

1

Intervenções baseadas na internet: *estado da arte*

Gerhard Andersson

O corpo de evidências para psicoterapias baseadas na internet está crescendo. Neste capítulo, descrevo como funcionam as avaliações psicológicas e os procedimentos de tratamento por meio da internet e forneço uma revisão atualizada das evidências a eles relacionadas. Intervenções via internet apoiadas por terapeutas, principalmente as derivadas de protocolos de tratamento por terapia cognitivo-comportamental (TCC), foram desenvolvidas e testadas para muitos problemas e diagnósticos em um grande número de ensaios controlados e também para uma gama de problemas e doenças psiquiátricas e somáticas. Existem indicações claras de que as intervenções via internet podem ser tão eficazes quanto as terapias face a face, pois elas produzem efeitos de longo prazo, comprovados por meio de ensaios de eficácia, e funcionam em serviços regulares de saúde.

CONTEXTO

O desenvolvimento da tecnologia da informação tem tido um impacto na gestão clínica dos problemas de saúde mental nos últimos 30 anos. Há muitos estudos e implementações clínicas de intervenções apoiadas pela tecnologia, principalmente na forma de tratamentos psicológicos baseados na internet, que foram desenvolvidos e testados durante um período de tempo que se estende por mais de 20 anos (Andersson & Berger, 2021). Este capítulo descreverá esta evolução.

Intervenções psicológicas baseadas na internet têm um contexto histórico. Em primeiro lugar, existem tratamentos baseados em texto com o nome de biblioterapia (Watkins & Clum, 2008). Vários ensaios controlados de biblioterapia têm sido realizados para uma série de problemas, mostrando que livros de autoajuda baseados na TCC podem ser eficazes (Kupshik & Fisher, 1999), principalmente quando apoiados por profissionais da saúde. Em segundo lugar, há literatura e estudos sobre tratamentos psicológicos baseados no telefone (Boschen & Casey, 2008; Mohr et al., 2005). Como terceiro contexto, existem algumas pesquisas, embora ainda limitadas, sobre TCC oferecida por meio de vídeo (Rees & Maclaine, 2015). Além disso, pouco antes do advento da internet, foram realizados estudos com CD-ROM e foram apresentados tratamentos computadorizados com TCC em computadores autônomos (Marks, Cavanagh, & Gega, 2007).

A propagação da internet na década de 1990 teve um impacto mais ou menos imediato em vários aspectos da psicoterapia. Por exemplo, começou a procura de ajuda *on-line*, e existe também uma literatura sobre a qualidade dessa informação *on-line* que é relevante para a oferta de tratamentos psicológicos (Khazaal, Fernandez, Cochand, Reboh, & Zullino, 2008). Na verdade, houve iniciativas para apoiar os clientes na busca de intervenções na internet baseadas em evidências (Christensen et al., 2010), mas isso foi difícil de manter, na medida em que o campo se move rapidamente e as diretrizes internacionais incorporam cada vez mais intervenções na internet entre suas recomendações (Socialstyrelsen, 2017).

Outra forma de utilizar a internet, que começou há mais de 20 anos, foi a realização de grupos de apoio *on-line* e, mais recentemente, nas redes sociais (p. ex., Facebook e Twitter). Estas têm um impacto importante na procura de ajuda, no aconselhamento sobre opções de tratamento e, potencialmente, no apoio (Andersson, 2015). Os terapeutas devem considerar a possibilidade de perguntar aos seus clientes sobre o uso de redes sociais e grupos de apoio *on-line*, uma vez que há evidências limitadas de seus benefícios e também possibilidades de efeitos negativos (Hoybye et al., 2010). Agora o cenário mudou, e comunidades fechadas nas redes sociais são mais usadas (Giustini, Ali, Fraser, & Kamel Boulos, 2018).

Neste capítulo, concentro-me em tratamentos psicológicos via internet e sua aplicação em problemas de saúde mental. A seguir, será apresentada uma visão geral da área de psicoterapias baseadas na internet, incluindo o papel do terapeuta que realiza a intervenção. Por fim, comentarei sobre pesquisas que estão em andamento e possíveis orientações futuras.

AS INTERVENÇÕES VIA INTERNET DE A A Z

Esta seção abarca os fundamentos de como uma plataforma de tratamento pode ser organizada, como as avaliações são feitas dentro de um sistema, quais são os diferentes conteúdos de tratamento, incluindo orientações teóricas, e qual é o papel do terapeuta de apoio.

Plataforma de tratamento

Apesar de haver muitas pesquisas, não existem muitas descrições detalhadas de plataformas nas quais o material de tratamento é apresentado e a comunicação é oferecida aos clientes. Um dos primeiros trabalhos a esse respeito centrou-se em considerações sobre segurança (Bennett, Bennett, & Griffiths, 2010) e, mais recentemente, foi descrito um sistema alocado na Suécia (Vlaescu, Alasjö, Miloff, Carlbring, & Andersson, 2016). Há cada vez mais trabalhos sobre como o *design* do sistema pode ser estruturado pela teoria comportamental (Ritterband, Thorndike, Cox, Kovatchev, & Gonder-Frederick, 2009), sobre como impulsionar o engajamento (Yardley et al., 2016), sobre captação (van Gemert-Pijnen et al., 2011) e sobre o papel dos recursos de *design* (Radomski et al., 2019).

Plataformas contemporâneas de tratamento via internet são muitas vezes capazes de apresentar arquivos de vídeo e áudio, e também podem suportar bate-papo com texto e vídeo (Topooco et al., 2018). A segurança é um aspecto crucial em geral, mas principalmente quando se trata da interação entre cliente e terapeuta via bate-papo com texto ou vídeo, quando informações sensíveis são tratadas por meio de texto. As páginas *web* abertas, utilizadas para informação sem qualquer interação com os pacientes, não exigem medidas de segurança, mas o tratamento e a comunicação tornam necessárias soluções seguras. Os procedimentos de *login* tendem a assemelhar-se ao acesso a uma conta bancária pela internet (p. ex., quando as contas são pagas *on-line*), e incluem a criptografia de todo o tráfego de dados. Existem regulamentos rigorosos em muitos países, e muitas vezes não é suficiente acessar um sistema com uma única senha. Em vez disso, os sistemas são criptografados e usam um procedimento de dupla autenticação no *login* ou identificação por meio de um aplicativo em um *smartphone* (p. ex., acesso a uma conta de banco). Certos países e alguns estados dos Estados Unidos exigem que o servidor seja local e não em outro país. As pessoas que acessam a internet têm de ser capazes de acessar o sistema independentemente do dispositivo utilizado e devem, por exemplo, ser capazes de usar computadores, *smartphones* e *tablets* de forma integrada (Vlaescu et al., 2016). As plataformas de tratamento contemporâneas podem ter essa função e responder automaticamente ao modo de apresentação (Vlaescu et al., 2016). Isso não é a mesma coisa que um aplicativo de *smartphone* (*app*) que requer instalação diretamente no telefone. Há também um uso crescente de sensores e outros aplicativos como partes de plataformas de tratamento (Mohr, Zhang, & Schueller, 2017). Além disso, a transferência segura de dados para os sistemas de arquivos clínicos e os registros de garantia da qualidade fazem cada vez mais parte dos cuidados regulares em saúde (Kruse, Smith, Vanderlinden, & Nealand, 2017). As intervenções baseadas na internet são cada vez mais introduzidas nos serviços de saúde, mas a divulgação depende do acesso a plataformas de tratamento robustas (p. ex., na Suécia, existe uma plataforma nacional de serviços

de saúde que pode ser utilizada em todas as regiões do país denominada SOB, do sueco *stöd och behandling* – suporte e tratamento).

Avaliações

Uma parte crucial do tratamento via internet é a avaliação baseada na internet/computadorizada. A avaliação na internet pode assumir várias formas e surgiu juntamente com as terapias via internet, há mais de 20 anos (Buchanan, 2002). Basicamente, toda pesquisa via internet, incluindo as implementações clínicas, utiliza questionários e outras formas de avaliação validadas *on-line*. Há também estudos epidemiológicos baseados na internet e experimentos psicológicos *on-line* (Birnbaum, 2000). Existem amplas evidências de que as propriedades psicométricas e as características de questionários permanecem estáveis ao serem transferidos para o formato *on-line* e de que esse formato também tem vantagens, como a redução das possibilidades de ignorar itens (van Ballegooijen, Riper, Cuijpers, van Oppen, & Smit, 2016). Embora não seja muito comum, também é possível utilizar procedimentos escalonados com perguntas de avaliação que levam a outras perguntas. Os procedimentos de avaliação *on-line* estão cada vez mais incorporados na prática clínica (Zimmerman & Martinez, 2012). No que diz respeito aos procedimentos de diagnóstico, é importante notar que os questionários de autorrelato não podem substituir as entrevistas de diagnóstico (Eaton, Neufeld, Chen, & Cai, 2000), mas cada vez mais consultas por vídeo são realizadas e têm o benefício de não exigir que o cliente compareça a uma clínica (Chakrabarti, 2015).

Conteúdo do tratamento

O conteúdo do tratamento em psicoterapias baseadas na internet varia muito de acordo com os transtornos, quadros clínicos e grupos de pesquisa. A maioria dos programas de tratamento é derivado de materiais de autoajuda, baseados em textos adaptados para apresentação *on-line*. Um típico programa de TCC baseada na internet pode conter até 150 páginas de texto divididas em módulos. Arquivos de vídeo e áudio também podem ser incluídos, bem como recursos interativos, palestras *on-line*, com apresentação de *slides*, juntamente com um apresentador, para ilustração de técnicas. Programas de TCC baseada na internet muitas vezes incluem tarefas de casa e outras atividades a serem realizadas na vida real. Elas são descritas na plataforma de tratamento e, para alguns problemas, como insônia, diários podem ser usados e índices podem ser calculados na plataforma (p. ex., eficiência do sono). Os programas tendem a seguir psicoterapias presenciais em termos de duração, mas às vezes podem ser mais curtos. Um tratamento típico para a ansiedade pode, por exemplo, durar dez semanas, mas há vários exemplos de tratamentos mais longos e mais curtos (Andersson, 2015). Está além do escopo deste capítulo descrever até mesmo uma fração de todos os tratamentos baseados em evidências da TCC baseada na internet em detalhes. No entanto, existem programas para condições psiquiátricas mais comuns, avaliações transdiagnósticas e programas personalizados que podem ser adequados para ansiedade e transtornos do humor. Há também um número crescente de programas para problemas psicológicos, como a solidão e o perfeccionismo, que são muitas vezes comorbidades de problemas psiquiátricos. Além desse escopo, existem muitos programas

de TCC baseada na internet para problemas somáticos, incluindo transtornos mentais comuns (TMC), como dor crônica e zumbido (Andersson, 2016).

Enquanto a maioria dos tratamentos via internet é derivado de protocolos de tratamento por TCC, deve-se mencionar que existem programas baseados na psicoterapia psicodinâmica (Johansson, Frederick, & Andersson, 2013), na psicoterapia interpessoal (Donker et al., 2013) e também em certos métodos e técnicas, como *mindfulness* (Sevilla-Llewellyn-Jones, Santesteban-Echarri, Pryor, McGorry, & Alvarez-Jimenez, 2018), relaxamento aplicado (Stefanopoulou, Lewis, Taylor, Broscombe, & Larkin, 2019) e atividade física (Nyström et al., 2017). Dentro do guarda-chuva da TCC também existem programas baseados em terapia de aceitação e compromisso (Brown, Glendenning, Hoon, & John, 2016).

Outro aspecto que é exclusivamente adequado à TCC baseada na internet são as possibilidades de traduzir e adaptar culturalmente tratamentos (Salamanca-Sanabria, Richards, & Timulak, 2019) de forma muito mais rápida do que geralmente é feito em pesquisas tradicionais. Isso pode ser feito sob a forma de estudos com a colaboração de pesquisadores de diversos países, usando diferentes versões do mesmo programa de tratamento (mas em diferentes línguas) ou fornecendo tratamento dentro de países para indivíduos que preferem sua língua nativa ou podem nem mesmo conhecer a língua do país onde residem. Devido à migração e ao acesso limitado a intérpretes na psicoterapia presencial, isso abriu novas possibilidades.

Suporte e combinação

A psicoterapia via internet frequentemente envolve terapeutas. A contribuição do profissional pode variar, desde sua ausência em tratamentos totalmente autoguiados, sem procedimentos diagnósticos ou entrevistas, e sem suporte. Em contrapartida, há interações com vídeo em tempo real e até mesmo tratamentos combinados, nos quais as sessões clínicas presenciais são misturadas com programas de tratamento *on-line* (Erbe, Eichert, Riper, & Ebert, 2017). A maioria das pesquisas tem sido sobre tratamentos via internet guiados por terapeutas com orientação semanal mínima baseada em texto, com base em relatórios enviados pelos clientes e suas perguntas. Esse apoio, mesmo que muitas vezes assíncrono, facilita a supervisão e também as possibilidades de verificar conversas anteriores. Também podem ser usadas mensagens automatizadas, mas *feedback* específico, mais personalizado, é ainda mais frequentemente fornecido pelo terapeuta.

Há literatura crescente sobre o papel do terapeuta e sobre como os clientes respondem à interação em psicoterapias via internet. Em primeiro lugar, embora discutíveis, há indicações claras de que o apoio proporciona melhor adesão e menos abandono do tratamento e, possivelmente, melhores resultados (Baumeister, Reichler, Munzinger, & Lin, 2014), mesmo que haja exceções de estudos que demonstram que o apoio por demanda (Hadjistavropoulos et al., 2017), e mesmo um tratamento amplamente automatizado, podem funcionar quando o tratamento é concluído (Titov et al., 2013). Também é preciso dizer que, mesmo que os tratamentos automatizados funcionem para determinados indivíduos, pode acontecer de tanto clientes como terapeutas preferirem tratamentos guiados, principalmente para problemas mais graves e grupos vulneráveis (Topooco et al., 2017). Em segundo lugar, muitos estudos investigaram o papel da aliança terapêutica em psicoterapias via internet (Berger, 2017) e descobriram que os clientes classificam a aliança como alta (apesar de ter muito menos contato

com o terapeuta e, muitas vezes, apenas por meio de texto), e que maiores índices de aliança podem ser associados a melhores resultados, como em psicoterapias presenciais (Probst, Berger, & Flückiger, no prelo). Além disso, há também estudos qualitativos sobre como os clientes experienciam psicoterapias via internet e, em uma metanálise de 24 estudos, concluiu-se que o suporte humano foi altamente valorizado como um importante componente dos tratamentos, sobretudo quando eles funcionaram (Patel et al., 2020). Finalmente, há também estudos sobre como os terapeutas agem em tratamentos via internet, indicando que o que eles escrevem nas mensagens pode ser útil ou não tão útil (Paxling et al., 2013). No entanto, a maior parte da troca de mensagens entre os clientes e seus terapeutas consiste no encorajamento e no esclarecimento sobre os componentes e os procedimentos do tratamento e, em menor medida, em interações terapêuticas e conversas sobre a relação terapêutica (Hadjistavropoulos, Schneider, Klassen, Dear, & Titov, 2018). Embora isso ainda não tenha sido estudado mais a fundo, existem pesquisas sobre o que os clientes perguntam (Soucy, Hadjistavropoulos, Pugh, Dear, & Titov, 2019) e escrevem em mensagens para seus terapeutas (Svartvatten, Segerlund, Denhag, Andersson, & Carlbring, 2015). Mais uma vez, como esperado, a maior parte dos estudos mencionados anteriormente está relacionada ao tratamento, mas o que é menos conhecido é como os clientes conduzem seu tratamento. Por exemplo, uma sessão de terapia na vida real dificilmente pode ser repetida, a menos que seja gravada, enquanto uma mensagem de texto no tratamento via internet pode ser lida várias vezes e também a própria intervenção. Estudos qualitativos podem dar algumas indicações a esse respeito, como, por exemplo, a constatação de que alguns clientes podem apenas ler e não se envolver nas tarefas, enquanto outros fazem grandes mudanças como resultado da intervenção (Bendelin et al., 2011).

EVIDÊNCIAS POR MEIO DE PESQUISA

Condições e grupos-alvo

A pesquisa sobre intervenções baseadas na internet é um campo em rápido crescimento, com novos ensaios controlados sendo publicados todos os meses. Uma revisão guarda-chuva (revisão de revisões) concentrou-se na metanálise sobre ansiedade e transtornos do humor em adultos (Andersson, Carlbring, Titov, & Lindefors, 2019). Após a identificação de 618 metanálises, foram selecionadas as nove revisões mais recentes de ensaios controlados para transtorno de pânico, transtorno de ansiedade generalizada (TAG), transtorno de ansiedade social (TAS), transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), depressão maior e estudos transdiagnósticos. Entre as dimensões de efeitos do grupo de intervenção, quando comparadas aos grupos-controle, houve variação entre efeito muito grande ($d = 1,31$ para transtorno de pânico) a efeito pequeno ($d = 0,44$ em uma das revisões sobre depressão), mas, de forma geral, foram encontrados efeitos moderados a grandes e alinhados com o que foi encontrado em pesquisa presencial.

A qualidade das metanálises também variou, bem como a quantidade de orientação do terapeuta (suporte humano na intervenção). Além do trabalho com adultos, há revisões de estudos sobre tratamentos via internet para crianças e adolescentes (Vigerland et al., 2016) e adultos mais velhos (Xiang et al., 2020). Há também revisões sistemáticas e metanálises sobre transtornos alimentares (Loucas et al., 2014), transtornos por uso de substâncias (Boumparis, Karyotaki, Schaub, Cuijpers, & Riper, 2017; Boumparis et al., 2019), estresse (Heber et al., 2017), insônia (Soh, Ho, Ho, & Tam, 2020) e numerosos estudos sobre outros problemas de saúde, como dor crônica, zumbido, câncer, problemas cardíacos, diabetes e outras doenças somáticas (Mehta, Peynenburg, & Hadjistavropoulos, 2019).

Existem também doenças e grupos-alvo para os quais ainda não existem estudos suficientes para revisões sistemáticas. Isso inclui transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e fobias específicas, e também problemas como solidão e procrastinação, que não estão contidos em uma nomenclatura diagnóstica, mas são comumente vistos em ambientes de cuidados de saúde. Outra linha de investigação centra-se na prevenção de doenças psiquiátricas, sendo que os autores (Ebert, Cuijpers, Muñoz, & Baumeister, 2017) encontraram dados com algum nível de evidências para tais intervenções. Há também trabalhos feitos sobre programas de internet para a redução de ideação suicida (Büscher, Torok, Terhorst, & Sander, 2020) mostrando resultados promissores.

Outra forma complementar de avaliar a pesquisa é coletar todos os dados e combiná-los por meio de estudos em uma metanálise individual de dados de participantes (IPDMAs, do inglês *individual patient/participant data meta-analysis*), em que são usadas informações de cada paciente e não apenas tamanho de efeito, como em geral é feito em metanálises. Essas revisões dependem de pesquisadores que compartilham dados que podem causar viés, mas elas são úteis ao investigar preditores e estimar efeitos entre ensaios (Stewart & Tierney, 2002). Há algumas IPDMAs publicadas em intervenções baseadas na internet, por exemplo sobre problemas de consumo de álcool (Riper et al., 2018) e depressão (Karyotaki et al., 2018). Dados de 2.866 pacientes reunidos em 29 ensaios clínicos suecos de intervenções baseadas na internet foram

utilizados em uma IPDMA (Andersson, Carlbring, & Rozental, 2019). Essa revisão abarcou uma gama de quadros clínicos categorizados como transtornos de ansiedade, depressão ou outros. Ao se concentrar em mudanças confiáveis para os desfechos primários, constatou-se que 65,6% dos pacientes que receberam tratamento foram classificados como “alcançando a recuperação”. A categorização foi baseada no índice de mudança confiável (IMC) de Jacobson e Truax (1991). Na utilização de critérios mais rigorosos para a remissão, com a exigência adicional de ter melhorado substancialmente, 35% dos participantes poderiam ser classificados como “atingindo a remissão”. Utilizando o mesmo conjunto de dados, o mesmo grupo também registrou taxas de prejuízos de 5,8% no tratamento de doenças (Rozental, Magnusson, Boettcher, Andersson, & Carlbring, 2017), e, em outra publicação, a taxa foi de 26,8% (Rozental, Andersson, & Carlbring, 2019). Assim, por meio dos ensaios, pode-se estimar que 65% melhoram, 35% melhoram na medida em que “se recuperam”, 25% não experimentam alterações e uma minoria de 6% pode mesmo deteriorar-se ao longo de um período de tratamento. Essas estimativas variam entre os transtornos e os ensaios realizados, e foram baseadas em diferentes cálculos, mas muito provavelmente não representam uma superestimação de efeitos.

Em comparação com o modo presencial

Com os resultados promissores das intervenções *on-line*, a questão levantada anteriormente foi em que medida os tratamentos orientados via internet eram tão eficazes quanto a psicoterapia presencial. Os ensaios comparativos são mais difíceis de ser realizados, pois requerem que os participantes estejam dispostos a ser designados aleatoriamente para tratamento via internet ou para sessões de terapia ao vivo, individualmente ou em grupos. As preferências podem ser em qualquer direção, mas também pode ser difícil participar, por razões práticas, se os participantes forem designados ao tratamento presencial. Assim, não existem muitos estudos, e a maioria tem tamanho reduzido. A metanálise mais recente incluiu 20 estudos nos quais os participantes tinham sido designados aleatoriamente para tratamento guiado pela internet (TCC) para doenças psiquiátricas e somáticas ou para TCC presencial (Carlbring, Andersson, Cuijpers, Riper, & Hedman-Lagerlöf, 2018). O tamanho de efeito combinado entre os grupos no pós-tratamento foi de Hedge's $g = 0,05$, sugerindo que a TCC baseada na internet e o tratamento presencial produzem efeitos equivalentes. Está cada vez mais claro o fato de não haver tratamentos face a face baseados em evidências para comparar, já que o desenvolvimento do tratamento geralmente é feito usando intervenções via internet (Andersson, Titov, Dear, Rozental, & Carlbring, 2018). A questão paradoxal pode então focar na dúvida se os tratamentos presenciais funcionam tão bem quanto os tratamentos baseados em evidências via internet.

Efeitos em longo prazo

Vários estudos sobre intervenções baseadas na internet incluíram dados de acompanhamento de um ano ou de um acompanhamento mais curto, de seis meses, porém estes não foram resumidos em uma revisão sistemática. Acompanhamentos mais longos, de pelo menos dois anos, são menos comuns, mas já foram revisados (Andersson, Rozental, Shafran, & Carlbring, 2018). O foco foi nos dados de acompanhamento pelo menos dois anos após a conclusão do tratamento e 14 estudos foram incluídos, com 902 participantes. O período médio das avaliações dos

participantes foi de três anos. Foram incluídos estudos de longo prazo sobre transtorno de pânico, TAS, TAG, depressão, transtornos mistos de ansiedade e depressão, TOC, jogo patológico, estresse e fadiga crônica. O tamanho do efeito pré e pós-acompanhamento dentro do grupo foi Hedge's $g = 1,52$. Esse efeito grande corresponde bem a resultados de curto prazo, mas deve ser interpretado com cautela diante do pequeno número de estudos, da natureza não controlável dos efeitos e das incertezas sobre o curso natural de algumas doenças.

IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES *ON-LINE* E EVIDÊNCIAS EM AMBIENTES CLÍNICOS

Há literatura específica sobre a implementação de intervenções *on-line* e as evidências em contextos clínicos da vida real. Uma revisão concluiu que os efeitos dos tratamentos via internet prestados por serviços clínicos tenderam a ser os mesmos que em estudos baseados no recrutamento comunitário (Andersson & Hedman, 2013). Uma revisão sistemática mais recente concentrou-se em estudos pré e pós-tratamento, não randomizados, realizados em serviços de saúde (Etzelmueller et al., 2020). Os autores incluíram 19 pesquisas com 30 grupos e relataram efeitos agrupados de Hedge's $g = 1,78$ para estudos de depressão e Hedge's $g = 0,94$ para estudos de ansiedade. As taxas de piora foram baixas (3%) e o efeito sobre aceitabilidade foi de moderado a elevado. Outra revisão sistemática comparou os estudos utilizando recrutamento de serviços comunitários *versus* clínicos – os resultados de ansiedade foram maiores em pesquisas com recrutamento comunitário (Romijn et al., 2019). Estudos grandes foram publicados recentemente (Titov et al., 2020), e, embora as pesquisas até o momento indiquem claramente que a oferta de tratamentos clínicos via internet pode funcionar, pode ser importante investigar de forma mais aprofundada as diferenças de subgrupos que podem estar por trás do recrutamento e das rotas de encaminhamento. Como os modelos de prestação de serviços diferem, é importante que eles sejam levados em consideração (Titov et al., 2018).

No contexto da prática de prestação de serviços, as orientações e as considerações éticas estão incorporadas e, embora tenham sido mencionadas na literatura, continua a verificar-se que existem grandes diferenças entre países e contextos (Borgueta, Purvis, & Newman, 2018; Dever Fitzgerald, Hunter, Hadjistavropoulos, & Koocher, 2010; Mendes-Santos, Weiderpass, Santana, & Andersson, 2020). A segurança dos dados é apenas um aspecto, mas a segurança dos clientes, incluindo a gestão de riscos, também é um fator importante (Nielsen et al., 2015).

EVOLUÇÃO FUTURA E EM CURSO

Há indicações claras de que os tratamentos via internet, mesmo quando guiados por um clínico, podem ser considerados econômicos (Donker et al., 2015), com fatores importantes sendo custos reduzidos para a sociedade e aumento da capacidade relacionada a função e funcionalidade. No entanto, são necessários mais estudos e mais aplicação na prática clínica e também em uma perspectiva internacional, uma vez que os tratamentos via internet podem chegar às pessoas atravessando fronteiras, o que torna tais cálculos e economias de custos bastante complicados. Uma questão clássica é o equilíbrio entre efeitos e escalabilidade que a psicoterapia raramente alcança, mas que é possível com tratamentos via internet (Fairburn & Patel, 2017).

Não só as formas de lidar com grandes conjuntos de dados usando *machine learning*, mas também os chamados agentes de conversação incorporados (Provoost, Lau, Ruwaard, & Riper, 2017) e *chatbots* (Ly, Ly, & Andersson, 2017) podem ser usados como adjuntos ou mesmo substitutos dos profissionais da saúde. Será importante investigar se uma aliança pode ser formada com tais soluções técnicas (Miloff et al., 2020), e também o quanto algoritmos de *machine learning* podem ser usados para melhorar a qualidade da interação terapêutica. Outro aspecto em relação às psicoterapias via internet é usar a tecnologia persuasiva (Radomski et al., 2019) e “jogos sérios” (*serious games*) (Lindner et al., no prelo; Sardi, Idri, & Fernandez-Aleman, 2017) para melhorar o tratamento. Como afirmado anteriormente, a realidade virtual e os aplicativos de *smartphones* também fazem parte desse desenvolvimento.

Além disso, os tratamentos podem funcionar para a maioria dos clientes, mas há sempre variação na resposta, que torna os preditores de resultados (moderadores) importantes de se investigar e relatar. Existem numerosos estudos sobre preditores de resultados dos tratamentos via internet, mas, infelizmente, poucos resultados consistentemente replicados. Por exemplo, a função cognitiva não parece prever o resultado (Lindner et al., 2016), e os genes também não são significativamente relacionados com o resultado (Rayner et al., 2019). Descobertas promissoras têm surgido em relação a imagens cerebrais, mas ainda há poucas investigações a respeito (Månsson et al., 2015; Webb et al., 2018). Uma abordagem potencialmente promissora é o desenvolvimento e o estudo de tratamentos adaptativos para lidar com possíveis falhas de tratamento (Forsell et al., 2019). Alinhados com a pesquisa sobre moderadores, também existem estudos sobre variáveis que podem mediar o resultado do tratamento (Andersson, Titov, et al., 2018). Tal como acontece com os estudos de fatores preditivos, há poucos achados consistentes até o momento, mas espera-se que isso mude com conjuntos de dados maiores e participantes recrutados em contextos clínicos. Outra abordagem mencionada anteriormente é combinar conjuntos de dados em IPDMAs para alcançar maior poder estatístico.

Por fim, destacam-se os tópicos que, em minha opinião, serão mais aprofundados em investigações futuras. Eles incluem pesquisas sobre o conhecimento de tratamentos e quanto os clientes aprendem com eles, mas também sobre como os aspectos pedagógicos das intervenções via internet podem ser impulsionados (Berg et al., 2020). Haverá também mais investigações sobre tratamentos que não sejam psicológicos, como a atividade física e a adesão a medicamentos. Além disso, enquanto as pesquisas sobre problemas psicológicos como a solidão e a procrastinação começaram, outras questões urgentes, como a pandemia de covid-19, podem

merecer tratamentos específicos, que são mais fáceis de desenvolver e testar usando a pesquisa na internet (Aminoff et al., 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A psicoterapia baseada na internet existe há mais de 20 anos e um grande número de tratamentos foi desenvolvido, testado em pesquisas e implementado. Pode-se argumentar que a internet possibilitou o desenvolvimento de conhecimento em uma velocidade jamais vista antes, e há uma rápida progressão também quando se trata de soluções técnicas. Em geral, pesquisas sugerem que psicoterapias baseadas na internet podem ser tão eficazes quanto psicoterapias presenciais, que os tratamentos funcionam em condições clínicas normais e que a maioria das doenças psiquiátricas leves a moderadas e algumas doenças somáticas tem sido o foco de pesquisas.

REFERÊNCIAS

- Aminoff, V., Sellén, M., Sörliden, E., Ludvigsson, M., Berg, M., & Andersson, G. (2021). internet-based cognitive behavioral therapy for psychological distress associated with the Covid-19 pandemic: a pilot randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology, 12*, 684540. doi:10.3389/fpsyg.2021.684540
- Andersson, G. (2015). *The internet and CBT: A clinical guide*. Boca Raton: CRC Press.
- Andersson, G. (2016). internet-delivered psychological treatments. *Annual Review of Clinical Psychology, 12*, 157-179. doi:10.1146/annurev-clinpsy-021815-093006
- Andersson, G., & Berger, T. (2021). internet approaches to psychotherapy: Empirical findings and future directions. In M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Eds.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (50th anniversary edition ed., pp. 749-772): Wiley.
- Andersson, G., Carlbring, P., & Rozental, A. (2019). Response and remission rates in internet-based cognitive behavior therapy: An individual patient data meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry, 10*, 749. doi:10.3389/fpsyg.2019.00749
- Andersson, G., Carlbring, P., Titov, N., & Lindefors, N. (2019). internet interventions for adults with anxiety and mood disorders: A narrative umbrella review of recent meta-analyses. *Canadian Journal of Psychiatry, 64*, 465-470. doi:10.1177/0706743719839381
- Andersson, G., & Hedman, E. (2013). Effectiveness of guided internet-delivered cognitive behaviour therapy in regular clinical settings. *Verhaltenstherapie, 23*, 140-148. doi:10.1159/000354779
- Andersson, G., Rozental, A., Shafran, R., & Carlbring, P. (2018). Long-term effects of internet-supported cognitive behavior therapy. *Expert Review of Neurotherapeutics, 18*, 21-28. doi:10.1080/14737175.2018.1400381
- Andersson, G., Titov, N., Dear, B. F., Rozental, A., & Carlbring, P. (2018). internet-delivered psychological treatments: from innovation to implementation. *World Psychiatry, 18*, 20-28. doi:10.1002/wps.20610
- Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M., & Lin, J. (2014). The impact of guidance on internet-based mental health interventions - A systematic review. *internet Interventions, 1*, 205-215. doi:10.1016/j.invent.2014.08.003
- Bendelin, N., Hesser, H., Dahl, J., Carlbring, P., Zetterqvist Nelson, K., & Andersson, G. (2011). Experiences of guided internet-based cognitive-behavioural treatment for depression: A qualitative study *BMC Psychiatry, 11*, 107. doi:10.1186/1471-244X-11-107
- Bennett, K., Bennett, A. J., & Griffiths, K. M. (2010). Security considerations for e-mental health interventions. *Journal of Medical internet Research, 12*, e61. doi:10.2196/jmir.1468
- Berg, M., Rozental, A., de Brun Mangs, J., Näsman, M., Strömberg, K., Viberg, L., Wallner, E., Öhman, H., Silfvernagel, K., Zetterqvist, M., Topooco, N., Capusan, A., & Andersson, G. (2020). The role of learning support and chat-sessions in guided internet-based cognitive

- behavioural therapy for adolescents with anxiety: A factorial design study. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 503. doi:10.3389/fpsyt.2020.00503
- Berger, T. (2017). The therapeutic alliance in internet interventions: A narrative review and suggestions for future research. *Psychotherapy Research*, 27, 511-524. doi:10.1080/10503307.2015.1119908
- Birnbaum, M. H. (Ed.) (2000). *Psychological experiments on the internet*. San Diego: Academic Press.
- Borgueta, A. M., Purvis, C. K., & Newman, M. G. (2018). Navigating the ethics of internet-guided self-help interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(2), e12235. doi:10.1111/cpsp.12235
- Boschen, M. J., & Casey, L. M. (2008). The use of mobile telephones as adjuncts to cognitive behavioral psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39, 546-552.
- Boumparis, N., Karyotaki, E., Schaub, M. P., Cuijpers, P., & Riper, H. (2017). internet interventions for adult illicit substance users: a meta-analysis. *Addiction*, 112, 1521-1532. doi:10.1111/add.13819
- Boumparis, N., Loheide-Niesmann, L., Blankers, M., Ebert, D. D., Korf, D., Schaub, M. P., Spijkerman, R., Tait, R. J., & Riper, H. (2019). Short- and long-term effects of digital prevention and treatment interventions for cannabis use reduction: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 200, 82-94. doi:10.1016/j.drugalcdep.2019.03.016
- Brown, M., Glendenning, A., Hoon, A. E., & John, A. (2016). Effectiveness of web-delivered Acceptance and Commitment Therapy in relation to mental health and well-being: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical internet Research*, 18, e221. doi:10.2196/jmir.6200
- Buchanan, T. (2002). Online assessment: Desirable or dangerous? *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 148-154.
- Büscher, R., Torok, M., Terhorst, Y., & Sander, L. (2020). internet-based cognitive behavioral therapy to reduce suicidal Ideation: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, i3, e203933. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3933
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: An updated systematic review and meta-analysis. *Cogn Behav Ther*, 47, 1-18. doi:10.1080/16506073.2017.1401115
- Chakrabarti, S. (2015). Usefulness of telepsychiatry: A critical evaluation of videoconferencing-based approaches. *World Journal of Psychiatry*, 5(3), 286-304. doi:10.5498/wjp.v5.i3.286
- Christensen, H., Murray, K., Callear, A. L., Bennett, K., Bennett, A., & Griffiths, K. M. (2010). Beacon: a web portal to high-quality mental health websites for use by health professionals and the public. *Medical Journal of Australia*, 192(11 Suppl), S40-44. doi:chr10830_fm [pii]
- Dever Fitzgerald, T., Hunter, P. V., Hadjistavropoulos, T., & Koocher, G. P. (2010). Ethical and legal considerations for internet-based psychotherapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39, 173-187. doi:10.1080/16506071003636046

- Donker, T., Bennett, K., Bennett, A., Mackinnon, A., van Straten, A., Cuijpers, P., Christensen, H., & Griffiths, K. M. (2013). internet-delivered interpersonal psychotherapy versus internet-delivered cognitive behavioral therapy for adults with depressive symptoms: randomized controlled noninferiority trial. *Journal of Medical internet Research*, *15*, e82. doi:10.2196/jmir.2307
- Donker, T., Blankers, M., Hedman, E., Ljótsson, B., Petrie, K., & Christensen, H. (2015). Economic evaluations of internet interventions for mental health: a systematic review. *Psychological Medicine*, *45*, 3357-3376. doi:10.1017/s0033291715001427
- Eaton, W. W., Neufeld, K., Chen, L.-S., & Cai, G. (2000). A comparison of self-report and clinical diagnostic interviews for depression. Diagnostic interview schedule and schedules for clinical assessment in neuropsychiatry in the Baltimore epidemiologic catchment area follow-up. *Archives of General Psychiatry*, *57*, 217-222.
- Ebert, D. D., Cuijpers, P., Muñoz, R. F., & Baumeister, H. (2017). Prevention of mental health disorders using internet- and mobile-based Interventions: A narrative review and recommendations for future research. *Frontiers in Psychiatry*, *8*, 116. doi:10.3389/fpsy.2017.00116
- Erbe, D., Eichert, H. C., Riper, H., & Ebert, D. D. (2017). Blending face-to-face and internet-based interventions for the treatment of mental disorders in adults: Systematic review. *Journal of Medical internet Research*, *19*, e306. doi:10.2196/jmir.6588
- Etzelmueller, A., Vis, C., Karyotaki, E., Baumeister, H., Titov, N., Berking, M., Cuijpers, P., Riper, H., & Ebert, D. D. (2020). Effects of internet-based cognitive behavioral therapy in routine care for adults in treatment for depression and anxiety: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical internet Research*, *22*, e18100. doi:10.2196/18100
- Fairburn, C. G., & Patel, V. (2017). The impact of digital technology on psychological treatments and their dissemination. *Behaviour Research and Therapy*, *88*, 19-25. doi:10.1016/j.brat.2016.08.012
- Forsell, E., Jernelöv, S., Blom, K., Kraepelien, M., Svanborg, C., Andersson, G., Lindefors, N., & Kaldo, V. (2019). Proof of concept for an adaptive treatment strategy to prevent failures in internet-delivered CBT: A single-blind randomized clinical trial with insomnia patients. *American Journal of Psychiatry*, *176*, 315-323. doi:10.1176/appi.ajp.2018.18060699
- Giustini, D., Ali, S. M., Fraser, M., & Kamel Boulos, M. N. (2018). Effective uses of social media in public health and medicine: a systematic review of systematic reviews. *Online Journal of Public Health Informatics*, *10*(2), e215. doi:10.5210/ojphi.v10i2.8270
- Hadjistavropoulos, H. D., Schneider, L. H., Edmonds, M., Karin, E., Nugent, M. N., Dirkse, D., Dear, B. F., & Titov, N. (2017). Randomized controlled trial of internet-delivered cognitive behaviour therapy comparing standard weekly versus optional weekly therapist support. *Journal of anxiety disorders*, *52*, 15-24. doi:10.1016/j.janxdis.2017.09.006
- Hadjistavropoulos, H. D., Schneider, L. H., Klassen, K., Dear, B. F., & Titov, N. (2018). Development and evaluation of a scale assessing therapist fidelity to guidelines for delivering therapist-assisted internet-delivered cognitive behaviour therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, *47*, 447-461. doi:10.1080/16506073.2018.1457079

- Heber, E., Ebert, D. D., Lehr, D., Cuijpers, P., Berking, M., Nobis, S., & Riper, H. (2017). The benefit of web- and computer-based interventions for stress: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, *19*, e32. doi:10.2196/jmir.5774
- Hoybye, M. T., Dalton, S. O., Deltour, I., Bidstrup, P. E., Frederiksen, K., & Johansen, C. (2010). Effect of internet peer-support groups on psychosocial adjustment to cancer: a randomised study. *British Journal of Cancer*, *102*, 1348-1354.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol*, *59*, 12-19. doi:10.1037/0022-006X.59.1.12
- Johansson, R., Frederick, R. J., & Andersson, G. (2013). Using the internet to provide psychodynamic psychotherapy. *Psychodynamic Psychiatry*, *41*, 385-412. doi:10.1521/pdps.2013.41.4.513
- Karyotaki, E., Ebert, D. D., Donkin, L., Riper, H., Twisk, J., Burger, S., Rozentel, A., Lange, A., Williams, A. D., Zarski, A. C., Geraedts, A., van Straten, A., Kleiboer, A., Meyer, B., Ince, B. Ü., Buntrock, C., Lehr, D., Snoek, F. J., Andrews, G., Andersson, G., Choi, I., Ruwaard, J., Klein, J. P., Newby, J. M., Schröder, J., Laferton, J. A. C., van Bastelaar, K., Imamura, K., Vernmark, K., Boß, L., Sheeber, L. B., Kivi, M., Berking, M., Titov, N., Carlbring, P., Johansson, R., Kenter, R., Perini, S., Moritz, S., Nobis, S., Berger, T., Kaldò, V., Forsell, Y., Lindefors, N., Kraepelien, M., Björkelund, C., Kawakami, N., & Cuijpers, P. (2018). Do guided internet-based interventions result in clinically relevant changes for patients with depression? An individual participant data meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *63*, 80-92. doi:10.1016/j.cpr.2018.06.007
- Khazaal, Y., Fernandez, S., Cochand, S., Reboh, I., & Zullino, D. (2008). Quality of web-based information on social phobia: a cross-sectional study. *Depression and Anxiety*, *25*, 461-465. doi:10.1002/da.20381
- Kruse, C. S., Smith, B., Vanderlinden, H., & Nealand, A. (2017). Security techniques for the electronic health records. *Journal of medical systems*, *41*(8), 127-127. doi:10.1007/s10916-017-0778-4
- Kupshik, G. A., & Fisher, C. R. (1999). Assisted bibliotherapy: Effective, efficient treatment for moderate anxiety problems. *British Journal of General Practice*, *49*, 47-48.
- Lindner, P., Carlbring, P., Flodman, E., Hebert, A., Poysti, S., Hagkvist, F., Johansson, R., Zetterqvist Westin, V., Berger, T., & Andersson, G. (2016). Does cognitive flexibility predict treatment gains in internet-delivered psychological treatment of social anxiety disorder, depression, or tinnitus? *PeerJ*, *4*, e1934. doi:10.7717/peerj.1934
- Lindner, P., Rozentel, A., Jurell, A., Reuterskiöld, L., Andersson, G., Hamilton, W., Miloff, A., & Carlbring, P. (In press). Experiences of gamified and automated Virtual Reality exposure therapy for spider phobia: Qualitative study. *JMIR Serious Games*, *8*, e17807. doi:10.2196/17807
- Loucas, C. E., Fairburn, C. G., Whittington, C., Pennant, M. E., Stockton, S., & Kendall, T. (2014). E-therapy in the treatment and prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *63C*, 122-131. doi:10.1016/j.brat.2014.09.011

- Ly, K. H., Ly, A.-M., & Andersson, G. (2017). A fully automated conversational agent for promoting mental well-being: A pilot RCT using mixed methods. *internet Interv*, *10*, 39-46. doi:10.1016/j.invent.2017.10.002
- Marks, I. M., Cavanagh, K., & Gega, L. (2007). *Hands-on help. Computer-aided psychotherapy*. Hove: Psychology Press.
- Mehta, S., Peynenburg, V. A., & Hadjistavropoulos, H. D. (2019). internet-delivered cognitive behaviour therapy for chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, *42*, 169-187. doi:10.1007/s10865-018-9984-x
- Mendes-Santos, C., Weiderpass, E., Santana, R., & Andersson, G. (2020). Portuguese psychologists' attitudes toward internet interventions: Exploratory cross-sectional study. *JMIR Mental Health*, *7*(4), e16817. doi:10.2196/16817
- Miloff, A., Carlbring, P., Hamilton, W., Andersson, G., Reuterskiöld, L., & Lindner, P. (2020). Measuring alliance toward embodied virtual therapists in the era of automated treatments: The virtual therapist alliance scale (VTAS). *Journal of Medical internet Research*, *22*, e16660. doi:10.2196/16660
- Mohr, D. C., Hart, S. L., Julian, L., Catledge, C., Honos-Webb, L., Vella, L., & Tasch, E. T. (2005). Telephone-administered psychotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 1007-1014.
- Mohr, D. C., Zhang, M., & Schueller, S. M. (2017). Personal sensing: Understanding mental health using ubiquitous sensors and machine learning. *Annual Review of Clinical Psychology*, *13*, 23-47. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032816-044949
- Månsson, K. N. T., Frick, A., Boraxbekk, C.-J., Marquand, A. F., Williams, S. C. R., Carlbring, P., Andersson, G., & Furmark, T. (2015). Predicting long-term outcome of internet-delivered cognitive behavior therapy for social anxiety disorder using fMRI and support vector machine learning. *Translational Psychiatry*, *5*, e530. doi:10.1038/tp.2015.22
- Nielsen, O., Dear, B. F., Staples, L. G., Dear, R., Ryan, K., Purtell, C., & Titov, N. (2015). Procedures for risk management and a review of crisis referrals from the MindSpot Clinic, a national service for the remote assessment and treatment of anxiety and depression. *BMC Psychiatry*, *15*, 304. doi:10.1186/s12888-015-0676-6
- Nyström, M. B. T., Stenling, A., Sjöström, E., Neely, G., Lindner, P., Hassmén, P., Andersson, G., Martell, C., & Carlbring, P. (2017). Behavioral activation versus physical activity via the internet: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, *215*, 85-93. doi:10.1016/j.jad.2017.03.018
- Patel, S., Akhtar, A., Malins, S., Wright, N., Rowley, E., Young, E., Sampson, S., & Morriss, R. (2020). The acceptability and usability of digital health interventions for adults with depression, anxiety, and somatoform disorders: Qualitative systematic review and meta-synthesis. *J Med internet Res*, *22*, e16228. doi:10.2196/16228
- Paxling, B., Lundgren, S., Norman, A., Almlöv, J., Carlbring, P., Cuijpers, P., & Andersson, G. (2013). Therapist behaviours in internet-delivered cognitive behaviour therapy: Analyses of e-mail correspondence in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *41*, 280-289. doi:10.1017/S1352465812000240

- Probst, G. H., Berger, T., & Flückiger, C. (In press). The alliance-outcome relation in internet-based interventions for psychological disorders: A correlational meta-analysis. *Verhaltenstherapie*. doi:10.1159/000503432
- Provoost, S., Lau, H. M., Ruwaard, J., & Riper, H. (2017). Embodied conversational agents in clinical psychology: A scoping review. *J Med internet Res*, *19*, e151. doi:10.2196/jmir.6553
- Radomski, A. D., Wozney, L., McGrath, P., Huguet, A., Hartling, L., Dyson, M. P., Bennett, K., & Newton, A. S. (2019). Design and delivery features that may improve the use of internet-based cognitive behavioral therapy for children and adolescents with anxiety: A realist literature synthesis with a persuasive systems design perspective. *J Med internet Res*, *21*(2), e11128. doi:10.2196/11128
- Rayner, C., Coleman, J. R. I., Purves, K. L., Hodsoll, J., Goldsmith, K., Alpers, G. W., Andersson, E., Arolt, V., Boberg, J., Bogels, S., Creswell, C., Cooper, P., Curtis, C., Deckert, J., Domschke, K., El Alaoui, S., Fehm, L., Fydrich, T., Gerlach, A. L., Grochowski, A., Hahlweg, K., Hamm, A., Hedman, E., Heiervang, E. R., Hudson, J. L., Jöhren, P., Keers, R., Kircher, T., Lang, T., Lavebratt, C., Lee, S. H., Lester, K. J., Lindefors, N., Margraf, J., Nauta, M., Pane-Farre, C. A., Pauli, P., Rapee, R. M., Reif, A., Rief, W., Roberts, S., Schalling, M., Schneider, S., Silverman, W. K., Strohle, A., Teismann, T., Thastum, M., Wannemuller, A., Weber, H., Wittchen, H. U., Wolf, C., Ruck, C., Breen, G., & Eley, T. C. (2019). A genome-wide association meta-analysis of prognostic outcomes following cognitive behavioural therapy in individuals with anxiety and depressive disorders. *Translational Psychiatry*, *9*(1), 150. doi:10.1038/s41398-019-0481-y
- Rees, C. S., & Maclaine, E. (2015). A systematic review of videoconference-delivered psychological treatment for anxiety disorders. *Australian Psychologist*, *50*, 259-264. doi:10.1111/ap.12122
- Riper, H., Hoogendoorn, A., Cuijpers, P., Karyotaki, E., Boumparis, N., Pastor, A. M., Andersson, G., Araki, I., Berman, A., Bertholet, N., Bischof, G., Blankers, M., Boon, B., Boß, L., Brendryen, H., Cunnigham, J., Ebert, D., Reid, A. H., Khadjesari, Z., Kramer, J., Murray, E., Postel, M., Schulz, D., Sinadinovic, K., Suffoletto, B., Sundström, C., Wallace, P., de Vries, H., Wiers, R. W., & Smit, J. (2018). Effectiveness and treatment moderators of internet interventions for adult problem drinking: An individual patient data meta-analysis of 19 randomised controlled trials. *Plos Medicine*, *15*, e1002714. doi:10.1371/journal.pmed.1002714
- Ritterband, L. M., Thorndike, F. P., Cox, D. J., Kovatchev, B. P., & Gonder-Frederick, L. A. (2009). A behavior change model for internet interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, *38*, 18-27. doi:10.1007/s12160-009-9133-4
- Romijn, G., Batelaan, N., Kok, R., Koning, J., van Balkom, A., Titov, N., & Riper, H. (2019). internet-delivered cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in open community versus clinical service recruitment: Meta-analysis. *Journal of Medical internet Research*, *21*, e11706. doi:10.2196/11706
- Rozental, A., Andersson, G., & Carlbring, P. (2019). In the absence of effects: An individual patient data meta-analysis of non-response and its predictors in internet-based cognitive behavior therapy. *Frontiers in Psychology*, *10*, 589. doi:10.3389/fpsyg.2019.00589

- Rozental, A., Magnusson, K., Boettcher, J., Andersson, G., & Carlbring, P. (2017). For better or worse: An individual patient data meta-analysis of deterioration among participants receiving internet-based cognitive behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 85*, 160-177. doi:10.1037/ccp0000158
- Salamanca-Sanabria, A., Richards, D., & Timulak, L. (2019). Adapting an internet-delivered intervention for depression for a Colombian college student population: An illustration of an integrative empirical approach. *internet Interventions, 15*, 76-86. doi:10.1016/j.invent.2018.11.005
- Sardi, L., Idri, A., & Fernandez-Aleman, J. L. (2017). A systematic review of gamification in e-Health. *Journal of Biomedical Informatics, 71*, 31-48. doi:10.1016/j.jbi.2017.05.011
- Sevilla-Llewellyn-Jones, J., Santesteban-Echarri, O., Pryor, I., McGorry, P., & Alvarez-Jimenez, M. (2018). Web-based mindfulness interventions for mental health treatment: Systematic review and meta-analysis. *JMIR Mental Health, 5*, e10278. doi:10.2196/10278
- Socialstyrelsen. (2017). *Vård vid depression och ångestsyndrom – Stöd för styrning och ledning [Treatment of depression and anxiety disorders]*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Soh, H. L., Ho, R. C., Ho, C. S., & Tam, W. W. (2020). Efficacy of digital cognitive behavioural therapy for insomnia: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Sleep Medicine, 75*, 315-325. doi:10.1016/j.sleep.2020.08.020
- Soucy, J. N., Hadjistavropoulos, H. D., Pugh, N. E., Dear, B. F., & Titov, N. (2019). What are clients asking their therapist during therapist-assisted internet-delivered cognitive behaviour therapy? A content analysis of client questions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 47*, 407-420. doi:10.1017/S1352465818000668
- Stefanopoulou, E., Lewis, D., Taylor, M., Broscombe, J., & Larkin, J. (2019). Digitally delivered psychological interventions for anxiety disorders: a comprehensive review. *Psychiatric Quarterly, 90*(1), 197-215. doi:10.1007/s11126-018-9620-5
- Stewart, L. A., & Tierney, J. F. (2002). To IPD or not to IPD? Advantages and disadvantages of systematic reviews using individual patient data. *Evaluation & The Health Professions, 25*, 76-97. doi:10.1177/0163278702025001006
- Svartvatten, N., Segerlund, M., Denhag, I., Andersson, G., & Carlbring, P. (2015). A content analysis of client e-mails in guided internet-based cognitive behavior therapy for depression. *internet Interv, 2*, 121-127. doi:10.1016/j.invent.2015.02.004
- Titov, N., Dear, B., Nielsen, O., Staples, L., Hadjistavropoulos, H., Nugent, M., Adlam, K., Nordgreen, T., Bruvik, K. H., Hovland, A., Repal, A., Mathiasen, K., Kraepelien, M., Blom, K., Svanborg, C., Lindefors, N., & Kaldø, V. (2018). ICBT in routine care: A descriptive analysis of successful clinics in five countries. *internet interventions, 13*, 108-115. doi:10.1016/j.invent.2018.07.006
- Titov, N., Dear, B. F., Johnston, L., Lorian, C., Zou, J., Wootton, B., Spence, J., McEvoy, P. M., & Rapee, R. M. (2013). Improving adherence and clinical outcomes in self-guided internet treatment for anxiety and depression: randomised controlled trial. *PLOS ONE, 8*, e62873. doi:10.1371/journal.pone.0062873

- Titov, N., Dear, B. F., Nielssen, O., Wootton, B., Kayrouz, R., Karin, E., Genest, B., Bennett-Levy, J., Purtell, C., Bezuidenhout, G., Tan, R., Minissale, C., Thadhani, P., Webb, N., Willcock, S., Andersson, G., Hadjistavropoulos, H., Mohr, D. C., Kavanagh, D., Cross, S., & Staples, L. (2020). User characteristics and outcomes from a national digital mental health service: an observational study of registrants of the Australian MindSpot Clinic. *Lancet Digital Health*, 2, e582–593.
- Topooco, N., Berg, M., Johansson, S., Liljethörn, L., Radvogin, E., Vlaescu, G., Bergman Nordgren, L., Zetterqvist, M., & Andersson, G. (2018). Chat- and internet-based cognitive-behavioural therapy in treatment of adolescent depression: randomised controlled trial. *BJPsych Open*, 4, 199-207. doi:10.1192/bjo.2018.18
- Topooco, N., Riper, H., Araya, R., Berking, M., Brunn, M., Chevreur, K., Cieslak, R., Ebert, D. D., Etchmendy, E., Herrero, R., Kleiboer, A., Krieger, T., García-Palacios, A., Cerga-Pashoja, A., Smoktunowicz, E., Urech, A., Vis, C., Andersson, G., & On behalf of the E-COMPARED consortium. (2017). Attitudes towards digital treatment for depression: A European stakeholder survey. *internet Interv*, 8, 1-9. doi:10.1016/j.invent.2017.01.001
- van Ballegooijen, W., Riper, H., Cuijpers, P., van Oppen, P., & Smit, J. H. (2016). Validation of online psychometric instruments for common mental health disorders: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 16, 45. doi:10.1186/s12888-016-0735-7
- van Gemert-Pijnen, J. E., Nijland, N., van Limburg, M., Ossebaard, H. C., Kelders, S. M., Eysenbach, G., & Seydel, E. R. (2011). A holistic framework to improve the uptake and impact of eHealth technologies. *Journal of Medical internet Research*, 13(4), e111. doi:10.2196/jmir.1672
- Vigerland, S., Lenhard, F., Bonnert, M., Lalouni, M., Hedman, E., Ahlen, J., Olen, O., Serlachius, E., & Ljotsson, B. (2016). internet-delivered cognitive behavior therapy for children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 50, 1-10. doi:10.1016/j.cpr.2016.09.005
- Vlaescu, G., Alasjö, A., Miloff, A., Carlbring, P., & Andersson, G. (2016). Features and functionality of the Iterapi platform for internet-based psychological treatment. *internet Interventions*, 6, 107-114. doi:10.1016/j.invent.2016.09.006
- Watkins, P. L., & Clum, G. A. (Eds.). (2008). *Handbook of self-help therapies*. New York: Routledge.
- Webb, C. A., Olson, E. A., Killgore, W. D. S., Pizzagalli, D. A., Rauch, S. L., & Rosso, I. M. (2018). Rostral anterior cingulate cortex morphology predicts treatment response to internet-based cognitive behavioral therapy for depression. *Biological Psychiatry. Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 3, 255-262. doi:10.1016/j.bpsc.2017.08.005
- Xiang, X., Wu, S., Zuverink, A., Tomasino, K. N., An, R., & Himle, J. A. (2020). internet-delivered cognitive behavioral therapies for late-life depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 24(8), 1196-1206. doi:10.1080/13607863.2019.1590309
- Yardley, L., Spring, B. J., Riper, H., Morrison, L. G., Crane, D. H., Curtis, K., Merchant, G. C., Naughton, F., & Blandford, A. (2016). Understanding and promoting effective engagement

with digital behavior change interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 51(5), 833-842. doi:10.1016/j.amepre.2016.06.015

Zimmerman, M., & Martinez, J. H. (2012). Web-based assessment of depression in patients treated in clinical practice: reliability, validity, and patient acceptance. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73, 333-338. doi:10.4088/JCP.10m06519



Fundamentos e questões éticas das intervenções *on-line* em psicologia

Karen P. Del Rio Szupszynski
Laisa Marcorela Andreoli Sartes
Carmem Beatriz Neufeld

As tecnologias da informação e comunicação (TICs) podem ser consideradas recursos que oportunizam transformações na vida das pessoas, por meio do acesso ilimitado a informações pela internet. As TICs têm influenciado de forma direta o acesso, o armazenamento e a disseminação de informações, podendo gerar alterações físicas, cognitivas e sociais (Ricoy & Couto, 2014). Assim, a internet não pode ser considerada apenas uma ferramenta de comunicação ou um ambiente para busca de informações, mas, sim, um novo espaço de relações e intervenções nas mais variadas áreas. Trata-se de um “lugar” de construção de relações de trabalho, afetivas, familiares, entre tantas outras. Outros possíveis benefícios proporcionados pelas TICs referem-se à educação a distância e à oferta de intervenções em saúde a distância, estimulando a democratização do conhecimento.

Apesar de ter aberto espaço para novas possibilidades de interações e transformações, as TICs também podem ter consequências menos favoráveis, tais como diminuição de relações presenciais, possíveis consequências no humor, uso exagerado da internet/jogos e questões relacionadas a sigilo e confidencialidade (Ricoy & Couto, 2014). Um exemplo é o recente conceito de *zoom fatigue* (fadiga do zoom), identificado no contexto dos estudos de comunicação mediada por computador (CMC) e que tem preocupado os especialistas em saúde mental (Nadler, 2020; Wiederhold, 2020).

Contudo, diante da evolução progressiva das TICs, é importante destacar as limitações que as intervenções presenciais têm apresentado nas últimas décadas. A Divisão 12 da American Psychological Association (APA) traz, entre inúmeras informações, como é o acesso aos tratamentos validados cientificamente. Alguns estudos destacam as importantes limitações que os atendimentos presenciais podem apresentar, como o fato de um grande número de pessoas acometidas de determinados transtornos não receber tratamento adequado devido às dificuldades de acesso ao atendimento. Além disso, também se destacam os altos custos que tratamentos particulares no formato tradicional de psicoterapia podem significar, pelo custo das sessões e/ou do deslocamento, que por vezes é necessário para acessar serviços especializados em saúde mental (Kazdin, 2017; Mohr et al., 2010; Schnyder et al., 2017).

O território brasileiro é extremamente amplo, com estados populosos, nos quais existem cidades de referência para inúmeros municípios de pequeno porte. Essa demanda populacional impede que existam profissionais qualificados em número adequado para atender à população, gerando inúmeras filas de espera para atendimentos psicoterápicos. Além disso, a disposição geográfica de determinadas cidades dificulta o acesso aos serviços em saúde mental, gerando custos que por vezes dificultam ou inviabilizam a continuidade de um tratamento. Associado a tudo isso ainda se encontra o estigma em relação à realização de um tratamento psicológico/psiquiátrico (Almondes & Teodoro, 2021).

Outro ponto de discussão tem sido a democratização de serviços de saúde de qualidade e baseados em evidências. Questões étnicas, raciais e de gênero tem sido o foco de estudos e reflexões sobre os programas de prevenção e tratamento oferecidos à população de forma geral. Um estudo de Cook et al. (2017) avaliou disparidades étnico-raciais entre grupo de brancos, negros, hispânicos e asiáticos em relação à oferta de serviços de saúde mental entre os anos de 2004 e 2012. Os resultados apontaram não apenas a disparidade existente entre os grupos, favorecendo a população branca em todas as correlações, mas também que essa disparidade aumentou ao longo dos anos. Isso denota uma falha no modelo em vigor para a oferta de saúde mental em inúmeros países.

Diante desses dados, é importante repensar os conceitos relacionados à saúde mental e à psicoterapia que tradicionalmente é oferecida, em especial no Brasil e em outros países da América Latina. Vários países, como Reino Unido, Suíça, Austrália e Estados Unidos, têm estudado há quase três décadas as possibilidades de ampliar as formas de disponibilizar acesso às informações sobre saúde mental, com foco especial em programas de promoção e prevenção em saúde. Essas demandas relacionadas à saúde de forma geral e à saúde mental foram emergindo concomitantemente a alguns acontecimentos que foram essenciais para o cenário atual de intervenções *on-line* na área da psicologia/psiquiatria (Andersson et al., 2017).

Na mesma época em que as demandas sociais clamam por transformações, torna-se cada vez mais necessária uma prática em saúde baseada em evidências. O movimento teve início no Canadá, entre as décadas de 1980 e 1990, com o objetivo de produzir avanços na assistência à saúde e uma renovação no ensino médico da época. A partir da década de 1990, a medicina baseada em evidências passou a ser conhecida e aplicada mundialmente, influenciando de forma direta outras profissões da área da saúde (Faria et al., 2021). Na psicologia, desde a década de 1950, já existia uma preocupação em relação à comprovação, via estudos científicos, da eficácia de práticas psicoterápicas. No entanto, foi em 1993 que a Divisão 12 da APA implementou uma força-tarefa para avaliar e identificar tratamentos com comprovação empírica e, assim, recomendar diretrizes essenciais para formação e treinamento contínuo de terapeutas, disseminando conhecimento empiricamente validado para a população (Leonardi & Meyer, 2015).

Em paralelo ao fenômeno da prática de psicologia baseada em evidências (PBE), muitos clínicos tinham a intenção de facilitar o acesso a estratégias terapêuticas à população geral. Com isso, inúmeras obras sobre ajuda mútua começaram a ser publicadas e disseminadas. Essa intenção de popularizar o conhecimento em saúde mental colaborou para que essa nova estratégia pudesse inspirar novas formas de democratização do conhecimento em saúde mental. Assim, diferentes formatos de intervenções começaram a ser estudados, como programas via cartas (correspondência tradicional), telefone, *e-mail*, intervenções síncronas (geralmente com

videoconferência) e intervenções assíncronas (que podem ser com suporte humano ou autoguiadas – sem qualquer interação humana, apenas via ferramentas digitais) (Andersson et al., 2017).

Essa associação entre saúde e tecnologia foi despertando o interesse de pesquisadores e governantes no sentido de ampliar formatos de oferta de saúde para a população. Assim, a *eHealth* (do inglês *electronic health* – saúde eletrônica), ou e-Saúde, surge como o uso das TICs em apoio à saúde, de forma mais segura e com boa relação custo-benefício (Landsberg, 2016). Em reconhecimento da evolução da e-Saúde nos serviços e sistemas de saúde em todo o mundo, em maio de 2005, na 58ª Assembleia Mundial da Saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu como um de seus focos de interesse a *eHealth*, criando o Observatório Global para *eHealth* (World Health Organization [WHO], 2005). Entre seus objetivos, estavam o monitoramento do futuro das TICs na área da saúde e seus potenciais benefícios para países de baixa e média rendas. A missão do Observatório Global é reunir informações sobre práticas eficazes em *eHealth*, além de ampliar a conscientização dos governos e do setor privado para investir e promover a *eHealth*. Na 71ª Assembleia Mundial da Saúde, em 2018, o potencial das tecnologias digitais na saúde foi fortalecido, propondo-se uma priorização no desenvolvimento e maior uso de tecnologias digitais em saúde como meio de promover a cobertura universal de saúde e avançar em relação aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODSs) (WHO, 2018).

O uso de ferramentas digitais em saúde tem sido chamado de *mobile health (mHealth)*. A *mHealth* é a transferência de informações de saúde, com o objetivo de complementar a prática realizada por profissionais da saúde. A prática da *mHealth* envolve o uso de aplicativos, incluindo ferramentas de voz, mensagens de texto e mensagens multimídia, sendo usada para a comunicação com o paciente, monitoramento e educação, para ampliar o acesso à saúde da população com menos acesso a estes serviços, para auxiliar no processo de diagnóstico clínico e adesão ao tratamento e para gerenciamento de doenças crônicas (Marcolino et al., 2018).

Pesquisadores buscaram compreender a efetividade/eficácia de intervenções *on-line* em saúde. Berger (2017) descreveu os diferentes formatos de intervenções *on-line* que podem ser oferecidos. Segundo o autor, as intervenções *on-line* podem ser mais automatizadas (por meio de *softwares* e algoritmos de programação) ou mais personalizadas (por meio de intervenções com suporte humano ou de psicoterapia na modalidade *on-line*). As intervenções automatizadas geralmente são autoguiadas, sem suporte humano ou com um suporte mínimo oferecido ao longo da intervenção. Podem ser ofertadas via aplicativos ou *sites* e estimulam a autonomia do paciente para a evolução do processo. Já as intervenções mais personalizadas podem disponibilizar suporte humano quando se trata de intervenções assíncronas ou estar fundamentada na ideia de contato ao vivo, síncrono, como a psicoterapia na modalidade *on-line*. Berger (2017) cita ainda o crescimento das intervenções mistas, quando, por exemplo, é oferecido um processo psicoterápico *on-line* junto a um programa assíncrono (com módulos de conteúdo associados à abordagem psicoterápica oferecida).

Mas como saber quando oferecer uma intervenção assíncrona ou uma psicoterapia na modalidade *on-line*? Essa é uma das questões conceituais mais relevantes nas intervenções *on-line*. É essencial compreender os objetivos e possibilidades de cada modalidade e, assim, ofertar a melhor opção diante das demandas dos pacientes. A literatura utiliza alguns conceitos-chave para explicar de forma mais aprofundada a complexidade de cada intervenção.

NÍVEIS DE INTENSIDADE DAS INTERVENÇÕES

Um modelo utilizado em inúmeros países nos serviços de saúde mental é o *stepped care*, que tem o objetivo de oferecer intervenções de baixa intensidade (p. ex., psico- educação, aconselhamento ou tratamento de resolução de problemas) em programas preventivos ou para pacientes com sintomas leves de qualquer psicopatologia, e intervenções de alta intensidade (psicoterapia ou tratamento medicamentoso) para pacientes com sintomatologia mais grave. A Figura 2.1 exemplifica o modelo gráfico do conceito de *stepped care* (Franx et al., 2012).

Segundo Bower e Gilbody (2005), os modelos *stepped care* nasceram da necessidade de oferecer intensidades distintas de intervenção para diferentes demandas e otimizar os recursos tanto dos pacientes quanto dos profissionais e dos sistemas de saúde. Adicionalmente, os autores defendem que esse tipo de modelo visa a criar um processo, um fluxo, um planejamento de intervenções que alcancem dois objetivos principais: 1) que o tratamento recomendado dentro do modelo seja a intervenção menos restritiva (com menor impacto em termos de custos e desconforto para o paciente) e com o maior ganho em saúde disponível; e 2) que o modelo seja autocorretivo (com acompanhamento e avaliação sistemática e constante), ou seja, que, na medida em que o indivíduo avança dentro do modelo, receba uma intensidade gradativamente maior de intervenção para ter suas necessidades sanadas em um dado momento, à medida que maiores intensidades de intervenção são ofertadas.

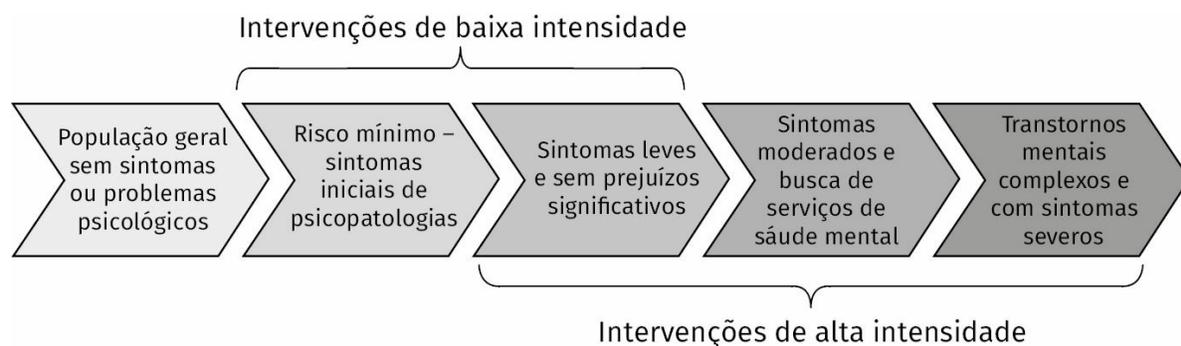


FIGURA 2.1 Modelo *stepped care*.

Fonte: Elaborada com base em Franx et al. (2012).

Como base do modelo de *stepped care*, está a ideia de intervenções de intensidade diferenciada. Bennett-Levy et al. (2010) propõem intervenções de intensidade de acordo com as demandas de cada paciente. Os níveis sugeridos seriam de intervenções de baixa intensidade (*low intensity interventions*) e alta intensidade (*high intensity interventions*). Essa terminologia começou a ser utilizada nos anos 2000 e tinha como objetivo aumentar o acesso às terapias psicológicas baseadas em evidências para melhorar a saúde mental e o bem-estar de toda a comunidade, além de fornecer acesso mais rápido a programas de terapia cognitivo-comportamental (TCC) preventivos e de intervenção precoce. As intervenções *on-line* de baixa intensidade geralmente caracterizaram-se como assíncronas, com ou sem suporte humano, e com um caráter preventivo. Já as intervenções de alta intensidade direcionam-se para diagnósticos de

maior complexidade e que necessitam de aprofundamento de questões psicológicas, sendo representadas pela psicoterapia presencial ou na modalidade *on-line*.

O modelo conceitual que compõe a ideia de intervenções de baixa e alta intensidade estimulam uma mudança de paradigma da saúde mental. Trata-se de um convite para refletir sobre a prática oferecida atualmente, sem ter a pretensão de tornar-se unanimidade entre os clínicos, mas de ser uma nova forma de oferecer serviços psicológicos/psiquiátricos.

As intervenções de baixa intensidade buscam otimizar o tempo dos profissionais da saúde, uma vez que apenas pacientes mais graves seriam encaminhados para intervenções mais tradicionais com a presença do terapeuta. A premissa das intervenções de baixa intensidade é que pacientes com sintomas leves podem se beneficiar de intervenções mais objetivas e com alto potencial de alcance. Além disso, essas intervenções têm como objetivo possibilitar um acesso mais rápido a programas preventivos ou de intervenção precoce fundamentados, por exemplo, na TCC. No Reino Unido, a oferta de intervenções de TCC de baixa intensidade tem sido associada comumente a intervenções assíncronas autoguiadas. Assim, uma boa parte das publicações direciona-se para esse tipo de intervenção, demonstrando níveis de efetividade satisfatórios. Em uma metanálise, foi evidenciado que intervenções de baixa intensidade 100% autoguiadas têm eficácia menor do que aquelas que oferecem suporte humano, mas apresentam alcance imensamente maior, podendo levar prevenção em saúde mental para um número muito maior de pessoas (Kelders et al., 2015).

Uma vez compreendido e definido o objetivo da intervenção *on-line*, é importante identificar os pontos essenciais para sua elaboração e execução. Ebert et al. (2017) afirmam que é fundamental ter atenção aos seguintes aspectos:

- fornecer estratégias baseadas em evidências;
- definir se haverá suporte humano e como este será ofertado (por *e-mail*, *chat* ou videoconferência);
- estabelecer se haverá uso de realidade virtual ou inteligência artificial;
- decidir se serão utilizados *games* para o treinamento de estratégias psicológicas no contexto de um jogo de computador;
- determinar se serão oferecidos *feedback* e intervenções de reforço (p. ex., por meio de aplicativos, *e-mails*, mensagens de texto), que auxiliam o participante na incorporação do conteúdo na vida cotidiana;
- decidir se serão usados sensores e aplicativos para monitorar comportamentos de saúde, como atividade física, para apoiar o processo de aprendizagem de uma intervenção específica.

A seguir são descritos alguns estudos que avaliaram a eficácia de intervenções *on-line* fundamentadas na TCC.

EVIDÊNCIAS DE EFICÁCIA DE INTERVENÇÕES ON-LINE

Atualmente podem ser encontrados na literatura estudos envolvendo diagnósticos como transtornos de ansiedade, depressão e insônia, e quadros mais graves, como uso de substâncias, ideação e comportamento suicida, transtornos psicóticos e transtornos alimentares. São encontrados ainda estudos sobre terapia na modalidade *on-line* para transtorno do espectro autista e dor crônica, e sobre terapia realizada em grupo, com casais e famílias.

Muitos ensaios clínicos foram conduzidos para quadros de transtornos do humor em adultos, com sintomas isolados ou com comorbidade com outros quadros. Uma revisão publicada no periódico *Plos One* (Arnberg et al., 2014) incluiu 40 estudos de boa qualidade metodológica que avaliaram a terapia na modalidade *on-line* para transtornos do humor e de ansiedade. A maioria dos estudos incluía um protocolo de TCC que foi comparado com grupos de pacientes em lista de espera, e 88% deles foram realizados na Suécia e Austrália. A revisão concluiu que há evidências limitadas a moderadas para depressão leve a moderada, fobia social, transtorno de pânico e transtorno de ansiedade generalizada (TAG). Em contrapartida, indicou-se a necessidade de mais estudos que comparem a terapia *on-line* com a presencial, que avaliem os efeitos em longo prazo dos tratamentos e que as intervenções também sejam voltadas para crianças e adolescentes.

Outro estudo, realizado na Inglaterra (Salisbury et al., 2016), avaliou os resultados de um serviço integrado de telessaúde para doenças crônicas, incluindo depressão, o Healthline Service. O estudo incluiu 609 pessoas e foi publicado no *The Lancet Psychiatry*. Os autores compararam pessoas que receberam somente o tratamento padrão com pessoas que receberam adicionalmente uma intervenção por telefone, e observaram uma melhora superior no grupo que recebeu a intervenção por telefone na avaliação realizada quatro meses depois. Os usuários relataram melhora não só nos sintomas de depressão, mas também de ansiedade, autogestão em saúde e melhor acesso ao suporte.

Um grupo nos Estados Unidos optou por entender os efeitos da telepsicoterapia realizada por videoconferência usando o aplicativo Skype com idosos em situação de vulnerabilidade social e deprimidos que tinham pouco acesso à psicoterapia baseada em evidências, mesmo que na modalidade presencial. Os autores realizaram um ensaio clínico randomizado (ECR) com 158 indivíduos e compararam um protocolo baseado na terapia de resolução de problemas realizada por Skype, por telefone ou presencialmente. Os resultados foram bons na avaliação de seis meses após o tratamento, e eles concluíram que a eficácia e o baixo custo mostraram potencial para fácil replicação e para alcançar um grande número de idosos carentes e melhorar seu acesso aos serviços de saúde mental (Choi et al., 2014).

A TCC na modalidade *on-line* tem sido amplamente estudada para os quadros de ansiedade, dispondo de diversos ECRs e revisões sistemáticas. O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é um dos mais investigados nessa perspectiva, e muitas pesquisas têm mostrado resultados semelhantes aos da terapia presencial. Inúmeros estudos têm sido realizados com veteranos de guerra nos Estados Unidos, mulheres e população rural. Entre as abordagens testadas, as principais são terapia de exposição de base comportamental, ativação comportamental, terapia de processamento cognitivo e entrevista motivacional.

Uma revisão sistemática publicada no *Journal of Telemedicine and Telecare*, em 2015, incluiu 11 estudos, totalizando uma amostra de 472 pessoas com TEPT. A maior parte dos estudos avaliava a TCC *on-line* de 12 a 16 sessões, além das terapias de exposição, de dessensibilização pelo movimento dos olhos e de processamento cognitivo. Os pesquisadores observaram ganhos nas intervenções de curto prazo realizadas por internet, com tamanhos de efeito médio e grande em sintomas de ansiedade, depressão e TEPT. No entanto, a equivalência entre a terapia na modalidade *on-line* e presencial não ficou clara nessa revisão (Bolton & Dorstyn, 2015).

Outro estudo menor utilizou, via telessaúde, um protocolo baseado em *mindfulness* para estresse e comparou-o com a psicoeducação padrão para TEPT de veteranos de guerra norte-americanos. Ambas as intervenções tiveram oito sessões, além de três avaliações. O estudo identificou que a telessaúde mostrou-se um modo viável de tratamento para TEPT e que os indivíduos foram capazes de tolerar e relatar alta satisfação na terapia breve de atenção plena. Também identificou que houve redução temporária dos sintomas de TEPT, mas que o tratamento breve não foi suficiente para manter os efeitos em longo prazo (Niles et al., 2012).

Em uma revisão realizada por Rees e Maclaine (2015), foram avaliados os resultados de 20 estudos sobre TCC por videoconferência compostas por protocolos de 12 a 14 sessões. Os estudos foram direcionados para TEPT, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), transtorno de pânico, fobia social, transtorno de ansiedade e depressão, mas os autores não encontraram estudos específicos para TAG. Os resultados foram considerados bons, já que a terapia por videoconferência obteve os mesmos resultados das terapias presenciais e conseguiu, de modo geral, reduzir os sintomas de ansiedade nos diferentes transtornos. Os tamanhos de efeito foram de moderados a grandes, especialmente para TEPT, e mostraram que a terapia de exposição prolongada pode ser bem conduzida por videoconferências. No entanto, para os demais transtornos, os estudos tinham muitas limitações, como tamanhos de amostra reduzidos e falta de comparação com terapia presencial, então os autores concluíram que há necessidade de mais pesquisas para construir essa base de evidências.

Em 2013, foi publicado nos Estados Unidos um estudo-piloto sobre TAG, que avaliou 12 sessões de terapia comportamental baseada na aceitação realizadas por videoconferência, utilizando o aplicativo Skype, com 24 pessoas. Os participantes e os terapeutas avaliaram a intervenção como aceitável e viável. Três meses após a intervenção, eles encontraram melhora nos sintomas de ansiedade social, depressão, incapacidade, qualidade de vida e comportamento de evitação. Embora não tivessem incluído um grupo de comparação, os resultados foram considerados comparáveis ou melhores do que os da literatura científica para a terapia presencial (Yuen et al., 2013).

Outro estudo usou um sistema de codificação para analisar as sessões da TCC em grupo para ansiedade e depressão. Os participantes poderiam escolher entre terapia presencial ou *on-line*. Entre os 31 indivíduos que começaram, 18 finalizaram a terapia, sendo dez na modalidade presencial e oito na *on-line*. Os resultados da análise codificada mostraram que a prática profissional, os temas das sessões e os resultados foram muito semelhantes entre as duas modalidades, o que sugere que o manejo das sessões feito pelo profissional na modalidade *on-line* pode ser o mesmo da presencial (Khatri et al., 2014).

Alguns desses resultados mostram o que muitos estudos na modalidade presencial também encontram: para os casos mais graves, as intervenções e psicoterapia breves têm bons resultados de eficácia em curto prazo, mas em longo prazo é necessário desenvolver estratégias de manutenção para evitar recaídas nos quadros psicopatológicos. Além disso, é necessário incluir o cuidado multiprofissional para casos mais graves, com a participação de psicólogos, médicos de mais de uma especialidade, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros especializados em saúde mental, entre outros. Essa discussão, portanto, vai além da modalidade de tratamento e deve ser feita, tanto para a modalidade *on-line* quanto para a presencial, nas situações de tratamento de quadros psicopatológicos graves.

Em vista disso, além de temas relacionados a transtornos de humor e ansiedade, muitos pesquisadores têm avaliado a efetividade das intervenções *on-line* para uso de substâncias psicoativas, já que este se configura como um importante problema de saúde pública mundial, de difícil tratamento. Uma revisão realizada por pesquisadores brasileiros (Gumier, 2019) encontrou seis estudos sobre terapia de base cognitivo-comportamental com a participação de um terapeuta para usuários de álcool. Nenhum dos tratamentos foi conduzido por videoconferência individual e nenhum deles era direcionado para dependentes de álcool. As intervenções foram realizadas por mensagens de texto, *e-mail* ou *chat*. Em um dos estudos, houve um encontro de 10 a 15 minutos com um terapeuta ao final da sessão autoaplicada em que era utilizado um programa de computador. Os resultados apontaram redução do consumo de álcool ao final e na avaliação de seguimento em todos os estudos, além de bons resultados em outras medidas de problemas relacionados e boa satisfação com os tratamentos.

Nessa perspectiva, um ECR vem sendo realizado com brasileiros com diagnóstico de dependência de álcool, visando a comparar a TCC realizada por videoconferência com a presencial. Os participantes recebem um tratamento de 12 sessões, diferindo apenas em termos de modalidade de oferta da intervenção, a saber: presencial ou *on-line*. Os resultados do estudo-piloto mostraram redução do consumo de álcool ao final e na avaliação de seguimento, aumento do número de dias de abstinência, boa aliança terapêutica e boa adesão ao tratamento. Os resultados foram semelhantes entre as duas modalidades (Gumier, 2019; Ribeiro et al., 2021). Em outro estudo, os pesquisadores convidaram por *e-mail* indivíduos que se cadastraram no *site* de intervenção autoaplicada informalcool.org para participar da terapia por videoconferência. Os resultados mostraram que a terapia foi viável e que teve boa aceitabilidade usando essa estratégia de contato (Cançado, 2017; Cançado et al., 2019).

Uma ampla revisão buscou estudos empíricos com usuários de outras drogas além do álcool e encontrou apenas pesquisas sobre tabaco e opioides. No caso dos estudos sobre problemas devido ao uso de álcool, as intervenções eram baseadas principalmente na entrevista motivacional breve, mas também nas estratégias da prevenção de recaída, na TCC e na terapia de família. Os resultados mostraram que houve pouca desistência dos tratamentos, além de redução significativa no consumo de álcool, com exceção dos pacientes em tratamento devido a problemas com a justiça criminal. As intervenções para o tratamento do tabagismo foram realizadas por videoconferência, individualmente, em grupo ou via orientação familiar, e baseadas em estratégias cognitivo-comportamentais, de aconselhamento e vídeos educativos. Os tratamentos para dependentes de opioides avaliaram a união entre uso de medicamentos e tratamento psicoterapêutico grupal *on-line*, e os autores não encontraram diferenças nos resultados entre a modalidade *on-line* e presencial (Lin et al., 2019).

Os estudos sobre intervenções para tabagismo encontraram resultados semelhantes entre a terapia realizada por videoconferência, presencial ou por telefone em termos de taxas de abstinência. Em sua maioria, as pesquisas avaliaram protocolos de TCC, seguidos por entrevista motivacional, terapia de grupo e aconselhamento. Nas pesquisas sobre intervenções com usuários tanto de álcool quanto de tabaco, foram relatadas pelos participantes alta satisfação e maior facilidade de acesso ao tratamento.

No que se refere ao tratamento na modalidade *on-line* para uso de substâncias, a revisão destacou dois pontos que, de fato, normalmente são desafios para o tratamento nessa área, mesmo que presencial. O primeiro é a redução do consumo em todas as modalidades estudadas. Esse dado indica que a intervenção na modalidade *on-line* pode ser útil para essa população. Cabe ressaltar que, nos consultórios particulares, esses clientes em geral chegam com outras demandas, que podem receber maior atenção do clínico. Caso essa área não seja a especialidade do psicólogo, o uso de ferramentas *on-line* autoguiadas pode ser complementar. O segundo ponto destacado é o melhor acesso ao tratamento, já que usuários de substâncias chegam pouco ao tratamento especializado por questões de estigma e falta de oferta em relação à demanda. Os resultados relacionados à adesão são positivos, já que essa é uma população que em geral adere pouco ao tratamento.

Conforme mencionado, as intervenções *on-line* também têm sido utilizadas para tratamento e prevenção de sintomas psicológicos complexos. Sabe-se que a TCC é amplamente utilizada para a prevenção de ideação suicida, mas estudos adicionais são necessários para validar sua eficácia na modalidade *on-line*. Em contrapartida, a incapacidade ou relutância em procurar ajuda presencial sugere que as intervenções *on-line* possam ser um bom recurso nesses casos (Leavey & Hawkins, 2017). Alguns estudos buscaram avaliar os efeitos das intervenções via internet para pessoas com ideação suicida. Leavey e Hawkins (2017) realizaram uma revisão sistemática e metanálise publicada no *Cognitive Behaviour Therapy* para avaliar a efetividade da TCC *on-line* em comparação com a presencial. Os resultados mostraram um efeito estatisticamente significativo de pequeno a médio em favor da TCC presencial. Embora o estudo tenha identificado várias limitações metodológicas, a *eHealth* não foi considerada eficaz para reduzir ideação e comportamento suicidas em adultos.

Em contraponto ao estudo anterior, pesquisadores da Universidade de Washington publicaram um artigo que traz recomendações para usar a videotelessaúde com pacientes de alto risco para suicídio. McGinn et al. (2019) argumentam que a maioria dos estudos não incluiu pacientes de alto risco e que a videotelessaúde tem o potencial de fornecer serviços de saúde mental para a população com risco de suicídio que enfrenta barreiras de acesso. Os autores especulam que é possível oferecer serviços únicos, como, por exemplo, a avaliação de risco realizada por telefone, e que as melhores práticas para avaliação e gestão de risco de suicídio podem ser executadas de forma viável por profissionais da saúde mental via videotelessaúde. Além disso, segundo os autores, nenhuma literatura, diretriz ou lei relativa à prestação de serviços em saúde mental via videotelessaúde sugere que os pacientes de alto risco devam ser excluídos dessa modalidade. Contudo, reforçam a ideia de que os profissionais da saúde mental que prestam serviços via videotelessaúde a pacientes com esse perfil devem construir uma rede multidisciplinar de profissionais que atendam tanto *on-line* quanto presencialmente para encaminhamento e consulta.

Nessa linha de pensamento, Godleski et al. (2008) salientam que o atendimento em saúde mental por vídeo pode oferecer pistas visuais sobre os estados emocionais dos pacientes, permitir que sejam realizadas avaliações em áreas remotas onde não há um serviço disponível, reduzir a necessidade de hospitalização e permitir a prestação de cuidados em situações culturalmente sensíveis – por exemplo, quando há problemas de adaptação linguística.

Também encontram-se na literatura estudos que avaliaram o efeito das intervenções *on-line* nos transtornos mentais graves, casos em que há presença persistente e extensiva de incapacidade funcional, como transtorno psicótico, esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, depressão maior e transtorno bipolar. Assim como na ideação suicida, o tratamento de tais quadros torna-se um grande desafio, pois também há problemas com relação ao acesso da população com esses transtornos aos serviços especializados de saúde. Lawes-Wickwar et al. (2018) avaliaram em uma revisão a aplicação e efetividade da telessaúde para esses quadros. O suporte por telefone foi considerado eficaz para melhorar a adesão aos medicamentos e reduzir a gravidade dos sintomas e o número de dias de internação, mas as atividades sobre educação em saúde realizadas por computador não foram eficazes, sendo consideradas incômodas para os pacientes.

QUESTÕES ÉTICAS NAS INTERVENÇÕES ON-LINE

O crescimento da *eHealth* e de pesquisas sobre intervenções *on-line* fez emergir outra importante discussão: ética e segurança da informação no uso de TICs na área da saúde. Em países onde o tema já é debatido há mais tempo, a discussão sobre segurança da informação em *eHealth* contempla os seguintes aspectos: autenticação de usuários, autorizações (ou termos de consentimento), *backup* das informações, armazenamento e recuperação de dados, *login* em plataformas, acesso às gravações de avaliações ou sessões e regulamentação sobre responsabilidade legal das informações geradas pelas intervenções/atendimentos (Rajamaki & Pirinem, 2017). Alguns países já têm legislação para essa forma de intervenção em saúde, o que, todavia, não ocorre no Brasil.

O início das discussões sobre regulamentação das intervenções *on-line* no Brasil ocorre desde o início da década de 2000. Em 2005 foi publicada a Resolução nº 12/2005 do Conselho Federal de Psicologia (CFP), que liberava os psicólogos brasileiros para realizar atendimento psicoterapêutico mediado pelo computador em pesquisas que tivessem aprovação do Comitê de Ética e em atendimentos, desde que não psicoterapêuticos, tais como orientação psicológica, orientação profissional, orientação de aprendizagem e psicologia escolar.

Em 2012, o CFP ampliou a possibilidade de atendimentos *on-line* por meio da Resolução nº 11/2012, que autorizou a prática psicológica *on-line* com remuneração. No entanto, a resolução restringia o atendimento *on-line* a até 20 sessões, síncronas ou assíncronas, em situações eventuais, quando o cliente estava impedido de comparecer presencialmente às sessões. Apenas em 2018, com a Resolução nº 11/2018, o CFP regulamentou a prestação de serviços realizados por meio de TICs. Nessa resolução também se tornou obrigatório o registro no Cadastro Nacional de Profissionais de Psicologia para Prestação de Serviços Psicológicos por meio de Tecnologias da Informação e Comunicação (e-Psi), no *site* do CFP. O cadastramento no e-Psi é requisito essencial para o atendimento psicológico *on-line* e deve ser realizado antes de o profissional iniciar seus atendimentos. Nesse cadastro, o profissional informa os meios pelos quais irá realizar os atendimentos e detalha questões relacionadas a sigilo e privacidade das informações (Silva, 2021).

Associados às questões relacionadas à regulamentação, outros aspectos essenciais referem-se às questões éticas do atendimento *on-line*. Stoll et al. (2020) realizaram uma revisão narrativa na qual apontam alguns pontos favoráveis e outros desfavoráveis para a oferta de psicoterapia na modalidade *on-line*. Em relação aos aspectos favoráveis estão:

a. Ampliação da acessibilidade

Os serviços podem ser acessados em qualquer lugar e a qualquer momento, permitindo maior flexibilidade, além de oportunizar cuidados baseados em evidências, especialmente para aqueles que vivem em áreas remotas e/ou populações com menos acesso aos aparelhos de saúde.

b. Vantagens econômicas

A psicoterapia na modalidade *on-line* tem o potencial de reduzir os custos de saúde para pacientes, terapeutas e comunidade como um todo, favorecendo a atenção em saúde em países em desenvolvimento.

- c. Efetividade, eficácia e eficiência
Inúmeros estudos têm sido realizados sobre as mais diversas modalidades de intervenções *on-line*, comprovando, a partir de resultados satisfatórios, os inúmeros benefícios de oferecer saúde por meio de TICs.
- d. Minimização de barreiras
As intervenções *on-line* podem reduzir o estigma social de tratamentos psicológicos/psiquiátricos, estimulando inúmeras pessoas a buscar auxílio de qualidade.
- e. Relação terapêutica comprovada
Inúmeros estudos já comprovaram que a relação terapêutica construída em intervenções em ambiente digital é igual ou melhor do que em intervenções presenciais.
- f. Níveis altos de adesão
As intervenções têm comprovada aceitação entre pessoas de diferentes perfis/etapas do desenvolvimento.

Apesar de tantos pontos favoráveis, alguns aspectos negativos também são apontados pelos autores (Stoll et al., 2020):

- a. Segurança da informação (sigilo e privacidade)
Este é um dos pontos centrais de apreensão na prática de intervenções *on-line*. Uma das preocupações é o uso de *sites* não seguros ou ferramentas de comunicação não criptografadas, como *softwares* disponíveis gratuitamente.
- b. Treinamento adequado de terapeutas
Apesar de o psicólogo exercer sua função como em outras modalidades, tem sido consenso a necessidade de treinamento adequado para profissionais que optam por exercer sua prática no ambiente virtual. São necessárias competências relacionadas com a tecnologia, e devem ser abordadas questões clínicas e terapêuticas específicas para o ambiente *on-line*.
- c. Pesquisas insuficientes, principalmente no Brasil e no restante da América Latina
Apesar de muitos países já investirem em intervenções *on-line*, é notório que existem muitas lacunas de conhecimento, especialmente no que diz respeito à eficácia das intervenções em longo prazo.
- d. Conhecimento tecnológico
É essencial que tanto terapeuta quanto paciente avaliem suas habilidades tecnológicas para usufruir de forma integral do serviço disponibilizado. Além disso, o desconforto ou medo de usar a tecnologia não é incomum.
- e. Crenças relacionadas às intervenções *on-line*
O conhecimento insuficiente sobre evidências científicas pode gerar insegurança na decisão de utilizar intervenções *on-line*. É essencial que o terapeuta avalie suas crenças em relação ao atendimento virtual e o quanto elas podem impactar o sucesso das intervenções.
- f. Comparações com a modalidade presencial
Assim como intervenções psicológicas em outras modalidades, as intervenções *on-line* apresentam prós e contras e não devem ser comparadas com o atendimento presencial. Suas especificidades a tornam única, podendo ser utilizada de forma isolada ou complementar a outras práticas.
- g. Aplicação em pacientes com diagnósticos complexos

É preciso dar atenção especial ao atendimento de casos complexos, uma vez que o atendimento *on-line* restringe a ação do terapeuta por estar em local muito distante ou sem contato de pessoas próximas.

Além dos aspectos já citados, é relevante destacar outros cuidados essenciais para a realização de atendimento *on-line* em psicologia.

Adaptação às preferências e às necessidades dos clientes

A adaptação ao perfil do cliente é um dos pontos fundamentais do tripé da PBE. Uma das vantagens da utilização da terapia na modalidade *on-line* reside em facilitar o acesso ao atendimento àqueles que não conseguem tratamentos tradicionais, considerando aspectos geográficos, socioeconômicos, etários e educacionais. Em diversas circunstâncias, como as geradas pela pandemia de covid-19, certos grupos são os mais vulneráveis e também os que mais necessitam de tratamento (Almondes & Teodoro, 2021; Frankham et al., 2020).

Quando o terapeuta opta por realizar a terapia por videoconferência, por exemplo, deve levar em consideração o perfil socioeconômico e a experiência com o uso de tecnologias digitais do paciente. Boa parte da população brasileira não tem acesso à internet em casa, nem mesmo no celular. Um levantamento mostrou que 48% da população brasileira usa a internet com velocidade média (Lemos & Marques, 2012).

Setting

O atendimento *on-line* tem como uma de suas vantagens a realização das sessões psicoterápicas sem que o cliente precise se deslocar, podendo ser atendido em casa, em seu escritório, etc. No entanto, o terapeuta deve ter em mente que orientar seu cliente quanto à escolha do *setting* terapêutico é importante, não somente pela questão do sigilo, mas também pela condução da sessão e pela formação da aliança terapêutica. Há uma vasta e antiga literatura sobre a psicoterapia que aborda a importância do *setting*. Tradicionalmente, as sessões de psicoterapia realizadas em consultório podem oferecer benefícios para a relação terapêutica, como proporcionar sensação de segurança e proteção para os clientes, além de trabalhar os limites terapêuticos adequados (Knapp & Slattery, 2004). Realizar a sessão em um ambiente público, como uma cafeteria ou o metrô, por exemplo, poderia trazer consequências negativas tanto para o terapeuta quanto para o cliente. O profissional correria riscos de violar a confidencialidade do cliente ao usar uma rede pública ou ao permitir que a conversa fosse acessada, ainda que não intencionalmente. No caso do cliente, os estímulos ambientais podem interferir na concentração e no processamento integral do conteúdo terapêutico, o que inviabilizaria os benefícios terapêuticos. Além disso, a escolha do cliente pelo local público pode ser uma forma de evitar conteúdos difíceis ou imprimir às sessões um caráter descontraído e social. Em outras palavras, pode ser uma forma de resistência (Drum & Littleton, 2014).

Deve-se tomar cuidado para não banalizar o processo terapêutico. O cliente pode se sentir intimidado em falar sobre certos assuntos que lhe são caros e difíceis; mulheres podem ser intimidadas por assuntos relacionados à violência doméstica; famílias podem entrar em conflito; adolescentes podem ter sua privacidade controlada e evitar conversar na terapia. O *setting* na

modalidade *on-line* envolve privacidade, pouco ruído e, se possível, um ambiente agradável. No caso da realização da terapia em casa, sugere-se adotar estratégias para melhorar a privacidade e garantir que não haja outras pessoas no local, como, por exemplo, trancar a porta e utilizar música ambiente do lado de fora do local da terapia, para evitar que o conteúdo da sessão seja escutado. Recomenda-se que o terapeuta apresente um ambiente profissional, com obras de arte, certificados e diplomas. Além disso, é importante que o ambiente seja culturalmente sensível e neutro (Devlin et al., 2013; Silva, 2021).

Tempo

O estabelecimento de tempo é importante para o andamento do processo terapêutico. Ele fornece estrutura ao estabelecer marcadores claros quanto ao início e ao final do encontro e quanto ao tempo que será utilizado para conversar sobre temas difíceis. Na TCC, o manejo do tempo tem uma importância fundamental, especialmente no intuito de otimizar o tratamento de modo geral. Problemas de tempo na terapia presencial referem-se a atrasos, ultrapassar o tempo da sessão, contatos excessivos fora da sessão e tentar marcar a sessão em horários inadequados (Zur, 2008). Esses mesmos problemas podem surgir na terapia na modalidade *on-line*, especialmente pela maior flexibilidade e conveniência, gerando no terapeuta e no cliente a percepção de que se trata de uma modalidade de terapia menos estruturada. O terapeuta corre maior risco de ter dificuldades com atrasos devido a problemas tecnológicos, assim como de ser mais flexível quanto ao tempo da sessão. Nos casos de uso de *chat*, por exemplo, a demora das respostas pode levar o terapeuta a estender o tempo das sessões. Além disso, pode tender a marcar as sessões em horários nos quais normalmente ele não o faria, comprometendo sua organização. Recomenda-se que o profissional estabeleça limites no agendamento das sessões, dando preferência ao horário comercial ou ao horário de atendimento normalmente estabelecido por ele, que também deve valer para as respostas aos contatos assíncronos, salvo em casos graves. Isso ajudará o cliente a diferenciar os contatos terapêuticos dos contatos com outras pessoas, além de fazer a terapia ser percebida como estruturada, consistente, previsível e profissional (Drum & Littleton, 2014).

Com relação a esse ponto, a flexibilidade e a conveniência do atendimento *on-line* podem levar alguns profissionais a marcar sessões em período de férias ou em momentos em que precisaria de licença médica. Drum e Littleton (2014) falam sobre a importância do autocuidado do profissional, evitando também o contato assíncrono fora do período de trabalho. Para isso, o terapeuta pode avisar com antecedência sobre os períodos de férias e/ou de licença e informar aos clientes os contatos da rede que poderá ser acessada caso seja necessário.

Garantia de privacidade dos familiares

Drum e Littleton (2014) recomendam que os clientes sejam orientados quanto à confidencialidade de seus familiares, amigos ou colegas de quarto, evitando, por exemplo, exibir porta-retratos ou outros itens que identifiquem os indivíduos e participando da sessão em local privativo.

Uso de redes sociais ou páginas de internet

Com o aumento do interesse na terapia na modalidade *on-line*, é importante que os profissionais tenham cuidado com os limites no uso das redes sociais, *sites* e *blogs* para divulgação de seu trabalho. Se o terapeuta usar as redes sociais, pode ser útil conversar com o cliente sobre como eles lidarão com contatos *on-line* não terapêuticos, como, por exemplo, solicitações de amizade em redes sociais. Alguns países têm políticas específicas para isso. No Brasil não há diretrizes claras, mas é possível se guiar pelos códigos nacionais e também internacionais.

O Código de Ética do Profissional Psicólogo (CFP nº 10/05) estabelece no Artigo 20 algumas regras para a promoção pública dos serviços de psicologia, que envolvem: informar o nome completo e o número de registro no CRP; fazer referência a títulos ou qualificações profissionais; não divulgar preço como forma de propaganda nem fazer previsão determinista de resultados, além de não fazer divulgação sensacionalista de suas atividades profissionais. Esta última é especialmente sensível nos casos da divulgação pela internet. Com relação às mídias sociais, é preciso ter cautela com a exposição de pacientes. O Artigo 9 determina: “É dever do psicólogo respeitar o sigilo profissional, a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas, grupos ou organizações a que tenha acesso no exercício profissional” (CFP, 2014). Alguns conselhos regionais também elaboraram materiais próprios, com diretrizes que podem ser utilizadas por profissionais de todo o país. O Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP-11, 2020) elaborou uma cartilha sobre psicologia e ética nas redes sociais, incluindo várias respostas a dúvidas frequentes. Informa, por exemplo, que é vedada a realização de diagnósticos, divulgação de procedimentos ou resultados de serviços psicológicos em meios de comunicação.

Em uma perspectiva mais geral, a exposição do psicólogo na internet deve ser cautelosa. Zur (2008) alerta que, com poucos cliques, os clientes podem descobrir muitas informações sobre o terapeuta, tais como histórico familiar, registros criminais, árvore genealógica, atividade voluntária, envolvimento comunitário e recreacional, afiliações políticas e muito mais. Essas informações vão muito além das estratégias de autorrevelação intencional que se faz ao cliente, comumente utilizadas na psicoterapia. Autorrevelações apropriadas e clinicamente orientadas são realizadas para o benefício do cliente e são comuns entre terapeutas cognitivos. O autor salienta que todas as páginas *on-line* do terapeuta devem ser profissionais e propõe algumas dicas para administrar informações na internet. Elas envolvem fazer buscas periódicas de seu nome, com diferentes combinações possíveis, para verificar a que os clientes têm acesso, bem como buscar por seus diferentes números de telefone para conferir se suas informações pessoais aparecem, como o seu endereço. Caso encontre informações que deseje retirar ou que estejam incorretas, a ideia é descobrir como elas chegaram até lá e se é possível removê-las. Pode-se, a princípio, entrar em contato com os *sites* e solicitar gentilmente a retirada ou modificação da informação. Também é possível pedir para retirar o cadastro da página e, em última instância, usar meios legais.

Além disso, Drum e Littleton (2014) comentam sobre o cuidado com a comunicação assíncrona, especialmente por escrito ou por áudio. Os autores recomendam que o psicólogo evite abreviaturas informais e o excesso de *emoticons* e que releia as mensagens antes de enviá-las, no intuito de evitar interpretação equivocada. Podem ocorrer tanto interpretações negativas sobre o conteúdo e forma de escrita quanto interpretações que interfiram nos limites da relação profissional.

✓ DICAS

Sites com informações sobre terapia na modalidade *on-line* no Brasil

Estes *sites* brasileiros concentram algumas das principais informações para os terapeutas que desejam atuar na modalidade *on-line*.

Conselho Federal de Psicologia (CFP)

<https://site.cfp.org.br/>

Concentra todas as resoluções que normatizam o atendimento *on-line*, entre elas, a Resolução nº 11/2018, que dispõe sobre a prestação de serviços psicológicos realizados por meio de TICs.

Sociedade Brasileira de Psicologia (SBP)

<https://www.sbponline.org.br/>

Disponibiliza vários fascículos com orientações técnicas sobre o trabalho de psicólogos no enfrentamento à covid-19, entre elas, diretrizes para o atendimento *on-line*.

Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC)

<fbtc.org.br>

Conjuga os assuntos de maior interesse das terapias cognitivas e promove eventos sobre intervenções *on-line*. A *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas* (RBTC) concentra também uma série de artigos empíricos e de revisão que abordam vários temas relacionados às TCCs, incluindo estudos de brasileiros. Do mesmo modo, as associações de terapias cognitivas dos diferentes estados passaram a promover eventos específicos sobre o atendimento *on-line*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo teve o objetivo de resumir os principais fundamentos e questões éticas relacionadas às intervenções *on-line* no Brasil. Ao observar os resultados dos estudos destacados, nota-se que as evidências favorecem a efetividade da TCC na modalidade *on-line* e de outras intervenções em telessaúde, mas elas devem ser realizadas com cautela em casos graves e de alto risco. Poucas são as pesquisas realizadas com a população brasileira, e esta torna-se uma lacuna científica que também é observada nos estudos das terapias presenciais.

Além disso, é essencial refletir sobre o atendimento *on-line*, levando-se em consideração os objetivos da intervenção, os prós e contras dessa modalidade e as questões éticas, de sigilo e confidencialidade envolvidas.

REFERÊNCIAS

- Almondes, K. M., & Teodoro, M. L. M. (2021). *Terapia on-line*. Hogrefe.
- Andersson, G., Carlbring, P., & Hadjistavropoulos, H. D. (2017). Internet-based cognitive behavior therapy. In S. G. Hofmann, & G. J. G. Asmundson (Eds.), *The science of cognitive behavioral therapy* (pp. 031-059). Elsevier.
- Arnberg, F. K., Linton, S. J., Hultcrantz, M., Heintz, E., & Jonsson, U. (2014). Internet-delivered psychological treatments for mood and anxiety disorders: A systematic review of their efficacy, safety, and cost-effectiveness. *PloS One*, 9(5), e98118.
- Bennett-Levy, J., Richards, D., & Farrand, P. (2010). Low Intensity CBT Interventions: A revolution in mental health services. In J. Bennett-Levy, D. Richards, P. Farrand, H. Christensen, K. Griffiths, D. Kavanagh, ... C. Williams (Eds.), *Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions*, Oxford.
- Berger, T. (2017). The therapeutic alliance in internet interventions: A narrative review and suggestions for future research. *Psychotherapy research*, 27(5), 511-524.
- Bolton, A. J., & Dorstyn, D. S. (2015). Telepsychology for posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 21(5), 254-267.
- Bower, P., & Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: Access, effectiveness and efficiency. Narrative literature review. *The British Journal of Psychiatry*, 186, 11-17.
- Cançado, M. F. L. (2017). *Psicoterapia por internet para dependentes de álcool de um site especializado: Viabilidade, aceitabilidade e resultados clínicos iniciais* [Dissertação de mestrado]. Universidade Federal de Juiz de Fora.
- Cançado, M. F. L., Gumier, A. B., Ribeiro, N. S., Torres, A. P. F., & Sartes, L. M. A. (2019). Web-based computer-delivered interventions for illicit drug users: Systematic review. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 19(3), 789-804.
- Choi, N. G., Marti, C. N., Bruce, M. L., Hegel, M. T., Wilson, N. L., & Kunik, M. E. (2014). *Depression and Anxiety*, 31(8), 653-661.
- Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2014). *Código de ética profissional do psicólogo*. CFP. <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Co%CC%81digo-de-%C3%89tica.pdf>
- Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRPSP). (2020). *Cartilha psicologia e ética nas redes sociais*. CRP. <http://crp11.org.br/upload/CARTILHA%20PSICOLOGIA%20E%20%CC%89TICA%20NAS%20REDES%20SOCIAIS.pdf>
- Cook, B. L., Trinh, N. H., Li, Z., Hou, S. S., & Progovac, A. M. (2017). Trends in Racial-Ethnic Disparities in Access to Mental Health Care, 2004-2012. *Psychiatric Services*, 68(1), 9-16.
- Devlin, A. S., Borenstein, B., Finch, C., Hassan, M., Iannotti, E., & Koufopoulos, J. (2013). Multicultural art in the therapy office: Community and student perceptions of the therapist. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(3), 168-176.

- Drum, K. B., & Littleton, H. L. (2014). Therapeutic boundaries in Telepsychology: Unique issues and best practice recommendations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(5), 309-315.
- Faria, L., Oliveira-Lima, J. A. de, & Almeida, N. (2021). Medicina baseada em evidências: Breve aporte histórico sobre marcos conceituais e objetivos práticos do cuidado. *História, Ciências, Saúde*, 28(1), 59-78.
- Frankham, C., Richardson, T., & Maguire, N. (2020). Psychological factors associated with financial hardship and mental health: A systematic review. *Clinical Psychologist*, 77, 101832.
- Franx, G., Oud, M., de Lange, J., Wensing, M., & Grol, R. (2012). Implementing a stepped-care approach in primary care: Results of a qualitative study. *Implementation Science*, 7, 8.
- Godleski, L., Nieves, J. E., Darkins, A., & Lehmann, L. (2008). VA telemental health: Suicide assessment. *Behavioral Sciences & The Law*, 26(3), 271-286.
- Gumier, A. B. (2019). *Terapia cognitivo-comportamental breve por internet para dependentes de álcool: Um ensaio clínico randomizado* [Tese de doutorado]. Universidade Federal de Juiz de Fora.
- Health Regulations (2005). https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_7-en.pdf
- Kazdin A. E., Fitzsimmons-Craft, E. E., & Wilfley, D. E. (2017). Addressing critical gaps in the treatment of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50(3), 170-189.
- Kelders, S. M., Bohlmeijer, E. T., Pots, W. T., & van Gemert-Pijnen, J. E. (2015). Comparing human and automated support for depression: Fractional factorial randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 72, 72-80.
- Khatri, N., Marziali, E., Tchernikov, I., & Shepherd, N. (2014). Comparing telehealth-based and clinic-based group cognitive behavioral therapy for adults with depression and anxiety: A pilot study. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 765-770.
- Knapp, S., & Slattery, J. M. (2004). Professional boundaries in nontraditional settings. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(5), 553-558.
- Landsberg, G. A. P. (2016). e-Health and primary care in Brazil: Concepts, correlations and trends. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 11(38), 1-9.
- Lawes-Wickwar, S., McBain, H., & Mulligan, K. (2018). Application and effectiveness of telehealth to support severe mental illness management: Systematic review. *JMIR Mental Health*, 5(4), e62.
- Leavey, K., & Hawkins, R. (2017). Is cognitive behavioral therapy effective in reducing suicidal ideation and behavior when delivered face-to-face or via e-health? A systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(5), 353-374.
- Lemos, A., & Marques, F. P. J. A. (2012). O Plano Nacional de Banda Larga Brasileiro: Um estudo de seus limites e efeitos sociais e políticos. *Revista da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação*, 15(1), 1-26.
- Leonardi, J. L., & Meyer, S. B. (2015). Prática baseada em evidências em psicologia e a história da busca pelas provas empíricas da eficácia das psicoterapias. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(4), 1139-1156.

- Lin, L. A., Casteel, D., Shigekawa, E., Weyrich, M. S., Roby, D. H., & McMenamin, S. B. (2019). Telemedicine-delivered treatment interventions for substance use disorders: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment, 101*, 38-49.
- Marcolino, M. S., Oliveira, J. A. Q., D'Agostino, M., Ribeiro, A. L., Alkmim, M. B. M., & Novillo-Ortiz, D. (2018). The Impact of mHealth Interventions: Systematic review of systematic reviews. *JMIR Mhealth Uhealth, 6*(1), e23.
- McGinn, M. M., Roussev, M. S., Shearer, E. M., McCann, R. A., Rojas, S. M., & Felker, B. L. (2019). Recommendations for using clinical video telehealth with patients at high risk for suicide. *Psychiatric Clinics of North America, 42*(4), 587-595.
- Mohr, D. C., Ho, J., Duffecy, J., Baron, K. G., Lehman, K. A., Jin, L., & Reifler, D. (2010). Perceived barriers to psychological treatments and their relationship to depression. *Journal of Clinical Psychology, 66*(4), 394-409.
- Nadler, R. (2020). Understanding "Zoom fatigue": Theorizing spatial dynamics as third skins in computer-mediated communication. *Computers and Composition, 58*, 102613.
- Niles, B. L., Klunk-Gillis, J., Ryngala, D. J., Silberbogen, A. K., Paysnick, A., & Wolf, E. J. (2012). Comparing mindfulness and psychoeducation treatments for combat-related PTSD using a telehealth approach. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4*(5), 538-547.
- Rajamaki, J. & Pirinen, R. (2017). Towards the cyber security paradigm of ehealth: Resilience and design aspects. *AIP Conference Proceedings, 1836*, 020029.
- Rees, C. S., & Maclaine, E. (2015). A systematic review of videoconference-delivered psychological treatment for anxiety disorders. *Australian Psychologist, 50*(4), 259-264.
- Resolução CFP nº 12/2005. (2005). Regulamenta o atendimento psicoterapêutico e outros serviços psicológicos mediados por computador e revoga a Resolução CFP Nº 003/2000. <http://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-12-2005-regulamenta-os-servicos-psicologicos-realizados-por-meios-tecnicos-de-comunicacao-a-distancia-o-atendimento-psicoterapeutico-em-carater-experimental-e-revoga-a-resolucao-cfp-n-122005>
- Resolução nº 11, de 11 de maio de 2018. (2018). Regulamenta a prestação de serviços psicológicos realizados por meios de tecnologias da informação e da comunicação e revoga a Resolução CFP Nº 11/2012. <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/05/RESOLU%C3%87%C3%83O-N%C2%BA-11-DE-11-DE-MAIO-DE-2018.pdf>
- Ribeiro, N. S., Colugnati, F. A. B., Kazantzis, N., & Sartes, L. M. A. (2021). Observing the working alliance in videoconferencing psychotherapy for alcohol addiction: Reliability and validity of the Working Alliance Inventory Short Revised Observer (WAI-SR-O). *Frontiers in Psychology, 12*, 33-56.
- Ricoy, M. C., & Couto, M. J. V. S. (2014). As boas práticas com TIC e a utilidade atribuída pelos alunos recém-integrados à universidade. *Educação e Pesquisa, 40*(4), 897-912.
- Salisbury, C., O'Cathain, A., Edwards, L., Thomas, C., Gaunt, D., Hollinghurst, S., ... Foster, A. (2016). Effectiveness of an integrated telehealth service for patients with depression: A

- pragmatic randomised controlled trial of a complex intervention. *The Lancet Psychiatry*, 3(6), 515-525.
- Schnyder, N., Panczak, R., Groth, N., & Schultze-Lutter, F. (2017). Association between mental health-related stigma and active help-seeking: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 210(4), 261–268.
- Silva, N. H. L. P. (2021). Desafios e especificidades das consultas on-line. In A. E. A. Antúnez, & N. H. L. P. Silva, *Consultas terapêuticas on-line na saúde mental* (pp. 13-25). Manole.
- Stoll, J., Müller, J. A., & Trachsel, M. (2020). Ethical issues in on-line psychotherapy: A narrative review. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 993.
- World Health Organization (WHO). (2005). *WHA58.28 eHealth*. <https://www.who.int/healthacademy/media/WHA58-28-en.pdf>
- World Health Organization (WHO). (2018). *Implementation of the International Health Regulations (2005): Annual report on the implementation of the International Health Regulations (2005): Report by the Director-General*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/276299>
- Yuen, E. K., Herbert, J. D., Forman, E. M., Goetter, E. M., Juarascio, A. S., Rabin, S., ... Bouchard, S. (2013). Acceptance based behavior therapy for social anxiety disorder through videoconferencing. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(4), 389-397.
- Zur, O. (2008). Google factor: Therapists' self-disclosure in the age of the Internet. *Independent Practitioner*, 28(2), 83-85.