UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

TERAPIA VIA *INTERNET* E RELAÇÃO TERAPÊUTICA

OLIVER ZANCUL PRADO

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Universidade de São Paulo como exigência para obtenção do Título de Mestre em Psicologia Clínica, sob a orientação da Profª. Drª. Sonia Beatriz Meyer

SÃO PAULO

2002

Dedico esse trabalho a todos aqueles que utilizam o método científico como forma de melhor conhecer o mundo em que vivemos.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho contou com a ajuda e participação de muitas pessoas e sem elas eu nunca o teria concluído. Aqui expresso o meu profundo agradecimento a todos que de alguma forma participaram desta pesquisa.

Em especial agradeço à Profa. Sonia Beatriz Meyer, por aceitar o desafio deste trabalho e por me dar liberdade em sua execução ao mesmo tempo me me apontava os melhores caminhos para sua condução e conclusão. Aprendi muito nesse processo e espero que este trabalho possa ser útil para os que desejam conhecer mais sobre a terapia via *Internet* e sobre a relação terapêutica. Espero neste trabalho retribuir à Sonia tudo que aprendi.

Agradeço também aos clientes participantes da pesquisa, em especial aqueles que pude atender e a partir destes atendimentos pude ver o quão útil pode ser a terapia via Internet.

Agradeço a todos terapeutas que participaram da pesquisa, em especial a: Alan Ricardo Sampaio Galleazzo, Cláudia Costa Moreira, Debora Regina Barbosa, Joana Singer Vermes, Ivelise Fortim de Campos, Marcia Luiza Trindade Corrêa, Maria Rita Gurgel Pinto de Lemos, Paulo S. G. de Luna Freire e Silmary Bertolani.

Agradeço a Solange Maimoni Gonçalves, por ter realizado um excelente trabalho de revisão ortográfica e semântica no texto escrito.

Agradeço a Adriana de Fátima Lourencon e Evana Rafaela Minatel por realizarem os testes estatísticos, fundamentais para a análise de dados.

Agradeço a Leandro Farias Estrozi e Renato Menezes Caffer por terem escrito os *scripts* que fizeram milagres em segundos e me deram condições de executar o trabalho dentro do prazo.

Também agradeço a todos os que desenvolveram os *softwares livres* utilizados neste trabalho, sem os quais não seria possível realiza-lo e ao Rafael Mozeto por fazer os gráficos.

De coração agradeço ao meu avô e a minha avó, por me criar e cuidar de mim com muito amor e ao meu pai, por sentir orgulho de mim pelo que sou em especial por ser um terapeuta.

Também agradeço aos meus amigos e a minha família e aos meus colegas de trabalho.

Se alguém foi esquecido aqui, peço desculpas.

Prado, O. Z. (2002) *Terapia via Internet e Relação Terapêutica.* Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo.

RESUMO

A terapia via Internet ainda não foi aprovada pelo Conselho Federal de Psicologia, entretanto, pesquisas são recomendáveis. A possibilidade técnica de oferecer tal serviço e a possibilidade de formação da relação terapêutica foram investigadas. Foi desenvolvido, por meio da utilização de softwares livres, um sistema de inscrição e psicoterapia breve realizada de forma assíncrona. A relação terapêutica foi analisada por meio do Working Alliance Inventory (WAI). Foi possível realizar o serviço de terapia via Internet e a relação terapêutica desenvolvida apresentou características semelhantes às descritas na literatura. Os clientes que se inscreveram (373) eram predominantemente do sexo feminino, com nível superior, usuários ativos de Internet e experientes no uso do computador. Os terapeutas que se inscreveram (20) apresentaram características demográficas similares as dos clientes, média experiência clínica e eram academicamente ativos. Nas 53 terapias criadas, foram encontradas diferenças significativas, referentes ao WAI, entre os clientes que abandonaram a terapia (19) e os que a finalizaram (29). Por outro lado, em relação aos terapeutas (15), não foram encontradas diferenças significativas entre os que atenderam os clientes que abandonaram a terapia e os que atenderam os clientes que a finalizaram. Contudo, foram encontradas diferenças significativas referentes ao tamanho das mensagens dos terapeutas, tendo sido essas mais extensas nas terapias que apresentaram melhor relação terapêutica.

Prado, O. Z. (2002) *Internet Therapy and Therapeutic Relationship*. Master Dissertation, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil.

ABSTRACT

The Federal Council of Psychology has not approved Internet Therapy yet, however, researches are recommended. The technical possibility of offering such a service and the possibility of developing therapeutic relationship were researched. It was developed, by using free softwares, a system of registration and brief psychotherapy which was asynchronously carried out. The therapeutic relationship was analyzed by using the Working Alliance Inventory (WAI). It was possible to achieve therapy via Internet, and the therapeutic relationship presented characteristics similar to those described in the literature. Clients enrolled (373) were predominantly female, graduate, active Internet users and experienced of using computers. Therapists enrolled (20) presented demographic characteristics similar to the clients, middle clinical experience and they were academic actives. In the 53 therapies created, there were significant differences, regarding the WAI, between clients who abandoned the therapy (19)and clients who finished it (29). On the other hand, in relation to the therapists (15), there were not significant differences between those whose clients abandoned the therapy and those whose clients finished it. However, there were significant differences regarding the size of the therapists' messages; the better the therapeutic relationship was formed, the more extensive were the messages.

SUMÁRIO

Introdução 1
Possíveis vantagens da terapia via *Internet* em relação à terapia face a face 5
Desvantagens e Dificuldades da Terapia via *Internet* em relação à Terapia face a face 6
Psicoterapia e Relação Terapêutica 7
Relação Terapêutica e Psicologia Comportamental 8
A Avaliação da Relação Terapêutica 11
Working Alliance Inventory (WAI) 14
Algumas Considerações Éticas sobre a Pesquisa em Terapia via *Internet* 18
Objetivos e Hipóteses 21
Método 21
Participantes 21
Material 22
Divulgação da Pesquisa 26
Inscrição na Pesquisa 27
O Processo de Terapia 28
O Sistema da Terapia 31
Resultados 37
Inscrições e Participação 37
Salas de Terapia 40
Dados Demográficos 42
Hábitos de Uso de Internet 46
Relação Terapêutica 49
Troca de Mensagens nas Terapias 58
Impressões dos Participantes Sobre a Terapia 63
Discussão 65
Sistemas e Softwares 65
Participantes 68
Relação Terapêutica na Terapia via Internet 70
Processo das Terapias 73
Conclusões 76
Referências Bibliográficas 78
Glossário 83

Anexo 1 – Working Alliance Inventory 84
Anexo 2 – Questionário Internet e Comportamento Adaptado 89
Anexo 3 – Questionário de História de Vida 93
Anexo 4 - Questionário de Experiência Profissional 100
Anexo 5 - Questionário Final 102
Anexo 6 - Termo de Consentimento Informado 104
Anexo 7 - Carta de Divulgação aos Terapeutas 107
Anexo 8 - Boletim da Agência de Notícias da USP 109
Anexo 9 - Instruções para *Login* no Sistema 114
Anexo 10 - Instruções para a Terapia (Clientes) 117
Anexo 11 - Instruções para a Terapia (Terapeutas) 119
Anexo 12 - Mensagem Padrão para responder o WAI 122
Anexo 13 - Mensagem Padrão para responder o Questionário Final e Aviso do Final da Terapia 124
Anexo 14 – Documento de Aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética 126

CD – ROM – Dissertação em formato digital, relatórios estatísticos e o código fonte do *Learnloop* traduzido para o português.

Estamos vivendo uma revolução tecnológica em que os serviços e sistemas de informação ocupam um lugar central nesse processo. Não há dúvidas acerca das mudanças que ocorreram na sociedade humana decorrente do advento dos computadores e, posteriormente, da *Internet*. Entretanto, as mudanças que ocorreram e que ainda podem ocorrer na psicologia, e mais especificamente no atendimento psicológico após o advento desses sistemas e serviços de informações, ainda não estão claras para a maior parte da comunidade científica, bem como para a maior parte da sociedade brasileira.

Em 1966, no MIT (Massachusetts Institute of Technology – USA), Joseph Weizenbaum desenvolveu um programa (sistema inteligente) que simula a terapia em que o sujeito fala (via texto) com o programa da mesma forma com que fala com um terapeuta. O nome do programa é ELIZA e suas falas foram baseadas nas técnicas rogerianas de devolver ao paciente aquilo o que ele fala (O'Dell & Dickson, 1984). Esse programa foi feito para se estudar a linguagem natural em computadores e foi posteriormente abandonado por seu autor; pois estava sendo utilizado por alguns para terapia (o que foi condenado por seu criador). Contudo este programa representa o marco da intervenção psicológica com o auxílio dos computadores.

Segundo Trabin (1996), atualmente existem programas de computador que estão sendo utilizados clínica e institucionalmente e que podem atuar como sistemas de apoio à decisões clínicas, como auxiliares no atendimento clínico para coletar dados, como instrumentos para fazer diagnósticos, como guias de programas terapêuticos e, ainda, como programas de auto-ajuda. O profissional poderá atuar junto com o programa em níveis que vão desde o acompanhamento direto com o cliente até a simples monitoração do sistema.

A criação desses programas requer um alto grau de investimento financeiro e administrativo, tornando-se, pois, inviáveis para a grande maioria dos psicólogos clínicos. Por isso, tais programas geralmente são desenvolvidos por uma equipe multidisciplinar que

recebe verbas destinadas para essa finalidade.

Contudo, com a popularização dos microcomputadores e o posterior advento da *Internet,* a comunicação mediada pelo computador tornou-se um evento rotineiro na vida de muitas pessoas, inclusive na de muitos psicólogos. Para comunicar-se via computador já não é necessário desenvolver programas, mas, sim, saber como utilizá-los (Prado, 1998).

Muitos usuários formaram comunidades virtuais para suporte e auto-ajuda, algumas sem nenhum tipo de controle ou mediação profissional. Segundo King (1998), um problema básico dessas comunidades seria a impossibilidade de evitar que os usuários disseminem informações falsas ou imprecisas com relação a tratamento e diagnóstico de desordens mentais.

Ao mesmo tempo, foi possível constatar que alguns psicólogos viam a *Internet* como uma oportunidade de oferecer seus conhecimentos a consumidores que os procuravam para aconselhamento gratuito (Grohol, 1998). Posteriormente, alguns psicólogos começaram a oferecer terapia via *Internet* como uma atividade profissional, sem, contudo, apresentar adequado respaldo ético ou científico, inclusive no Brasil.

Os conselhos regionais de psicologia pronunciaram-se contra esse tipo de serviço, onde de acordo com Sayeg (1999):

> Não se reconhece ainda qualquer modalidade de "psicoterapia pela *Internet*" [Itálico nosso] como prática profissional legítima. Ainda não foram feitas pesquisas suficientes sobre a questão. (...) É preciso desenvolver pesquisas, e como se trata de pesquisas envolvendo seres humanos, devem seguir as normas do Ministério da Saúde para esses casos. As pesquisas não podem ser cobradas e devem ser aprovadas por uma comissão de ética reconhecida. (pg. 18).

O Conselho Federal de Psicologia editou, então, uma resolução que reconhece serviços psicológicos mediados pelo computador, desde que esses não sejam

psicoterapêuticos e que possuam um caráter informativo, pontual e de orientação. Essa resolução foi criada a partir dos Grupos de Trabalho dos Conselhos Regionais, que discutiram e trabalharam a questão com os acadêmicos e com a comunidade profissional. Segundo a resolução, a psicoterapia deveria ser realizada apenas como pesquisa (Bock, 2000a).

Mas o fato é que nem esse tipo de resolução nem a falta de pesquisas sobre o tema impediram alguns psicólogos de exercerem tal atividade. O atendimento via *Internet* existe e tende a crescer com o passar do tempo e, por isso, não pode mais ser ignorado (Sampson, Kolodinsky & Greeno, 1997).

Esse fato parece tornar ainda mais necessárias as pesquisas nessa área, as quais estudam as interações terapêuticas que ocorrem na *Internet* a fim de definir padrões apropriados de cuidados para a essa oferta de serviços de saúde mental. Portanto, sem as pesquisas, padrões de cuidado poderão desenvolver-se sem validação empírica suficiente (Childress & Asamen, 1998).

Algumas pesquisas preliminares relativas à Terapia *On Line*, termo adotado por King (1998) para definir o contato com objetivos terapêuticos, foram feitas sem levar em consideração as comunicações assíncronas (*e-mail* e fóruns) e síncronas (*chat* e *videoconferência*)[1].

A partir de indagações sobre a possibilidade de conduzir uma terapia mediada pelo computador, o terapeuta de grupo Sander (1996) sugeriu a um grupo de clientes em fase terminal de terapia e familiarizados com computadores que realizassem três sessões via computador. O autor relata as vantagens de poder gravar as sessões e o fácil acesso às pessoas idosas, portadoras de deficiências ou que vivem em áreas remotas. Por outro lado, ele relata que a comunicação síncrona entre o grupo fez com que os discursos ficassem fragmentados, já que seus membros escreviam simultaneamente. Dessa forma, Sander sugere que a comunicação assíncrona pode ser mais vantajosa, na medida em que evita a fragmentação do

[1] Para os termos relacionados à informática consulte o glossário.

discurso e permite que cada membro conecte-se ao sistema e envie mensagens em horários considerados convenientes. Sander alerta, porém, que a comunicação assíncrona pode encorajar interações mais racionais do que emocionais e conclui que talvez seja interessante combinar ambas as formas de comunicação, notando, ainda, que esse assunto merece mais exploração.

Barak e Wander-Schwartz (1999) conduziram uma pesquisa cujos objetivos eram os de comparar a utilidade de um grupo de terapia via *chat* com um grupo com terapia padrão e um grupo controle não tratado. Para tanto, foi desenvolvido um *software* em *Java* para o *chat* que permitia ao terapeuta escrever em uma janela diferente da dos membros do grupo, sendo necessária uma senha para a entrada no sistema. Os participantes eram estudantes de universidades e podiam escolher qual o grupo que iriam participar. Os que não conseguiram inscrever-se em nenhum dos dois grupos, em virtude de problemas diversos, foram colocados no grupo controle de não tratamento. Em cada grupo foram feitas sete sessões de noventa minutos cada, conduzidas por duas terapeutas com experiência em terapia de grupo. Os sujeitos receberam regras específicas para poderem participar do experimento, como, por exemplo, ficar sozinho no computador no momento da terapia. Questionários de avaliação dos processos foram utilizados no início e no fim da terapia. Os autores relataram que não foram encontradas diferenças significativas entre o grupo de *chat* e o grupo de terapia padrão. Em ambos os grupos houve uma pequena melhora, estatisticamente insignificante, concernente à auto-estima, relações sociais e bem estar, o que ocorreu em conseqüência da breve duração do processo, e o grupo controle permaneceu inalterado.

Barak e Wander-Schwartz relataram, também, que o anonimato no grupo de *chat* era um fator importante para a prontidão de abertura. Por fim, eles concluíram que, com certa cautela, o *chat* em grupo pode ser usado com finalidades terapêuticas, embora a realização de mais pesquisas seja necessária para deliberar inúmeras questões relacionadas a esses tópicos,

como, por exemplo, a questão das vantagens do *chat*, o qual propicia espontaneidade, autenticidade e imediatismo na relação.

Muitos autores escreveram artigos que abordam assuntos sobre terapia via *Internet*, grupos de suporte e auto-ajuda e, também, discussões sobre as possíveis metodologias que podem ser utilizadas, problemas éticos e vantagens e desvantagens da Terapia *on line*.

As considerações por eles comentadas seguem nos tópicos abaixo:

Possíveis vantagens da terapia via *Internet* em relação à terapia *face a face*

1. *Tópicos Geográficos*

- Possibilidade de contato, por meio de uma comunicação de baixo custo, com pessoas de localidades diferentes e que possuam o mesmo tipo de problema (Miller & Gergen, 1998);
- Oportunidade para pessoas que moram em localidades onde não há profissionais especializados ou que, por alguma razão, não podem ou simplesmente não querem procurar a terapia face a face (Grohol, 1998; Weinberg; Uken; Schmale & Adamek, 1995; Sampson et al., 1997).

2. *Tópicos Técnicos, Processuais e Temporais*

- Fácil acessibilidade (Binik, Cantor & Meana, 1997);
- Facilidade para gravar as interações, as quais, posteriormente, poderão ser analisadas e documentadas. (Miller & Gergen, 1998; Murphy & Mitchell, 1998; Sampson et al., 1997);
- Leitura e resposta feitas, na terapia assíncrona, em horários convenientes, diminuindo os problemas de agendamento de horários (King & Poulos, 1998; Weinberg et al., 1995; Sampson et al., 1997);

- Facilitação do processo de supervisão, na terapia assíncrona, em virtude da possibilidade de o supervisor ler a mensagem do terapeuta antes que essa seja enviada ao grupo (Murphy & Mitchell, 1998; Sampson et al., 1997);
- Facilitação do processo de preenchimento de formulários e "lições de casa" (Sampson et al., 1997).

3. *Tópicos Terapêuticos*

- Possibilidade, na terapia assíncrona, de o sujeito enviar mensagens ao terapeuta concomitantemente com a ocorrência de seus sentimentos, em vez de esperar até a próxima sessão (Murphy & Mitchell, 1998);
- Ausência de marcas sociais que, na terapia face a face, podem estimular o preconceito (Miller & Gergen, 1998; Murphy & Mitchell, 1998);
- Facilitação da abertura em virtude do anonimato (Binik et al., 1997; Miller & Gergen, 1998);
- Diminuição da preocupação em ser julgado negativamente pelos outros e conseqüente diminuição da ansiedade (King, 1998).

Desvantagens e Dificuldades da Terapia via *Internet* em relação à Terapia face a face:

1. *Tópicos Legais, Éticos e Geográficos*

- Dificuldade de obtenção da identificação do cliente (Grohol, 1998; Sampson et al., 1997);
- Ausência de legislações aplicáveis à terapia via *Internet* (Binik et al., 1997; Sampson et al., 1997);
- Dificuldade de verificação do credenciamento do profissional (Sampson et al., 1997);

- Possível falta de conhecimento, por parte do terapeuta, de eventos políticos ou naturais da localidade que possam influenciar no tratamento (King, 1998; Sampson et al.,1997);
- Dificuldade de avaliar e diagnosticar o cliente (Childress & Asamen, 1998; Grohol, 1998; King, 1998).

2. *Tópicos Técnicos e Processuais*

- Ausência de comunicação não verbal entre as partes (Binik et al., 1997; Childress & Asamen, 1998; Grohol, 1998);
- Possibilidade de ocorrer desentendimento ou interpretação equivocada das mensagens, já que essas podem parecer mais frias e impessoais do que o pretendido pelo autor (King & Poulos, 1998);
- Ausência de comunicação segura a qual, no entanto, pode ser minimizada com a criptografia das mensagens (Childress & Asamen, 1998; Grohol, 1998; Sampson et al., 1997);
- Possibilidade de haver interrupções e distrações oriundas do ambiente onde o cliente está no momento da terapia (Sampson et al., 1997);
- Necessidade de conhecimento e experiência com o uso dos programas utilizados na comunicação (Sampson et al., 1997).

Não obstante, diversos autores relatam a necessidade de realizar mais pesquisas nesse campo a fim de que os tópicos acima listados sejam verificados e os padrões de atendimento via *Internet* sejam definidos (Miller & Gergen, 1998; Grohol, 1998; King, 1998; Murphy & Mitchell, 1998; Childress & Asamen, 1998; King & Poulos, 1998; Weinberg et al., 1995).

Psicoterapia e Relação Terapêutica

A psicoterapia, segundo o Conselho Federal de Psicologia (CFP), é uma das diversas práticas do psicólogo, constituindo-se em um processo científico de compreensão, análise e

intervenção realizada por meio da aplicação de métodos e técnicas psicológicas que visa propiciar ao cliente condições para que ele possa enfrentar seus conflitos e/ou transtornos psíquicos (Bock, 2000b).

A Psicologia, por sua vez, possui diversas escolas, como, por exemplo, a Behaviorista, a de Psicanálise e a da Gestalt (Keller, 1983), as quais possuem modelos científicos, filosóficos, teóricos e metodológicos distintos. No entanto, a definição de psicoterapia utilizada pelo CFP tenta isentar-se das visões específicas de cada escola da psicologia na medida em que define o serviço prestado pelo psicólogo como profissional e sujeito à legislação vigente no Brasil e às resoluções do CFP.

Embora as escolas da psicologia tenham grandes diferenças entre si, a relação terapêutica está presente em todas as abordagens de psicoterapia existentes, apesar de ser analisada e entendida de maneiras distintas pelas abordagens teóricas.

Ao pensar em atendimento realizado pela *Internet*, não há dúvidas de que um dos principais desafios é saber se isso é psicoterapia e, portanto, se formar-se-á uma relação terapêutica sem que haja qualquer tipo de contato presencial face a face. Desse modo, se verificarmos que a relação se forma via *Internet*, será possível considerar a realização de procedimentos terapêuticos à distância. Para avaliar a terapia via *Internet*, um dos primeiros passos seria verificar se nessa modalidade de atendimento também há a formação da relação terapêutica. Para tal avaliação deveriam ser usados os mesmos instrumentos de medida que avaliaram e consagraram a psicoterapia presencial.

Relação Terapêutica e Psicologia Comportamental

Diversos terapeutas comportamentais, entre eles os brasileiros, têm escrito sobre a relação terapêutica. A importância de tal relação foi apontada por Guilhardi (1997), que afirmou que em uma sessão de terapia os dados disponíveis para análise são os relatos do cliente e a relação terapêutica. Kerbauy (1999) complementou dizendo que as variáveis

relevantes em clínica são categorias amplas que incluem resistência à mudança, relacionamento terapêutico e interação entre terapeuta e cliente.

Atualmente, a importância da relação terapêutica é consenso para os terapeutas comportamentais, porém há diferenças quanto ao papel por ela desempenhado.

Por um lado, alguns autores consideram o vínculo terapêutico um meio para facilitar outros aspectos importantes do processo de mudança, para aumentar o valor reforçador do terapeuta, levando a um maior engajamento na terapia, e também para modelar comportamentos adequados, promovendo expectativas positivas e soluções para superar resistências (Raue & Goldfried, 1994).

Nessa direção, Rangé (1995) afirma que a relação terapêutica poderá exercer influência positiva se o terapeuta tiver participação efetiva no tratamento, já que, tendo se desenvolvido uma relação terapêutica positiva, o cliente sente-se suficientemente confortável para fornecer as informações necessárias para a terapia (Lettner, 1995).

Da mesma forma, para Shinohara (2000), a relação terapêutica é vista como fator determinante do processo terapêutico, a qual pode facilitar o trabalho e a possibilidade de atingir metas, caso se estabeleça num clima de confiança e acordo harmonioso.

Por outro lado, há autores que consideram o relacionamento que ocorre em terapia o principal mecanismo de mudança do cliente. Para esses terapeutas comportamentais a relação terapêutica é uma oportunidade para que o cliente emita comportamentos que lhe tem trazido problemas e, a partir da interação com o terapeuta, aprenda formas mais efetivas de respostas (Follette, Naugle & Callaghan, 1996; Kohlenberg & Tsai, 2001; Rosenfarb, 1992).

Os autores mais consagrados na literatura de terapia comportamental e relação terapêutica são Robert J. Kohlenberg e Mavis Tsai, os quais desenvolveram a Terapia Analítica Funcional (FAP) baseada no conceito de reforçamento em situação clínica e generalização ao ambiente externo. O trabalho é realizado por intermédio da observação e

intervenção nos comportamentos clinicamente relevantes (CRB) que ocorrem na presença do terapeuta. Esses comportamentos são divididos em três tipos: CRB1 refere-se aos problemas do cliente; CRB2, aos progressos do cliente; e CRB3 às interpretações do cliente sobre seu próprio comportamento (Kohlenberg & Tsai, 2001)

O conceito de aliança terapêutica é visto como um CRB2 por Kohlenberg e Tsai, os quais consideram a aliança um importante componente da relação cliente–terapeuta. Essa aliança gira em torno da habilidade do cliente de se envolver com a auto-observação, facilitando, portanto, outros CRBs (Kohlenberg, & Tsai, 2001). Esses autores concluem que o centro do processo terapêutico é a relação psicoterapêutica.

De acordo com Follette et al. (1996), que discutiram a FAP, no início do processo terapêutico o profissional oferece expressões gerais de aprovação simplesmente pelo fato de o cliente estar em terapia. Em um segundo momento, o reforçamento torna-se contingente a falar sobre tópicos difíceis e se expor em terapia. Aos poucos, o terapeuta passa a selecionar classes de comportamentos que indiquem mudanças relevantes, de acordo com os objetivos previamente estabelecidos. A generalização dos novos comportamentos também é diretamente trabalhada.

Em concordância com esta visão, diversos autores consideram o fortalecimento de uma ampla gama de comportamentos pré-requisito para o engajamento do cliente no trabalho, mas que isso não é suficiente para que ocorram mudanças efetivas, sendo necessário o reforçamento contingente à emissão de comportamentos alternativos, considerados mais satisfatórios. Ao mesmo tempo, é considerado fundamental que o terapeuta apresente conseqüências diferentes daquelas apresentadas no ambiente natural do cliente, já que estas têm mantido seus comportamentos-problema (Meyer & Vermes, 2001).

Mas Kohlenberg e Tsai (2001) admitiram que a relação terapêutica tem sido pouco enfatizada pela terapia comportamental e sua literatura, opinião também encontrada em Follette et al. (1996).

Roserfarb (1992) conclui que a pesquisa em terapia comportamental é restringida pela falta de investigação crítica na efetividade da relação terapêutica e tem se concentrado no desenvolvimento de técnicas terapêuticas, excluindo a exploração dos processos de mudança dentro do relacionamento, fato apontado também por Raue e Goldfried (1994).

Há, portanto, na literatura sobre terapia comportamental, consenso quanto à existência e à importância da relação terapêutica, apesar de que tal relação tenderia a ser vista por muitos como secundária às técnicas específicas consideradas centrais no processo de mudança. Essa visão não é compartilhada pelos clientes da terapia comportamental, que descrevem o vínculo terapêutico como tendo peso maior na contabilidade para sua melhora, (Raue & Goldfried, 1994) nem pela literatura sobre psicoterapia baseada em evidências. Horvath e Greenberg (1994) descreveram que a pesquisa na área de relação terapêutica demonstra resultados consistentes os quais, por sua vez, relacionam uma boa aliança com resultados positivos na terapia, e que a relação terapêutica tem sido um conceito-chave investigado nas duas últimas décadas.

A Avaliação da Relação Terapêutica

Buscando na literatura maneiras de avaliar a relação terapêutica, Meyer e Vermes (2001) encontraram dois conjuntos de instrumentos:

1. Questionários respondidos pelos clientes e/ou terapeutas.
2. Observação e análise das sessões com enfoque em aspectos da relação terapêutica com sistemas de categorização.

Entre esses dois conjuntos de instrumentos, qual possui uma metodologia mais definida de investigação e qual já possui resultados concretos e consagrados na literatura sobre psicoterapia?

Os critérios buscados foram os resultados empíricos, não havendo preocupação com quais pressupostos teóricos embasavam tais métodos de avaliação. Por essa razão, os termos Relação Terapêutica (Therapeutic Relationship), Aliança Terapêutica (Therapeutic Alliance) e Aliança de Trabalho (Working Alliance) foram tratados de maneira uniforme, não importando se a diferença na nomenclatura se devia a questões de tradução ou se também havia algum pressuposto teórico envolvido, já que interessavam mais os resultados empíricos do que os embasamentos teóricos ou critérios de definições dos mesmos.

Um estudo de revisão bibliográfica realizado por Luborsky (1994), com artigos a partir de 1976, concluiu que questionários que medem a aliança terapêutica são significativamente preditores de resultados em terapia. Apesar de a maioria dos estudos serem realizados a partir de terapias dinâmicas, verificou-se que a aliança também é preditora de resultados nas terapias cognitivas e comportamentais.

Horvath e Symonds (1991) fizeram uma meta-análise com 24 estudos que relacionam a qualidade da aliança terapêutica com resultados, encontrando uma associação moderada, mas confiável, entre boa aliança terapêutica e resultados. Os autores concluíram que, no geral, a qualidade da aliança terapêutica foi mais preditiva de resultados de tratamento quando baseada na avaliação dos clientes, seguida da avaliação dos terapeutas e, por último, de avaliações de observadores. Eles concluíram, também, que a relação da aliança de trabalho com resultados não parece estar ligada com o tipo de terapia nem com a duração do tratamento ou com o número de participantes dos estudos.

Luborsky (1994) também argumentou a favor de que a visão do cliente prediz melhor os resultados da terapia do que a visão do terapeuta, apesar de ressaltar que nem todos os

estudos mostram essa tendência. Complementou dizendo que o comportamento do terapeuta tem estreita relação com a facilitação do vínculo.

Se há evidências empíricas suficientes relatando que existe a relação entre aliança terapêutica e resultados, em que momento da terapia a relação deveria ser avaliada?

Dados da literatura mostram que a avaliação feita a partir do uso de questionários na terceira ou quarta sessão parece indicar, de forma suficiente, predições de resultados (Luborsky, 1994). Horvath (1994) também argumentou a favor da avaliação da aliança nos estágios iniciais da terapia como melhor forma de predição de resultados, além de ressaltar que a avaliação no início da terapia também permite ao terapeuta ou pesquisador saber quais clientes poderão abandoná-la futuramente.

Garfield (1995) também descreveu que a formação do vínculo criada no início da terapia é importante tanto para continuidade quanto para resultados na psicoterapia.

Há evidência suficiente de que a relação terapêutica pode ser avaliada no início da terapia por intermédio de questionários e que esses questionários serão preditivos de participação e resultados na terapia. Resta, portanto, escolher quais questionários são os mais adequados para serem utilizados na terapia via *Internet*, bem como quais estariam disponíveis para uso.

Questionários de Avaliação da Relação Terapeuta–Cliente

Procurou-se encontrar questionários e inventários para avaliar a relação terapeuta–cliente por meio da utilização do *PsycLIT*, e recuperou-se os artigos na Biblioteca do Instituto de Psicologia da USP.

O critério utilizado para a seleção foi a freqüência com que os instrumentos apareceram na literatura e a disponibilidade de encontrar os artigos que faziam referência aos mesmos na biblioteca.

Foram selecionados os seguintes instrumentos:

- California Psychotherapy Alliance Scales (CALPAS) – Gaston e Marmar (1994);
- Penn Helping Alliance Questionnaire – Alexander e Luborsky (1986);
- Session Evaluation Questionnaire (SEQ) – Stiles (1980);
- Session Impact Scale (SIS) – Elliot e Wexler (1994);
- Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VPPS) – O'Malley, Suh e Strupp (1983);
- Working Alliance Inventory (WAI) – Horvath e Greenberg (1989).

Working Alliance Inventory (WAI)

O WAI (Anexo 1) foi o escolhido entre os instrumentos selecionados. Entre as razões para a escolha desse instrumento destacam-se:

1. Versão autorizada em português produzida por Paulo Machado e Cristiano Nabuco de Abreu.
2. Esse instrumento está entre os que mais apareceram na literatura encontrada nesse levantamento bibliográfico.
3. A possibilidade de utilizar o instrumento numa terapia em que não ocorrem sessões propriamente ditas, já que o instrumento não aborda as sessões e, sim, os objetivos, tarefas e ligação entre terapeuta e cliente, considerando que a maioria dos outros instrumentos avaliavam ou abordavam as sessões de terapia.
4. O amplo respaldo na literatura sobre a validade do instrumento. Horvath (1994) relata que um grande número de estudos realizados separadamente provêm suporte à validade do WAI.
5. A confiabilidade do instrumento, baseada na homogeneidade (Alpha de Cronbach) entre os ítens, vai de .84 a .93 e entre as subescalas, de .68 a .92 (Horvath, 1994).

O WAI é considerado por seu idealizador como um instrumento metateórico que consiste num questionário (com versões para cliente, terapeuta e observador) que apresenta três subescalas com doze questões cada, sendo que as questões são avaliadas num espectro de sete itens (sempre – nunca).

As subescalas são: Objetivos (Goal) – Caracteriza-se pela negociação e entendimento mútuo entre terapeuta e cliente acerca dos objetivos da terapia em termos de resultados; Tarefa (Task) – Refere-se a atividades específicas desenvolvidas pelo terapeuta e cliente para instigar ou facilitar as mudanças; e Vínculo (Bond) – refere-se a ligações pessoais entre cliente e terapeuta, que se desenvolvem na atividade compartilhada da terapia. É expresso e sentido em termos de amizade, simpatia, confiança, respeito pelo outro e um senso de comprometimento comum e um entendimento compartilhado das atividades.

Essas escalas são altamente correlacionadas (Horvath & Greenberg, 1989, Horvath, 1994), indicando que elas abordam aspectos da aliança que estão fortemente interligados.

Além do WAI ser um instrumento que avalia a aliança terapêutica e prediz resultados de terapia, também tem sido utilizado como "termômetro" para avaliar diversas variáveis presentes nas modalidades de terapia e nas várias formas de realizar pesquisa em clínica. Notou-se na literatura encontrada o uso do WAI para:

- Validar outros instrumentos que medem a relação terapeuta–cliente (Mallinckrodt, Gantt & Coble 1995);
- Avaliar diferentes formas de supervisão e treinamento (Multon, Kivlighan, & Gold, 1996, Kivlighan, Angelone, & Swafford, 1991, Patton & Kivlighan, l997);
- Relacionar nível de treinamento de terapeutas e formação da aliança terapêutica (Mallinckrodt & Nelson, 1991);

- Relacionar características interpessoais de terapeutas e/ou clientes e formação da aliança terapêutica (Reandeau & Wampold, 1991, Mallinckrodt, Coble & Gantt, 1995; Muran, Segal, Samstag & Crawford, 1994, Kokohovic & Tracey, 1990;
- Verificar desenvolvimento temporal da aliança (Sexton, Hembre & Kvarme, 1996) e resultados de terapia (Kivlighan & Shaughnessy, 1995);
- Relacionar a aliança com a participação no tratamento e resultados, entre diferentes grupos de clientes (Connors, Carroll, DiClemente, Longabaugh, & Donovan, 1997);
- Verificar a força da aliança em terapias com abordagens distintas (Raue, Goldfried & Barkham, 1997);
- Relacionar comportamentos do terapeuta e percepção dos clientes acerca da aliança terapêutica (Kivlighan, 1990);
- Verificar visões únicas e/ou compartilhadas entre clientes e terapeutas sobre terapia e aliança terapêutica (Hatcher, Barends, Hansell, & Gutfreund, 1995, Al-Darmaki & Kivlighan, 1993).

É importante ressaltar o trabalho de Cook (2001), o qual realizou um estudo sobre aliança de trabalho e terapia via *Internet* nas diferentes formas de comunicação. Nesse estudo, terapeutas que realizavam terapia via *Internet* (como um serviço profissional) forneciam aos seus clientes um *login* e uma senha para que estes respondessem ao WAI. A amostra de clientes (N = 15), dos EUA e Canadá, era em sua grande maioria feminina, utilizava comunicação predominantemente assíncrona na terapia , gastava entre 5 e 20 horas semanais na *Internet* e possuía ou cursava nível superior. Não foram encontradas diferenças entre a aliança terapêutica e o tipo de terapia utilizada na *Internet*, e também não foram encontradas diferenças entre a aliança terapêutica encontrada na amostra e os resultados da literatura utilizados na comparação. O autor concluiu que a aliança de trabalho pode ser fortemente

estabelecida entre aqueles que consideram a terapia via *Internet* um método atraente para receber assistência em saúde mental.

O estudo de Cook possuía uma série de limitações sobre o controle amostral, como, por exemplo, a de o pesquisador não ter controle sobre a escolha feita pelo terapeuta ao selecionar seus clientes que iriam receber o *login* e a senha para responder à pesquisa, assim não sendo possível determinar o quão diferentes estes clientes eram dos outros que não participaram da pesquisa (e também atendidos pelos mesmos terapeutas). Também não houve controle sobre o tempo que esses clientes estavam fazendo terapia. Todavia, esses resultados são um primeiro indicativo de que a relação terapêutica pode ser formada e mantida via *Internet*.

Com base nesses artigos, constatou-se, também, que não há uma maneira única ou mesmo mais freqüente de analisar o WAI e relacioná-lo com as variáveis pesquisadas e, ainda, que não há normatização de resultados ou formas definidas de avaliar um resultado isoladamente. Dessa forma, a maneira de determinar se um dado resultado do WAI é alto (alta aliança terapêutica) ou baixo (baixa aliança terapêutica) é baseada ou numa análise estatística intra-amostra ou numa análise auxiliada por outros instrumentos. Também é possível comparar resultados de diferentes estudos. Assim, observando os diversos resultados do WAI encontrados na literatura pesquisada, foram encontrados valores médios de clientes que terminaram as terapias entre 5.16 e 6. Com relação às escalas, os valores encontrados variaram entre 5.59 e 5.90 para a escala vínculo, 5.53 e 5.66 para tarefa e 5.43 a 5.52 para escala objetivo (Al-Darmaki, & Kivlighan, 1993; Connors et al., 1997; Kivlighan et al., 1991; Kokohovic, & Tracey, 1990; Mallinckrodt, Coble et al., 1995; Mallinckrodt, Gantt et al., 1995 Multon et al., 1996).

Esses dados refletem apenas os resultados dos artigos obtidos na pesquisa bibliográfica realizada neste trabalho e divergem em número e características de participantes,

momento da terapia em que o WAI foi aplicado, critérios para escolha de resultados e objetivos dos estudos. Nem todos os artigos disponibilizavam os resultados do WAI e das escalas em conjunto. Dessa forma, esses valores podem ser considerados apenas como indicativo do que é esperado se obter com o WAI.

Algumas Considerações Éticas sobre a Pesquisa em Terapia via *Internet*

Por se tratar de uma nova atividade da psicologia que ainda não foi completamente estudada e pesquisada, bem como para se obter as aprovações do conselhos de ética do CRP e do Ministério da Saúde, a elaboração de alguns comentários e reflexões torna-se necessária.

Identificação do Cliente e do Profissional

Grohol (1998) relata que os problemas relativos à identificação do cliente podem ser minimizados pelo envio, via correio, de um formulário. O cliente deverá preencher o formulário com seus dados de identificação e, ainda, assinar um termo de consentimento para o tratamento, enviando-os de volta para o terapeuta antes do início do tratamento. Esse procedimento não oferece garantia total de identificação do cliente, mas, de acordo com o autor, é mais do que a grande maioria dos psicólogos faz em seus consultórios particulares, onde um cliente pode dar informações falsas a um profissional e continuar em terapia sem que este saiba da sua verdadeira identificação. Da mesma forma, a identificação do profissional também pode ser feita por meio do envio, pelo correio, de suas credenciais ao cliente, juntamente com o formulário de consentimento em papel timbrado da instituição à qual o pesquisador é filiado.

Segurança e Privacidade nas Comunicações via Internet

Uma questão muito comentada na literatura é a da relativa ausência de segurança da comunicação via *Internet*. Embora a segurança total também não exista nos consultórios, algumas medidas para garantir uma segurança padrão tornam-se necessárias, como, por exemplo, a utilização de tecnologias de autenticação e criptografia (Grohol, 1998; Childress

& Asamen, 1998; Sampson et al., 1997).

Tais tecnologias garantem a autenticidade do remetente da mensagem, além de assegurarem que esta será lida apenas pelo seu receptor. Isso ocorre devido ao processo de "codificação" digital que só poderá ser decodificado mediante uma senha.

Um outro fator ressaltado por Sampson et al. (1997) é o da necessidade de garantir a privacidade do cliente em seu próprio ambiente, sendo que cabe ao profissional monitorar o quão privativo é o ambiente de seu cliente.

Problemas de Conexão

Ao utilizar a conexão discada à *Internet*, ainda utilizada pela maioria dos usuários, é comum que ocorram problemas relacionados à abrupta desconexão do sistema. Além disso, falhas sem causa aparente ocorrem nos sistemas operacionais dos microcomputadores.

Essas falhas, ocorrendo no momento do atendimento, poderiam levar a problemas não desejados. Como essas questões ainda não estão resolvidas, Childress e Asamen (1998) propõem, portanto, que as pesquisas sejam feitas primeiramente via *e-mail* ou por intermédio de outras formas assíncronas de comunicação, as quais praticamente eliminam esses problemas.

Manejo de Situações de Crise

Uma das questões relativas à ética do atendimento *on line* é a da capacidade de manejo de situações de crise. Como ainda não há pesquisas suficientes na área, Childress e Asamen (1998) relatam a necessidade do pesquisador manter um canal de comunicação aberto com o cliente, via *e-mail* ou telefone, e oferecer, em casos extremos, indicação de tratamento com profissionais que residam na área geográfica do cliente.

Acontecimentos Locais Significativos

King (1998) e Sampson et al. (1997) relatam que fatores políticos e naturais locais podem ter influência na vida do cliente, interferindo, portanto, na terapia em que o

profissional não tenha o conhecimento desses fatores. Dessa forma, torna-se necessário a realização de uma pesquisa que limite a aceitação dos clientes relativamente à localidade geográfica .

As informações pertinentes às localidades específicas (estado e município) de cada cliente podem ser obtidas pelo pesquisador por meio dos veículos de notícias locais via *Internet*.

Problemas de Entendimento na Comunicação entre as Partes e a Falta de Estímulos Não Verbais

Muitos estímulos não verbais que servem como dados de análise numa terapia face a face, não ocorrem na terapia via texto. A falta de tais estímulos podem ocasionar o surgimento de alguns problemas (Grohol, 1998; Binik et al., 1997; Childress & Asamen, 1998). Um desses problemas é a possibilidade de, durante a leitura das mensagens, haver desentendimento entre o que o autor da mensagem pretendeu passar ao leitor e o que o leitor entendeu dessa mensagem. Dessa forma, deverá ser firmado um acordo entre pesquisador e sujeito para que, ao surgir qualquer dúvida relativa ao que foi escrito, contate-se o autor da mensagem para esclarecimentos (King & Poulos, 1998).

Outro problema é que a falta de estímulos não verbais poderá dificultar a análise ou a comunicação. No entanto, Prado (1998) sugeriu que o uso da *Internet* está sujeito a um processo de aprendizagem relativo a comunicação e relacionamento. Dessa forma, para que tal problema seja minimizado, as pesquisas iniciais devem limitar a inclusão de participantes baseando-se também na experiência de uso da *Internet.*

OBJETIVOS E HIPÓTESES

Os objetivos do presente estudo eram:

1. Verificar se seria possível, triar e atender clientes em psicoterapia breve (15 semanas), através de um serviço de atendimento via *Internet* com informações e ferramentas que permitam um atendimento individual de forma predominantemente assíncrona.
2. Verificar se somente com os dados enviados via Internet pelos participantes para o pesquisador e com as interações via Internet entre terapeuta e cliente, a relação terapêutica seria formada e mantida com características similares aos resultados mais consagrados da literatura.

MÉTODO

Participantes

Terapeutas

Critérios de inclusão

Psicólogos com pelo menos quatro anos de experiência clínica (incluindo os estágios da graduação) e com conhecimentos básicos de uso da *Internet*, bem como de ferramentas de comunicação mediada pelo computador, que aceitaram os termos de contrato para realizar a terapia durante quinze semanas e que possuíam computador e sistemas compatíveis com as ferramentas utilizadas no estudo.

Clientes

Critérios de inclusão

Indivíduos maiores de idade, com pleno acesso à *Internet* e com experiência no uso da mesma, que responderam ao questionário de anamnese e aos formulários enviados via correio e aceitaram e assinaram os termos de contrato terapêutico e consentimento e que possuíam computador e sistemas compatíveis com as ferramentas utilizadas no estudo.

Critérios de exclusão

Ter mencionado na anamnese tendências suicidas ou tentativas de suicídio prévias ao tratamento, ter citado na anamnese o uso diário de drogas psicotrópicas ou ingestão superior a duas doses de álcool/dia, estar sob algum outro tipo de tratamento psicológico ou psiquiátrico, ter excedido o número máximo de participantes do estudo (nos dois primeiros casos seria feito encaminhamento a um profissional ou instituição da localidade do sujeito, caso solicitado).

Material

Computador Servidor

Uma conta do tipo *Hospedagem Linux Profissional I* foi aberta na Locaweb (www.locaweb.com.br) que é uma empresa de hospedagem de *web sites*. Os computadores da locaweb dispõem das seguintes configurações:

- Servidores Intel ISP 2150
- Linux RedHat 7.1, Apache 1.3.22, PHP 4, MySQL, SSL
- Pentium III 1 Ghz Dual, 1 Gb RAM, SCSI Ultra-Wide, placas LAN Intel 100 Mbits
- Rede protegida por *firewall*
- Sistema de armazenamento à prova de falhas: RAID 1 (disk mirroring) / RAID 5 (disk striping w/ parity)
- Conexão à 100 Mbits/seg, com o principal *backbone* brasileiro na própria Embratel.
- Condicionamento de ar permanente

Computador do Pesquisador

- Toshiba Satellite 1750
- Windows 98 Segunda Edição em inglês.

- Celeron 700 Mhz, 192 RAM, HD 10 GB, Cartão de Rede PCMCIA
- Conexão ADSL de 256 kbps para *download* e 128 Kbps para *upload*.

Computadores dos Participantes da Pesquisa

Não foi solicitado aos sujeitos que informassem as configurações dos seus computadores, porém os pré-requisitos mínimos para participação da pesquisa incluíam o acesso à *web* e à *e-mail,* além de um navegador versão 4.x ou superior.

Softwares, Formulários e Documentos

Todos os formulários descritos abaixo foram disponibilizados utilizando a linguagem *PHP* e banco de dados *MySQL*.

1. Web site da Pesquisa. *Web site* que foi desenvolvido em *Html* e contém informações básicas sobre a pesquisa, pesquisadores e instituição (USP), além de uma cópia do consentimento informado (que também era enviada pelo correio para os que se inscreveram na pesquisa), da resolução CFP Nº 003/2000 sobre atendimento mediado pelo computador, da resolução do CNS 196/96 sobre pesquisas com seres humanos e do documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da USP (cópia em formato *.gif*).
2. *Learnloop.*[2] *Software* que foi desenvolvido para comunicação em grupo e que fica instalado no servidor *web,* possibilitando a criação de áreas restritas por senha onde são criados fóruns de discussão, áreas para arquivos e *links* e outros módulos, sendo que todos os arquivos e conteúdo das comunicações ficam armazenados no servidor. O *Learnloop* é *software livre* e foi desenvolvido de acordo com a licença GPL[3], que permite uso, modificação e distribuição.
3. Modificações no *Learnloop.* Modificações que foram feitas para adaptar o *Learnloop* à pesquisa, já que esse *software* foi desenvolvido originalmente para

[2] http://www.learnloop.org – cópia traduzida em anexo no CD-ROM

[3] http://www.gnu.org/copyleft/gpl.html

cursos à distância. As modificações foram feitas principalmente com o intuito de retirar recursos do sistema, deixando apenas o que era necessário à terapia *on line*. Foram retirados os *links* para criação de *home pages*, para criação de módulos adicionais e para algumas funções administrativas.

4. Working Alliance Inventory (WAI) (Anexo 1)**.** Instrumento validado por Horvath & Greenberg (1989), que foi escolhido após uma revisão bibliográfica de artigos sobre relação terapêutica e foi disponibilizado *on line* por meio da utilização de um *script PHP* que autenticava, a partir de *login* e senha, apenas a conexão dos usuários inscritos no *Learnloop* e escrevia os resultados do questionário numa tabela do banco de dados *MySQL* .
5. Questionário *Internet* e Comportamento (Anexo 2). Questionário, desenvolvido por Prado (1998)*,* que foi adaptado para obter informações sobre experiência e hábitos de uso de *Internet* dos sujeitos, desenvolvido em *Html* e que enviava as respostas para o *e-mail* do pesquisador, servindo de inscrição para a pesquisa. Posteriormente, devido ao grande número de inscrições, foi desenvolvido um *Script PHP* que importou as respostas para uma tabela do banco de dados, permitindo que os usuários modificassem seus dados através do *Learnloop.*
6. Questionário de História de Vida (Anexo 3)**.** Questionário, traduzido e adaptado a partir do original desenvolvido por Lazarus (1971) e serviu como amamnese. Da mesma forma que o questionário sobre uso de *Internet*, os dados também passaram pelo processo de importação das respostas para o banco de dados.
7. Questionário de Experiência Profissional (Anexo 4)**.** Questionário que foi desenvolvido para terapeutas e que contém seis perguntas que abordam a formação, orientação teórica e a experiência profissional dos mesmos.
8. Questionário Final (Anexo 5)**.** Questionário contendo perguntas abertas que foi

desenvolvido para abordar a falta de contato face a face, a compreensão e expressão nas mensagens escritas, os problemas técnicos encontrados e a satisfação com a terapia *on line*. Este questionário foi desenvolvido no decorrer da pesquisa e baseado em comentários de participantes e de questões levantadas na literatura.

9. Termo de Consentimento Informado (Anexo 6)**.** Documento contendo informações sobre os pesquisadores, objetivos da pesquisa, critérios para participação, tratamento das informações e riscos envolvidos na participação.

Problemas com os softwares utilizados na inscrição.

Inicialmente os questionários de inscrição (*Internet* e Comportamento Adaptado, História de Vida e Experiência Profissional) foram desenvolvidos em *HTML* puro, e o envio dos dados era feito através do *script formmail.pl* escrito na linguagem *Perl*. Esse *script* envia os dados de um formulário para um endereço de *e-mail*.

Essa opção foi escolhida, pois o número esperado de participantes era baixo e, sendo assim, não seria necessário um banco de dados para administrar as inscrições. Porém, ao iniciarem-se as inscrições, o número de participantes foi muito maior do que o esperado, inviabilizando, portanto, a administração dos dados de inscrição em arquivos – texto. Dessa forma, os dados foram importados para o banco de dados *MySQL* e foram criadas páginas em *PHP* com os respectivos formulários, os quais os participantes, mediante *login* e senha, poderiam alterar e atualizar seus dados. Alguns dados foram perdidos na importação, tornando necessário que cada participante que tivesse se inscrito na pesquisa antes do processo de importação verificasse seus dados no sistema.

Outra razão para a importação para o banco de dados era a de que os terapeutas não tinham como visualizar os dados de inscrição dos clientes a quem eles iriam atender, sendo que uma das funções do Questionário de História de Vida era justamente a de fornecer ao

terapeuta dados do cliente. Depois da importação os dados ficavam disponíveis dentro do *Learnloop* na área de "membros da sala".

Divulgação da Pesquisa

Após a criação do *website* da pesquisa e a obtenção do aval do comitê de ética em pesquisa (Anexo 14), a divulgação foi iniciada. O procedimento da divulgação foi diferente para terapeutas e clientes. Para terapeutas a divulgação foi feita de forma específica e direcionada, enquanto que para os clientes, foi feita de forma não direcionada, possibilitando abranger internautas em geral.

A principal razão dessa escolha foi a de que a amostra de clientes seria mais aleatória, não ficando marcada por qualquer característica comum a todos os clientes. Esse problema ocorreria se, por exemplo, a pesquisa fosse divulgada numa lista de *e-mail* sobre depressão, pois os clientes provenientes dessa divulgação teriam a "depressão" como característica, deixando a amostra menos aleatória. Os procedimentos de divulgação estão descritos abaixo.

Divulgação para Terapeutas

Foi criada uma mensagem padrão (Anexo 7) convidando os psicólogos a participarem da pesquisa como terapeutas e informando os critérios para participação e os endereços para inscrição. Essa mensagem foi enviada para diversas listas de *e-mail* de psicologia e assuntos relacionados:

- psico-br@yahoogroups.com - Lista sobre psicologia em geral.
- atmc-debate@yahoogroups.com – Lista sobre Atendimento Mediado Pelo Computador.
- psican-br@yahoogroups.com – Lista sobre Psicanálise e Terapia *on line*
- comport@yahoogroups.com – Lista sobre Psicologia Comportamental.
- psiq-brasil@psiquiatria.epm.br – Lista de Psiquiatria Brasileira.

Além da divulgação via *Internet*, a pesquisa foi divulgada para psicólogos conhecidos do pesquisador.

Alguns psicólogos também participaram da pesquisa em virtude da divulgação feita por outros psicólogos os quais provavelmente retransmitiram a mensagem de divulgação.

Divulgação para Clientes

A divulgação para os clientes foi feita por intermédio da Agência de Notícias da USP[4]. Tal agência publica diariamente um boletim que é enviado para veículos de imprensa de todo o Brasil. Uma pequena mensagem foi enviada para a agência que, então, a publicou em seu boletim no dia 09 de outubro de 2001 (anexo 8). Não se tem registros de quais veículos de mídia publicaram ou divulgaram a notícia. A partir desse tipo de divulgação, a aleatoriedade na amostra dos participantes foi, de certa forma, garantida.

Inscrição na Pesquisa

A inscrição foi feita por intermédio do *site* da pesquisa, o qual disponibilizava o texto do termo de consentimento antes do participante enviar qualquer informação. A inscrição constituía-se em duas partes; a primeira continha informações demográficas, de identificação e de uso de *Internet* e a segunda, a opção por inscrição para clientes ou inscrição para terapeutas. Na inscrição para clientes era preenchido o Questionário de História de Vida e na inscrição para terapeutas, o Questionário de Experiência Profissional.

Devido ao grande número de inscrições, esses dados, que inicialmente chegavam via *e-mail*, foram importados para um banco de dados. Dessa forma, foi requerido (Anexo 9) aos participantes que eles validassem sua inscrição, além de ser fornecido um *login* e senha para a entrada no sistema, no qual, posteriormente, a terapia seria realizada. Independentemente da importação dos dados, todos os participantes teriam que entrar com sucesso no sistema para poderem realizar a terapia.

Para os que entraram no sistema e validaram os dados de inscrição, foi enviado pelo correio duas cópias do termo de consentimento, assinadas pelo pesquisador, e o envelope para retorno, sendo que o participante deveria assinar as cópias e retornar, também via correio,

[4] http://www.usp.br/agenciausp/

uma delas, enviando em anexo uma fotocópia do R.G. (para clientes) e fotocópia do CRP (para terapeutas).

O processo de envio da documentação pelo correio foi feito em lotes, contendo 10, 20 ou mais correspondências. Para os participantes do último e maior lote enviado, foi necessário formar uma fila, pois nem todos poderiam ser atendidos, sendo que a fila seguiu a ordem baseada na data de postagem da correspondência.

Os clientes participantes foram classificados em três *status* de inscrição, sendo que apenas os que completaram todos os estágios foram considerados efetivamente inscritos na pesquisa e, portanto, aptos para realizar a terapia. Os terapeutas não foram classificados com *status,* dado que o número de inscritos era baixo. Os *status* eram os seguintes:

- Clientes-Inscrição – participantes que entraram no *website* da pesquisa e preencheram os formulários de inscrição;
- Clientes-Login – participantes que se inscreveram no *website* e fizeram *login* no sistema da terapia;
- Clientes-Terapia - participantes que se inscreveram, fizeram *login* no sistema e retornaram a correspondência pelo correio com o termo de consentimento assinado e a fotocópia do RG, ou que relataram que enviaram a correspondência, mas ela foi extraviada no caminho.

O Processo de Terapia

Após todos os procedimentos de inscrição serem concluídos, tanto os clientes quanto os terapeutas recebiam uma mensagem por *e-mail* contendo instruções para a terapia (Anexo 10 - clientes e Anexo 11 – terapeutas).

A terapia ocorria de forma assíncrona, ou seja, num fórum de discussão. As mensagens, portanto, eram enviadas pelos participantes em horários diferentes. Sendo assim, não existiu a delimitação da sessão, como ocorre na terapia presencial ou síncrona. Além disso, não havia dia nem horário determinado para postar mensagens. Basicamente, o usuário

entra no sistema, lê as mensagens e envia a sua.

Essa escolha foi feita com base, principalmente, nos seguintes fatores:

1. Uma revisão da literatura descreveu mais vantagens para essa forma de comunicação (Prado, 2000).
2. Por se tratar de uma pesquisa pioneira no Brasil, não havia dados acerca dos problemas técnicos que ocorrem na terapia via *Internet*. Se um problema de conexão ocorre numa terapia síncrona, a sessão fica seriamente prejudicada, já numa terapia assíncrona, o problema pode ser resolvido sem que a terapia seja fortemente prejudicada, já que o participante poderá enviar a mensagem no dia seguinte ou mesmo utilizar outro computador para tal.
3. Os que não faziam terapia porque não tinham condições de reservar um tempo fixo para tal, poderiam beneficiar-se com a terapia assíncrona.
4. A terapia assíncrona está mais distante do modelo de terapia presencial e, portanto, seu estudo pode abrir um leque maior de opções de procedimentos terapêuticos comparativamente com a terapia síncrona. Os resultados dessa forma de terapia poderiam, inclusive, contribuir para que haja mais descobertas sobre a terapia em geral, já que, ao obter-se resultados semelhantes com um procedimento diferente, pode-se questionar as variáveis que controlam a relação terapêutica na psicoterapia.

Regras para a Condução da Terapia

As regras da terapia descreviam que essa deveria durar 15 semanas, sendo que eram contabilizadas apenas as semanas em que o cliente entrava no sistema. Dessa forma, quando o cliente ficava mais de uma semana sem entrar no sistema, uma falta era contabilizada, porém não era contabilizada uma semana de terapia. Isso foi feito devido ao fato de que nas primeiras terapias verificou-se que eventos como a passagem do ano, carnaval, férias, viagens e outros poderiam diminuir consideravelmente a participação na terapia, pois muitos

participantes se ausentavam por mais de uma semana. A partir dessa forma de contar as semanas, foi possível garantir um total de 15 semanas de participação na terapia, mesmo que o total de semanas consecutivas fosse superior a 15.

A postagem deveria ser feita pelo cliente pelo menos uma vez por semana, sendo que a resposta do terapeuta deveria ser enviada em no até 48 horas. Se o cliente enviasse muitas mensagens por semana, o terapeuta poderia combinar que iria respondê-las em torno de duas a três vezes por semana. Se o cliente ficasse mais de uma semana sem postar mensagens, o terapeuta era instruído a entrar em contato via *e-mail* a fim de verificar se algum problema estava ocorrendo e lembrar o cliente que ele deveria postar pelo menos uma mensagem por semana.

Todos os problemas técnicos deveriam ser solucionados primeiramente pelo terapeuta e, caso ele não conseguisse resolvê-los, o auxílio do pesquisador poderia ser requisitado. Isso foi feito porque a interferência do pesquisador poderia ser mais uma variável para influenciar na relação terapêutica.

Uma mensagem (Anexo 12) para terapeuta e clientes responderem o WAI era postada na 5ª , 10ª e 15ª semana de terapia (com intervalos de até duas semans de diferença). Na 15ª semana também era postada uma mensagem (Anexo 13) para responder o questionário final juntamente com o aviso de que a terapia estava terminada, mas que seria aguardado o fechamento e haveria a possibilidade de mantê-la por mais algum tempo (uma ou duas semanas).

Ao final da terapia, a sala era desativada. Se a terapia terminasse antes da 15ª semana por abandono ou por desejo do cliente, a sala também era desativada. Onde os abandonos aconteciam quando um dos participantes ficava quatro semanas sem entrar no sistema, sem responder aos contatos via *e-mail* do terapeuta ou pesquisador ou então relatando desejo de descontinuar a terapia.

O Sistema da Terapia

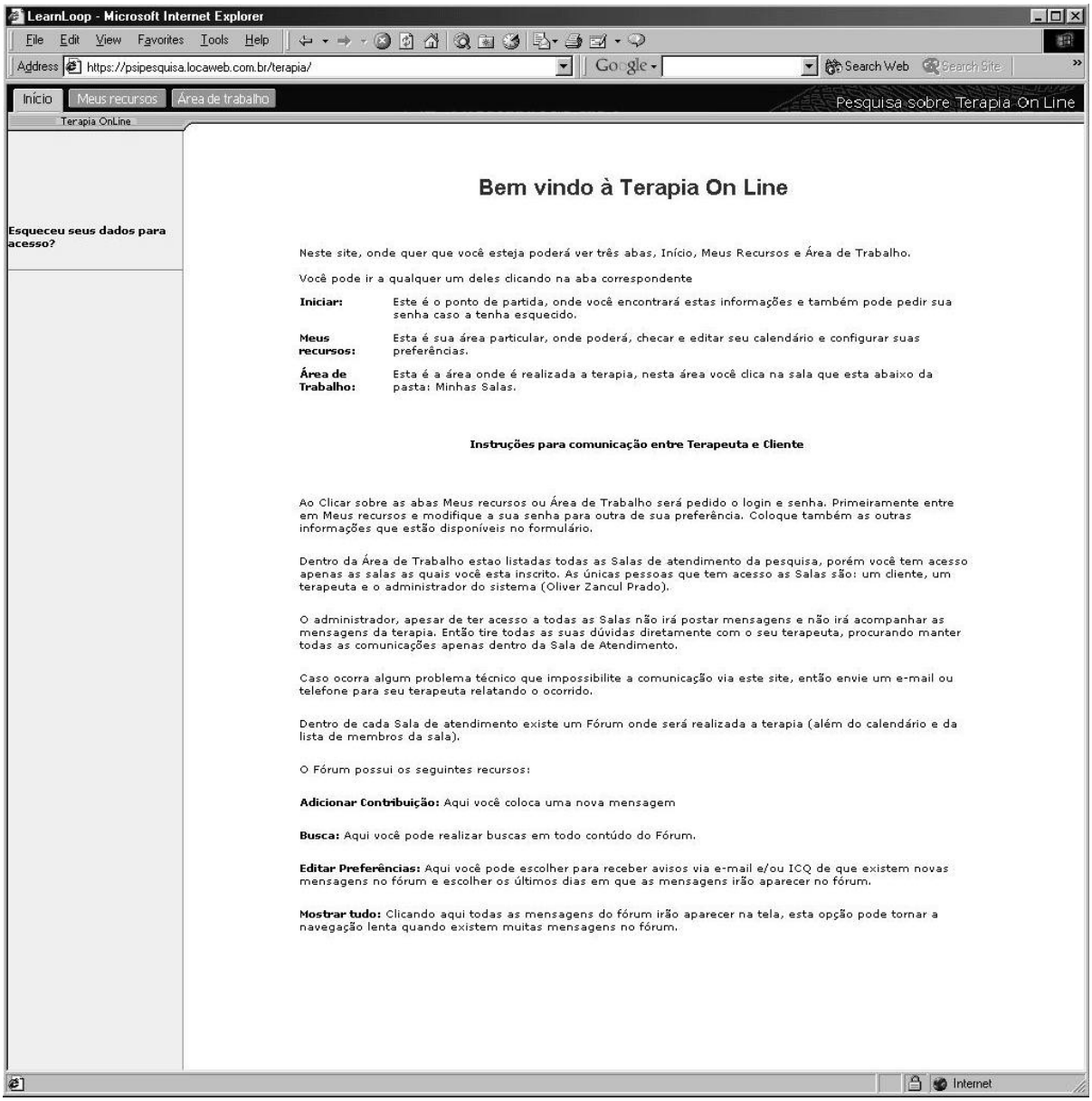

Figura 1. Página inicial do sistema da terapia

A Figura 1 mostra a página inicial do sistema da terapia, a qual apresentava uma breve descrição das funções disponíveis e instruções para a comunicação entre terapeuta e cliente., além de um *link* disponível para a recuperação da senha em caso de perda. Ao clicar nas abas "Meus Recursos" ou "Área de Trabalho", o sistema solicitava o *login* e a senha pessoal.

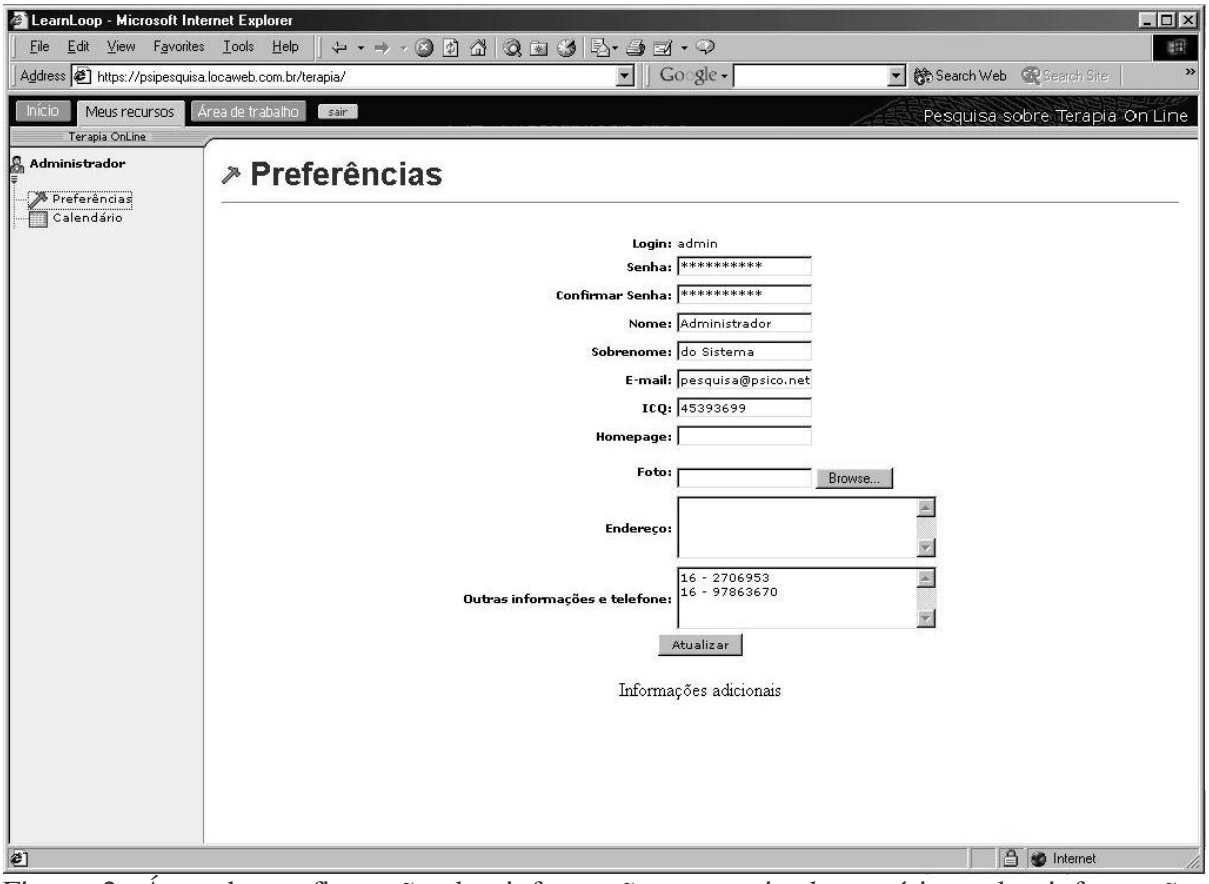

Figura 2. Área de configuração das informações pessoais do usuário e das informações adicionais.

A Figura 2 mostra a área na qual os participantes preenchiam suas informações pessoais. Além das informações demonstradas na Figura 2, era possível preencher e modificar as informações adicionais (anamenese para os clientes e histórico profissional para os terapeutas).

Um calendário ficava disponível na área de recursos pessoais, sendo criado concomitantemente com as salas de terapia. Optou-se por não retirar o calendário na adaptação do *Learnloop*, pois esse poderia ser útil para os participantes da pesquisa. Todavia, o uso do calendário não foi analisado nem contabilizado, pois o sistema não fornecia relatórios de uso do mesmo.

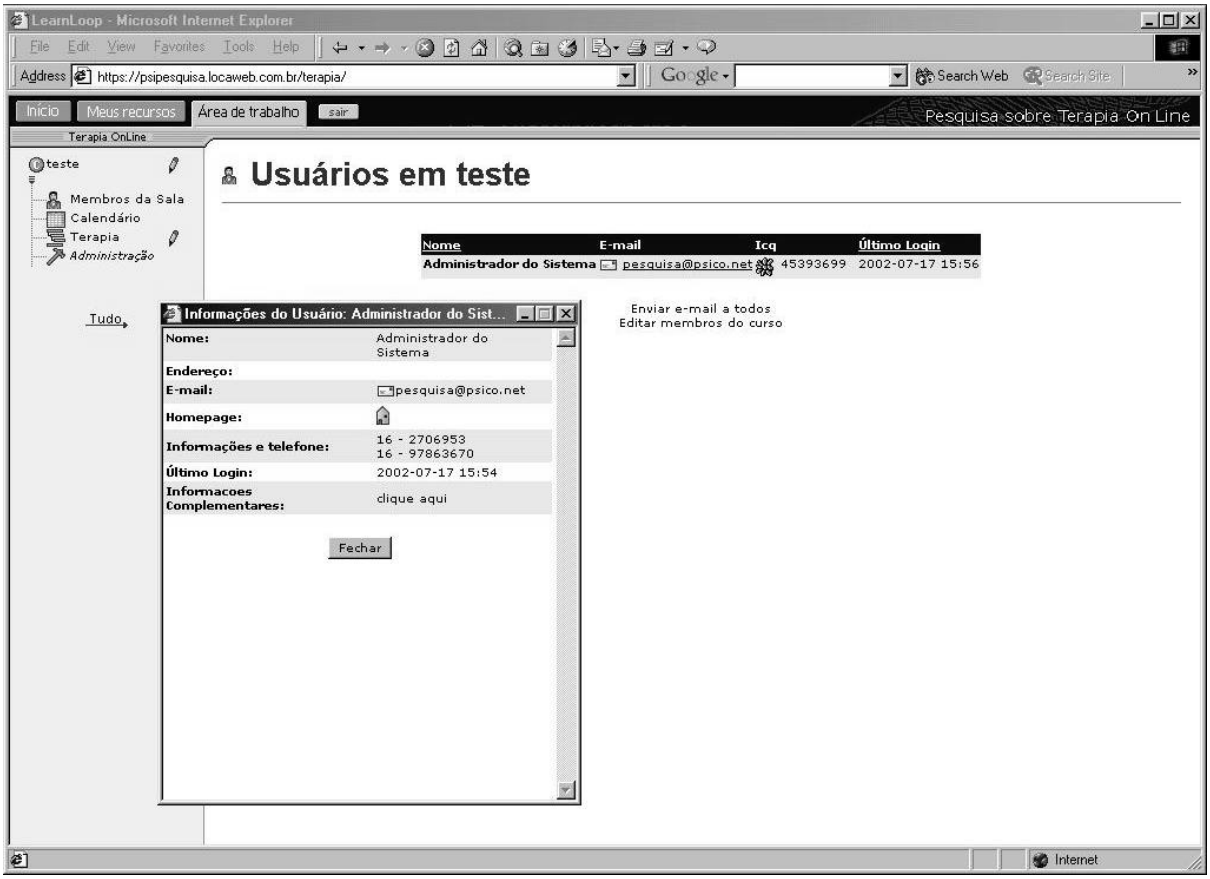

Figura 3. Membros da sala e janela com informações do usuário.

A Figura 3 mostra a área do sistema onde era possível obter as informações dos usuários inscritos na sala e realizar a administração dos mesmos, sendo que a inclusão e a exclusão de membros podiam ser feitas apenas pelo administrador do sistema. Ao clicar no nome de um usuário, era aberta uma nova janela contendo informações pessoais do mesmo. Nessa janela foi adicionado o *link* para o questionário de anamnese a fim de que o terapeuta pudesse visualizá-lo com facilidade.

Cada sala continha apenas um cliente, um terapeuta e o administrador do sistema (pesquisador), sendo o *link* "membros da sala" ficava disponível para que os usuários pudessem visualizar as informações uns dos outros.

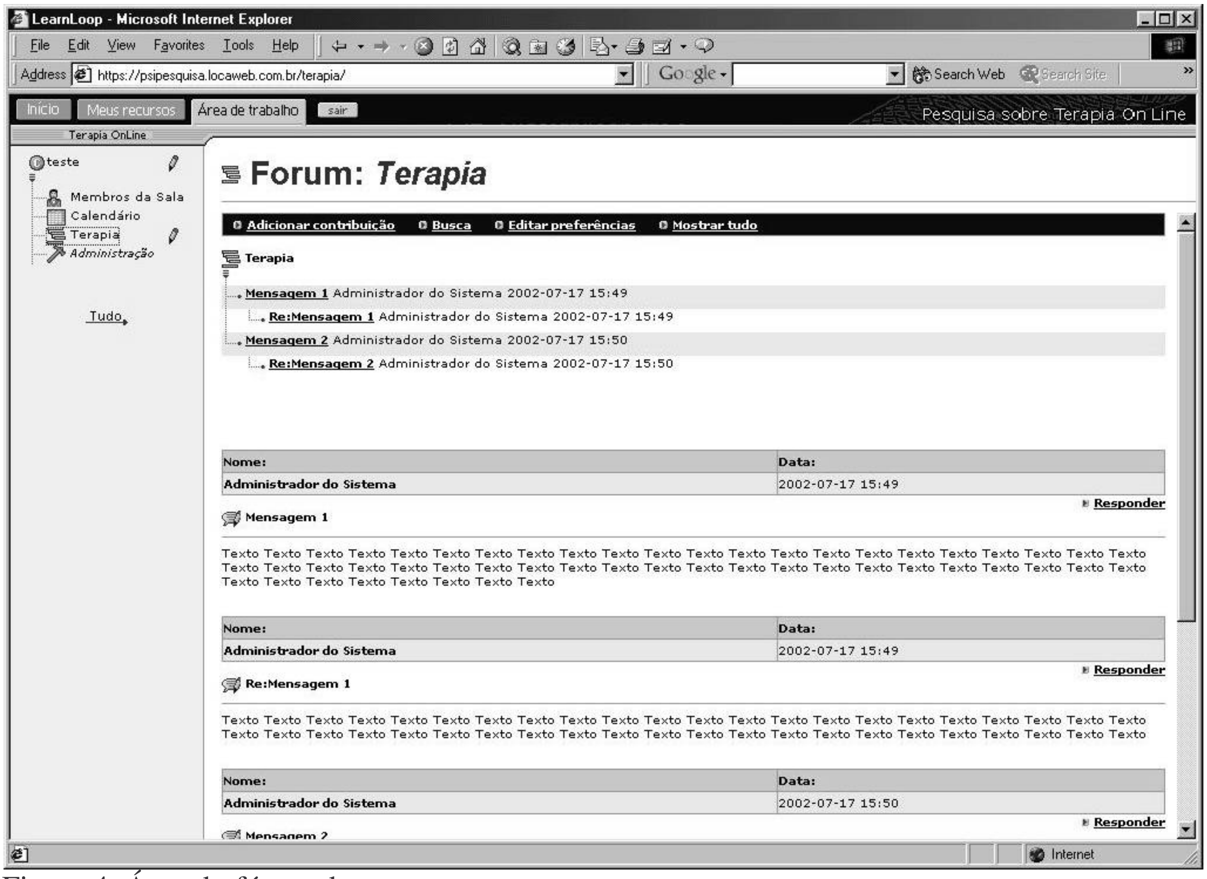

Figura 4. Área do fórum de mensagens.

A Figura 4 mostra o fórum da terapia onde terapeuta e cliente postavam as mensagens as quais, por sua vez, formavam o conteúdo da terapia. Uma vez dentro do fórum, o usuário podia enviar uma nova mensagem clicando no *link* "adicionar contribuição" ou, então, responder a uma mensagem já postada clicando no *link* "responder", o qual encontrava-se no cabeçalho de cada mensagem. O cabeçalho continha o nome do usuário que a postou, título e data, incluindo ano, dia, mês e horário. Com base nos dados de dia e horário das mensagens foi possível calcular o intervalo entre as mensagens enviadas pelos participantes.

Os avisos para responder ao WAI foram postados pelo administrador do sistema no fórum da terapia, onde ficavam disponíveis a função de "busca", a qual possibilitava a procura por palavras ou frases entre as mensagens, e as preferências do fórum, onde era possível ao usuário configurar o recebimento de avisos por *ICQ* e/ou *e-mail* quando uma nova mensagem era enviada.

Devido à configuração padrão, o fórum mostrava apenas as mensagens postadas nos

últimos sete dias, contudo esse padrão poderia ser alterado na página preferências do fórum ou clicando no *link* "mostrar tudo". Dessa forma, todas as mensagens postadas no fórum eram disponibilizadas.

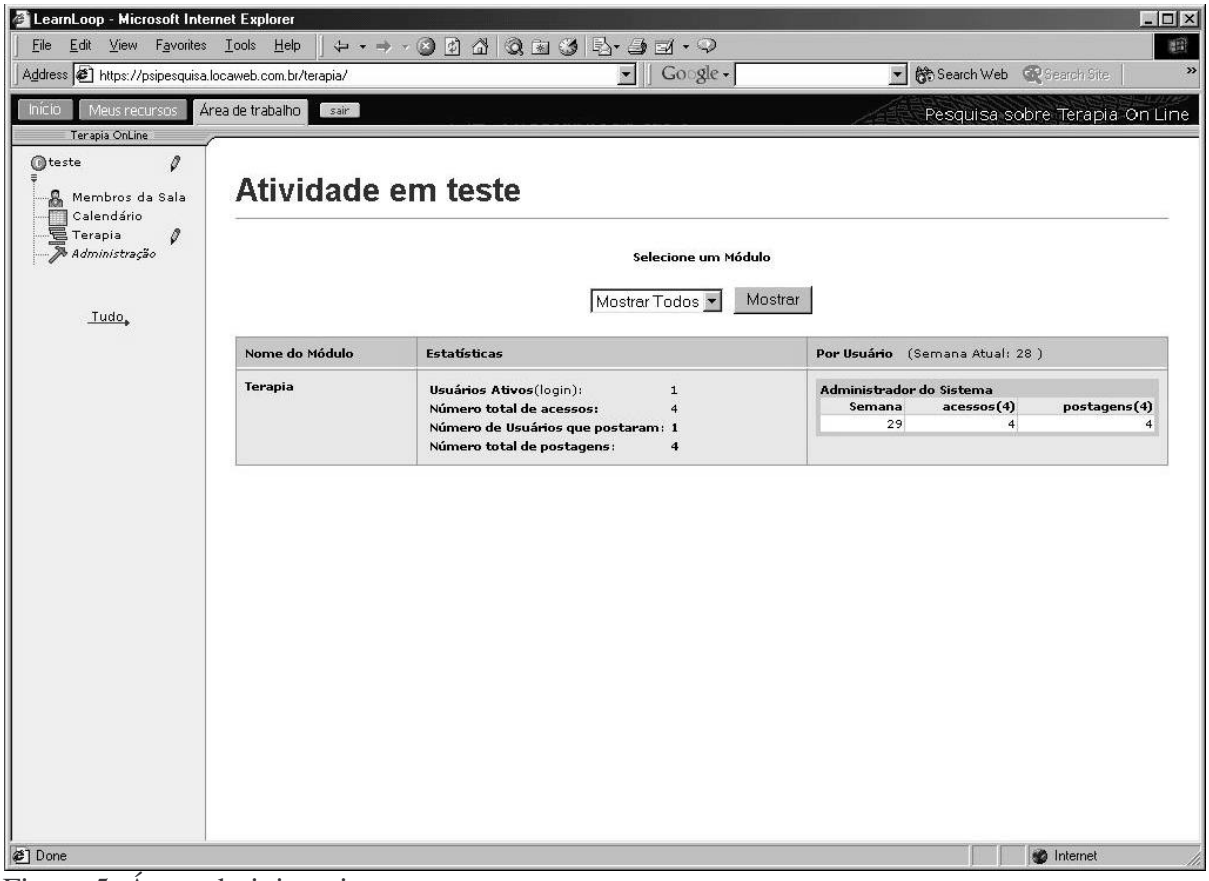

Figura 5. Área administrativa

A Figura 5 mostra a área administrativa da sala de terapia onde eram disponibilizados os relatórios sobre os usuários ativos. Tais relatórios indicavam o número total de acessos na sala, o número total de usuários e o número total de postagens. Apenas o administrador do sistema e os terapeutas, que funcionavam como administradores das salas nas quais estavam inscritos, tinham acesso a essa área. Também eram disponibilizadas as estatísticas por usuário, sendo que o sistema mostrava os acessos e as postagens de cada usuário para cada semana do ano. Esses dados possibilitavam ao terapeuta acompanhar a maneira pela qual os clientes freqüentavam a sala de terapia e, consequentemente, permitia que eles também acompanhassem as faltas dos clientes.

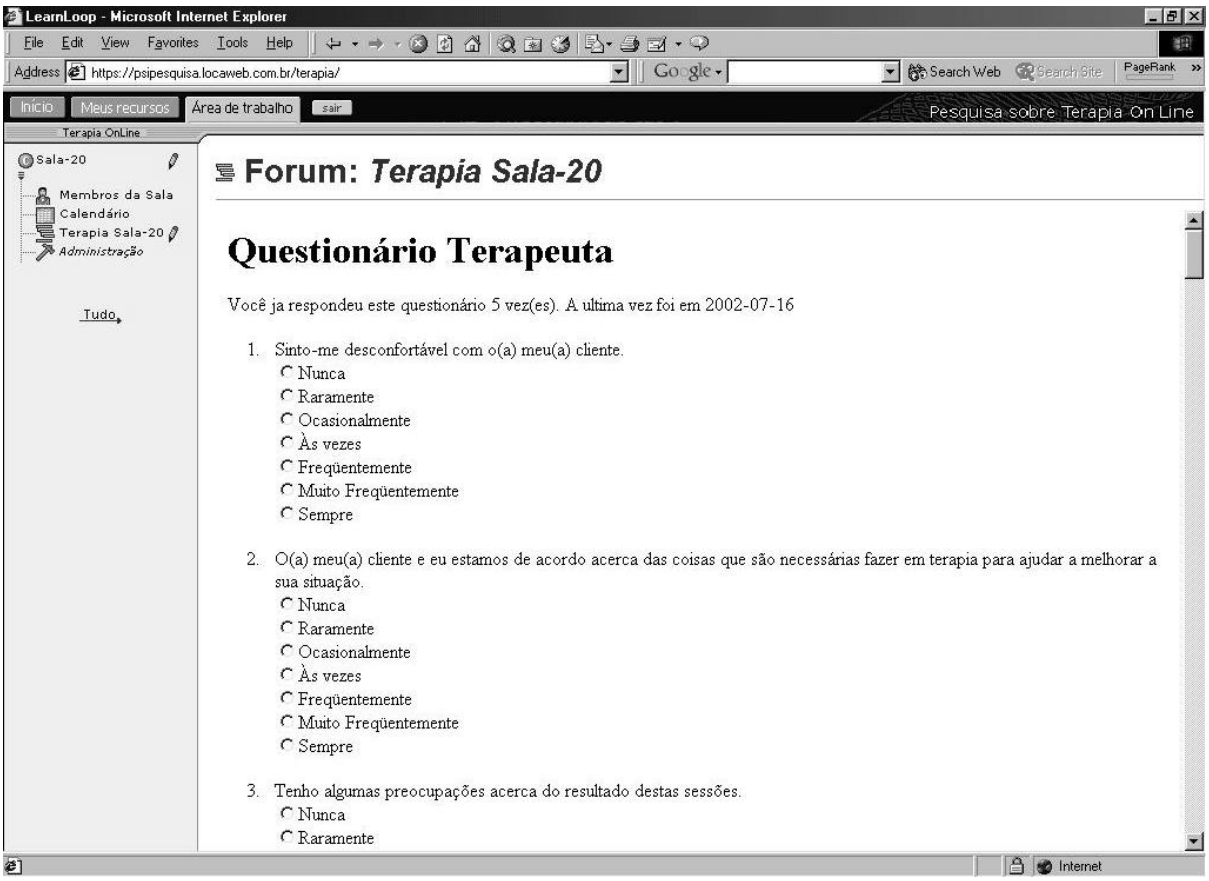

Figura 6. O WAI versão terapeuta.

A Figura 6 mostra o WAI versão terapeuta dentro do sistema da terapia . No final do questionário havia um *link* para enviar as respostas que ficavam armazenadas dentro do banco de dados. O cliente também tinha uma versão do WAI que funcionava da mesma forma. Caso alguma pergunta ficasse sem resposta, aparecia um aviso de alerta pedindo que o usuário completasse todas as perguntas.

No decorrer do processo de pesquisa, outras funções foram incorporadas ao *Learnloop* a fim de que o pesquisador pudesse administrar melhor o andamento das terapias e do processo de inscrição dos participantes. Entre elas destacam-se:

1. Página de Administração de Usuários: onde era possível incluir novos usuários no sistema, modificar dados dos usuários, verificar a data do último *login* do usuário no sistema, verificar se usuário tinha validado seus dados e, ainda, mudar os estágios da inscrição do participante relativamente ao envio e recebimento de correspondências pelo correio. Também era possível criar etiquetas para as correspondências e listas de *e-mail* para

comunicação em massa.

2. Página de Acompanhamento e Administração do WAI: onde era possível visualizar todas as respostas ao WAI, gerar um arquivo–texto para ser importado em uma planilha de cálculos e, ainda, apagar respostas ao WAI.
3. Página de Visualização do Andamento das Terapias: onde ficavam disponibilizadas as informações de todas as salas: número da sala; *login* e nome dos usuários; semanas em terapia; quantidade de respostas ao WAI e número da semana em que ocorreram; e último *login*. Essa função permitia um acompanhamento muito mais rápido do andamento de todas as terapias em curso.
4. Página de Relatórios de Usuários e Salas: onde era possível criar relatórios com os dados dos usuários, dividindo terapeuta e cliente, bem como criar relatórios das salas de terapia com as informações sobre os intervalos entre as mensagens e as datas das mensagens. Esses relatórios ficavam disponíveis em um arquivo–texto para serem posteriormente importados em uma planilha de cálculos.

RESULTADOS

Inscrições e Participação

As inscrições para terapeutas e clientes iniciaram no dia 1 de Setembro de 2001, (o boletim da *Agenciausp* foi publicado no dia 9 de setembro de 2001). As inscrições para clientes encerraram no dia 19 de outubro de 2001 e para terapeutas, no dia 8 de março de 2002.

Clientes

Pode-se verificar na Tabela 1 que num período de 50 dias, 373 pessoas inscreveram-se para participar da terapia via *Intenet* como clientes. Porém, da mesma forma que em outras pesquisas e atendimentos clínicos, houve vários níveis de desistência. Verifica-se, também, que 43,2% dos inscritos realizou *login* no sistema.

Dos que fizeram o *login* no sistema, mais da metade retornou a correspondência enviada, juntamente com o termo de consentimento, tendo havido, ainda, 11 correspondências extraviadas. Entre os clientes aptos para a terapia, mais da metade foi atendida, sendo que os demais não fizeram terapia por falta de vagas, ainda que o número de atendidos tenha superado em muito o que foi inicialmente planejado.

Tabela 1
Números e Percentagens dos Diversos Níveis de Participação na Pesquisa

	Clientes		Terapeutas	
	N	%	*N*	%
Inscrição	373	100	20	100
Só Inscrição *Online*	212	57	4	20
Login no Sistema	161	43	16	80
Correio Enviado	161	100	20	100
Retornou	83	52	16	80
Extravios	11	7	-	-
Sem retorno	67	42	4	20
Aptos à terapia	83	100	16	100
Não participou	30	36	1	6
Participou	53	64	15	94
Em terapia	53	100	15	100
Finalizou	29	55	13	87
Tempo esgotado	1	2	-	-
Abandonos[a]	23	43	2	13
Abandonou[b]	19	100	4	100
Não iniciou	2	11	-	-
1 a 2a semana	6	32	-	-
2 a 5a semana	1	5	-	-
6a a 10a semana	5	26	3	75
11a a 15a semana	5	26	1	25

[a] Refere-se aos participantes que não terminaram a terapia. [b] Refere-se ao número de salas onde os participantes que realizaram o abandono da terapia.

Entre os clientes que iniciaram a terapia, mais da metade concluiu o prazo de 15 semanas, sendo que uma das terapias não foi concluída por não haver mais tempo hábil na pesquisa. Essa terapia foi a que iniciou por último, sendo que o cliente foi avisado de que o prazo estava no limite e, portanto, não poderia haver muitas faltas. Contudo, as faltas

ocorreram, sendo necessário avisar ao cliente que a terapia deveria ser encerrada, já que a análise dos dados não poderia ser iniciada sem que todos os dados estivessem coletados. Essa terapia não foi classificada como abandono, pois o cliente relatou que não gostaria de parar a terapia, embora concordasse com o seu término.

Entre os que abandonaram, quase a metade o fez entre o início e a quinta semana, isso é, na fase inicial da terapia, sendo que o restante dividiu-se entre desistências na fase do meio e fase final da terapia.

Terapeutas

Entre os 20 terapeutas inscritos, verifica-se na Tabela 1 que a grande maioria fez *login* no sistema, porém, após a importação dos dados, os novos terapeutas que inscreveram-se mas não fizeram o *login* no sistema não foram contabilizados. Isso porque o formulário de inscrição foi modificado, restando apenas os dados de identificação. Dessa forma, após o envio desse formulário, o participante era solicitado a entrar no sistema e preencher o restante das informações.

A grande maioria dos terapeutas também retornou as correspondências e participou das terapias, sendo que dois terapeutas abandonaram terapias após a sexta semana. Um deles abandonou todas as três salas a qual participou e o outro abandonou apenas a última. O argumento dado pelo terapeuta que abandonou todas as suas salas foi o de que ele não sentiu-se bem com a maneira pela qual a terapia era feita, pedindo para ser trocado para *chat* ao alegar que ele não podia responder as mensagens no prazo estipulado. Além disso, ele afirmou que o WAI continha, em sua maioria, questões que não estavam relacionadas a sua forma de fazer terapia. O outro terapeuta argumentou que o cliente não estava "respondendo" à terapia.

Inscrições fora do prazo.

Após o encerramento das inscrições para os clientes, alguns continuaram a enviar formulários de inscrição, mesmo após a inclusão de um aviso de que essas tinham sido encerradas para clientes. Isso aconteceu porque o primeiro formulário era comum aos clientes e terapeutas. Um total de 131 questionários de inscrição foram enviados fora do prazo.

Salas de Terapia

Foram criadas 53 salas de terapia, das quais 29 foram concluídas, 23 não finalizaram e uma teve que ser finalizada por falta de tempo hábil na pesquisa. Todas as salas que não finalizaram foram consideradas como abandonos, independentemente do momento em que isso ocorreu e do motivo. Não foram feitas diferenciações entre as terapias em que o abandono ocorreu sem aviso ao terapeuta ou pesquisador e as que terminaram precocemente com o aviso do cliente. Não era possível controlar essa variável, pois o aviso poderia ser enviado ao terapeuta mas, não, ao pesquisador. Além disso, o pesquisador recebeu apenas uma ocorrência. Sendo assim, a diferenciação poderia inviabilizar uma análise estatística, pois a amostra de abandonos diminuiria e seria impossível formar uma amostra de términos precoces.

Para que uma sala fosse considerada finalizada, era necessário que tanto o cliente como o terapeuta tivessem concluído a participação em 15 semanas e que pelo menos o cliente tivesse respondido aos questionários solicitados. No decorrer do processo só foram contabilizadas as semanas as quais o cliente entrava no sistema, contudo as faltas não foram analisadas, pois não seria possível determinar o que era realmente uma falta e o que era uma ausência em decorrência de viagens, problemas técnicos e outros motivos. No decorrer das terapias ocorreram vários feriados como, por exemplo, ano novo e carnaval, quando diversos participantes ausentaram-se da terapia.

Problemas Encontrados no Processo de Terapia[5]

Alguns problemas ocorreram no decorrer dos processos de terapia, sendo que, no geral, eles não interferiram profundamente nos processos como um todo.

Termo de consentimento e regras de participação.

Alguns participantes perguntaram se a terapia não seria feita em *chat*, e pelo menos um terapeuta relatou que não poderia responder as mensagens dentro do prazo estipulado de 48 horas. Essas informações estavam descritas no termo de consentimento que estava disponível na página de inscrição e que foi assinado pelos participantes no decorrer do processo de inscrição.

Sistema da terapia fora do ar.

Por algumas vezes o servidor que hospedava o sistema da terapia ficou fora do ar, não foi possível contabilizar nem a freqüência destes acontecimentos e nem o tempo que este ficou fora do ar. Em geral estes eventos eram breves e rápidos, mas por pelo menos uma ocasião o servidor ficou fora do ar por pelo menos meio período do dia.

Problemas na utilização do sistema da terapia.

Os seguintes problemas foram verificados no uso do sistema disponibilizado para a terapia.

- Navegadores antigos. Se os usuários que utilizavam um navegador da geração 4.x e *Internet Explorer* 5.0 inserissem *login* e senha, a tela não mudava, dando a impressão de que o *login* não havia sido realizado Isso ocorria devido a um *bug* do *Learnloop.*
- Lentidão do sistema. A lentidão do sistema ocorria quando a conexão do usuário era lenta ou quando o servidor do sistema estava sobrecarregado. Além disso, a máquina que hospedava o sistema era compartilhada com vários outros clientes da empresa contratada para hospedar o site da pesquisa e, portanto, a máquina poderia

[5] ERRATA: um dos problemas encontrados foi a falha humana no uso do sistema

ficar sobrecarregada quando usuários de outros *sites* estivessem utilizando-na.

- Comunicação fora do sistema. O envio de *e-mail* entre terapeuta, cliente e pesquisador foi realizado várias vezes, embora não fosse aconselhada qualquer tipo de comunicação entre terapeuta e cliente fora do sistema. O uso do *e-mail* era indicado apenas quando o cliente ficava mais de uma semana sem enviar mensagens, a fim de que fosse possível verificar o que estava ocorrendo. O problema da comunicação fora do sistema é que essa foge ao controle do pesquisador e não pode ser contabilizada e analisada.
- Mensagens no fórum da terapia. Devido à configuração padrão, o fórum mostrava as mensagens postadas nos últimos sete dias. Dessa forma, uma mensagem postada a mais de sete dias não aparecia na tela do fórum, o que, no entanto, podia ser facilmente modificado nas opções de configuração do fórum. Contudo, alguns usuários relataram que não conseguiam ver as mensagens anteriores a sete dias e que não sabiam que isso era uma configuração. Esse problema pode ter interferido negativamente na terapia e influenciado o abandono de alguns participantes.

Dados Demográficos

Foi realizado um teste *qui-quadrado* (χ^2) com o objetivo de comparar os dados do perfil dos clientes. Tendo sido os dados separados pelos *status* inscrição, correio e terapia, buscou-se saber, com 95% de confiança, se os dados referentes a cada *status* comportavam-se de forma paralela (não existe associação e são considerados idênticos) ou cruzada (existe associação e não são considerados idênticos). Nos casos em que foi detectada associação, os dados foram separados pelos três *status* nas Tabelas 2 e 4.

Perfil dos Clientes

Observa-se na Tabela 2 que a maioria dos clientes era proveniente do estado de São Paulo, ficando o estado do Rio Grande do Sul em segundo lugar. Contudo, verifica-se uma

grande diversidade na localidade geográfica dos clientes, os quais eram provenientes de quase todos os estados brasileiros (exceto Acre, Roraima e Tocantins). Mesmo com a divulgação tendo sido focada no Brasil, houve a ocorrência de alguns clientes provenientes de localidades internacionais.

Tabela 2
Dados Demográficos dos Participantes

		Clientes-Inscrição (*n*=212)		Clientes-*Login* (*n*=67)		Clientes-Terapia (*n*=94)		Clientes (*N*=373)		Terapeutas (*N*=20)	
	X^2	*n*	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%
Estado	-										
SP								121	32	12	60
RS								71	19	1	5
MG								36	10	1	5
RJ								22	6	3	15
PR								21	6	2	10
BA								19	5	-	-
SC								13	3	-	-
DF								11	3	1	5
Outros								45	12	-	-
Exterior								4	1	-	-
Não respondeu								10	3	-	-
Gênero	-										
Feminino								258	69	14	70
Masculino								115	31	6	30
Escolaridade	-										
1º g. incompleto								2	1	-	-
1º g. completo								-	-	-	-
2º g. incompleto								10	3	-	-
2º g. completo								60	16	-	-
3º g. incompleto								85	23	-	-
3º g. completo								139	37	4	20
Pós-grad. incompl.								22	6	6	30
Pós-grad. compl.								48	13	10	50
Não respondeu								7	2	-	-
Profissões	-										
Estudantes								83	22	-	-
Professores								30	8	-	-
Jorn. Pub. etc.								22	6	-	-
Secretárias								21	6	-	-
Informática								20	5	-	-
Psicólogos								3	1	20	100
Outros								194	52	-	-

Tabela 2
Continuação

		Clientes-Inscrição (*n*=212)		Clientes-*Login* (*n*=67)		Clientes-Terapia (*n*=94)		Clientes (*N*=373)		Terapeutas (*N*=20)	
	X^2	*n*	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%
Estado Civil	0.31										
Solteiro		126	59	35	52	44	47			11	55
Casado		54	25	13	19	20	21			3	15
Separado		17	8	5	7	14	15			3	15
Viúvo		2	1	-	-	-	-			3	15
Outros		7	3	2	3	12	13			-	-
Não respondeu		6	3	12	18	4	4			-	-
Idade	0.23										
15-19		25	12	7	10	2	2			-	-
20-24		54	25	20	30	24	26			2	10
25-29		41	19	7	10	25	27			3	15
30-34		30	14	12	18	10	11			5	25
35-39		23	11	7	10	6	6			5	25
40-44		20	9	5	7	11	12			2	10
45-49		7	3	3	4	8	9			-	-
50-54		4	2	1	1	8	9			1	5
55-59		2	1	1	1	-	-			-	-
60-64		2	1	1	1	-	-			2	10
Não respondeu		4	2	3	4	-	-			-	-

Nota. Jorn.Pub. etc. corresponde à profissão de jornalistas, publicitários e afins.

A grande maioria dos clientes era do sexo feminino e possuía alto grau de escolaridade, sendo que quase 80% possuía pelo menos 3º grau incompleto. Entre as profissões dos clientes, categoria que não foi submetida ao teste qui-quadrado devido à grande diversidade de opções, nota-se maior número de estudantes, seguido por professores, jornalistas e publicitários, secretárias e profissionais do ramo da informática.

Com relação ao estado civil, nota-se que existe maior concentração de participantes solteiros nos três *status* de clientes, entretanto, no *status* clientes–terapia, as percentagens de clientes separados e de outros estados civis foram maior do que nos outros *status*.

Com relação a idade, pode-se observar que em todos os *status* a maior concentração de clientes ocorreu entre as idades de 20 e 34 anos. Comparando-se os três *status*, é possível observar no grupo cliente–terapia uma percentagem maior de participantes com idades entre 40 e 54 anos.

Perfil dos Terapeutas

Assim como os clientes, verifica-se na Tabela 2 que os terapeutas apresentaram maior concentração de origem no estado de São Paulo, maioria do sexo feminino e solteiros. Em relação a idade, a maior concentração de terapeutas ocorreu entre 25 e 39 anos.

Tabela 3
Características Profissionais dos Terapeutas

	Terapeutas (N=20)	
	n	%
Cursos		
Mestrado	6	30
Especialização	5	25
Aprimoramento	2	10
Outros	6	30
Não respondeu	1	5
Experiência Clínica		
Até 5 anos	5	25
6 – 10	7	35
11 – 15	3	15
16 – 20	2	10
21 – 30	1	5
31 ou mais	1	5
Não respondeu	1	5
Abordagem		
Comportamentais	6	30
Eclética	4	20
Analítica	3	15
Psicanálise	3	15
Gestalt	2	10
Existencial/Humanista	1	5
Corporal	1	5
Experiência com atendimento *on line*		
Sim	6	30
Não	14	70

Com relação à formação dos terapeutas, verifica-se na Tabela 3 que mais da metade possuía pós-graduação (mestrado ou especialização). Foram classificados como "outros" os relatos de cursos breves ou os que não encaixaram-se nas outras categorias.

Mais da metade dos terapeutas tinha pouca ou média experiência clínica. Esse dado, em conjunto com o nível de graduação dos terapeutas, demonstra um perfil de profissional jovem e envolvido com a universidade.

Relativamente às abordagens teóricas, houve maior concentração de terapeutas comportamentais. Isso deve-se ao fato de que alguns deles são conhecidos pessoais do pesquisador. Foram classificados como ecléticos os que relataram mais de uma abordagem teórica. As classificações foram categorizadas a partir das respostas dos terapeutas ao formulário de experiência profissional, onde era possível escrever livremente. Foram classificados como comportamentais os terapeutas que assim se denominaram, bem como os que se denominaram como comportamentais-cognitivos.

Verifica-se que 30% dos terapeutas relatou experiência anterior com algum tipo de atendimento mediado pelo computador, sendo que para os 70% restantes esta foi a primeira oportunidade de prestar serviços psicológicos à distância.

Hábitos de Uso de *Internet*

Clientes

A Tabela 4 demonstra que houve maior concentração de clientes com mais de dois anos de experiência no uso de *Internet*. Esse dado é importante na medida em que a operação do sistema da terapia pressupõe alguns conhecimentos prévios sobre *login* em sistemas e comunicação mediada pelo computador.

Com relação às horas de uso de *Internet* por semana, observa-se que existiu um aumento de horas de uso proporcional ao *status* de permanência na pesquisa. Observa-se, então, maior concentração de participantes do *status* clientes–inscrição que usam *Internet*

entre 1 e 10 horas por semana. Já no *status* clientes–terapia, nota-se maior concentração entre 5 e 20 horas de uso semanais.

Tabela 4
Dados de Uso de Internet

		Clientes-Inscrição (*n*=212)		Clientes-*Login* (*n*=67)		Clientes-Terapia (*n*=94)		Clientes (*N*=373)		Terapeutas (*N*=20)	
	^{2}	*n*	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%
Tempo de uso	-										
Menos de 6 meses								9	2	-	-
6 meses a 1 ano								29	8	-	-
1 a 2 anos								42	11	1	5
2 anos ou mais								286	77	19	95
Não respondeu								7	2	-	-
Uso Semanal	0.30										
Menos de 1 hora		2	1	4	6	-	-			1	5
1 a 5 horas		60	28	17	25	14	15			-	-
5 a 10		59	28	9	13	22	23			10	50
10 a 20		37	17	16	24	26	28			5	25
20 a 30		18	8	8	12	13	14			3	15
30 a 40		13	6	4	6	9	10			1	5
40 a 50		9	4	1	1	8	9			-	-
50 ou mais		8	4	6	9	2	2			-	-
Não respondeu		6	3	2	3	-	-			-	-
Acessos	0.36										
1 vez por semana		4	2	-	-	-	-			-	-
2 vezes		16	8	5	7	2	2			-	-
3 vezes		14	7	3	4	6	6			1	5
4 vezes		12	6	5	7	8	9			-	-
5 vezes		18	8	5	7	2	2			1	5
6 vezes		5	2	2	3	4	4			1	5
Diariamente		79	37	27	40	38	40			10	50
Mais de 1/dia		57	27	19	28	34	36			7	35
Não respondeu		7	3	1	1	-	-			-	-
Forma de Conexão	0.21										
Telefone		134	63	32	48	54	57			12	60
ADSL		20	9	18	27	18	19			6	30
Outros rápidos		35	17	8	12	16	17			-	-
Cabo		16	8	7	10	6	6			2	10
Não respondeu		7	3	2	3	-	-			-	-

O uso mais intenso de *Internet* pelos clientes–terapia também pode ser verificado pela freqüência com que eles acessavam a *Internet*, já que a percentagem de "mais de uma vez ao dia" foi maior do que a dos outros *status*.

Apesar de a maioria dos participantes conectar-se via telefone, observa-se um número relativamente alto de participantes com conexões do tipo *ADSL*, CABO e outras formas rápidas[6]. Essas conexões oferecem mais velocidade, evitam queda do sistema e possibilitam que o uso de áudio e videoconferência seja feito mais facilmente. Esse dado é indicador do alto nível sócio-econômico dos participantes da pesquisa.

Diferentemente dos hábitos de uso, a forma de conexão não parece ser uma variável importante para a permanência na pesquisa, já que a percentagem de clientes–terapia que usam o telefone é similar a dos clientes–inscrição.

Terapeutas

Observando a Tabela 4, verifica-se que a grande maioria dos terapeutas possuía mais de dois anos de experiência de uso de *Internet* e a usava entre 5 e 30 horas por semana, com acessos diários. Nota-se, também, que uma maior percentagem de terapeutas utilizavam formas rápidas de conexão comparativamente à população geral de usuários de *Internet*.

E-mails Recebidos no Decorrer da Pesquisa

No decorrer do estudo foram recebidos por volta de 893 *e-mails* na conta de *e-mail* da pesquisa (excluindo *e-mails* de propaganda, correntes, *SPAM* etc..). Os *e-mails* recebidos foram categorizados a fim de ilustrar alguns pontos relevantes:

- 210 *e-mails* relatavam problemas com o sistema, formulários, conexão à *Internet*, computadores etc.;
- 194 *e-mails* tratavam de perguntas sobre a pesquisa e suas regras de participação, sobre o sistema e seu funcionamento e outras perguntas e dúvidas gerais;

---

[6] No Brasil, em outubro de 2001, 8% dos usuários possuía acesso rápido e esse número aumentou para 14% em abril de 2002. Fonte: IBOPE (http://www.ibope.com.br/midia/marketing/mercado/InternetPop/index_12pop.htm)

- 64 *e-mails* confirmavam o envio do termo de consentimento pelo correio (algo que foi pedido aos participantes);
- 12 *e-mails* relatavam que o termo de consentimento havia sido enviado e, possivelmente, extraviado, já que após esgotar o prazo para a chegada do termo, foi enviado um *e-mail* aos participantes que supostamente não o enviaram para avisá-los de que não poderiam mais participar da pesquisa e, também, para perguntar se o termo havia sido enviado, mas extraviado;
- 8 *e-mails* relatavam desistência na pesquisa, sendo que apenas um era relativo a um participante que já estava em terapia.
- 405 *e-mails* foram classificados como outros assuntos, os quais incluíam respostas a perguntas do pesquisador, confirmações e outros assuntos que não se encaixavam nas categorias acima.

Ainda foram retornados ao pesquisador 41 *e-mails* com erros de envio, sendo que isso acontece quando o endereço de *e-mail* não existe ou foi cancelado, a caixa postal estava cheia ou o servidor de recebimento de *e-mail* estava sobrecarregado. Ao analisar os domínios dos *e-mails* que retornaram, observa-se que esses eram em sua maioria *e-mails* gratuitos, os quais possuem caixa postal limitada e não garantem qualidade do serviço.

Relação Terapêutica

Para aceitar ou rejeitar a hipótese da formação e manutenção da relação terapêutica na terapia via *Internet*, foi preciso seguir determinados critérios. Um deles era o de analisar se os resultados do WAI eram similares àqueles encontrados na literatura sobre avaliação da relação terapêutica. Essa análise foi feita com base no momento em que se forma a relação, na manutenção da relação no decorrer do processo de terapia e nas diferenças entre terapeutas e clientes relativamente à predição de resultados.

Outro critério era o de analisar se as propriedades psicométricas do WAI na amostra

desta pesquisa eram similares às que foram descritas na literatura, já que a descoberta de resultados semelhantes seria mais um indicativo de que o instrumento meta-teórico comporta-se na terapia via *Internet* de forma similar que nas terapias reconhecidas.

A principal razão para observar as questões discutidas acima está baseada no argumento de que essas são os achados mais consagrados da literatura. Portanto, se for possível reproduzir tais resultados nesta nova forma de terapia, estaremos nos aproximando da conclusão de que o atendimento via *Internet* compartilha das mesmas características de uma psicoterapia convencional e reconhecida, no que diz respeito a formação, manutenção e características da relação terapêutica.

Para realizar a análise dos dados do WAI de forma que tais questões possam ser observadas, foram feitos testes estatísticos e comparações que serão descritos abaixo.

Baseando-se na suposição de que todas as questões do WAI têm o mesmo peso, foi adotada como medida padrão para a análise a média das questões (valores possíveis: mínimo de 1 e máximo de 7) e a partir dessa variável contínua, foram verificadas as suposições necessárias para conhecer e inferir o universo de respostas. A pontuação média foi calculada por meio da observação dos três momentos de aplicação (quinta, décima e décima quinta semanas), e das três subescalas. Dessa forma, foram obtidas as médias de cada momento em que o WAI foi aplicado e de cada subescala desse instrumento.

Nem todos os terapeutas e clientes responderam ao WAI em todas as ocasiões solicitadas. Alguns terapeutas, ao responderem ao WAI, escolhiam salas erradas. Isso ocorreu porque o sistema do WAI era independente do sistema da terapia e, portanto, o terapeuta tinha que escolher para qual sala o WAI estava sendo respondido. Quando esse problema acontecia, o pesquisador entrava na base de dados e mudava o campo respectivo para a sala correta. No entanto, antes de fazer essa alteração, o pesquisador certificava-se com o terapeuta a data da resposta e para qual sala ele respondeu. Um cliente que terminou a terapia não respondeu ao

WAI em um dos três momentos, e em cinco salas os terapeutas deixaram de responder ao WAI em pelo menos um dos momentos.

Após o término de todas as terapias, os dados foram agrupados em quatro grupos diferentes[7]: a) clientes que terminaram a terapia (CT); b) terapeutas das salas que terminaram a terapia (TT); c) clientes que não terminaram a terapia, isto é, que abandonaram ou foram abandonados (CA); d) terapeutas das salas que não terminaram a terapia, isto é, que abandonaram ou foram abandonados (TA). Os números dos grupos (*n)* descrevem a dupla terapeuta/cliente, sendo que o *n* dos clientes é igual ao número efetivo de pessoas participantes, mas o *n* dos terapeutas, não, já que a grande maioria dos terapeutas atendeu a mais do que um cliente. Não foram criados grupos diferentes com o critério de quem abandonou a terapia (terapeuta ou cliente), pois o número de quatro terapias, as quais quem abandonou foram os terapeutas, não foi suficiente para ser considerado uma amostra para os testes estatísticos realizados.

Com relação às 23 terapias que não terminaram, 14 clientes responderam ao WAI na 5ª semana de terapia, sendo que dois desses também responderam na 10ª semana. Além disso, houve um cliente que não respondeu na 5ª semana, mas respondeu na 10ª semana. Contudo, apenas 11 desses clientes foram selecionados para entrar na análise estatística. O primeiro excluído foi o cliente cuja a terapia foi finalizada devido ao esgotamento do prazo, pois isso não configurou em abandono. Os outros três clientes foram excluídos da análise devido ao fato de que foram considerados casos atípicos. Um desses foi o cliente que respondeu ao WAI apenas na 10ª semana. Os outros dois, após terem se ausentado por mais de quatro semanas, retornaram à terapia, mas por fim abandonaram-na, sendo que o abandono inicial ocorreu por motivos diferentes. Um deles alegou problemas em seu computador, enquanto o outro relatou que fora abandonado pelo seu terapeuta, tendo sido constatado que, de fato, este não

[7] Para fazer os testes estatíticos, os participantes que não responderam ao WAI em algum momento da aplicação tiveram que ser excluídos da análise.

respondeu às últimas mensagens do cliente. Esses três últimos casos foram os únicos em que houve abandono após a resposta ao WAI na 10ª semana, nenhum outro cliente que realizou abandono permaneceu em terapia tendo respondido ao WAI mais de uma vez. Esse dado foi, portanto, mais um motivo para que esses clientes não fossem incluídos no grupo CA, pois possuem características diversas de tal grupo, mas não apresentam um número suficiente para serem configurados em um outro grupo.

Tabela 5
Médias, Medianas e Desvio Padrão para os Resultados do WAI e Subescalas

	CT (*n* = 28)			CA (*n* = 11)			TT (*n* = 25)			TA (*n* = 10)		
	M	*Mdn*	*SD*	*M*	*Mdn*	*SD*	*M*	*Mdn*	*SD*	*M*	*Mdn*	*SD*
1º Momento												
Vinculo	5.79	5.92	.85	4.63	4.58	.74	5.96	6.00	.56	6.08	6.17	.64
Tarefa	5.41	5.75	1.04	3.85	3.83	1.33	5.42	5.33	.74	5.23	5.21	1.04
Objetivos	5.05	5.33	.97	3.60	3.42	1.10	4.93	4.75	.92	4.90	4.80	1.00
WAI	5.40	5.60	1.00	4.03	4.08	1.14	5.44	5.50	.86	5.41	5.43	.83
2º Momento												
Vinculo	5.88	5.96	.85				6.09	6.08	.64			
Tarefa	5.61	5.88	.97				5.52	5.58	.91			
Objetivos	5.31	5.50	.95				5.22	5.50	.99			
WAI	5.60	5.70	.90				5.61	5.75	.92			
3º Momento												
Vinculo	5.81	5.83	.94				6.14	6.08	.64			
Tarefa	5.54	5.67	1.10				5.71	5.67	.93			
Objetivos	5.20	5.17	.98				5.35	5.25	.95			
WAI	5.50	5.80	1.00				5.73	5.92	.90			

Nota. CT = Clientes que Terminaram, TT = Terapeutas que Terminaram (*n* = 14), CA = Clientes Abandonaram, TA = Terapeutas Abandonaram (*n* = 7). 1º, 2º e 3º Momentos correspondem às 5ª, 10ª e 15ª semanas de terapia respectivamente. Os *n* da Tabela correspondem às salas de terapia.

A Tabela 5 mostra médias e medianas do WAI e das subscalas dos quatro grupos analisados. Nota-se que o grupo CA tem as menores medianas do WAI (4,08), comparativamente aos outros três grupos, em que o menor valor foi 5,50 e o maior, 5,92.

Os dados indicam que os valores de CT e TT são similares, enquanto os valores de CA e TA, não, levantando a questão de que possivelmente os resultados do WAI dos clientes

foram melhores preditores de participação na terapia do que os resultados dos terapeutas.

Observa-se, ainda, variações entre as subescalas em todos os grupos e, por outro lado, poucas variações entre cada subescala nos diferentes momentos.

Os dados dessa tabela são suficientes para indicar que a intensidade da relação terapêutica entre os participantes que terminaram a terapia foi alta, pois as medianas variam entre 5,5 e 5,9, o que é similar, em percentagem, a um valor que vai de 79% a quase 86% (sendo 1 igual a 0% e 7 igual a 100%) ou, com relação à classificação das respostas do WAI (de 1 a 7 – nunca a sempre), a relação terapêutica varia entre freqüentemente e muito freqüentemente.

Porém, apenas com esses dados não é possível responder às outras questões, pois não é possível determinar de que forma acontece a inter-relação entre subescalas, momentos e grupos analisados apenas com as médias e medianas, por isso outros testes estatísticos foram realizados

Primeiramente foram feitos testes de correlação *Pearson* em cada grupo separadamente, observando-se para CA e TA as correlações entre as subescalas e para CT e TT, as correlações entre as subescalas e também entre o WAI. Em todas as análises foram encontradas correlações variando entre moderadas e fortes. Não foi encontrado, nos diversos cruzamentos, nenhum valor *P* igual ou maior do que 0.05, o que comprova a hipótese de que há correlações estatisticamente significativas para todas as variáveis. Para os dois grupos de clientes, as correlações variam entre 0.462 e 0.889 e, para os dois grupos de terapeutas, variam entre 0.511 e 0.933.

Dizer que existe correlação positiva entre duas variáveis significa dizer que seus valores variam nas mesmas direções, ou seja, são lineares. Ao encontrar correlações positivas entre as variáveis, subescalas e momentos, podemos dizer que as escalas e os momentos estão interligados, ou seja, o resultado de uma subescala varia na mesma direção que a outra

subescala e o resultado do WAI em um momento varia linearmente com o resultado do outro momento. O fato de haver correlações moderadas e fortes é indicativo de que as escalas do WAI estão medindo fatores da relação terapêutica (vínculo, tarefa e objetivos) que estão interligados entre si e, também, entre os três momentos.

Para verificar se existe diferença significativa entre os quatro grupos, entre as subescalas e entre os momentos, foi escolhida a Análise de Variância (ANOVA), que é a técnica adequada para verificar se há diferença, em um tratamento realizado, entre as médias das populações. Uma das importâncias da ANOVA é que os resultados são analisados levando em consideração os dados individuais de cada participante e não apenas as médias ou medianas dos grupos. Em todos os testes foram usados níveis de significância de 5% (0.05).

Dessa forma, foram realizadas ANOVAS com os seguintes fatores:

- Momentos e subescalas para CT e TT (cada grupo individualmente);
- Grupos, subescalas e momentos, comparando os grupos CT x TT;
- Grupos e subescalas, comparando os grupos CT x CA, TT x TA e CA x TA.

Tabela 6
Análises de Variância para os Quatro Grupos de Participantes

	Terminaram				Abandonaram			
	Clientes (*n*=28)		Terapeutas (*n* =25)		Clientes (*n* = 11)		Terapeutas (*n* = 10)	
	df	F	df	F	df	F	df	F
CT								
Momentos	2	.78	2	1.69	-	-		
Subescalas	2	10.15***	2	20.90***	2	6.21**		
Grupo	-	-	1	.61	1	60.96***		
TT								
Momentos			2	2.66	-	-	-	-
Subescalas			2	21,66***	2	6.41**	2	1.40***
Grupo			-	-	1	25.86***	1	.03

Nota. CT = Clientes que Terminaram, TT = Terapeutas que Terminaram,
Foram omitidos os cruzamentos não significativos que verificavam as interações entre os fatores.
No cruzamento entre CT e TT, CT tem (*n*=25). O números dos terapeutas são relativos às salas atendidas.
*** P < 0.01 ** P < 0.05

A Tabela 6 mostra os valores da estatística–teste (F) e os graus de liberdade (df) das ANOVAS, que foram realizadas com os quatro grupos analisados. Como não foi encontrado nenhum cruzamento (interação) entre os fatores analisados, apenas o cruzamento dos fatores listados acima foram demonstrados na tabela. Todos os resultados possuem 95% de confiança.

Por meio da análise intragrupo, concluímos que nos grupos CT e TT não há diferenças estatisticamente significativas entre os três momentos da terapia, porém há diferenças entre as subescalas ($P < 0.05$), ou seja, os resultados de pelo menos uma subescala é diferente de pelo menos uma outra subescala, sem discriminar, todavia, qual delas é diferente.

A análise entre grupos demonstrou que não há diferenças significativas entre os grupos CT e TT, sendo que há diferenças entre as subescalas e não há diferenças entre os resultados do WAI nos três momentos.

A análise entre os grupos CT e CA e entre TT e TA demonstrou que há diferenças significativas entre as subescalas em ambos os cruzamentos entre os grupos. Com relação aos resultados do WAI, verifica-se diferenças significativas apenas entre os grupos CT e CA, sendo que entre os grupos TT e TA os resultados são iguais. Entre os grupos CA e TA, foram encontradas diferenças significativas entre as subescalas e entre os grupos.

De forma resumida, os resultados mostraram que para todos os grupos há diferenças entre as subescalas, que para os que terminaram a terapia (clientes e terapeutas) não há diferenças nos três momentos de aplicação do WAI e que na comparação entre os quatro grupos, apenas o grupo CA foi diferente dos demais.

A diferença entre as subescalas verificada em todas as análises poderia levantar dúvidas quanto a consistência do WAI, fato que já foi refutado na validação do instrumento com terapias tradicionais, mas não com terapias via *Internet*.

Mesmo observando, neste estudo, correlações positivas entre as escalas, poderia-se levantar dúvidas sobre a utilização do WAI nesta forma de terapia com o argumento de que a relação terapêutica na terapia via *Internet* não possui as mesmas características da terapia tradicional.

Para responder a essa pergunta, foi utilizada a técnica de *Cronbach*, que é um teste que leva em consideração o número de itens das subescalas, a covariância, a variância e a correlação média entre os itens. Tal teste pode ser interpretado como um coeficiente de correlação. Como a correlação entre as subescalas (já calculadas) foi alta, é esperado um Alpha alto, ou seja, como o Alpha varia entre 0 e 1, é esperado que esse seja próximo de 1.

Para a realização desse teste, foi escolhido o grupo CT, pois era o apresentava o maior número de sujeitos participantes e o que obteve os melhores resultados preditores de participação na terapia. Foram utilizadas as três subescalas nos três momentos, tendo sido obtido um alpha de .9287 para o primeiro momento e .8930 e .9203 para os outros momentos respectivamente. Esses resultados indicam que a consistência interna do WAI também é alta quando verificado na terapia via *Internet*.

Os gráficos da Figura 7 fornecem as seguintes informações: a) mediana, que são os traços dentro de cada caixa apresentada no gráfico; b) variabilidade, que são os tamanhos das caixas que contêm 50% da amostra; c) pontos de máximo, que são os traços acima das caixas; d) pontos de mínimo, que são os traços abaixo das caixas. Os asteriscos representam *outliers* (resultados discrepantes).

Ao observar os gráfico dos grupos CT e TT é possível visualizar com clareza o que foi analisado nos testes estatísticos. Observa-se um padrão semelhante entre o WAI nos três momentos e também entre as subescalas ao longo dos três momentos, tanto para clientes como para terapeutas, sendo que em ambos os grupos a escala vínculo tem valores mais altos nos três momentos.

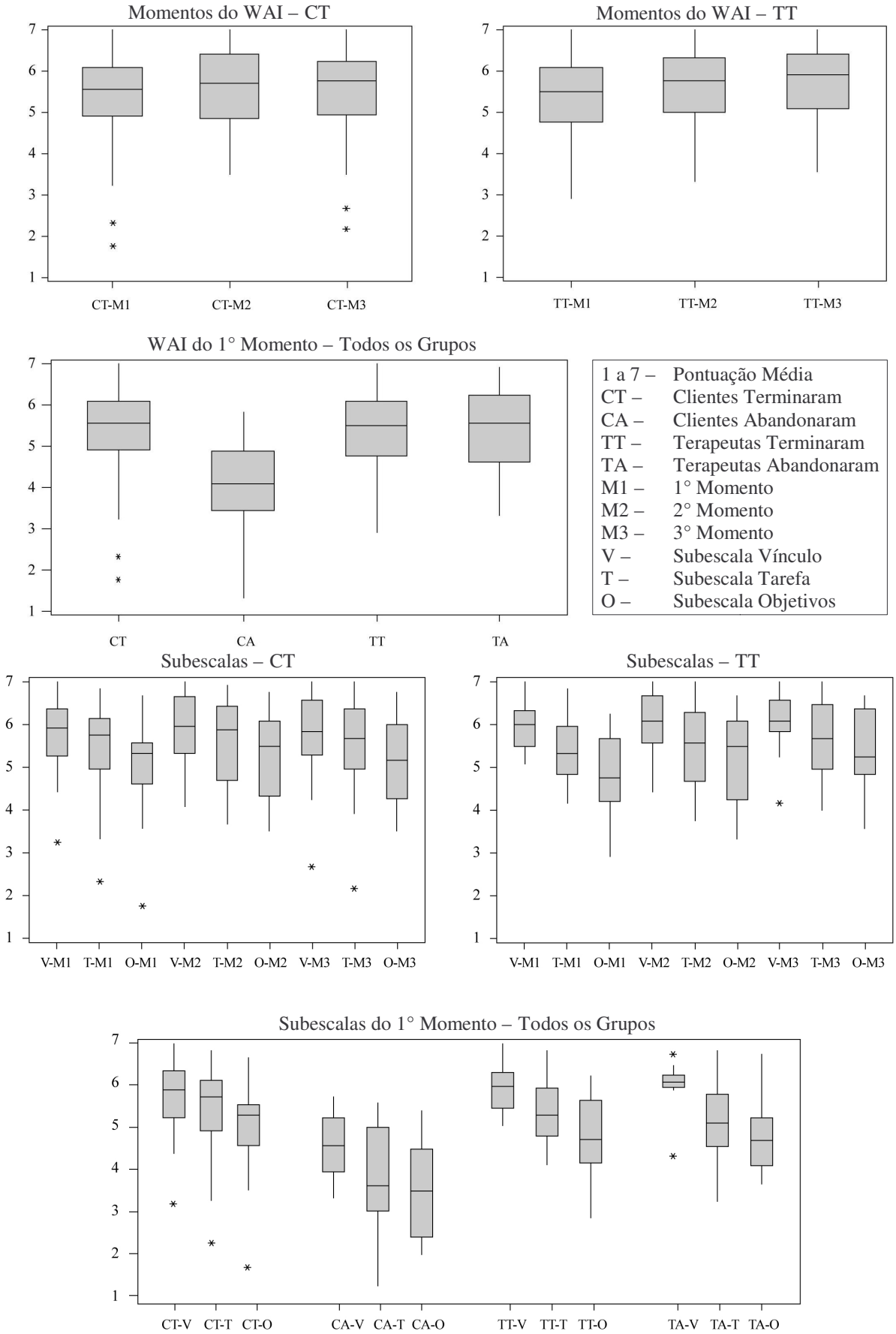

Figura 7. Box Plot dos resultados do WAI e das subescalas entre os quatro grupos analisados

Os gráficos de comparação entre os quatro grupos evidencia claramente a diferença nos resultados do WAI entre o grupo CA e os demais, apesar de todos os grupos manterem o mesmo padrão em relação às subescalas, ou seja, a subescala Vínculo tem valores mais altos, seguida pela subescala Tarefa e, finalmente, pela Objetivos. Os gráficos mostram que a avaliação dos grupos CA e TA foi diferente. Ao contrário dos clientes, que apresentaram diferenças entre os grupos dos que terminaram a terapia e os que abandonaram, os terapeutas avaliaram de forma similar as terapias das salas que terminaram e das salas que abandonaram o processo contratado.

Ao observar os valores da subescala Vínculo no grupo TA, nota-se uma variabilidade muito menor do que a observada nos outros grupos. É importante ressaltar que o grupo TA apresentou sete terapeutas, sendo que dois deles são terapeutas de cinco salas (de um total de 10 analisadas). Dessa forma, esses dados tornam-se mais enviesados por características individuais desses dois participantes do que nos outros grupos analisados.

Troca de Mensagens nas Terapias

A fim de verificar o comportamento dos participantes nas salas de terapia, foram contabilizadas em cada sala, discriminando clientes e terapeutas, o número de mensagens enviadas, o tamanho em *bytes* das mensagens (cada *byte* corresponde a um caractere, incluindo os espaços) e o intervalo em dias entre uma mensagem e outra, sendo que neste caso foram excluídos os intervalos maiores do que sete dias, bem como os intervalos entre mensagens do mesmo participante menores do que ½ dia (quando o participante enviava uma mensagem e, antes do outro participante responder, era enviada outra mensagem). A razão para excluir os intervalos maiores do que sete dias é a de que não era possível determinar quais intervalos eram relativos a uma ausência programada devido a viagens e quais intervalos eram realmente faltas do participante. A razão para excluir os intervalos menores do que ½ dia entre o mesmo participante é a de que muitas vezes eram enviadas mais do que

uma mensagem pelo mesmo participante em momentos muito próximos, já que era possível enviar mensagens divididas por assuntos.

Após recuperar os dados de cada sala, foram calculados as médias, medianas e o desvio padrão de todas as salas, discriminando terapeutas e clientes.

Tabela 7
Médias, Medianas, Desvio Padrão, Valores Máximos e Mínimos em Relação as Mensagens Enviadas nas Terapias

	M	*Mdn*	*SD*	Mínimo	Máximo
Clientes					
Dias entre mensagens	2.44	2.22	0.81	1.38	4.32
Número de mensagens	23.72	24	10.25	8	58
Tamanho em *bytes*	1721	1348	1008	539	4089
Terapeutas					
Dias entre mensagens	2.24	2.09	0.86	0.87	4.63
Número de mensagens	24.03	22	9.34	8	50
Tamanho em *bytes*	1231	828	1067	269	5409

Nota. n = 29, que corresponde ao número de salas que finalizaram a terapia. Os valores relativos aos dias entre mensagens e tamanho em *bytes* foram obtidos computando a média de todas as mensagens enviadas pelos participantes de cada sala.

De acordo com a Tabela 7, o intervalo médio em dias entre as mensagens de terapeutas e clientes foi similar, oscilando em torno de dois dias, com desvio padrão de quase um dia de diferença.

O número médio de mensagens enviadas para ambos os grupos foi similar (entre 23 e 24), porém observa-se uma grande variabilidade no número de mensagens enviadas que foi verificada pelo desvio padrão (9.34 para terapeutas e 10.25 para clientes). Em uma das salas foram enviadas apenas 8 mensagens por cliente e 8 por terapeuta, sendo que em outra sala esses valores chegaram a 58 mensagens enviadas pelo cliente e 50 mensagens enviadas pelo terapeuta. Essa grande variabilidade pode ser relativa tanto à freqüência de contatos entre terapeuta e cliente como ao hábito de cliente ou terapeuta de enviar suas mensagens de maneira dividida (enviando mensagens por assunto).

Com relação ao tamanho médio das mensagens, dado que independe do número de mensagens enviadas, verifica-se que os clientes, de maneira geral, escreveram mensagens mais extensas do que os terapeutas (medianas de 1348 e 828 *bytes* respectivamente). Também verifica-se uma grande variabilidade tanto entre clientes quanto entre terapeutas em relação ao tamanho das mensagens (desvio padrão em torno de 1000 *bytes* para ambos os grupos), sendo que o valor máximo para os terapeutas é cerca de 20 vezes maior do que o valor mínimo e para os clientes o valor máximo é cerca de 7,6 vezes maior do que o valor mínimo.

Para se ter noção do que representa o tamanho em *bytes*, foram calculados os caracteres (excluindo a tabela) a partir do título acima até aqui. O valor obtido foi 2855 *bytes*.

Face à grande variabilidade encontrada entre a quantidade e o tamanho em *bytes* das mensagens enviadas nas terapias, buscou-se relacionar essas variáveis com os resultados do WAI, procurando observar se a quantidade de mensagens enviadas, o tamanho dessas e o intervalo entre o envio das mesmas por clientes e terapeutas teve alguma influência na intensidade da relação terapêutica.

Para tanto, primeiramente foram calculadas as médias dos resultados do WAI, relativas aos três momentos, dos clientes que terminaram a terapia. Os resultados do WAI dos clientes foi escolhido como critério porque esses foram melhores preditores de participação na terapia. Foi escolhido calcular a média dos três momentos para evitar o efeito de flutuações individuais entre os mesmos.

Posteriormente, dividiu-se o grupo de clientes em dois, sendo que os que tinham valores médios do WAI acima da mediana foram classificados como Grupo 1 (n = 15) e os que tinham valores abaixo da mediana foram classificados como Grupo 0 (n = 13)[8]. Tendo a amostra sido dividida em duas, foram realizadas duas ANOVAS com dois fatores (resultados do WAI nos três momentos e grupos 0 e 1) para verificar se havia diferença entre os grupos e, também, se havia diferença nos três momentos de aplicação do WAI, uma vez que o grupo

[8] Para esta análise foram considerados apenas os clientes que responderam o WAI em todos os momentos.

inicial foi dividido em dois. Uma das ANOVAS foi realizada com a presença de seis covariáveis (número de mensagens, intervalo médio em dias e tamanho das mensagens – de terapeutas e clientes) e a outra, sem a presença das seis covariáveis. Dessa forma, foi possível observar a influência dessas seis covariáveis, como um todo, nos resultados do WAI dos grupos 0 e 1.

Os resultados das ANOVAS, realizados com 95% de confiança, demonstraram que há diferenças significativas entre os grupos 0 e 1, ou seja, o grupo 1 tem relação terapêutica mais forte do que o grupo 0, que não há diferenças entre os três momentos nos dois grupos, que não houve interação entre os fatores (o que permite observá-los individualmente) e, ainda, que a presença das seis covariáveis não influenciou os resultados. Verificou-se na ANOVA com a presença das seis covariáveis os valores $df = 1$, $F = 85.57$ ($p < 0.01$) e na ANOVA sem a presença das seis covariávies os valores $df = 1$, $F = 108.85$ ($p < 0.01$), sendo que ambos os resultados são relativos ao fator grupos.

Esses resultados demonstram que os comportamentos relativos ao envio e escrita de mensagens de terapeutas e clientes, analisados de forma conjunta, não teve influência na força da relação terapêutica.

Análises estatísticas adicionais foram realizadas para observar o comportamento de cada variável isoladamente. Para tanto, foi utilizado o teste de Intervalo de Confiança, que é um intervalo de valores (limites máximo e mínimo) que inclui o verdadeiro valor do parâmetro da população, ou seja, contém a média amostral dentro do intervalo com um determinado nível de confiança, no caso 95%. Isso significa que dentro do limite máximo e mínimo está contida a verdadeira média, com 95% de confiança.

De acordo com a Tabela 8, verifica-se que, entre as seis variáveis, apenas a variável tamanho em *bytes* dos terapeutas está fora do limite amostral do intervalo de confiança calculado. Portanto, tal variável é considerada significativamente diferente nos dois grupos.

Para realizar essa análise, observa-se o valor médio de uma variável de um grupo. Se esse valor estiver fora do limite máximo e mínimo do outro grupo, comprova-se a diferença. No caso da variável tamanho em *bytes* dos terapeutas, o valor do grupo 0 (744) está fora do limite mínimo e máximo do grupo 1 (972.84 e 2375.16 respectivamente) e o valor do grupo 1 (1674) também está fora do limite mínimo e máximo do grupo 0 (456.72 e 1091.28 respectivamente).

Tabela 8
Médias, Desvios Padrão e Intervalo de Confiança para os Grupos de Terapeutas e Clientes

	M	*SD*	Limite inferior	Limite superior
Terapeutas 0				
Dias entre mensagens	2.31	0.93	1.75	2.87
Número de mensagens	23.62	12.00	16.37	30.87
Tamanho em *bytes*	774	525	456.72	1091.28
Terapeutas 1				
Dias entre mensagens	2.20	0.86	1.72	2.68
Número de mensagens	24.87	6.84	21.08	28.66
Tamanho em *bytes*	1674	1266	972.84	2375.16
Clientes 0				
Dias entre mensagens	2.57	1.00	1.97	3.17
Número de mensagens	24.54	12.57	16.94	32.14
Tamanho em *bytes*	1512	1126	831.51	2192.49
Clientes 1				
Dias entre mensagens	2.31	0.65	1.95	2.67
Número de mensagens	23.60	8.29	19.01	28.19
Tamanho em *bytes*	1945	905	1443.78	2446.22

Nota. Terapeutas 1 = Terapeutas do Grupo 1, Clientes 1 = Clientes do Grupo 1, Terapeutas 0 = Terapeutas do Grupo 0, Clientes 0 = Clientes do Grupo 0. Grupo 0 (n = 13), Grupo 1 (*n* =15). Os valores relativos aos dias entre mensagens e tamanho em *bytes* foram obtidos computando a média de todas as mensagens enviadas pelos participantes de cada sala.

Esse resultado demonstra que, a partir do ponto de vista dos clientes, a força da relação terapêutica da amostra de clientes que terminaram a terapia teve relação com a extensão das mensagens enviadas por seus terapeutas.

Impressões dos Participantes Sobre a Terapia

Ao final da terapia foi pedido que os participantes respondessem a um questionário contendo perguntas abertas acerca do processo de terapia. Como as perguntas eram abertas, os participantes as responderam de formas diferentes uns dos outros.

As respostas foram categorizadas de maneira simples e de acordo com alguns critérios. As respostas sobre problemas técnicos, de compreensão e de expressão foram contabilizadas quando verificava-se que, na opinião do participante, a ocorrência de tais problemas havia de alguma forma prejudicado a terapia. As respostas sobre a falta de contato face a face foram categorizadas em dois grupos: a) a falta do contato interferiu na terapia; b) a falta do contato ocorreu no início da terapia, mas, posteriormente, foi superada. As respostas sobre satisfação com os resultados da terapia foram contabilizadas como positivas, quando o participante relatava progressos ou satisfação explícita, como negativas, quando o participante relatava insatisfação, ou, ainda, como "curta duração", quando o participante relatava que a insatisfação foi com a curta duração de tempo da terapia ou que essa deveria ser estendida (independente da satisfação positiva ou negativa).

Todos os clientes que finalizaram a terapia responderam ao questionário final, porém apenas 11 dos 15 terapeutas participantes responderam a esse. Cada participante respondia o questionário final apenas uma vez , inclusive os terapeutas.

Os resultados da Tabela 9 demonstram que uma parte dos clientes relatou que encontrou problemas que interferiram no processo da terapia, sendo que 21% dos problemas foi referente a dificuldades de compreensão das mensagens, 28% referente a dificuldades de expressão das mensagens e 28% referente a problemas técnicos.

Nenhum terapeuta relatou problemas com compreensão, um deles relatou problemas de expressão e quatro (36%) relataram problemas técnicos.

Tabela 9
Impressões Relativas ao Processo Terapêutico

	Clientes (n = 29)		Terapeutas (n = 11)	
	n	%	*n*	%
Problemas				
Compreensão	6	21	-	-
Expressão	8	28	1	9
Técnicos	8	28	4	36
Contato face a face				
Sentiu falta	12	41	7	64
Sentiu falta no início	6	21	2	18
Satisfação				
Positiva	14	48	6	55
Negativa	4	14	-	-
Curta duração	6	21	3	27

Nota. As respostas não categorizadas foram omitidas

Quase metade dos clientes (41%) relatou que sentiu falta do contato face a face na terapia, e 20% relatou que esse problema ocorreu no início da terapia mas foi superado no decorrer do processo. Mais da metade dos terapeutas (64%) consideraram a falta de contato face a face um problema na terapia via *Internet*, sendo que 18% superou tal dificuldade no decorrer do processo.

Relativamente à satisfação com a terapia via *Internet*, praticamente a metade dos clientes (48%) ficou satisfeita e relatou mudanças, uma pequena parte (13%) não ficou satisfeita e outros 20% apontaram o tempo de 15 semanas como insuficiente. Entre os terapeutas, nenhum relatou insatisfação, sendo que pouco mais da metade (54%) relatou que satisfação com os resultados de suas terapias, e quase um terço (27%) gostaria que o tempo de terapia fosse maior para que os resultados esperados fossem produzidos.

Esses dados foram categorizados a partir das respostas abertas dos participantes e não passaram pelo crivo de juízes, devendo, portanto, ser observados com certa cautela.

DISCUSSÃO

Procurou-se no presente estudo verificar a possibilidade de realizar um serviço de atendimento psicoterapêutico exclusivamente via *Internet*. Além disso, procurou-se observar a formação e manutenção da relação terapêutica nesse tipo de atendimento a fim de verificar se tal relação é similar aos resultados mais consagrados descritos na literatura. Os dados que foram aqui descritos são de amostras que, apesar de terem tamanho considerável, não devem ser consideradas como representativas de toda a população. Dessa forma, as conclusões deste estudo se aplicam apenas às amostras pesquisadas, sendo que a generalização dessas conclusões para a população em geral deve ser feita com cautela.

Sistemas e *Softwares*

Como foi descrito anteriormente, utilizou-se um *software* (*Learnloop*) de educação à distância modificado em conjunto com outros arquivos *html*. As modificações realizadas foram feitas para integrar os formulários de inscrição ao WAI e, também, para possibilitar melhor administração e acompanhamento das salas de terapia. O resultado desse conjunto de *softwares* configurou-se em um sistema de atendimento psicológico via *Internet*.

É importante relatar que o sistema como um todo utilizou apenas *softwares livres*, sendo que não foi necessário adquirir lisensas de uso dos mesmos, sendo possível realizar todas as adaptações necessárias sem infringir nenhuma lisensa de *copyright*.

O *Learnloop* modificado mostrou-se como uma ferramenta adequada para realizar a terapia via *Internet*, mas foram encontrados alguns *bugs* e problemas que podem ter influenciado negativamente a participação dos usuários. Entretanto, não foi possível avaliar até que ponto os problemas técnicos relatados por aproximadamente um terço dos participantes que completaram a terapia estão relacionados ao sistema, aos próprios computadores ou à conexão à *Internet*.

Ainda que na página inicial do *Learnloop* e nos *e-mails* enviados aos participantes

fossem fornecidas instruções sobre a operação do sistema e regras da pesquisa, não foi possível sanar todas as dúvidas e problemas. Isso pode ser evidenciado pela quantidade de *e-mails* recebidos abordando problemas técnicos e perguntas sobre a pesquisa e suas regras. Dessa forma, o pesquisador acabou atuando também como um suporte técnico para os participantes da pesquisa. Esses aspectos estão em concordância com o que foi dito por Sampson et al. (1997) a respeito da necessidade de conhecimento e experiência com os *softwares* utilizados para comunicação, apontando, portanto, para a possível necessidade de um treinamento no uso do sistema, prévio ao início da terapia.

Nem todos os recursos do *Learnloop* foram explorados, sendo que, praticamente, apenas os módulos fórum e área de membros foram utilizados nas terapias. Com a utilização de outros módulos, seria possível refinar e complementar as terapias no sentido de postar datas no calendário, enviar fotos de terapeuta e cliente, enviar arquivos e *links* para leitura etc.

Apesar dos problemas encontrados, foi verificada a extrema importância de um sistema integrado de comunicação e base de dados com informações dos participantes, que foi o que permitiu a criação de uma grande quantidade de salas de terapia. Os clientes que não foram atendidos, mas enviaram o termo de consentimento pelo correio, não receberam atendimento apenas por não haver mais tempo hábil para isso, já que cada terapia iria durar em média quatro meses. Caso houvesse mais tempo para atender a esses clientes, o número extra de salas criadas não iria sobrecarregar a administração nem a tabulação dos dados, já que muitas tarefas eram feitas de forma automatizada pelo sistema.

Além disso, o uso desses sistemas permitiu que fosse realizado, em uma pesquisa de mestrado, todo um serviço de atendimento psicológico, compreendendo inscrição e atendimento, em que quase todos os passos puderam ser registrados e administrados com certa facilidade e com um custo relativamente baixo.[9]

Com o uso do sistema integrado, foi possível gravar as mensagens trocadas nas

[9] ERRATA: custo por volta de R$ 100,00 para conexão ADSL e R$ 30,00 para aluguel do servidor WEB

terapias, os horários de envio das mesmas, a estrutura do fórum (quais mensagens estão interligadas), a quantidade de *logins* no sistema no decorrer da terapia e, ainda, uma série de outros dados que demandariam um trabalho extenso e exaustivo em uma terapia tradicional. Também foi possível contar com a participação de 15 terapeutas que se prontificaram a atender em média três clientes cada, o que seria muito mais difícil em uma terapia tradicional.

Com o uso de tal sistema foi possível verificar as vantagens da terapia via *Internet* no que diz respeito a facilidade da gravação das comunicações (Miller & Gergen, 1998; Murphy & Mitchell, 1998; Sampson et al., 1997) a conveniência para leitura e envio de mensagens, a horários (King & Poulos, 1998; Weinberg et al., 1995; Sampson et al., 1997) e a facilidade para obter o preenchimento de formulários (Sampson et al., 1997).

Foram tomadas precauções relativas a segurança nas informações, sendo que não foi relatado nenhum problema de invasão, acesso indevido ou qualquer outra questão relacionada com a segurança e a privacidade. Dessa forma, verifica-se o que foi dito por Childress e Asamen (1998), Grohol (1998) e Sampson et al. (1997) a respeito da minimização de problemas de segurança por meio da utilização de criptografia.

Pesquisas futuras devem considerar fortemente a possibilidade de utilização de sistemas de comunicação integrados para a realização da terapia via *Internet*, sendo que também mostra-se necessário que sejam feitas pesquisas direcionadas para o desenvolvimento de sistemas cuja a finalidade seja a da realização de terapia via *Internet* ou a da oferta de outros serviços psicológicos mediados pelo computador. É indicado que tais sistemas sejam desenvolvidos sobre plataformas baseadas em *softwares livres* e que estes, por sua vez, sejam distribuídos utilizando lisensas de uso público. Dessa forma, uma maior quantidade de pesquisadores poderia fazer uso de tais *softwares* e colaborar com o desenvolvimento dos mesmos.

O Uso do E-mail para Comunicação

O endereço de *e-mail* era a forma principal de comunicação entre o pesquisador e os participantes da pesquisa. Os endereços eram fornecidos pelos participantes e, como não faziam parte do sistema integrado, não era possível controlar as comunicações entre clientes e terapeutas, bem como não era possível determinar quando e se os clientes abriam suas caixas postais.

Alguns endereços de *e-mail* apresentaram problemas técnicos e a comunicação ficou prejudicada para esses participantes. O uso de *e-mail* foi uma variável não controlada no estudo e, portanto, pesquisas futuras devem considerar a possibilidade de fornecimento de *e-mails* integrados ao sistema de terapia, ou seja, caixas postais que estejam hospedadas no mesmo servidor que hospeda todo o sistema, a fim de que o seu uso possa ser controlado, tanto sob o ponto de vista das comunicações entre os participantes como sob o ponto de vista técnico, que garantirá o funcionamento dos mesmos.

Participantes

O número de participantes inscritos neste estudo foi muito superior ao inicialmente estimado. Mesmo após o encerramento das inscrições, muitos indivíduos continuaram a tentar inscrever-se, muito embora no *site* estivesse claro que essas haviam sido encerradas.

Devido à exigência de novas respostas dos participantes, houve muitas desistências anteriores à terapia, sendo que não foi possível avaliar se as desistências ocorreram em decorrência de dificuldades técnicas ou devido somente a características dos próprios indivíduos, já que havia diferença entre idade, estado civil e hábitos de uso de internet nos diferentes *status* de clientes participantes.

Neste estudo, verificou-se as afirmações de Miller e Gergen (1998) sobre o grande potencial de alcance geográfico da terapia via *Internet*, já que os participantes eram provenientes de quase todos os estados do Brasil, além de quatro que eram de outros países.

Pesquisas futuras devem considerar a possibilidade de utilização da terapia via *Internet* por indivíduos que residem em outros países e não têm acesso a terapia em sua própria língua, além de verificar sua utilidade para os indivíduos que não querem ou não podem, por motivos práticos ou de saúde, realizar a psicoterapia tradicional, sendo que tais estudos devem coletar essas informações no período de inscrição da pesquisa.

Também verifica-se que o perfil desejável para os clientes que procuram realizar terapia via *Internet* é o de que esses tenham pelo menos dois anos de experiência de uso de Internet, possuam terceiro grau de escolaridade, pois terão melhores condições para expressão e compreensão da linguagem escrita, que acessem a *Internet* diariamente e que permaneçam pelo menos cinco horas semanais na *Internet*. Também é indicado que esses clientes possuam formas permanentes de conexão à Internet, como *ADSL*, à cabo e outras.

Pesquisas futuras devem observar outras características de clientes as quais possam ter uma relação positiva com a terapia via *Internet,* como tipo de diagnóstico, queixas e outras.

Com relação aos terapeutas, foi possível observar, de maneira geral, um perfil de terapeuta jovem, envolvido com a universidade, com pouca ou média experiência clínica e utilizando diversas abordagens teóricas, além das mesmas características demográficas e de uso de internet apresentadas pelos clientes.

As pesquisas futuras devem verificar outras características de terapeutas que possam ser desejáveis para a terapia via *Intenet*, como, por exemplo, as diferenças entre abordagens teóricas e o desenvolvimento de técnicas de terapia para serem aplicadas numa terapia textual.

Praticamente não houve dificuldade relativa a identificação dos participantes no presente estudo. Conforme relatado por Sampson et al.(1997) e Grohol (1998) e seguindo as diretrizes de Grohol, foi possível identificar todos os participantes que realizaram a terapia

por meio do envio de correspondência ao endereço físico do participantes e da coleta do termo de consentimento assinado com fotocópia do RG ou do CRP. É possível, obviamente, que um indivíduo mal intencionado forneça dados falsificados, contudo isso também pode ocorrer em qualquer processo de identificação.

Relação Terapêutica na Terapia via *Internet*

A partir da aplicação do WAI nos três momentos da terapia e da divisão dos participantes em quatro grupos, foi realizada uma série de testes e análises estatísticas, sendo que seus resultados serão discutidos de acordo com as características psicométricas do WAI, com o momento de formação da relação terapêutica, com a manutenção dessa relação ao longo do tempo, com as diferenças entre os grupos de terapeutas e clientes na predição de resultados e, ainda, com o comportamento dos terapeutas, sob o ponto de vista dos clientes, relativamente à força da relação terapêutica.

Características Psicométricas do WAI

Foram encontradas correlações positivas entre as subescalas, variando entre moderada e forte em todos os grupos, sendo que há diferenças, em todos os grupos, em pelo menos uma subescala quando comparada às outras. A consistência interna (alpha) entre as subescalas do instrumento foi alta nos três momentos de aplicação.

Esses dados estão em concordância com o que Horvath e Greenberg (1989) e Horvath (1994) descreveram a respeito da intercorrelação entre as subescalas e o alto grau de consistência e confiabilidade do instrumento. Além disso, a diferença entre as subescalas reforça o que é dito por esses mesmos autores sobre o fato de as subescalas abordarem dimensões distintas da relação terapêutica e serem, contudo, altamente relacionadas entre si.

Momento da Formação e Manutenção da Relação Terapêutica

A literatura descreve que a relação forma-se no ínicio da terapia, por volta da terceira ou quarta sessão (Luborsky, 1994, Horvath, 1994, Garfield, 1995). Neste estudo, verificou-se

que a partir da 5ª semana de terapia, a relação terapêutica havia se formado e manteve-se estável no decorrer das 15 semanas de terapia (observando os grupos como um todo). Optou-se por medi-la por volta da 5ª semana, pois levou-se em conta que nas primeiras semanas os participantes, além de iniciarem o contato terapêutico, também estariam adaptando-se ao sistema de comunicação.

Verificou-se, também, que a intensidade da relação terapêutica, para os clientes que terminaram a terapia, foi similar aos resultados de Al-Darmaki e Kivlighan (1993), Connors et al. (1997), Kivlighan et al. (1991), Kokohovic e Tracey (1990), Mallinckrodt, Coble et al. (1995), Mallinckrodt, Gantt et al. (1995) e Multon et al. (1996) quando observados como um todo. As médias dos resultados do WAI deste estudo variam entre 5.40 a 5.60, enquanto que os valores encontrados na literatura variam de 5.16 a 6. Os valores da subescala Vínculo variam entre 5.79 e 5.88 e os valores encontrados na literatura variam entre 5.59 e 5.90. Os valores da subescala Tarefa variam entre 5.41 e 5.54, ao passo que os valores da literatura variam entre 5.53 e 5.66. Os valores da subescala Objetivos variam entre 5.05 e 5.31 e os encontrados na literatura variam entre 5.43 a 5.52.

Ainda que essa análise seja meramente visual, pode-se observar que os valores da subescala Vínculo são os mais altos e, também, são os que estão mais próximos do intervalo de resultados encontrados na literatura. Isso indica que é possível estabelecer um forte vínculo de confiança, colaboração e comprometimento entre cliente e terapeuta na terapia via *Internet.*

Horvath (1994) argumenta que as relações terapêuticas têm características essenciais semelhantes no início da terapia e o ambiente terapêutico torna-se mais complexo e específico na medida em que a terapia move-se em direção a fases posteriores. No presente estudo não foram analisadas terapias individualmente, entretanto observa-se mudanças sensíveis, porém não significativas nos resultados do WAI e das subescalas no decorrer das

15 semanas entre os grupos de participantes que finalizaram a terapia. Análises e estudos futuros são necessários para observar melhor a questão do desenvolvimento, ao longo do tempo, da relação terapêutica, considerando as terapias individualmente.

Diferenças entre Grupos e Predição de Resultados

Foram encontradas diferenças significativas entre os clientes que abandonaram a terapia comparativamente aos outros três grupos analisados, sendo que os resultados do WAI desse grupo foram mais baixos do que o observado nos outros grupos.

Dessa forma, verifica-se que o WAI foi preditor de participação na terapia relativamente aos resultados dos clientes, mas não foi preditor relativamente aos resultados dos terapeutas. Isso está de acordo com o que foi dito por Luborsky (1994), Horvath e Symonds (1991), Horvath (1994), Horvath e Greenberg (1989) e Garfield (1995) sobre medir a relação no início da terapia como forma de prever resultados.

Foi verificado, de acordo com o relatado por Horvath, Symonds e Luborsky, que a visão dos clientes é melhor preditor de resultados do que a visão dos terapeutas. No presente estudo não foi verificado que a visão dos terapeutas é preditor de resultados, o que não está em desacordo com a literatura. É necessário levar em conta, também, que os resultados do grupo dos terapeutas que atenderam as salas onde ocorreram os abandonos, ficaram enviesados pela visão de dois terapeutas que foram responsáveis por cinco das dez salas avaliadas. Um dos terapeutas foi quem abandonou suas três salas e o outro foi o que teve a taxa maior de abandono de clientes atendidos.

Dessa forma, observa-se que para a amostra de participantes que terminaram a terapia, a relação terapêutica formou-se e manteve-se ao longo da terapia com características muito semelhantes às descritas na literatura de psicoterapia baseada em evidências.

O Comportamento dos Terapeutas e a Força da Relação Terapêutica

Por meio das análises feitas, verificou-se que a extensão das mensagens dos terapeutas era relativa à força da relação terapêutica do ponto de vista dos clientes, sendo que o grupo de clientes com relação terapêutica mais forte recebia de seus terapeutas mensagens mais extensas comparativamente ao que era escrito nas salas do grupo com relação terapêutica menos forte. Ou seja, verificou-se que houve, na terapia via *Internet*, relação entre o comportamento do terapeuta e a aliança estabelecida, o que corrobora dados encontrados na literatura, como os de Kivlighan (1990) e Luborsky (1994), acerca da relação dos comportamentos do terapeuta com a relação terapêutica.

Todavia, análises e estudos futuros devem ser feitos observando-se não apenas a extensão das mensagens dos terapeutas, mas também seu conteúdo, para que, assim, esses resultados possam ser aprofundados e também para verificar se os comportamentos dos terapeutas efetivamente têm influência na intensidade e formação da relação terapêutica.

Processo das Terapias

No total, foram criadas 53 salas de terapia com duração programada de 15 semanas, sendo que os clientes deveriam postar ao menos uma mensagem por semana e o terapeuta, respondê-la em 48 horas.

Verificou-se grande variação nas diversas terapias em relação ao número de mensagens enviadas por cliente e terapeuta e ao tamanho dessas mensagens, o que evidencia a diversidade de estilos e características entre os participantes. Apenas a extensão das mensagens enviadas pelos terapeutas mostrou-se relacionada à força da relação terapêutica.

Estudos e análises posteriores devem verificar de forma mais profunda a ligação dessas variáveis com a relação terapêutica e com os resultados na terapia via *Internet*.

O intervalo entre as mensagens não corresponde exatamente ao intervalo real entre as mensagens trocadas nas terapias, pois foram excluídos alguns valores. Contudo, ainda assim é

possível observar que, na média, o contato era feito por volta de duas vezes por semana, o que evidencia a grande acessibilidade que tem a terapia via *Internet* realizada de forma assíncrona, sendo que claramente seria mais difícil ter contatos tão freqüentes em uma terapia tradicional ou mesmo realizada via *chat*. Pesquisas futuras podem comparar as terapias feitas de forma síncrona e assíncrona, observando essas variáveis.

Foi verificado uma taxa de abandono de 43%, sendo que cerca da metade desse valor realizou o abandono no início da terapia e o restante, no decorrer do processo de terapia. É importante observar que entre as 23 salas em que houve abandono, em quatro delas, foram os terapeutas que as abandonaram. O fato de dois terapeutas terem abandonado quatro clientes foi um dado inesperado neste estudo, apresentando-se como um séria questão ética a ser observada em estudos futuros.

Esta quantidade de abandonos de clientes não foi considerada alta, pois a literatura relata altas taxas de abandono em terapias, as quais variam de 20% a 40% nas primeiras sessões,e até mais da metade em tratamentos com mais de 10 sessões (Garfield, 1995). O autor aponta, ainda, que resultados sobre abandonos de terapia receberam pouca atenção nos tratados sobre psicoterapia, ainda que esses sejam dados importantes.

Parte dos abandonos pode ter sido ocasionada devido a problemas técnicos na utilização do sistema, mas, por outro lado, pode-se creditar a boa taxa de permanência devido a grande acessibilidade proporcionada pela terapia via *Internet*, o que também minimiza outros problemas que influenciam nas taxas de abandono de terapias tradicionais, como, por exemplo, encavalamento de horário e dificuldade para chegar até o local da terapia. Estudos futuros são necessários para que essas questões sejam respondidas.

Verificou-se que os problemas relatados por Binik et al. (1997), Childress e Asamen (1998) e Grohol (1998) relativos à falta de comunicação não verbal, devido a ausência de contato face a face, foram questões apontadas por parte dos clientes e terapeutas. Verificou-se

também que problemas relativos a expressão e compreensão de mensagens ocorreram mais por parte de clientes do que de terapeutas, o que corrobora as afirmações de King e Poulos (1998) acerca do assunto.

Contudo, parte dos clientes relatou que a falta de contato face a face foi uma variável incômoda apenas no início da terapia, o que demonstra que essas questões podem ser superadas com um tratamento adequado. Esse dado aponta para a necessidade de desenvolver modelos de terapia específicos para a terapia via *Internet*, os quais sejam fundamentados sobre a comunicação puramente textual. Parte desses problemas também pode ser minimizada por meio do envio de fotografia ou da utilização de recursos multimídia, algo que deve ser considerado em estudos posteriores.

Cerca de metade dos clientes e terapeutas que terminaram a terapia relatou satisfação positiva com seus resultados, dado que deve ser observado com cautela, pois foi coletado logo após o término da terapia e por meio de uma pergunta aberta que posteriormente foi categorizada. Ainda assim, esse dado evidencia o grande potencial que tem a terapia via *Internet*.

O maior motivo de insatisfação com a terapia via *Internet* foi em relação à duração da terapia, sendo que clientes e terapeutas relataram o desejo de que essa fosse mais longa. Esse é um outro dado que evidencia o potencial da terapia via *Internet*, visto que os participantes relataram o desejo por mais tempo de terapia.

É importante discutir como o tempo é relativo na terapia via *Internet* realizada de forma assíncrona, pois a maneira de contar o tempo difere em muito de uma terapia tradicional. As 15 semanas foram contabilizadas de uma forma diferente, sendo que, em vez de 15 sessões, foram contabilizadas as semanas em que o cliente entrava no sistema. Não há sessões de terapia, contudo há mensagens enviadas em um fórum. Essas mensagens têm uma extensão em palavras muito inferior da de uma terapia tradicional, mas nem por isso pode-se

concluir que o tempo gasto na terapia via *Internet* também é menor do que na tradicional.

Relatos informais de terapeutas e também as impressões do próprio pesquisador (que atuou como um terapeuta na pesquisa) mostram que muitas vezes o tempo gasto para ler e escrever uma mensagem foi superior a uma hora (o tempo de uma sessão tradicional). Esse dado não foi contabilizado neste estudo e estudos posteriores devem utilizar mecanismos técnicos que possam contar o tempo gasto na utilização do sistema.

Um outro aspecto importante a ser ressaltado é o da possibilidade de realizar futuras análises com os dados das terapias, já que o sistema guardou o conteúdo de todas as mensagens. Essas análises terão uma característica especial se comparadas às análises realizadas com transcrições de sessões de terapias tradicionais ou mesmo gravações em vídeo. Nesse caso, os estímulos a serem analisados serão exatamente os mesmos, ou muito próximos dos que foram emitidos durante a terapia, pois o pesquisador poderá ler exatamente a mesma coisa que o participante da terapia leu e, não, ler o que foi escrito a partir da fala ou ver em uma tela gravações do que aconteceu dentro de uma sala.

CONCLUSÕES

Em relação aos objetivos e hipóteses deste estudo, sendo observadas as limitações relativas ao tamanho da amostra pesquisada, conclui-se que:

1. Foi possível triar e atender clientes em psicoterapia breve por meio de um serviço de atendimento via *Internet* realizado de forma assíncrona. Ocorreram problemas e imprevistos no decorrer do processo que, contudo, não foram suficientes para comprometer o serviço como um todo. Pelo contrário, o atendimento psicológico via *Internet* mostrou possuir grande potencial, superando as expectativas iniciais[10] em relação a aceitação por parte dos clientes e facilidade para administrar e coletar dados das terapias.
2. A relação terapêutica formou-se e manteve-se com características semelhantes às descritas na literatura, mostrando que via *Internet* e por meio de formas de comunicação assíncronas

[10] ERRATA: as expectativas iniciais eram de realizar por volta de 12 terapias com quatro terapeutas.

é possível estabelecer um clima agradável e produtivo entre terapeutas e clientes. O comportamento dos terapeutas teve relação com a força da relação terapêutica, corroborando resultados da literatura. Sendo a relação terapêutica um aspecto central da psicoterapia, a possibilidade de essa estabelecer-se via *Internet* indica que é possível existir psicoterapia por tal via.

Estudos posteriores são necessários para consolidar esses resultados, sendo que generalização destes deve ser feita com cautela devido ao fato que a amostra de participantes não é considerada representativa da população.

É necessário, também, que outros estudos possam verificar as diferenças entre a terapia via *Internet* nas diversas formas de comunicação eletrônica existentes e para que tipo de problemas ela mostra-se mais útil.

A terapia via *Internet* não substitui a terapia tradicional, sendo apenas uma alternativa a esta, além de poder complementá-la tanto em nível de serviços prestados à população como em área de pesquisa para a comunidade científica.

Referências Bibliográficas

Al-Darmaki, F., & Kivlighan, D. M. (1993). Congruence in client-counselor expectations for relationship and the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 40, 379-384.

Alexander, L. B., & Luborsky, L. (1986). The Penn Helping Alliance Scales. Em L. S. Greenberg & W. M. Pinsoff (Orgs.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 325-366). New York: Guilford Press.

Barak, A., & Wander-Schwartz, M. (1999). Empirical Evaluation of Brief Group Therapy Through an Internet Chat Room *Paper presented in S. A. King (Chair), Internet Support Groups: Group Therapy by E-mail and Chat, Symposium at the annual convention of the American Psychological Association*, Boston, August 1999.

Binik, Y. M., Cantor, J., & Meana. M. (1997). From the couch to the keyboard: psychotherapy in cyberspace. Em S. Kiesler, (Org.) *Culture of the Internet*, (pp. 71-100), Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Bock, A. M. M. (2000a). Regulamenta o atendimento psicoterapêutico mediado por computador. *Resolução CFP N.o 003/2000 de 25 de Setembro de 2000.* [on line] (disponível: www.pol.Org.br/arquivos_pdf/resolucoes/ 2000/resolucao03_2000.pdf)

Bock, A. M. M (2000b). Especifica e qualifica a Psicoterapia como prática do Psicólogo. *Resolução CFP N.o 010/00 de 20 de dezembro de 2000.* Caderno Especial de Resoluções, encarte do Jornal do Federal. Ano XVI, N.o 67, Março de 2001.

Childress, C. A., & Asamen, J. K. (1998). The emerging relationship of psychology and the Internet: Proposed guidelines for conducting Internet intervention research. *Ethics-and-Behavior*. *8* (1), 19-35.

Connors, G. J., Carroll, K. M., DiClemente, C. C., Longabaugh, R., & Donovan, D. M. (1997). The therapeutic alliance and it' s relationship to alcoholism treatment participation and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 588-598.

Cook, J. (2001) Working Alliance and Internet therapy: Comparison Across Modalities. *Dissertação de mestrado*, Lewis & Clark College, Portland, Oregon USA

Elliot, R., & Wexler, M. M. (1994). Measuring the impact of sessions in process-experiential therapy of depression: The Session Impacts Scale. *Journal of Counseling Psychology,* 41*,* 166-174.

Follette, W. C., Naugle, A. E., & Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, 27, 623-641.

Garfield, S. L. (1995) The Therapy Client-Patient. Em Garfield S. L. (Org.) *Psychotherapy - an eclectic and integrative Approach.* (pp. 39-65) New York, EUA: Wiley & Sons. 2a Edição.

Gaston, L., & Marmar, C. R. (1994). The California Psychotherapy Alliance Scales. Em A. O. Horvath and L. Greenberg (Orgs.), *The working alliance: Theory, research and Practice*. (pp. 85-108) Toronto: John Wiley and Sons.

Grohol, J. M. (1998). Future clinical directions: professional development, pathology, and psychotherapy on-line. Em J. Gackenbah (Org.), *Psychology and the Internet: Intrapersonal, Interpersonal, and Transpersonal Implications.*(pp. 111-142) San Diego: Academic Press.

Guilhardi H. J. (1997). Com que contingências o terapeuta trabalha em sua atuação clinica? Em R. A. Banaco (Org.), *Sobre o Comportamento e Cognição: Aspectos Teóricos, Metodológicos e de Formação em Analise do Comportamento e da Terapia Cognitivo-Comportamental* (pp. 322-337). Santo André, SP: ARBytes Editora.

Hatcher, R. L., Barends, A., Hansell, J., & Gutfreund, M. J. (1995). Patients' and therapists' shared and unique views of the therapeutic alliance: An investigation using confirmatory factor analysis in a nested design. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 636-643.

Horvath, A. O. (1994). Empirical Validation of Bordin's Pantheorical Model of the Alliance: The Working Alliance Inventory Perspective. Em Horvath, A. O. e Greenberg, L. (Orgs.) *The Working alliance: Theory, Research, and Practice.* (pp. 85 – 108) Nova York, EUA: John Wiley & Sons, Inc.

Horvath, A. O., & Greenberg, L. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology,* 41, 438-448.

Horvath, A. O., & Greenberg, L. (1994) Introduction. Em Horvath, A. O., & Greenberg, L. (Orgs.) *The Working alliance: Theory, Research, and Practice.* (pp. 1 – 9) Nova York, EUA: John Wiley & Sons, Inc.

Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). The relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.

Keller, F. S (1983) Psicologia: problemas históricos. Em R. R. Kerbauy (Org.) *Fred Simmons Keller.* (pp. 99- 127) São Paulo: Editora Ática.

Kerbauy, R. R. (1999) Pesquisa em terapia comportamental: Problemas e soluções. Em Kerbauy, R.R., & Wielenska, R. C. (Orgs). *Sobre Comportamento e Cognição: Psicologia Comportamental e Cognitiva – da reflexão teórica a diversidade na aplicação.* (pp. 61 – 68). Santo André, SP: ARBytes Editora.

King, S. A. (1998). Internet therapy and self help groups – the pros and cons . Em J. Gackenbah, (Org.), *Psychology and the Internet: Intrapersonal, Interpersonal, and Transpersonal Implications* (pp.77-110). San Diego: Academic Press.

King, S. A. & Poulos S. T. (1998). Using the internet to treat generalized social phobia and avoidant personality disorder. *CyberPsychology and Behavior*. 1,1, 29-36.

Kivlighan, D. M. (1990). Relation Between Counselors' Use of Intentions and Clients' Perception of Working Alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 1990, Vol. 37, No. 1, 27-32

Kivlighan, D. M., Angelone, E. O., & Swafford, K. G. (1991). Live supervision in individual psychotherapy: Effects on therapist' s intention use and client' s evaluation of session effect and working alliance. *Professional Psychology: Research and Practice*, 22(6), 489-495.

Kivlighan, D. M., e Shaughnessy, P. (1995). Analysis of the Development of the Working Alliance Using Hierarchical Linear Modeling. *Journal of Counseling Psychology*, *42* (3), 338-349.

Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (2001). *Psicoterapia analítica funcional*. Tradução Organizada por R. R. Kerbauy. Santo André: ESETEc, Editores Associados.

Kokohovic, A. M., & Tracey, T. J. (1990). Working alliance in the early phase of counseling. *Journal of Counseling and Psychology*, *37* (1), 16-22.

Lazarus, A. A. (1971). *Behavior therapy and beyond*. McGraw-Hill-New York

Lettner, H. W. (1995). Avaliação Comportamental, Em Rangé, B. (Org.) *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva de Transtornos Psiquiátricos.* (pp. 27- 32) Campinas, Editorial Psy.

Luborsky, L. (1994) Therapeutic Alliances as Predictors of Psychotherapy Outcomes: Factors Explaining the Predictive Success. Em Horvath, A. O., & Greenberg, L. (Orgs.) *The Working alliance: Theory, Research, and Practice.* (pp. 39 – 50) Nova York, EUA: John Wiley & Sons, Inc.

Mallinckrodt, B., Coble, H. M., & Gantt, D. L. (1995). Working alliance, attachment memories, and social competencies of women in brief therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 79-84.

Mallinckrodt, B., Gantt, D. L. & Coble, H. L. (1995). Attachment patterns in the psychotherapy relationship: Development of the Client Attachment to Therapist Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 307-317.

Mallinckrodt, B., & Nelson, M. L. (1991). Counselor training level and the formation of the psychotherapeutic working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 133-138.

Meyer, S. B.& Vermes, J. S. (2001). Relação terapêutica. In B. Rangé (Org.). P*sicoterapias Cognitivo-Comportamentais. Um diálogo com a psiquiatria.* Porto Alegre: Artmed, pp. 101-110.

Miller, J. K. and Gergen, K. J. (1998). Life on the line: The therapeutic potentials of computer-mediated conversation. *Journal-of-Marital-and-Family-Therapy*. *24* (2): 189-202.

Multon, K. D., Kivlighan, Jr., D. M., & Gold, P. (1996). Changes in counselor adherence over the course of training. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 356-363.

Muran, J. C., Segal, Z. V., Samstag, L. W., & Crawford, C. E. (1994). Patient pretreatment interpersonal problems and therapeutic alliance in short-term cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 185-190.

Murphy, L. J., & Mitchell, D. L. (1998). When writing helps to heal: E-mail as therapy. *British-Journal-of-Guidance-and-Counselling*. *26* (1), 21-32.

O'Dell, J. W., & Dickson, J. (1984). Eliza as a "Therapeutic" tool. *Journal of clinical Phychology*, *40* (4), 942-945.

O'Malley, S. S., Suh, C. S., & Strupp, H. H. (1983). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A report on the scale development and a process-outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 51*,* 581- 586.

Patton, M. J. & Kivlighan, D. M. (l997). Relevance of the supervisory alliance to the counseling alliance and to treatment adherence in counselor training. *Journal of Counseling Psychology*, 44, 108-115.

Prado, O. Z. (1998). Pesquisa, Internet e Comportamento: Um estudo exploratório sobre as características de uso da Internet, uso patológico e a pesquisa *on line*. *Trabalho de conclusão de curso de psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo*. São Paulo, SP. [on line] (disponível em :www.netpesquisa.com/tcc).

Prado, O. Z. (2000) Terapia On Line: Aspectos da Ética, sua Metodologia e Potencialidades e Restrições. Em Sayeg, E. (Org.) *Psicologia e Informática: Interfaces e Desafios*. Casa do Psicólogo, São Paulo, SP.

Rangé, B. (1995). Relação terapêutica. Em Range, B. (Org.) *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva dos Transtornos Psiquiátricos*. (pp. 43-66) Campinas, Editorial Psy.

Raue, P. J., & Goldfried M. R. (1994) The Therapeutic Alliance in Cognitive-behavior Therapy. Em Horvath, A. O., & Greenberg, L. (Orgs.) *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice.* (pp. 131-152) Nova York, EUA: John Wiley & Sons, Inc.

Raue, P. J., Goldfried, M. R., & Barkham, M. (1997). The therapeutic alliance in psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 582-587.

Reandeau, S. G., & Wampold, B. E. (1991). Relationship of power and involvement to working alliance: A multiple-case sequential analysis of brief therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 12, 107-114.

Roserfarb, I. S. (1992). A Behavioral Analytic Interpretation of the Therapeutic Relationship. *The Psychological Record*, 42, 341-354.

Sayeg E. (1999). Psicoterapia pela Internet. *PSI Jornal de Psicologia CRP SP*. *17* (117),18.

Sander, F. M. (1996). Couples group therapy conducted via computer-mediated communication: A preliminary case study. *Computers-in-Human-Behavior, 12* (2), 301-312.

Sampson P. J., Kolodinsky, R. W., & Greeno, B. P. (1997). Counseling on the information higway: Future possibilities and potential problems. *Journal of Counseling and Development*, 75, 203-212.

Sexton, H., Hembre, K., & Kvarme, G. (1996). The interaction of the alliance and therapy microprocess: A sequential analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. *64* (3), 471-480.

Shinohara, H. (2000). Relação Terapêutica: O que Sabemos Sobre Ela? Em Kerbauy, R. R. (Org.) *Sobre Comportamento e Cognição. Conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico.* (pp. 229-233) Ed. SET. Santo André-SP.

Stiles, W. B. (1980) Measurement of the impact of psychotherapy sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 48*,* 176-185.

Trabin, T. (1996). *The computerization of behavioral healthcare: How to enhance clinical practice, management, and communications*. San Francisco, CA, USA: Jossey-Bass Inc, Publishers.

Weinberg, N., Uken, J. S., Schmale, J., & Adamek, M. (1995). Therapeutic factors: Their presence in a computer-mediated support group. *Social-Work-with-Groups, 18* (4), 57-69.

GLOSSÁRIO

ADSL: forma de conexão à *Internet* em que se utiliza a rede de fiação telefônica, porém com uma tecnologia diferente que permite conexões mais rápidas e permanentes.

Assíncrona: forma de comunicação em que não é necessário que as partes estejam conectadas simultaneamente

Apache: um tipo de servidor *web*

Bug: um defeito no código ou rotina de um programa de computador

Byte: seqüência de *bits* adjacentes, em geral oito, operados como uma unidade pelo computador, sendo equivalentes a um caractere em ASCII

Chat: bate-papo feito de forma síncrona na *Internet*

Conexão à Cabo: conexão à *Internet* utilizando como meio a rede de TV à cabo.

Download: transferência de dados de um computador servidor para o computador do usuário

E-mail: correio eletrônico

Firewall: mecanismo para bloquear conexões não autorizadas

Fórum: ambiente virtual onde são trocadas mensagens de forma assíncrona

Gif: formato para imagens digitais, freqüentemente utilizado na *Web*.

Java: linguagem de programação multiplataforma desenvolvida pela empresa *Sun*

HTML:linguagem de formatação para criar documentos para a *Web*

Links: vínculos que levam a outras páginas na Web

Linux: sistema operacional livre para computadores

Login: como verbo corresponde a entrada no sistema e como substantivo corresponde ao nome do usuário.

MySQL: um tipo de banco de dados

Newsgroups: grupos de notícias sobre determinado tópico

PHP: linguagem de programação

PsycLIT: sistema de busca com abrangência internacional que contém sumários de livros, capítulos de livros e periódicos na área de psicologia e disciplinas relacionadas.

Script: conjunto de instruções escritas em uma linguagem de programação

Servidor Web: programa responsável por prover o serviço de acesso a WWW ou *Web*.

Síncrona: forma de comunicação em que as partes estão conectadas simultaneamente

Software livre: *software* de domínio público que pode ser utilizado, distribuído e modificado livremente, desde que seja feita referência aos autores do mesmo.

SPAM: mensagem não solicitada enviada por *e-mail* contendo em geral propagandas publicitárias e enviadas a múltiplos destinatários.

SSL: protocolo para transmissão de informações de forma criptografada

Vídeo conferência: forma de comunicação síncrona em que são utilizadas câmeras de vídeo entre os participantes.

Web/WWW: abreviação de *World Wide Web*, serviço que permite acesso às "páginas" da *Internet.*

Web site, site ou home-page: conjunto de páginas da *Web* localizada em um servidor conectado à Internet.

Upload: transferência de dados do computador do usuário para o computador servidor.

Anexo 1- Working Alliance Inventory (WAI)

Para utilizar este Inventário é necessário autorização de A.O. Horvath (horvath@sfu.cac)

Inventário de Aliança Terapêutica
A. O. Horvath, 1981, 1984
Versão autorizada para Língua Portuguesa: Paulo Machado e Cristiano Nabuco de Abreu

Versão Cliente

1. Sinto-me desconfortável com o(a) meu(a) terapeuta. (*as opções abaixo são as mesmas para todas as perguntas*)
   Nunca
   Raramente
   Ocasionalmente
   Às vezes
   Freqüentemente
   Muito Freqüentemente
   Sempre
2. O(a) meu(a) terapeuta e eu estamos de acordo acerca das coisas que são necessárias fazer em terapia para ajudar a melhorar a minha situação.

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

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

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

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

7. Acho confuso o que estou fazendo em terapia.

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

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

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

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

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

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

14. Os objetivos destas sessões são importantes para mim.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Versão Terapeuta

1. Sinto-me desconfortável com o(a) meu(a) cliente.

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

3. Tenho algumas preocupações acerca do resultado destas sessões.

4. O(a) meu(a) cliente e eu temos confiança na utilidade das nossas atividades em terapia.

5. Sinto que compreendo realmente o(a) meu(a) cliente.

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

7. O(a) meu(a) cliente acha confuso o que estamos fazendo em terapia.

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

9. Sinto a necessidade de explicar a finalidade das nossas sessões.

10. O(a) meu(a) cliente e eu discordamos acerca dos objetivos destas sessões.

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

12. Tenho dúvidas acerca daquilo que tentamos conseguir com a terapia.

13. Sou claro e explícito acerca das responsabilidades do(a) meu(a) cliente na terapia.

14. Os objetivos destas sessões são importantes para o(a) meu(a) cliente.

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

16. Sinto que aquilo que fazemos em terapia ajudará o(a) meu(a) cliente a atingir as mudanças que deseja.

17. Estou genuinamente preocupado com o bem-estar do(a) meu(a) cliente.

18. Sou claro acerca do que espero que o(a) meu(a) cliente faça nestas sessões.

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

20. Sinto que não sou totalmente honesto acerca daquilo que sinto em relação ao(à) meu(a) cliente.

21. Tenho confiança na minha capacidade de ajudar o(a) meu(a) cliente.

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

acordados.

23.Aprecio o(a) meu(a) cliente como pessoa.

24.Estamos de acordo acerca daquilo em que é importante o(a) meu(a) cliente trabalhar.

25.Como resultado destas sessões torna-se mais claro para o(a) meu(a) cliente como será possível ele(a) mudar.

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

27.O(a) meu(a) cliente e eu temos idéias diferentes acerca de quais são os seus problemas.

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

29.Sinto que o(a) meu(a) cliente tem medo de que se disser ou fizer algo errado, eu deixe de trabalhar com ele(a).

30.O(a) meu(a) cliente e eu colaboramos na definição dos objetivos destas sessões.

31.O(a) meu(a) cliente está frustrado(a) com as coisas que eu peço para ele(a) fazer em terapia.

32.Estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para o(a) meu(a) cliente.

33.As coisas que fazemos em terapia não fazem muito sentido para o(a) meu(a) cliente.

34.O(a) meu(a) cliente não sabe o que esperar como resultado da terapia.

35.O(a) meu(a) cliente acredita que o modo como estamos trabalhando com o seu problema é correto.

36.Eu respeito o(a) meu(a) cliente mesmo quando faz coisas que eu não aprovo.

Anexo 2 – Questionário Internet e Comportamento Adaptado

INSTRUÇÕES:
Por favor complete os campos abaixo.
Todos os campos devem estar completados, caso algum campo esteja em branco por favor complete-o.
Verifique as suas respostas pois no processo de importação dos dados algumas coisas foram perdidas.

Qual o seu nome?
Qual seu e-mail?
Rua número complemento
Cidade: Estado:
Cep:
Qual a sua data de nascimento?
Sexo: Masculino Feminino
Qual o seu estado civil?
Casado(a) Separado(a)
Solteiro(a) Outros
Viúvo(a)
Qual a sua escolaridade?
1º grau completo incompleto
2º grau completo incompleto
3º grau completo incompleto
Pós graduado completo incompleto
Qual a sua profissão?
Como você entrou em contato com a Internet?
Através de amigos Trabalho
Família Mídia (jornais, revistas, TV)
Outros - Quais?
Há quanto tempo você tem contato com a Internet?
menos de 6 meses entre 1 e dois anos
entre 6 meses e 1 ano mais de 2 anos
Você usa a Internet principalmente para fins:
Profissionais Pessoais Ambos
Numere de 1 a 2 os serviços que você usa na Internet (1 para os que você mais usa, 2 para os que você menos usa. Deixe em branco os serviços que você não usa)
WWW ICQ
Chat (IRC e outros) Newsgroups
Jogos on-line FTP
e-mail
Outros - Quais?

Quanto de seu tempo é despendido em média no uso da Internet:
Menos de 1 hora por semana de 20 a 30 horas por semana
de 1 a 5 horas por semana de 30 a 40 horas por semana
de 5 a 10 horas por semana de 40 a 50 horas por semana
de 10 a 20 horas por semana mais de 50 horas por semana

Com que freqüência média você acessa a Internet?
uma vez ao mês 5 vezes por semana

uma vez por semana
2 vezes por semana
3 vezes por semana
4 vezes por semana
6 vezes por semana
diariamente
mais de uma vez ao dia

Qual a sua principal forma de conexão a Internet

Linha telefônica convencional
Cabo
ADSL (speedy)
Outras formas rápidas de acesso

Descreva como é o ambiente no qual você usa o computador para acessar a Internet e avalie o quão privativo pode ser este ambiente.

Você possui computador próprio para acessar a Internet?

Sim Não

As pessoas com quem você se comunica regularmente na Internet são em sua maioria:
pessoas que você já conhecia fora da Internet
são pessoas que você conheceu na Internet

Marque, na ordem de 1 (mais importante) a 7 (menos importante), os fatores que você considera importantes no seu uso da Internet:
Anonimato
Segurança
Facilidade de uso e de acesso
Suporte social (ex: encontrar pessoas com as mesmas opiniões e gostos que você)
Satisfação Sexual (ex: obter acesso a conteúdos, ou pessoas que te satisfaçam sexualmente, ou que reflitam o seu gosto sexual)
Personalidade virtual (ex: Na Internet, ser uma pessoa com características, gostos e opiniões diferentes da que você é fora da Internet)
Reconhecimento e Poder (ex: Sendo um bom jogador de um jogo-online ou sendo um operador de um conhecido canal de chat ou conhecer recursos e ferramentas de programação e comunicação que a maioria dos usuários não conhecem, etc.)
Indique em quais áreas de uso a Internet influenciou a sua vida de uma maneira positiva?

Trabalho (ex: promoções, acesso a informação, novos contatos)
Financeira (ex: comprar produtos mais baratos)
Vida social (ex: conhecer novas pessoas, atividades recreacionais, sair)
Vida familiar (ex: Melhora no relacionamento com o parceiro(a), com as crianças, com os pais)
Outros - Quais?

Indique em quais áreas de uso a Internet influenciou a sua vida de uma maneira negativa?

Trabalho (ex: trabalho afetado, perda de compromissos, atrasos)
Financeira (ex: custo dos provedores de acesso, da conta telefônica)
Vida social (ex: deixar de conhecer novas pessoas, menos atividades recreacionais, não sair)
Vida familiar (ex: deterioração do relacionamento com o parceiro(a), com as crianças, com os pais)
Outros - Quais?

Marque as atividades que você deixou de fazer ou que você diminuiu em decorrência do uso da Internet:

Ler jornal
Assistir TV
Ler Livros
Outros - Quais?
Jogar Video-Game
Consultar Bibliotecas
Sair de casa

Anexo 3 – Questionário de História de Vida

Coloque com suas palavras a natureza de seus principais problemas e duração:

Faça um breve relato da história e desenvolvimento de suas queixas (do início até agora):

Indique os benefícios que espera da terapia:

Você faz uso diário de drogas? . Sim Não
Você já fez alguma tentativa de suicídio? . Sim Não
Você consome mais de duas doses de álcool diariamente? . Sim Não

2a Parte (opcional)
I - Informações Gerais
Com quem está vivendo atualmente? (Indique as pessoas)

Você mora em: casa, quarto, hotel, apartamento, etc?

Se casado, nome da esposa ou marido, idade e ocupação

Religião:
Infância:
Agora:.

Interesses atuais, hobbies e atividades:

Como ocupa a maior parte de seu tempo livre?

II - Dados ocupacionais
Que tipo de trabalho está fazendo agora?

Que tipos de emprego já teve?

Seu emprego atual o satisfaz? (Se "não", por que está insatisfeito?)

Ambições Passadas:
Ambições Presentes:

III - Informações Clínicas
Na escala abaixo, estime a severidade de seus principiais problemas (indique qual o problema ao lado da classificação)
Levemente Incômodo
Moderadamente severo
Muito severo
Extremamente severo
Totalmente Incapacitante
Está tomando algum remédio? Caso "sim", qual, quanto e com que resultados?

Marque os itens abaixo que se aplicam a você:
Cefaléia(dor de cabeça)

Tonturas
Palpitações
Perturbações emocionais
Perturbações Intestinais
Fadiga
Raiva
Pesadelos
Pânico
Tensão
Conflitos
Depressão
Idéias suicidas
Não relaxa
Problemas Sexuais
Não gosta de férias e finais de semana
Muito ambicioso
Não faz amigos
Sentimentos de inferioridade
Não consegue emprego
Problemas de memória
Problemas financeiros
Desmaios
Alcoolismo
Suor excessivo
Falta de apetite
Tremores
Solidão
Uso contínuo de aspirinas ou analgésicos
Usa drogas
Pessoa sem valor, Inútil, um ninguém
Vida vazia
Inadequado, estúpido
Incompetente
Ingênuo
Não faço nada certo
Culpado, mau, moralmente errado
Pensamentos horríveis hostis e cheios de ódio
Ansioso, agitado
Covarde
Inseguro
Agressivo
Feio, deformado, não atraente
Chato
Sem confiança
Cheio de lamentações
Valioso
Simpático
Inteligente
Atraente
Confiante

Considerado
Dificuldades de concentração
Incapaz de ter momentos agradáveis:
Más condições em casa
Não toma decisões
Tímido com as pessoas
Alergias
Insônia
Outros:

IV - Informações sobre a História de Vida
Local de Nascimento:
Condições da mãe durante a gravidez (até onde saiba) .

Marque os itens que se aplicam à sua infância:
Terrores noturnos
Molhar a cama
Sonambulismo
Chupar dedo
Roer as unhas
Gagueira
Medos
Criança infeliz
Criança feliz
Outros
Você foi saudável durante a infância? Sim Não
Indique doenças
Você foi saudável em sua adolescência? . Sim Não
Indique doenças
Qual seu peso Qual a sua altura?
Sofreu algum acidente? Caso sim descreva aqui:

Indique seus medos principais:.

Você já foi ameaçado ou severamente intimidado? Em caso afirmativo descreva

V - Informações sexuais
Orientação Sexual:
Heterossexual
Homossexual
Bissexual
Atitudes familiares quanto a sexo (Por exemplo, houve educação sexual ou discussão em casa?)

Quando e como obteve seu primeiro conhecimento sobre sexo?

Quando primeiro tomou consciência de seus impulsos sexuais?

Já sentiu-se ansioso ou culpado por causa de sexo ou masturbação? Caso "sim" explique

Qualquer detalhe relevante sobre a sua primeira relação sexual e posteriores

Sua vida sexual atual é satisfatória? Caso não, explique

Dê informações sobre qualquer relação homossexual (em caso de orientação heterossexual)

É inibido sexualmente de algum modo?

VI - História Menstrual
Idade da primeira menstruação.
Como você recebeu a primeira menstruação?
Sua menstruação é regulada? Sim Não Duração do ciclo: dias
Você tem dor? Sim Não
Seus ciclos afetam seu humor? Descreva:

VII - História conjugal
Quanto tempo "namorou" seu parceiro antes de morarem juntos?
Há quanto tempo estão juntos?
Como você define seu parceiro?

Em que áreas há incompatibilidades?

Como se relaciona com os parentes do seu parceiro? (inclusive irmãos e cunhados)

Tem filhos? Indique as idades e o sexo

Algum filho tem problema especial?

Algum detalhe importante sobre problemas na gravidez ou abortos?

Algum comentário sobre casamentos anteriores?

VIII - Dados Familiares
Pai
Se falecido, idade quando morreu e causa da morte:

Ocupação:
Saúde:
Descreva como seu pai é em relação à você (passado e atual)

Mãe
Se falecida, idade quando morreu e causa da morte:

Ocupação:
Saúde:
Descreva como sua mãe é em relação à você (passado e atual)

Irmãos:
Caso tenha irmãos e irmãs coloque seus nomes e idades:

Relacionamentos com os irmãos:
No passado

Atual

Quando criança era punido pelos pais? E atualmente? Descreva:

Descreva o ambiente da casa onde você cresceu. Mencione o estado de compatibilidade entre pais e filhos

Você confiava/confia em seus pais? Sim Não
Seus pais entendiam/entendem você? Sim Não
Você se sentia amado(a) e respeitado(a) por seus pais? Sim Não
Se você teve padrasto ou madrasta, dê a sua idade quando seu pai ou sua mãe se casou de novo?

Resuma a educação religiosa que recebeu:

Se você não foi criado por seus pais, quem o educou e qual era a sua idade?

Alguém (pais, parentes e amigos, etc) interferiu em seu namoro, casamento, profissão, etc.?

Quais foram as pessoas mais importantes de sua vida?

Algum membro de sua família sofre de alcoolismo, epilepsia ou alguma outra doença?

IX - Terapia
Indique situações que o deixam calmo ou relaxado

Acrescente qualquer informação não dada, que possa ajudar seu terapeuta a compreender você

Descreva uma fantasia muito agradável.

O que você considera como sendo suas idéias ou pensamentos mais irracionais?

Descreva qualquer relacionamento interpessoal que lhe dá:
alegria:.

pesar:
Que características pessoais você acha que o terapeuta ideal deve possuir?

Como você descreveria as interações do terapeuta ideal com seus clientes?

Em poucas palavras, do seu ponto de vista, o que é terapia?

X - Auto Percepção
Redija como você seria descrito:
Por você mesmo:

Pela(o) sua(seu) parceira (o)

Por seu melhor amigo

Por alguém que não gosta de você.

Anexo 4 - Questionário de Experiência Profissional

Quantos anos faz que você atua na área clínica? Descreva brevemente

Indique quais cursos você fez na área de psicologia clínica

Qual a sua abordagem teórica?

Você tem preferência para algum tipo de caso clínico? (grupo diagnóstico, tipos de problemática, faixa etaria etc)

Você já teve alguma experiência com atendimento via Internet?

Comentários:

Anexo 5 – Questionário Final

Responda a TODAS as questões abaixo e clique em ENVIAR (no fim da página).Lembrando que você só poderá responder este questionário uma única vez.

1.Como foi para você a questão da falta de contato face-a-face na terapia on line?

2.Você conseguiu compreender bem as mensagens que foram postadas na terapia?

3.Você conseguiu se expressar adequadamente em tuas mensagens postadas na terapia?

4.As dificuldades e problemas técnicos dos computadores, internet e do sistema atrapalharam o andamento da terapia?

5.Você ficou satisfeito com os resultados obtidos na terapia via internet?

6.Quais foram as suas impressões em relação ao Questionário de Avaliação que você respondeu no decorrer da terapia?

Anexo 6 – Termo de Consentimento Informado

Consentimento Informado

Sobre a pesquisa

Instituição: Esta pesquisa está sendo realizada pelo Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP) e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - COEP, na 6a/01 Sessão Ordinária, realizada em 07.08.2001, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96 (protocolo de pesquisa No 477, intitulado "Terapia *On Line* e Relação Terapêutica").

Pesquisadores Responsáveis: Oliver Zancul Prado (CRP 06/55700-1) e Sonia Beatriz Meyer (CRP 06/8869).

Objetivos: Os objetivos principais da pesquisa são verificar a possibilidade e a viabilidade de se realizar psicoterapia via Internet e avaliar a relação terapêutica.

Procedimentos: Serão utilizados questionários para coleta de informações sobre história de vida, uso de Internet e de avaliação da relação terapêutica. As comunicações entre terapeuta e cliente serão realizadas via um fórum eletrônico em um *web site*.

Sobre a participação na pesquisa

Terapeutas:

1. Psicólogos com pelo menos quatro anos de experiência clínica inscritos regularmente no Conselho Regional de Psicologia;
2. Possuir computador e plena conexão à Internet e conhecimentos no uso de ferramentas de comunicação e navegação;
3. Ter disponibilidade de participar do estudo durante quinze semanas a partir do início do processo terapêutico respondendo todas as mensagens enviadas pelos clientes (três clientes) no máximo em 48 horas;
4. Responder os questionários contidos no *web site* e enviados por correio no início da pesquisa e ao final da 3ª, 8ª e 14ª semana;
5. Utilizar apenas a ferramenta de comunicação apresentada para a comunicação na terapia salvo em situações onde não seja possível o acesso à Internet ou em casos de urgência;
6. Aceitar todos os termos contidos neste documento.

Clientes:

1. Indivíduos maiores de idade, que não estão sob algum outro tipo de tratamento psicológico ou psiquiátrico, não ter feito tentativas de suicídio, não fazer uso diário de drogas psicotrópicas, não consumir mais do que o equivalente a duas doses de álcool por dia;
2. Possuir computador e plena conexão à Internet e conhecimentos no uso de ferramentas de comunicação e navegação;
3. Ter disponibilidade de participar do estudo durante quinze semanas a partir do início do processo terapêutico enviando pelo menos uma mensagem por semana ao terapeuta;
4. Responder os questionários contidos no *web site* e enviados por correio no início da pesquisa e ao final da 3ª, 8ª e 14ª semana;
5. Utilizar apenas a ferramenta de comunicação apresentada para a comunicação na terapia salvo em situações onde não seja possível o acesso à Internet ou em casos de urgência;
6. Aceitar todos os termos contidos neste documento.

Participação voluntária: Todos os sujeitos participarão da pesquisa de forma voluntária sendo que esta não terá ganhos financeiros para nenhuma das partes. Tanto os terapeutas quanto os clientes podem cancelar sua concordância com o termo de consentimento da pesquisa em qualquer momento sem nenhum tipo de prejuízo. Entretanto só os clientes podem cancelar sua participação na pesquisa a qualquer momento (o terapeuta assume compromisso ético em atender os clientes durante o tempo combinado).

SOBRE O TRATAMENTO DAS INFORMAÇÕES

Dados de identificação e conteúdo das comunicações: Os dados de identificação dos sujeitos ficarão armazenados em papel ou em mídia digital (CD-ROM ou disco flexível) e no banco de dados da ferramenta de comunicação utilizada. O conteúdo das comunicações ficará armazenado no banco de dados da ferramenta de comunicação utilizada e em cópias de segurança em mídia digital.

Sigilo das informações e privacidade: O acesso à ferramenta de comunicação será feito via senha individual e a transmissão de dados será realizada através de protocolo de comunicação seguro (criptografado).

Divulgação dos resultados da pesquisa: A divulgação dos resultados e dados da pesquisa será feita em ambientes acadêmicos (de forma oral, impressa ou digital) e sempre mantendo ocultas as informações que possam levar à identificação dos sujeitos da pesquisa.

Os sujeitos que participarem da pesquisa como terapeutas serão citados como co-participantes da pesquisa porém os dados provenientes de sua participação não irão conter informações de identificação.

Os terapeutas poderão divulgar e publicar sua participação na pesquisa, desde que observem os critérios contidos neste documento, fazendo referência a esta pesquisa, comunicando os responsáveis pela pesquisa sobre a publicação e consultando sobre a possibilidade de colocá-los como co-autores do trabalho a ser publicado ou apresentado.

Sobre os riscos

1. Não existem garantias de que os resultados obtidos na terapia serão positivos para o cliente;
2. No caso de falhas nos sistemas dos computadores pessoais, provedores de acesso ou servidor *web* que possam vir a impossibilitar momentaneamente ou permanentemente a comunicação entre terapeuta e cliente, é indicado que se estabeleça contato via telefone com o terapeuta, cliente e pesquisador responsável;
3. Apesar de medidas de segurança estarem sendo utilizadas, o sistema utilizado não é totalmente imune à invasão de terceiros (*hackers*);
4. Em casos de crise que não possam ser resolvidas na terapia via Internet o pesquisador responsável irá indicar tratamento em instituições públicas ou filantrópicas próximas à localidade geográfica do cliente e sua participação na pesquisa poderá ser cancelada;
5. Acontecimentos locais podem influenciar o andamento da terapia sem o conhecimento da outra parte envolvida (um acidente pode acontecer na cidade de um, enquanto na cidade do outro nada aconteceu). Neste caso os sujeitos devem informar dos acontecimentos locais significativos na terapia;
6. Devido à falta de indicadores adicionais (tom de voz, expressão facial e outros), problemas de entendimento no que foi escrito e no que foi entendido podem ocorrer. Caso ocorram dúvidas quanto ao entendimento das mensagens o emissor deve ser contatado a fim de esclarecer o que foi escrito. Todas as formas de expressão via texto são encorajadas para um melhor entendimento do que foi escrito (usar texto em negrito, letras maiúsculas, *emoticons* etc..).

De acordo,

Oliver Zancul Prado_____

Nome do participante: _____

Assinatura:_____

Anexo 7 – Carta de Divulgação aos Terapeutas

Venho por meio desta convida-los a participar de minha pesquisa de mestrado em psicologia clínica pela USP sobre Terapia via Internet.

É necessário que os interessados tenham pelo menos 4 anos de experiência clínica e concordem com os termos de participação na pesquisa (atender utilizando o sistema adotado na pesquisa, atendimento mínimo durante 15 semanas e responder os questionários de avaliação, dentre outros critérios melhores descritos na página de inscrição.)

É uma excelente oportunidade de poder atender via Internet dentro dos critérios estabelecidos pelo Conselho Federal de Psicologia e Ministério da Saúde, sendo que o material resultante da comunicação entre o terapeuta e cliente poderá ser utilizado pelo terapeuta para publicações futuras.

Não existem critérios quanto à abordagem teórica do terapeuta, sendo que todas as abordagens teóricas que não firam o código de ética do psicólogo são permitidas.

Os interessados podem obter mais informações no site: http://www.netpesquisa.com e todas as dúvidas ou esclarecimentos devem ser enviadas diretamente para ozp@psico.net

Muito Obrigado!

Oliver Zancul Prado
Aluno de Mestrado do Programa de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP
Membro da Comissão Nacional de Psicologia e Informática do Conselho Federal de Psicologia

Anexo 8 – Boletim da Agência de Notícias da USP

São Paulo, 9 de outubro de 2001 n.836/01.

Método inovador de transplante dispensa doador

Equipe do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto conseguiu realizar com sucesso um transplante de medula óssea que dispensa doadores. O método consiste no tratamento do material sangüíneo do próprio doente

Instituto de Física faz seminário sobre avaliação educacional

Na Esalq, III Simpósio sobre Agricultura de Precisão

Instituto de Psicologia procura interessados em participar de um programa de Terapia Online

---

Destaques

Novo método de transplante de medula dispensa doadores

Uma nova técnica de transplante de medula óssea, que consiste no tratamento do material sangüíneo do próprio doente dispensando doadores, foi utilizada no Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto (FMRP) no último dia 28 de setembro. O método, desenvolvido pela equipe do professor Júlio Voltarelli, será utilizado em casos graves de doenças reumáticas auto imunes que não respondem às terapias convencionais.

A cirurgia foi realizada em um portador de Lupus Eritematoso Sistêmico (LES). Foram retiradas e guardadas células da medula óssea mobilizadas para o sangue do doente, enquanto era submetido a tratamento com drogas quimioterápicas e imunoterápicas para combater a doença. Após o tratamento, o material sangüíneo é transfundido de novo para o paciente. O professor Voltarelli explica que a equipe ainda não está realizando o tratamento "in vitro" da medula do paciente, técnica que elimina os linfócitos agressores do sangue em laboratório, porque os kits e equipamentos ainda não chegaram ao HC.

O paciente apresenta evolução clínica normal, mas deverá passar por um período de 15 dias de imunossupressão (falta de imunidade). Após este período, dependendo do quadro geral, poderá até ter alta hospitalar. Voltarelli ressalta que o êxito do transplante e da terapia poderá ser verificado com mais exatidão no prazo de um ano.

O professor lembra que 10% dos pacientes de doenças reumáticas autoimunes no HC morrem a cada ano. Ele acredita que os transplantes podem minimizar esse quadro e aponta que os resultados obtidos com a terapia mostram que as doenças podem ser estabilizadas ou mesmo curadas. "Normalmente, o Brasil está 10 ou 20 anos atrás do primeiro mundo neste tipo de tratamento, mas desta vez estamos começando juntos e com um trabalho ajustado ao perfil e à necessidade dos pacientes brasileiros", afirma.

Com o transplante, o Setor de Imunologia Clínica da FMRP inicia uma nova linha de estudos com o apoio do Centro de Terapia Celular do Hemocentro de Ribeirão Preto e financiamento da Fapesp. Também participa a Unidade de Transplante de Medula Óssea, que funciona desde 1992, atendendo doenças neoplásicas e hematológicas. A Unidade está se especializando em doenças auto imunes, como Lúpus Eritematoso Sistêmico, Esclerose Múltipla, Esclerodermia, Artrite Reumatóide e Vasculites, entre outras.

Mais informações: jcvoltar@usp.br **, com o professor Júlio Voltarelli**

Cursos, Seminários & Palestras

Avaliação Educacional

O Instituto de Física realiza hoje (9) o seminário *Aspectos da história da avaliação: buscando significados para as nossas práticas avaliativas*, que será apresentado pelo professor da Faculdade de Educação da Unicamp, Dirceu da Silva. O evento abordará os aspectos principais da História da Avaliação Educacional, sobretudo aqueles presentes no "RatioStudiorum", manual de procedimentos dos jesuítas, que estabeleceu os padrões para aferir e medir o aproveitamento dos alunos. Também serão abordadas as tendências atuais e recomendações de autores e pesquisadores da atualidade para a superação do quadro de práticas das medidas pontuais. O seminário é gratuito e a previsão de início é para as 16 horas, no Auditório Adma Jafet (IF/USP)
Mais informações: (0XX11) 3818-7190

Agricultura de precisão

Até o dia 16 de outubro é possível se inscrever no *III Simpósio sobre Agricultura de Precisão* promovido pela Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz (ESALQ) da USP de Piracicaba. O evento, que vai de 16 a 18 de outubro, terá palestras, debates, visitas a estandes e sessões-poster. A taxa é de R$ 200,00. As inscrições devem ser feitas pelo site http://www.ciagri.usp.br/~ap . A ESALQ fica na Av. Pádua Dias, 11, Piracicaba, São Paulo.
Mais informações: (0XX19) 3429-4165 ou 433-0934 ou ainda pelo endereço http://www.ciagri.usp.br/~ap .

Quadro de Avisos

Tratamento Psicológico On-line

O Instituto de Psicologia (IP) da USP está convidando interessados em participar de uma

pesquisa on-line. Trata-se de um estudo promovido On-line pelo Programa de Psicologia Clínica do IP, de acordo com os critérios do Conselho Federal de Psicologia e do Ministério da Saúde, que realizará terapia psicológica pela internet. Os interessados devem ter idade mínima de 18 anos, não estarem recebendo nenhum outro tratamento psicológico e pleno acesso e conhecimento no uso da internet. A terapia terá duração de 15 semanas e será feita via um site com acesso restrito por senha. Para mais informações, visite o endereço http://netpesquisa.com/
Mais informações: (0XX16) 270-6953 ou e-mail: ozp@psiconet

Como mora o brasileiro hoje?

É o que pretende descobrir uma pesquisa do Núcleo de Estudos sobre Habitação e Modos de Vida, ligado ao Departamento de Arquitetura e Urbanismo da Escola de Engenharia da USP de São Carlos. O Núcleo, via internet, tem o objetivo de mapear como a população, com acesso à rede, está utilizando seu espaço doméstico. A e-pesquisa ficará on-line até o dia 31 de outubro. O endereço da pesquisa é http://www.eesc.sc.usp.br/nomads **.**
Mais informações: (0XX16) 273-9302 ou e-mail
file://Agencia%207/rede/Site/bols/1998_2001/nomads@sc.usp.br.

Teses e Dissertações

Escola de Engenharia de São Carlos

Doutorado
- *Análise não-linear de estruturas tridimensionais de edifícios de andares múltiplos com núcleos resistentes, considerando a rigidez transversal à flexão das lajes*. Carlos Humberto Martins. Dia 17 de outubro, às 8h30.

Mestrado
- *O uso da internet como ferramenta de apoio ao processo de ensino-aprendizagem da engenharia de transportes*. Laura Salime Hage de Souza. Dia 11 de outubro, às 9h30.
Mais informações: (0XX16) 273-9235

Faculdade de Direito

Mestrado
- *A Norma Ética Profissional e seus Limites*. Marco Aurélio Marin. Dia 17 de outubro, às 14 horas.
Mais informações: (0XX11) 3111-4004

Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas

Mestrado
- *A coletividade na Ilíada*. Alfredo Julien. Dia 16 de outubro, às 9h30.
- *Personagem, linguagem e construção: projeções do espaço em memorial do convento*. Ana Lúcia Moura de Oliveira. Dia 16 de outubro, às 10 horas.
- *A mortalidade infantil e as práticas sanitárias na cidade de São Paulo*. Florentina Alves. Dia 16 de outubro, às 14h30.
Mais informações: (0XX11) 38184626

Instituto de Física

Mestrado
- *Espectroscopia por ressonância magnética nuclear localizada: projeto e implementação*. Lionel Fernel Gamarra Contreras. Dia 11 de outubro, às 14 horas.

- *Estudo de emissão H-Alfa do átomo de hidrogêni no Tokamak TCABR.* Omar Cipriano Usuriaga Najera. Dia 10 de outubro, às 14h20.
Mais informações: (0XX11) 3818-6901

Instituto de Ciências Matemáticas e da Computação de São Carlos

Doutorado
- *Statecharts estocásticos e queuing statecharts: novas abordagens para avaliação de desempenho baseadas em especificação statecharts*. Carlos Renato Lisboa Francês. Dia 15 de outubro, às 14h30.

Mestrado
- *Projeto de uma rede neural usada no reconhecimento de gestos por robôs móveis utilizando-se computação reconfigurável*. Denis Fernado Wolf. Dia 17 de outubro, às 10 horas.
- *Projeto de um circuito controlador de rede com tolerância a falhas baseado em computação reconfigurável*. Alexsandro Santos Soares. Dia 22 de outubro, às 9 horas.
Mais informações: (0XX16) 273-9711

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Doutorado
- *Estudos Clínicos e Moleculares em Acondroplasia, Hipocondroplasia e Nanismo Tanafórico*. Marcelo Pereira. Dia 10 de outubro, às 14 horas.
- *Abordagens para Construção de Mapas Físico, Transcricional e Sequenciamento em Leishmania*. Jerônimo da Conceição Ruiz. Dia 18 de outubro, às 13 horas.

Mestrado
- *Classificação e Características das Cefaléias em Pacientes com Insuficiência Renal Crônica em Regime de Hemodiálise*. Ana Luisa de Lima Antoniazzi. Dia 10 de outubro, às 9 horas.
- *Participação do Óxido Nítrico na Liberação de Vasopressina Durante o Choque Séptico Experimental.* Alexandre Giusti Paiva. Dia 10 de outubro, às 8 horas.
- *Polimorfismo Genético-Bioquímico em Cervos-do-Pantanal, Blastocerus dichotomus (Illiger, 1811) (Mammalia, Cervidae) da Bacia do Rio Paraná.* Eddy José Francisco de Oliveira. Dia 17 de outubro, às 9 horas.
Mais informações: (0XX16) 602-3379

Agência USP de Notícias - Divisão de Informação, Documentação e Serviços Online
Av. Prof. Luciano Gualberto, Travessa J, nº 374, conj. 244, São Paulo - SP.
Tel.(0xx11) 3818-4411/3818-4691 - Fax: (0xx11) 3818-4476/3818-4689
Home Page: http://www.usp.br/agenciausp
E-mail: agenusp@edu.usp.br
Diretora da Divisão: Marcia Furtado Avanza (Mtb 11.552) mfrsouza@usp.br
Diretor da Agência: Antonio Carlos Quinto (Mtb 15.949) acquinto@usp.br
Repórteres: André Chaves de Melo andrecms@usp.br, Roger Pascoal rpascoal@usp.br e Valéria Dias valdias@usp.br
Estagiários: Álvaro Magalhães, Cauê Muraro caueagen@usp.br, Júlio Bernardes, Marcelo Gutierres msg@usp.br e Tatiana Martins Peñuela tpenuela@usp.br

Anexo 9 – Instruções para *login* no Sistema

Olá estamos enviando este e-mail pois já processamos os formulários de inscrição de todos os participantes da pesquisa. Como já falamos anteriormente devido a um número de inscrições muito superior ao esperado, nós nos deparamos com uma dificuldade em processar estes dados.

Nós criamos um banco de dados onde cada participante poderá rever e atualizar os dados de sua inscrição. Isto facilitará a correção de dados que estão faltando (alguns participantes enviaram e-mail corrigindo alguns dados dos formulários e nem todos os participantes preencheram todos os dados necessários).

No processo de criação deste banco de dados, infelizmente algumas respostas não foram recuperadas, como por exemplo quando o participante escreveu uma frase dentro de um campo de resposta e apertou "ENTER" pulando para outra linha para continuar a responder, neste caso as linhas subseqüentes não foram recuperadas.

Não se preocupe pois em nenhum momento o sigilo das informações foi comprometido, apenas não conseguimos inserir alguns dados no banco de dados.

Estes problemas muitas vezes fazem parte do processo de pesquisa, bem como a espera para iniciar o atendimento. Todavia via Internet estamos acostumados com as coisas acontecendo de forma muito mais rápida e contando com isso, estamos investindo todos nossos esforços para resolver os problemas o quanto antes e então dar continuidade às atividades.

Todos os participantes da pesquisa estão recebendo este e-mail e devem seguir as instruções abaixo. (independente de já ter recebido ou não a correspondência por correio)

1- Entrar no site: www.netpesquisa.com/tol
2- Clicar em "Meus Recursos"
3- Inserir as informações de Login:

Login: Coloque o seu endereço de e-mail
Senha: Coloque a palavra XXXXX

4 - Clicar em Preferências
5 - Mudar a senha para uma de sua preferência
6 - Inserir as outras informações (é opcional inserir foto, ICQ e homepage)
7 - Clicar em Informações Adicionais
8 - Escolher o formulário apropriado: cliente ou terapeuta
9 - Aqui irá aparecer o mesmo formulário de inscrição que você já preencheu. Ele estará com as suas respostas e você deve apenas checar ou complementar o que estiver faltando.
10 - Clique em enviar.

Caso ocorra qualquer tipo de problema neste processo por favor nos envie um e-mail relatando o ocorrido.

Este processo pode ser feito a qualquer momento.

Assim que você rever seu formulário e clicar em enviar, nós iremos checar para ver se pelo menos os dados de endereço estão completos e então iremos enviar a correspondência para ser assinada e devolvida via correio.

Nós não sabemos quantas pessoas vão completar estes passos e em conseqüência disso não podemos estimar se todos que completarem as inscrições serão atendidos na pesquisa. Isto vai depender de quantos terapeutas estarão também participando da pesquisa.
As inscrições para terapeutas continuam abertas e iremos intensificar a divulgação para os terapeutas caso existam clientes sem atendimento.

Se mesmo assim tivermos um número superior de clientes então o critério principal para a escolha dos que serão atendidos será a ordem de chegada das inscrições.

Novamente pedimos desculpas pelo imprevisto causado e nos colocamos a disposição para esclarecer qualquer dúvida.

Abraços

Oliver Zancul Prado

Anexo 10 – Instruções para a Terapia (Clientes)

Olá XXXX!
Você já pode iniciar a terapia. Sua terapeuta se chama XXXXX.
A Sala para realizar a terapia é a Sala-XX.

Para entrar no sistema faça o seguinte:

entre em: www.netpesquisa.com/tol
Clique em Meus Recursos
Insira as informações para login:

Login: seu e-mail
Senha: XXXXXX (mude a senha depois)

Se voltar a página inicial, então clique novamente em Meus Recursos.
Clique em Preferências
Preencha os campos (verifique os campos que já estão preenchidos)
Clique em informações adicionais e verifique o formulário de inscrição corrigindo o que falta. (vc deve fazer isto pois no processo de importação dos dados, algumas coisas ficaram erradas). Esta parte você pode fazer aos poucos. Você pode ir validando os campos parte a parte.

Depois clique em Área de Trabalho.
Clique em Sala-XX
Clique em Terapia Sala-XX
A Terapia Sala-XX é um forum onde será realizada a terapia. Toda a comunicação com a sua terapeuta deve ser feita aqui. Envie e-mail ou telefone apenas se você ocorrer algum problema que impeça você de entrar no sistema.

A partir da sua primeira mensagem na sala, todas as suas dúvidas devem ser tiradas diretamente com a sua terapeuta.

As pessoas que estão inscritas na Sala-XX são: Administrador do Sistema (Oliver), você e a sua terapeuta.
Apesar de eu estar dentro da sala, não irei acompanhar o conteúdo das discussões.

A terapia terá 15 semanas de duração e você receberá um aviso no fórum em 3 ocasiões para responder um questionário de avaliação.

Caso você tenha alguma dúvida ou problema para entrar no sistema entre em contado comigo por e-mail ou fone: 16 270 6953 ou 16 9786 3670

Estamos aguardando!
Abraços

Oliver

Anexo 11 – Instruções para a Terapia (Terapeutas)

Olá XXXX!
Você já pode iniciar a terapia.
A Sala para realizar a terapia é a Sala-XX.

Para entrar no sistema faça o seguinte:

entre em: www.netpesquisa.com/tol
Clique em Meus Recursos
Insira as informações para login:

Login: seu e-mail
Senha: password (mude a senha depois)

Depois clique em Área de Trabalho.
Clique em Sala-XX
Clique em Terapia Sala-XX

Instruções para o Terapeuta:

1- A terapia terá duração de 15 semanas e apenas o fórum deve ser usado para a terapia.

2- O Cliente deve postar uma mensagem por semana e o terapeuta deve responder as mensagens em até 48 horas em média. Se o cliente enviar muitas mensagens (todos os dias) o terapeuta pode dizer que irá responder apenas entre 2 ou 3 vezes por semana (de acordo com a disponibilidade).

3- Você poderá ver o questionário de anamnese do cliente clicando em: Membros da Sala / "Nome do Cliente" e depois em Informações Adicionais. Por favor leia o questionário de anamnese do cliente para economizar tempo em coleta de dados.

4- Durante o decorrer do processo, um questionário deverá ser respondido 3 vezes por terapeuta e cliente. As respostas deverão ocorrer por volta da 5, 10 e 15 semana de terapia. Um link para o questionário será colocado no fórum pelo administrador do sistema na época das respostas. Caso você tenha algum problema em responder o questionário entre em contato. É muito importante que ambos respondam o questionário pois ele é a principal forma de analise desta pesquisa.

5- Se o cliente não postar mensagems durante uma semana isto é interpretado como uma falta na sessão e deve ser tratada como tal pelo terapeuta. Recomenda-se enviar um e-mail ao cliente se ele não postar durante 2 semanas (por conta da possibilidade deste não conseguir acesso ao sistema). O e-mail seria um equivalente ao telefonema, sendo que todos os assuntos da terapia devem ficar dentro do forum. Se o cliente não postar mensagems por 3 semanas peço que envie um e-mail ao administrador para que a sala seja desativada. Caso queira podemos criar outra sala com outro cliente.

6- Se o cliente tiver dificuldades em operar o sistema, o terapeuta deve tentar sanar as dificuldades diretamente com o cliente e se não conseguir, então pedir auxílio ao adminstrador.

Problemas mais comuns:

Após inserir o login e senha nada acontece (não apareceu nenhuma mensagem de erro): Isto é um bug do sistema com algumas versoes de navegadores, apenas clique novamente que você já esta logado no sistema.

Quando clica em alguma coisa aparece erro 404 (página não pode ser exibida): por razões desconhecidas isto acontece quando fica-se por algum tempo sem mexer ou clicar em nada (normalmente quando se esta lendo ou escrevendo as mensagens). Este problema ocorre apenas com algumas pessoas e apenas clicando novamente a página é exibida. Se isto acontecer com você, é recomendado que para escrever sua mensagem no forum, você escreva antes no Word ou outro editor de texto e então copie a mensagem (control+c) e cole (control+v) no forum. Desta forma se der este problema você não perderá o seu texto. Não se esqueça de fechar o editor de textos sem salvar sua mensagem, pois ela ficará armazenada no sistema e não ha necessidade de guardar cópias em seu computador, por medida de segurança.

Quando se clica em alguns lugares aparece uma mensagem: "Você quer que sejam exibidos os ítens não seguros?" Isto ocorre pois algumas imagens (como ícone do ICQ por exemplo) são provenientes de outros sites externos ao sistema e portanto fora do protocolo seguro. Pode responder "Sim" que isto não significa nenhum problema de segurança.

7- Esta disponivel uma sala para os terapeutas discutirem sobre o atendimento e a participação é opcional. Se você quizer me envie um e-mail para participar.

Anexo 12 – Mensagem Padrão para responder o WAI

Olá, conforme descrito no termo de consentimento da pesquisa. Periodicamente cliente e terapeuta devem responder um questionário de avaliação da terapia.

Para responder clique neste link:<A HREF="https://xxxxxxx/pesquisatol/wai/id.htm">CLIQUE AQUI</A>

Para responder coloque o seu login e senha e responda a todas as perguntas.

O questionário deve ser respondido o mais breve possivel.

Qualquer problema ou dúvida entre em contato comigo: pesquisa@psico.net

Anexo 13 – Mensagem Padrão para responder o Questionário Final e Aviso do Final da Terapia

Olá, conforme descrito no termo de concentimento da pesquisa a terapia tem duração de 15 semanas. Nós contamos as semanas que o cliente entra no sistema e já chegamos ao final. Se ambos concordarem poderei desativar a sala na proxima semana ou posso deixar ainda mais uma semana caso vocês necessitem de mais tempo para finalizar qualquer questão pendente. Peço ao terapeuta que me comunique via e-mail se irá necessitar de mais uma semana ou não

PS: Isto é apenas uma mensagem, a sala e o fórum continuam abertos até cliente e terapeuta concordarem em finalizar.

Nós criamos também um pequeno questionário com 6 perguntas abertas para os participantes relatarem suas opiniões a respeito de todo o processo. Este questionário foi criado no decorrer da pesquisa baseado em comentários informais de alguns participantes.

Para responder clique neste link:<A HREF="https://xxxxxx/pesquisatol/wai/aval/id.htm ">CLIQUE AQUI</A>

Anexo 14 – Documento de Aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-COEP
Av. Dr. Arnaldo, 715 - Cerqueira César
São Paulo-SP - CEP: 01246-904
Telefone: (0xx11) 3066-7779 - e-mail: mdgracas@usp.br

Of.COEP/128/01

08 de agosto de 2001

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-COEP, **analisou e aprovou**, em sua 6.ª/01, Sessão Ordinária, realizada em 07.08.01, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96, o Protocolo de Pesquisa n.º 477, intitulado: "**TERAPIA *ON LINE*** E RELAÇÃO TERAPÊUTICA", apresentado pelo pesquisador Oliver Zancul Prado.

Atenciosamente,

Paulo Antonio de Carvalho Fortes
Professor Associado
Vice-Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP