Psicólogos Portugueses (Ed.), *A prática profissional da psicoterapia* (pp. 408–418). Ordem dos Psicólogos Portugueses.

ANEXOS

Anexo 1 – Questionário sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

<i>Variável</i>	<i>Categoria / Intervalo</i>
<i>Idade</i>	25 – 35 anos / 36 – 45 anos / 46 – 55 anos / Mais de 55 anos
<i>Gênero</i>	Feminino / Masculino / Outro / Prefiro não responder
<i>Anos de experiência profissional</i>	Entre 1 a 5 anos / 6 a 10 anos / 11 a 15 anos / Mais de 15 anos
<i>Anos de experiência em intervenção online</i>	Sem experiência/ Entre 1 a 5 anos / 6 a 10 anos / Mais de 10 anos.
<i>Formação específica em intervenção mediada por tecnologia</i>	Sim / Não/ Em curso
<i>Número médio de casos acompanhados atualmente</i>	Presenciais: _ / Online: __

Anexo 2 – Guião da entrevista semiestruturada

Estrutura guião de entrevista

Objetivo Específico	Dimensão	Questões Orientadoras
1. Compreender como os psicólogos percecionam os componentes da aliança terapêutica (vínculo, tarefas, objetivos) nas modalidades presencial e online.	Dimensão 1: Componentes da aliança terapêutica	- De acordo com a sua experiência clínica, que fatores considera mais determinantes para o sucesso da intervenção psicoterapêutica? - No contexto presencial, quais os aspetos que privilegia para estabelecer a relação terapêutica com os seus clientes (Por exemplo, no estabelecimento de objetivos, nas tarefas da terapia e na criação do próprio vínculo) - E no contexto online, quais os aspetos que privilegia para estabelecer a relação terapêutica?
2. Identificar os fatores individuais, contextuais e relacionais que facilitam ou dificultam a construção e manutenção da aliança terapêutica nas modalidades presencial e online.	Dimensão 2: Fatores que influenciam a construção e manutenção da aliança terapêutica	- Quais considera serem os principais fatores que facilitam a construção e manutenção da aliança terapêutica em sessões presenciais? - E em sessões online, o que mais facilita essa construção da aliança terapêutica? - Que desafios ou dificuldades encontra em cada um destas modalidades de intervenção? - Que fatores individuais do terapeuta considera mais influentes na construção da aliança?

- Que características do contexto terapêutico (ex.: privacidade, equipamentos, espaço físico) impactam a relação terapêutica?
- De acordo com a sua experiência clínica, que características dos clientes (ex.: idade, tipo de problema) mais influenciam a aliança terapêutica e os resultados?

3. Explorar as estratégias utilizadas pelos psicólogos para promover ou reparar a aliança terapêutica.	Dimensão 3: Estratégias de promoção e reparação	- Que estratégias utiliza para promover a aliança terapêutica sólida com os seus clientes? - Quando sente que a aliança está fragilizada ou comprometida, como costuma intervir para a reparar? - Pela sua experiência clínica, que diferenças identifica nas estratégias que aplica em contexto presencial versus online?
4. Analisar como os psicólogos percecionam a relação entre a qualidade da aliança terapêutica e a eficácia percebida da intervenção.	Dimensão 4: Aliança terapêutica e eficácia clínica	- Que indicadores ou instrumentos utiliza para monitorizar a aliança terapêutica? - Considerando as duas modalidades de intervenção (online e presencial), como as caracteriza em termos de eficácia?
5. Explorar as perceções dos psicólogos sobre o papel da inteligência artificial (IA) na prática clínica e o seu potencial impacto na aliança terapêutica.	Dimensão 5: Perceções sobre o papel da inteligência artificial na prática clínica e	- Na sua perspetiva, de que forma a utilização de ferramentas baseadas em inteligência artificial por parte dos psicólogos poderá influenciar a prática clínica? - Em que medida considera que a utilização de ferramentas de IA pelos

	na aliança terapêutica	psicólogos pode e poderá impactar a aliança terapêutica? - Quais as vantagens e desvantagens da utilização de ferramentas de inteligência artificial pelos psicólogos antecipa para prática clínica? E, em particular, para a qualidade da aliança terapêutica?
6. Recolher recomendações dos psicólogos sobre boas práticas para fortalecer a aliança terapêutica nos diferentes formatos.	Dimensão 6: Recomendações e boas práticas	- Que adaptações tem sentido necessárias na sua prática para fortalecer a aliança em contexto online? - De acordo com a sua experiência clínica, que estratégias considera serem mais eficazes para ultrapassar desafios na aliança terapêutica? - Considera que estas estratégias tem um impacto diferente consoante a modalidade de intervenção? - Considerando os tópicos abordados nesta entrevista, gostaria de acrescentar algum aspeto?

Anexo 3 – Árvore de codificação

Tema 1: Concepções da Aliança Terapêutica

- 1.1. Vínculo emocional
- 1.2. Objetivos terapêuticos
- 1.3. Tarefas terapêuticas

Tema 2: Avaliação da Aliança Terapêutica

- 2.1. *Feedback* do cliente
- 2.2. Observação clínica
- 2.3. *Dropout* terapêutico

Tema 3: Fatores que influenciam a construção e manutenção da AT

- 3.1. Fatores do cliente
 - 3.1.1. Disponibilidade emocional
 - 3.1.2. Estratégias de *coping*
 - 3.1.3. Expectativas em relação à terapia
 - 3.1.4. Insight psicológico
 - 3.1.5. Literacia
 - 3.1.6. Motivação para a mudança
 - 3.1.7. Resistência à mudança
- 3.2. Fatores do terapeuta
 - 3.2.1. Abordagem terapêutica
 - 3.2.2. Autorreflexão clínica
 - 3.2.3. Competências técnicas
 - 3.2.4. Compreensão empática
 - 3.2.5. Disponibilidade emocional
 - 3.2.6. Estilo de comunicação
 - 3.2.7. Flexibilidade técnica e relacional
- 3.3. Fatores contextuais
 - 3.3.1. Modalidade online
 - 3.3.1.1. Desafios e limitações
 - 3.3.1.1.1. Condições de privacidade inadequadas

- 3.3.1.1.2. Distrações no contexto do cliente
- 3.3.1.1.3. Distância física
- 3.3.1.1.4. Limitações técnicas
- 3.3.1.1.5. Necessidade de obrigatoriedade da câmara ligada
- 3.3.1.1.6. Necessidade de uma primeira consulta presencial
- 3.3.1.1.7. Redução da comunicação não verbal
- 3.3.1.2. Potencialidades
 - 3.3.1.2.1. Acessibilidade
 - 3.3.1.2.2. Flexibilidade
 - 3.3.1.2.3. Redução de barreiras psicológicas
- 3.3.2. Modalidade presencial
 - 3.3.2.1. Desafios e limitações
 - 3.3.2.1.1. Disponibilidade emocional do terapeuta
 - 3.3.2.2. Potencialidades
 - 3.3.2.2.1. Condições de privacidade e segurança do setting

Tema 4: Estratégias de promoção e manutenção da AT

- 4.1. Adaptação ao ritmo e necessidades do cliente
- 4.2. Continuidade e ligação entre sessões
- 4.3. Definição de limites e expectativas
- 4.4. Escuta ativa
- 4.5. Estabelecimento de regras do *setting* online
- 4.6. Genuinidade terapêutica
- 4.7. Importância da primeira sessão presencial
- 4.8. Reforço positivo e validação emocional

Tema 5: Estratégias de reparação da AT

- 5.1. Autorreflexão clínica do terapeuta
- 5.2. Exploração de dificuldades no processo terapêutico
- 5.3. Revisitação de conteúdos não compreendidos
- 5.4. Revisitação dos objetivos terapêuticos

Tema 6: Eficácia terapêutica

6.1. Adesão e continuidade do processo terapêutico

6.2. Resultados terapêuticos percebidos

Tema 7: Inteligência artificial na prática clínica

7.1. Limitações e riscos

7.1.1. Comparação com o terapeuta humano

7.1.2. Risco de substituição do terapeuta

7.1.3. Uso não crítico

7.2. Potencialidades

7.2.1. Apoio à intervenção clínica

7.2.2. Apoio à reflexão clínica

7.2.3. Eficiência e organização de dados

Anexo 4 – Consentimento livre e informado

CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Título do estudo: *Perspetivas de psicólogos clínicos sobre a aliança terapêutica em intervenções psicológicas presenciais e online com adultos: um estudo exploratório.*

Objetivo: Este estudo visa compreender como os psicólogos clínicos percebem e constroem a aliança terapêutica nas modalidades de intervenção presencial e online, explorando os fatores que a influenciam, as estratégias utilizadas e as boas práticas associadas.

Metodologia: A participação envolve uma entrevista individual (presencial ou online), com duração aproximada de 30 a 45 minutos. As entrevistas serão gravadas apenas com consentimento e usadas exclusivamente para fins académicos e científicos.

Participação: É totalmente voluntária. Pode desistir em qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Riscos: Não se identificam a priori riscos para os participantes do estudo, sendo a participação voluntária.

Benefícios: Possibilidade de refletir sobre a prática clínica e contribuir para a melhoria do conhecimento sobre a aliança terapêutica em diferentes modalidades.

Confidencialidade dos dados: Os dados recolhidos serão anonimizados, isto é, serão removidos identificadores diretos (ex. nome; dados sociodemográficos intervalados) e os identificadores associados à prática profissional (ex. cargos específicos). A apresentação dos resultados será realizada de forma codificada e agregada para evitar identificação dos participantes. Além disso, os ficheiros (áudio) serão encriptados e armazenados nos servidores da UCP, aos quais terão acesso a estudante de mestrado e à sua orientadora científica.

Legislação: O estudo respeita o Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses, o RGPD e a legislação nacional em matéria de proteção de dados.

Contactos:

Para qualquer informação adicional sobre o projeto poderá contactar a investigadora Mafalda Sá (email: s-mfmsa@ucp.pt) e/ ou Prof. Doutora Marisa Costa (tel. 226196200 – Ext. 124; e-

mail: mrcosta@ucp.pt). Para qualquer esclarecimento acerca do Regulamento Geral de Proteção de Dados, poderá contactar a Encarregada de Proteção de Dados da Universidade Católica Portuguesa, a Dra. Frederica Campos de Carvalho (tel.: 217214179; e-mail: compliance.rgpd@ucp.pt).

Porto, 03 de dezembro de 2025

Prof. Doutora Marisa Costa

Investigadora Mafalda Sá

Eu, _____, declaro que fui devidamente informado/a sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios deste estudo, e aceito participar de forma voluntária.

Autorizo a gravação da entrevista: ☐ Sim ☐ Não

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do/a participante: _____

Anexo 5 - Codificação, categorização e descrição das categorias

Código	Designação	Descrição	Exemplo de dados	Número de fontes	Número de referências
Tema 1	Aliança terapêutica	Mapeamento conceptual e elementos fundamentais que definem a ligação clínica inicial.		4	11
1.1.	Acordo sobre as tarefas terapêuticas	Alinhamento prático sobre as atividades, exercícios e tarefas no decorrer das sessões.	<i>"o tipo de abordagem e metodologia, tarefa, os objetivos terapêuticos, a empatia, a confiança e a colaboração". (T4)</i>	1	1
1.2.	Clareza dos objetivos terapêuticos	Definição clara e mútua das metas que orientam e direcionam o processo clínico.	<i>"E a identificação clara de objetivos terapêuticos e o que trabalhar são as duas coisas que eu acho que são mais importantes..." (T3)</i>	3	3
1.3.	Importância do vínculo emocional	Componente afetiva baseada no respeito, segurança e confiança estabelecida na relação.	<i>"A parte do vínculo... acho que tem que haver sempre aqui muita atenção à questão do tempo do ritmo da pessoa..." (T3)</i>	3	5
Tema 2	Avaliação da AT	Indicadores e métodos utilizados para monitorizar a qualidade da ligação ao longo do tempo.		4	10
2.1.	Dropout terapêutico	Situações de rutura severa que levam à interrupção prematura ou abandono do processo.	<i>"Uma má aliança terapêutica tem muito a ver com os dropouts e com o abandono</i>	1	1

			<i>daquilo que é o processo terapêutico." (T4)</i>		
2.2.	Feedback do cliente	Informações verbais ou escalas subjetivas fornecidas pelo cliente sobre o seu estado na relação.	<i>"Eu vou fazendo ponto de situação por exemplo perguntar a pessoa de zero a dez quanto é que sente hoje ..." (T1)</i>	2	3
2.3.	Observação clínica	Avaliação direta feita pelo terapeuta sobre as reações corporais, atitudes e postura do cliente.	<i>"Se a pessoa partilha sem este receio, sem necessidade de fazer ressalvas, sem aquele medo subjacente ao julgamento é claramente um indicador" (T2)</i>	3	5
Tema 3	Eficácia terapêutica	Perceção dos impactos positivos e indicadores de sucesso do processo clínico.		3	5
3.1.	Adesão e continuidade do processo terapêutico	Compromisso contínuo do indivíduo demonstrado pela assiduidade estável e pontualidade.	<i>"Se a pessoa continuar a ir às sessões é que estão a ser é que está a ser benéfico... a continuidade da pessoa aí." (T3)</i>	2	2
3.2.	Resultados terapêuticos percebidos	Mudanças positivas, evolução clínica e conquistas de bem-estar alcançadas pelo cliente.	<i>"A partir do momento em que a pessoa muda do lugar onde estava... e já consegue estar num lugar com mais algum alívio..." (T3)</i>	3	3
Tema 4	Estratégias de promoção e manutenção da AT	Ações e abordagens proativas utilizadas pelas profissionais para solidificar a relação.		5	24

4.1.	Adaptação ao ritmo e necessidades do cliente	Ajuste da intervenção e do passo clínico conforme a tolerância e momento do cliente.	<i>"Dar-lhe tempo para a pessoa conseguir efetivamente este evento aos pouquinhos" (T3)</i>	2	5
4.2.	Continuidade e ligação entre sessões	Métodos práticos para manter o processo ativo na mente do indivíduo no intervalo das consultas.	<i>"...eu começo sempre cada consulta por recordar a sessão anterior, o que é que falamos. E isto ajuda muito a pessoa aqui a recordar-se..." (T1)</i>	1	2
4.3.	Definição de limites e expectativas	Enquadramento e clarificação mútua das regras do espaço clínico e dos papéis.	<i>"Se calhar estabelecer alguns limites dentro do processo terapêutico perante a pessoa não sinta que as pode ultrapassar... Tenho algumas deadlines que eu não permito que sejam ultrapassadas." (T4)</i>	1	2
4.4.	Estabelecimento de regras do setting online	Contratualização das normas de funcionamento e de privacidade associadas ao ambiente virtual.	<i>"Algo que também já percebi que tem impacto é já me aconteceu por exemplo não poder fazer a consulta porque percebo que o cliente está num local que não é adequado." (T1)</i>	1	2
4.5.	Genuinidade terapêutica	Postura autêntica, transparente e sincera assumida pelo terapeuta face às dinâmicas relacionais.	<i>"...a capacidade de ser de ser genuíno, de estar no momento presente com o cliente e com o foco no cliente..." (T5)</i>	5	9
4.6.	Importância da primeira sessão presencial	Uso do espaço presencial inicial para fundar uma base sólida e segura de vinculação.	<i>"a primeira consulta tem que ser presencial, pelo menos a primeira." (T5)</i>	1	1

4.7.	Reforço positivo e validação emocional	Reconhecimento ativo e legitimação dos afetos e esforços demonstrados pelo cliente.	<i>" é importante para mim ir dando reforço positivo, ir ressaltando aquilo que são estratégias de coping que o cliente tem" (T3)</i>	2	2
Tema 5	Estratégias de reparação da AT	Respostas técnicas implementadas pelas psicólogas para lidar com ruturas ou impasses.		2	7
5.1.	Autorreflexão clínica do terapeuta	Autoexame interno do profissional sobre a sua própria conduta e respostas emocionais.	<i>" eu reflito sempre naquilo que, simultaneamente, se há alguma coisa da minha parte, enquanto terapeuta, em que tive menos atenta..." (T5)</i>	1	1
5.2.	Exploração de dificuldades no processo terapêutico	Diálogo direto e aberto em sessão com o cliente para decodificar o mal-estar existente.	<i>Às vezes faço mesmo sessões quando eu sinto que ali é de facto uma rutura e às vezes pode haver uma sessão inteira só a trabalhar isso" (T3).</i>	1	1
5.3.	Revisitação de conteúdos não compreendidos	Retoma de tópicos ou intervenções anteriores que tenham originado ruído ou incompreensão.	<i>"...se calhar às vezes tento visitar uma situação um conteúdo que o cliente tenha trazido e eu possa não ter compreendido..." (T5)</i>	2	3
5.4.	Revisitação dos objetivos terapêuticos	Reajuste colaborativo das metas previamente contratualizadas face a bloqueios práticos.	<i>" Às vezes revisito os objetivos terapêuticos." (T5)</i>	2	2
Tema 6	Fatores que influenciam a construção e manutenção da AT	Variáveis contextuais, do cliente e do terapeuta que afetam o ecossistema relacional.		5	87

6.1.	Fatores contextuais	Impacto do ambiente físico e tecnológico na dinâmica da vinculação.		5	43
6.1.1.	Modalidade online	Elementos relacionais e práticos inerentes às plataformas de atendimento digital.		5	38
6.1.1.1.	Desafios e limitações	Entraves logísticos, técnicos e ruídos observados no enquadramento virtual.		5	28
6.1.1.1.1	Condições de privacidade inadequadas	Ausência de garantia de sigilo ou isolamento no espaço onde o cliente realiza a chamada.	"...para mim seria absolutamente impensável dar uma consulta online na universidade. Não só pelas questões da internet, também, mas questões de privacidade, não é?" (T2)	4	4
6.1.1.1.2	Distrações no contexto do cliente	Interrupções ou estímulos do ambiente doméstico que quebram o foco da sessão.	"há mais distrações ou se calhar o foco é mais difícil." (T4)	3	3
6.1.1.1.3	Distância física	Afastamento corporal que altera a percepção de copresença e proximidade.	"E de facto quando é online há uma distância física, não é? E portanto em momentos do maior desafio esta distância poderá acrescentar, acho que acrescenta desafio..." (T5)	3	4
6.1.1.1.4	Limitações técnicas	Falhas na rede de internet, quebras na plataforma ou atrasos no áudio.	"No caso do online é sempre as questões de ligação, as questões técnicas... seja a instabilidade da internet..." (T3)	4	6

6.1.1.1.5	Necessidade de obrigatoriedade da câmara ligada	Regra clínica que impõe o uso visual para salvaguardar a observação de reações.	<i>"Eu neste momento tenho mesmo que ter essa regra [da câmara ligada] porque se não percebo que a dispersão pode acontecer." (T1)</i>	1	1
6.1.1.1.6	Necessidade de uma primeira consulta presencial	Fixação de um encontro físico inicial para ancorar a confiança antes de migrar para o digital.	<i>"A primeira consulta tem que ser presencial, pelo menos a primeira." (T5)</i>	1	2
6.1.1.1.7	Redução da comunicação não verbal	Perda de dados somáticos corporais devido à restrição do enquadramento do ecrã.	<i>"Como é a parte de observar, a expressão da pessoa se está a encher os olhos de lágrimas... às vezes, o online nesse aspeto dificulta um bocadinho." (T3)</i>	4	8
6.1.1.2.	Potencialidades	Facilidades, vantagens e mais-valias observadas na mediação por ecrã.		4	10
6.1.1.2.1	Acessibilidade	Capacidade de alcançar clientes geograficamente dispersos ou emigrados.	<i>"Muitas das vezes todos os clientes que eu tenho online são todos na verdade alguns são online porque também não estão cá em Portugal..." (T3)</i>	3	5
6.1.1.2.2	Flexibilidade	Maior facilidade e adaptabilidade na gestão dos tempos e coordenação de agendas.	<i>"No online se calhar tento um bocadinho mais a questão do ajuste do horário... facilmente consigo marcar até um bocadinho depois..." (T3)</i>	2	3
6.1.1.2.3	Redução de barreiras psicológicas	Diminuição do atrito defensivo inicial pelo facto de o cliente estar no seu reduto.	<i>"...o online permitia-lhe um conforto de estar na sua casa no seu espaço, evitar algum contato ocular em alguns momentos sem ser</i>	1	2

			<i>desconfortável e portanto também tem esse tipo de vantagens." (T2)</i>		
6.1.2.	Modalidade presencial	<i>Dinâmicas relacionais e operacionais do consultório terapêutico clássico.</i>		3	5
6.1.2.1.	Desafios e limitações	Restrições logísticas ou pressões emocionais associadas ao contacto frente a frente.		1	2
6.1.2.1.1	Disponibilidade emocional do terapeuta	Exigência de gestão da presença contínua sem o filtro do ecrã.	<i>"A dificuldade maior tem a ver com fatores internos, porque há dias que eu possa estar menos disponível... porque estou preocupada com alguma coisa..." (T3)</i>	1	1
6.1.2.2.	Potencialidades	Benefícios estruturais da presença física e da sala de consulta.		3	3
6.1.2.2.1	Condições de privacidade e segurança do setting	A estabilidade material e de sigilo proporcionada pela barreira física da sala.	<i>" No presencial é o mais clean possível e, ao mesmo tempo, acolhedor. E confortável fisicamente." (T2)</i>	3	3
6.2.	Fatores do cliente	<i>Variáveis psicológicas e de postura trazidas pelo indivíduo para o processo.</i>		5	16
6.2.1.	Disponibilidade emocional	Grau de abertura afetiva demonstrado pelo cliente para expor e trabalhar vulnerabilidades.	<i>" A própria disponibilidade emocional é importante, ou seja, a pessoa estar a ver-te a conseguir expor-se e explorar um bocadinho mais aquilo que são as suas dores emocionais." (T3)</i>	1	1

6.2.2.	Estratégias de coping	Padrões de resposta ou mecanismos de defesa habituais que o cliente mobiliza.	<i>"...é importante para mim ir dando reforço positivo ir ressaltando aquilo que são estratégias de coping que o cliente tem..." (T4)</i>	1	1
6.2.3.	Expectativas em relação à terapia	Ideias prévias e crenças sobre os resultados ou sobre o papel do clínico.	<i>" ter um acompanhamento prévio é algo do cliente que pode influenciar a disponibilidade para o processo" (T1)</i>	1	2
6.2.4.	Insight psicológico	Nível de autoconsciência e capacidade de ligação reflexiva sobre a sua problemática.	<i>"No caso tem a ver sobretudo com a questão da capacidade insight..." (T3)</i>	2	2
6.2.5.	Literacia	Grau de familiaridade e compreensão do cliente face aos conceitos de saúde mental.	<i>"...naturalmente que estou muito mais confortável com pessoas que têm elevada literacia por exemplo." (T2)</i>	1	1
6.2.6.	Motivação para a mudança	Nível de compromisso ativo e desejo interno que impele à transformação.	<i>"...reconhecimento da necessidade de mudança, se isto não existir acho que os objetivos serão sempre muito mais difíceis de alcançar." (T3)</i>	4	5
6.2.7.	Resistência à mudança	Padrões rígidos ou posturas defensivas que tentam travar o progresso.	<i>"...pessoas que têm menos predisposição para se disporem e que ficam num lugar muito defensivo, em que qualquer coisa que nós digamos eles vão entender isso como uma crítica..." (T3)</i>	4	4
6.3.	Fatores do terapeuta	Atitudes, modelos e competências que o profissional aporta à díade clínica.		4	27

6.3.1.	Abordagem terapêutica	Modelo teórico de suporte adotado pelo profissional que orienta a sua leitura clínica.	<i>"E eu utilizo muito a abordagem da terapia focada nas emoções..." (T3)</i>	3	3
6.3.2.	Autorreflexão clínica	Esforço consciente do clínico em monitorizar os seus próprios conflitos e atitudes.	<i>"...despir-me completamente isso para poder acolher verdadeiramente aquilo que a outra pessoa está a trazer..." (T3)</i>	2	5
6.3.3.	Competências técnicas	Aplicação correta de metodologias, ferramentas e planos de tratamento.	<i>"E depois existe aqui um conjunto de outras características mais uma vez vamos às competências, vamos às competências técnicas, vamos à capacidade de saber ler, observar, traduzir..." (T2)</i>	1	3
6.3.4.	Compreensão empática	Capacidade de sintonização e de transmissão ao cliente de aceitação incondicional.	<i>"Este registro empático que eu acho que é fundamental, as pessoas se sentirem verdadeiramente acolhidas e aceites na consulta..." (T3)</i>	2	4
6.3.5.	Disponibilidade emocional	Presença afetiva total e estável do clínico para conter o sofrimento do cliente.	<i>"...na disponibilidade emocional, não só por estar envolvido como outras coisas lá fora e não conseguir naquele momento abstrair..." (T3)</i>	1	3
6.3.6.	Estilo de comunicação	Gestão verbal e não verbal das mensagens emitidas pelo clínico durante o diálogo.	<i>"...esta empatia total mesmo a nível de ritmo da postura corporal do tom de voz, acho que isso é fundamental para a construção..." (T3)</i>	3	3

6.3.7.	Flexibilidade técnica e relacional	Capacidade de adequar o modelo teórico e o ritmo de atuação ao sujeito.	<i>"Portanto adequar o meu estilo digamos assim ao estilo da pessoa que tenho à minha frente..." (T3)</i>	2	5
Tema 7	Inteligência artificial na prática clínica	Percepções e posições ético-profissionais acerca do impacto dos sistemas inteligentes.		4	17
7.1.	Limitações e riscos	Ameaças identificadas com o uso acrítico ou desumanizado da IA.		4	7
7.1.1.	Comparação com o terapeuta humano	Tendência de o cliente traçar paralelismos ou julgar as respostas da IA face ao clínico.	<i>"Pode influenciar no sentido do para o cliente ser um termo comparativo." (T1)</i>	1	1
7.1.2.	Risco de substituição do terapeuta	Perigo de quebra relacional pelo pressuposto de que a máquina mimetiza a empatia.	<i>"Uma substituição eu acho que é uma quebra" (T4)</i>	1	1
7.1.3.	Uso não crítico	Perigo de aceitação cega de dados automáticos sem validação de fidedignidade.	<i>"...não percam nunca o sentido crítico, porque nem tudo é fidedigno... as desvantagens eu acho que é isso é pode haver pessoas que deixem de ter tanto sentido crítico..." (T3)</i>	4	5
7.2.	Potencialidades	Aplicações operacionais, metodológicas e de suporte à formulação clínica.		3	10
7.2.1.	Apoio à intervenção clínica	Uso tecnológico aplicado à elaboração física de materiais ou autorregistros.	<i>"Já recorri para me ajudar a criar cenários de trabalho, ou seja, por exemplo, eu utilizo mais na lógica de construção de materiais, por exemplo de registros, de autorregistros..." (T2)</i>	1	2

7.2.2.	Apoio à reflexão clínica	Utilização da IA como um coadjuvante reflexivo no desenho do caso.	<i>"Mas pode, de facto, ser uma ferramenta interessante de até para ajudar a pensar sobre o caso, por exemplo, a formulação de caso..." (T3)</i>	1	3
7.2.3.	Eficiência e organização de dados	Otimização de tempo na triagem de notas, compilação de dados e celeridade.	<i>"Podem efetivamente ter um impacto positivo por exemplo, a nível de recolha de dados no sentido por exemplo a nível de o terapeuta ter tudo organizado...." (T1)</i>	2	4

