UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

CLÁUDIA CATÃO ALVES SIQUEIRA

Eficácia das psicoterapias breves psicodinâmicas pela internet, por meio de videoconferência, no tratamento de adultos com Transtorno Depressivo Maior: revisão sistemática segundo modelo da Colaboração Cochrane.

São Paulo
2016

CLÁUDIA CATÃO ALVES SIQUEIRA

Eficácia das psicoterapias breves psicodinâmicas pela internet, por meio de videoconferência, no tratamento de adultos com Transtorno Depressivo Maior: revisão sistemática segundo modelo da Colaboração Cochrane.

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutor em Psicologia no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica.

Área de concentração: Psicologia Clínica.

Orientadora: Profa. Dra. Kayoko Yamamoto.

São Paulo
2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE DIVULGADA A FONTE.

Catalogação na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Siqueira, Cláudia Catão Alves.
Eficácia das psicoterapias breves psicodinâmicas pela internet, por meio de videoconferência, no tratamento de adultos com Transtorno Depressivo Maior: revisão sistemática segundo modelo da Colaboração Cochrane / Cláudia Catão Alves Siqueira; orientadora Kayoko Yamamoto. -- São Paulo, 2016.
244 f.
Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração**:** Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Telemedicina 2. Psicoterapia 3. Depressão 4. Revisão sistemática 5. Internet 6. Terapia on-line I. Título.

RC489.B8

Nome: Cláudia Catão Alves Siqueira

Título: Eficácia das psicoterapias breves psicodinâmicas pela internet, por meio de videoconferência, no tratamento de adultos com Transtorno Depressivo Maior: revisão sistemática segundo modelo da Colaboração Cochrane

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutor em Psicologia.

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Agradecimentos

Escrever uma Tese é um trabalho intenso, desgastante e transformador. Muitas pessoas caminharam comigo amorosamente nesse processo. Elas sabem que tem aqui e sempre, a minha gratidão e o meu amor.

Agradeço à Professora Dra. Kayoko Yamamoto, que acolheu a mim e ao meu trabalho, me apoiando e me encorajando em muitos momentos importantes.

Às Professoras Doutoras Tamara Melnik e Ivonise Fernandes da Motta, pela pronta disponibilidade, pelas valiosas sugestões na Qualificação desse trabalho e pelo encorajamento.

A Marcelo Nascimento Russo, parceiro de vida, que trabalhou incessantemente comigo nesses anos, agradeço especialmente, pelo amor e apoio em todos os momentos e também pela gigantesca paciência e deliciosas refeições dentro do escritório.

Às minhas filhas, Vitória e Luísa pelo incentivo e amor.

Ao Prof. Dr. Ryad Simon, agradeço especialmente, por me ajudar a descobrir a minha verdade.

À Ester Sandler, por desacorrentar a árvore que tem dado tantos frutos.

Aos amigos-irmãos do nosso querido grupo de estudos sobre as obras de Bion e colegas professoras do Curso de Pós-graduação em PBO, pelos mais de 10 anos de amizade, companheirismo e apoio.

À Thais La Rosa e Guilherme Valente, primeiros psicoterapeutas especialistas em Práticas Clínicas Mediadas por Tecnologias da Casa dos Insights, pela confiança e parceria.

Aos meus supervisionandos, ex-alunos e pacientes, um agradecimento mais que especial, pois sem a confiança deles, esse trabalho não teria sido realizado.

Aos funcionários da Biblioteca Dante Moreira Leite, por me auxiliarem na busca de estudos revisados para o presente trabalho e aos amigos e colegas do IP-USP e da SBPSP pelos bate-papos no café, discussões temáticas e troca de experiências.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pela bolsa de estudos recebida no último ano do Doutorado.

Ao Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo, que propiciou o meu desenvolvimento pessoal e profissional, meu agradecimento.

A todos os meus queridos professores, agradeço por terem feito parte dessa longa jornada de aprendizado que têm sido a minha vida.

Ao meu filho canino Sigmund e equino Much Better, por alegrarem a minha vida.

A todos, o meu amor e gratidão.

Cláudia

Mas van pasando los años,
las cosas son muy distintas:
lo que fue vino, hoy es tinta;
lo que fue piel hoy es paño;
lo que fue cierto, hoy engaño,
todo es penuria y quebranto,
de las leyes de hoy me espanto;
lo paso muy confundida
y es grande torpeza mida
buscar alivio en mi canto.

Violeta Parra

RESUMO

Catão-Siqueira, Cláudia A. (2016*). Eficácia das psicoterapias breves psicodinâmicas pela internet, por meio de videoconferência, no tratamento de adultos com Transtorno Depressivo Maior: revisão sistemática segundo modelo da Colaboração Cochrane*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CONTEXTO: O Transtorno Depressivo Maior é um grave problema de saúde pública mundial. No Brasil, 50% da população diagnosticada com esse transtorno não tem acesso a tratamento. As psicoterapias breves psicodinâmicas têm sua eficácia comprovada por revisões sistemáticas (RS) no tratamento do Transtorno Depressivo Maior e realizadas por meio de videoconferência, podem ampliar o acesso da população a essas psicoterapias baseadas em evidências. **OBJETIVO:** Avaliar a eficácia das psicoterapias breves psicodinâmicas realizadas pela internet, por meio de videoconferência, no tratamento de adultos com Transtorno Depressivo Maior. **MÉTODO:** Revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados realizada segundo a metodologia da Colaboração Cochrane (Handbook of Systematic Reviews of Interventions). **ESTRATÉGIA DE BUSCA:** Os artigos foram recuperados em uma busca sensibilizada às bases de dados eletrônicas: BVS-Psi; Cochrane Library; EBSCO-CINAHL; EMBASE; LILACS; PsycNET (PsycINFO, PsycARTICLES, APABooks); Ovid MEDLINE; PubMED; Redalyc; SciELO; ScienceDirect; Scopus e Web of Science. Buscas adicionais foram realizadas no ClinicalTrials.gov e WHO (http://www.who.int/ictrp/en/), no Google Scholar e ResearchGate e na literatura cinzenta. As buscas foram realizadas em abril de 2016 e atualizadas até setembro de 2016. Não houve restrição a idiomas, datas e status de publicação. As listas de referências bibliográficas de RS e de artigos selecionados foram revisadas. Realizou-se contato com especialistas em busca de estudos em andamento. **DESFECHO:** Remissão sintomatológica por meio de escalas validadas e adesão ao tratamento. **RESULTADOS:** Dois revisores (CCAS e MNR) selecionaram de forma independente os artigos segundo os critérios de elegibilidade. Um terceiro revisor (KY) resolveu as discordâncias. Da busca inicial de 1163 artigos, 30 foram selecionados para avaliação do texto completo. Nenhum artigo contemplou os critérios de elegibilidade preconizados para esta revisão sistemática. **CONCLUSÃO:** Até o

momento, não é possível afirmar se as psicoterapias breves psicodinâmicas realizadas pela internet, por meio de videoconferência, apresentam eficácia no tratamento da Depressão Maior em adultos devido à inexistência de ensaios clínicos randomizados.

Palavras-chave: Telemedicina; Psicoterapia; Depressão; Revisão Sistemática; Internet; Terapia On-line.

ABSTRACT

Catão-Siqueira, Cláudia A. (2016*). Online videoconferencing short-term psychodynamic psychotherapy for depression in adults: a systematic review following the Cochrane Collaboration*. PhD Thesis, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

BACKGROUND: Major Depressive Disorder (MDD) is a major world public health problem. In Brazil, 50% of diagnosed population don´t receive treatment properly. Short-term psychodynamic psychotherapies have efficacy proved by systematic reviews of Depression's treatment and applied through videoconferencing may improve the access of population to these evidence-based psychotherapies. **OBJECTIVES:** To evaluate the efficacy of online videoconferencing short-term psychodynamic psychotherapies on MDD's treatment in adults. **METHOD:** Systematic review of randomized clinical trials following the Cochrane Collaboration Methodology (Handbook of Systematic Reviews of Interventions). **SEARCH METHODS:** Sensitive electronic searches were handled in the following databases: BVS-Psi; Cochrane Library; EBSCO-CINAHL; EMBASE; LILACS; PsycNET (PsycINFO, PsycARTICLES, APABooks); Ovid MEDLINE; PubMED; Redalyc; SciELO; ScienceDirect; Scopus and Web of Science. Additional searches were done in ClinicalTrials.gov and WHO (http://www.who.int/ictrp/en/), Google Scholar, ResearchGate and grey literature. Electronic searches were done in April 2016 and updated to September 2016. No restrictions on language, date and publication status were applied to the searches. References list of systematic reviews and potentially relevant papers retrieved were checked. A group of specialists was contacted in order to find ongoing studies. **OUTCOME:** Symptoms remission measured by validated scales and adherence to treatment. **RESULTS:** Two reviewers independently (CCAS e MNR) screened suitable articles according to eligibility criteria of this review. A third reviewer (KY) was consulted if two review authors could not reach consensus. From 1163 articles initially retrieved, 30 had assessed the full-text for eligibility. None article met the eligibility criteria of this systematic review. **CONCLUSION:** At this moment, is not possible to assure if online videoconferencing short-term psychodynamic psychotherapies are efficacious on MDD's treatment because of the absence of randomized clinical trials.

Keywords: Depression; Psychotherapy; Psychodynamic Psychotherapy; Internet; Systematic review; Online therapy.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Cronologia de lançamentos de sistemas, aplicativos e plataformas para a internet e suas finalidades..... 32
Quadro 2 – Principais pesquisadores sobre intervenções de autoajuda realizadas pela internet e seus respectivos países de origem 49
Quadro 3 – Principais pesquisadores sobre intervenções realizadas por meio de videoconferência e seus respectivos países de origem 53

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Exemplo de site que oferece intervenção de autoajuda realizada pela internet – Psyfit . Disponível em http://www.psyfit.nl/. 49
Figura 2 – Um dos primeiros equipamentos de videoconferência utilizados em pesquisas (Bouchard et al., 2000). 52
Figura 3 – Evolução dos equipamentos de videoconferência (Yeung et al., 2009). 52
Figura 4 – Portal Saúde Baseada em Evidências. 71
Figura 5 – Psicologia Baseada em Evidências..... 72
Figura 6 – Níveis de evidência dos estudos abordando a eficácia de intervenções (Melnik & Atallah, 2011). 74
Figura 7 – Descrição da estratégia EPICOS-T utilizada para seleção inicial dos estudos. 83
Figura 8 – Exemplo de duplicações não identificadas pelo gerenciador de referências..... 93
Figura 9 – Fluxograma da seleção dos estudos realizada em abril de 2016.... 95

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição de artigos identificados segundo a localização em suas respectivas bases de dados. 90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality
APA – American Psychiatric Association
APA – American Psychological Association
ARPANET – Agência de Projetos de Pesquisa Avançada
BDI – Beck Depression Inventory
BVS-PSI – Biblioteca Virtual em Saúde – Psicologia (base de dados)
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEPH-IPUSP – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
CFP – Conselho Federal de Psicologia
CGI – Comitê Gestor da Internet
CID-10 – Classificação Internacional de Doenças
CINAHL – Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (base de dados)
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
Comut – Programa de Comutação Bibliográfica
CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
DeCS – Descritores em Ciências da Saúde
df – representa o grau de liberdade
DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4
EBSCO – Elton B. Stephens Co. (Provedor de buscas eletrônicas)
ECR – Ensaios Clínicos Randomizados
EMBASE – Excerpta Medica Database (base de dados)
Emtree – Descritor da base de dados EMBASE
EPICOS-T – Evidência Atual, Participantes, Intervenção, Controle (Comparações), Outcome (Desfecho), Setting, Tempo
EUA – Estados Unidos da América
FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
GRADE – Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation Working Group
GSI – Índice Global de Severidade
HAM-D – Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton

IAB – Inventário de Ansiedade de Beck

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC – Intervalo de Confiança

ICD-10 – International Classification of Diseases

ICTCP – *International Conference on Telemedicine and Clinical Practices*

ICTRP – *International Clinical Trials Registry Platform (*Portal de Ensaios Clínicos da Organização Mundial da Saúde)

IDB - Inventário de Depressão de Beck

IPUSP – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

ISDN – Integrated Services Digital Network

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (base de dados)

LNCC – Laboratório Nacional de Computação Científica

MD – Mean Difference

MDARS – Escala para Avaliação de Depressão de Montgomery & Asberg

MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica) (base de dados)

MeSH – Medical Subject Headings

*mhGAP – Mental Health Gap (*Lacuna em saúde mental)

NASA – National Aeronautics and Space Administration

NCBI – National Center for Biotechnology Information

NLM – National Library of Medicine's

NTI – Novas Tecnologias de Informação

NTIC – Novas Tecnologias de Informação e Comunicação

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

Ovid – Provedor de buscas eletrônicas

PBE – Psicologia Baseada em Evidências

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

ProQuest – Base de dados de dissertações, teses e outros tipos de documentos científicos.

PsycINFO – Base de dados na área da Psicologia da American Psychological

PubMed – Base de dados publicada pelo National Center for Biotechnology Information

PUC-Campinas – Pontifícia Universidade Católica de Campinas

PUC-RJ – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Q – Qui-quadrado estatístico

ReBec – Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos

Redalyc – Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (base de dados)

RNP – Rede Nacional de Pesquisas

RR – Riscos relativos

RS – Revisão Sistemática

RUTE – Rede Universitária de Telemedicina

SciELO – Scientific Electronic Library Online (Biblioteca Científica Eletrônica Online)

SCOPUS – Base de dados multidisciplinar, produzida pela editora Elsevier

SF-36 – Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey e Health Assessment Questionnaire

SR – Systematic Review

SRI – Stanford Research Institute

TCP/IP – *Transmission Control Protocol* e *Internet Protocol*

TDM – Transtorno Depressivo Maior

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

UCLA – Universidade da Califórnia em Los Angeles

UCSB – Universidade da Califórnia de Santa Barbara

UEA – Universidade Estadual do Amazonas

UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

UFAM – Universidade Federal do Amazonas

UFC – Universidade Federal de Ceará

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

UFG – Universidade Federal de Goiás

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UFRS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

USP – Universidade de São Paulo

VOLP – Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa

VPN – Virtual Private Network

WHO - World Health Organization

WWW – World Wide Web

SUMÁRIO

1 Introdução 23

2 Referencial teórico 29

2.1 Novas Tecnologias de Informação e Comunicação em rede, novas configurações sociais e subjetivas e o exercício da psicologia 29

2.2 Internet 30

2.2.1 Definição 30

2.2.2 Histórico da Internet 30

2.2.3 O surgimento da Internet no Brasil 32

2.2.4 Dados sócios demográficos da população que tem acesso à Internet no Brasil 33

2.3 Da pedra lascada ao microchip – a complexa relação entre o homem e a tecnologia 33

2.4 Novas Tecnologias de Informação e Comunicação e a Sociedade da Informação 35

2.5 Novas Tecnologias de Informação e Comunicação e a realidade social vigente 36

2.6 Novas Tecnologias de Informação e Comunicação e o papel da universidade 37

2.7 Novas Tecnologias de Informação e Comunicação e a formação do psicólogo 38

2.8 Novas Tecnologias de Informação e Comunicação e práticas de saúde na Contemporaneidade (introdução da segunda parte) 41

2.8.1 Telessaúde 41

2.8.1.1 Definição 41

2.8.1.2 Histórico do surgimento da Telessaúde 41

2.8.1.3 Dados históricos da Telessaúde no Brasil 42

2.8.1.4 Núcleos de Telessaúde no Brasil 43

2.8.1.5 Modalidades de Telessaúde no Brasil 44

2.8.1.6 Relevância da Telessaúde para o Brasil 45
2.9 Telepsicologia 45
2.9.1 Definição 46
2.9.2 Benefícios decorrentes da Telepsicologia 47
2.9.3 Modalidades de Telepsicologia 48
2.9.3.1 Intervenções de autoajuda realizadas pela internet ou Intervenções psicológicas baseadas na internet 48
2.9.3.1.1 Eficácia comprovada em ensaios clínicos randomizados . 50
2.9.3.1.2 Benefícios advindos da utilização de intervenções de autoajuda realizadas pela internet 50
2.9.3.1.3 Desvantagens advindas da utilização de utilização de intervenções de autoajuda realizadas pela internet 51
2.9.3.2 Psicoterapias mediadas por tecnologias (terapias on-line) 51
2.9.3.2.1 Definição de videoconferência 51
2.9.3.2.2 Histórico do surgimento e evolução da videoconferência . 53
2.9.3.2.3 Aspectos técnicos da videoconferência e sua relação com a prática clínica 53
2.9.3.2.4 População beneficiada pelas psicoterapias realizadas por meio de videoconferência 54
2.9.3.2.5 Psicoterapias realizadas por meio da videoconferência: crenças versus evidências 55
2.9.3.2.6 Aliança Terapêutica nas psicoterapias realizadas por meio de videoconferência 56
2.9.3.2.7 Eficácia e/ou efetividade das psicoterapias realizadas por meio de videoconferência 58
2.9.3.2.8 Videoconferência e atividade psicoterapêutica: dificuldades e desafios na prática clínica 61
2.9.4 Telepsicologia no Brasil 63

2.9.4.1 As psicoterapias mediadas por tecnologias no Brasil: exclusivamente em caráter experimental 63
2.10 Psicoterapias Breves Psicodinâmicas 64
2.11 Psicoterapia Breve Operacionalizada 65
2.11.1 Psicoterapia Breve Operacionalizada realizada pela internet por meio de videoconferência 66
2.12 Depressão 67
2.12.1 Prevalência no Brasil 67
2.12.2 Perfil dos pacientes diagnosticados com Depressão no Brasil 67
2.12.3 Possibilidades e locais de tratamento disponíveis ao paciente diagnosticado com Depressão no Brasil 68
2.12.4 Dificuldades em relação à procura e ao atendimento psicológico para pacientes diagnosticados com Depressão no Brasil 68
2.13 Prática Clínica Baseada em Evidências (terceira parte) 69
2.13.1.1 Psicologia Baseada em Evidências 71
2.13.2 Revisão Sistemática e Metanálise 73
2.13.2.1 Histórico 73
2.13.2.2 Definição 74
2.13.2.3 Avaliação da qualidade da evidência 75
2.13.2.4 Colaboração Cochrane 76
2.13.2.5 Etapa preparatória de uma Revisão Sistemática 77
2.13.2.6 Divulgação da revisão sistemática 77
2.13.2.7 Atualização da revisão sistemática 78
3 Objetivos 79
3.1 Objetivo principal 79
3.2 Objetivos secundários 79
4 Hipótese de pesquisa 79
5 Método 80

5.1 Tipo de estudo 80
5.2 Local de desenvolvimento do estudo 80
5.3 Aspectos éticos 80
5.4 Tipos de estudos incluídos 80
5.5 Tipos de participantes 80
5.6 Tipo de intervenção 80
5.6.1 Definição das psicoterapias breves psicodinâmicas 81
5.6.2 Definição de videoconferência 81
5.7 Comparações 81
5.8 Tipos de desfechos 81
5.8.1 Primários 81
5.8.2 Secundários 82
5.9 Estratégias de busca dos estudos 82
5.9.1 Estratégia eletrônica 82
5.9.2 Buscas adicionais 85
5.10 Processamento dos dados 86
5.11 Coleta de dados e análises 87
5.11.1 Seleção dos estudos 87
5.12 Extração de dados 87
5.13 Avaliação do risco de viés 87
5.14 Análise de dados 88
5.14.1 Síntese dos dados 88
5.14.2 Medidas de efeito do tratamento 88
5.14.3 Investigação da heterogeneidade entre os estudos incluídos na metanálise 88
5.15 Análise de subgrupos 89
5.16 Análise de sensibilidade 89

6 Resultados 90
6.1 Registros identificados por meio de buscas às bases de dados 90
6.2 Registros adicionais identificados por meio de outras fontes 91
6.2.1 Bases de registro de ensaios clínicos randomizados 91
6.2.2 Contato com especialistas da área 91
6.2.3 Lista de referências 92
6.2.4 Teses e dissertações 92
6.3 Remoção de duplicações 92
6.4 Etapa de seleção dos artigos a partir da análise de título e resumo 93
6.5 Etapa de avaliação do texto completo 93
7 Discussão 96
7.1 Sumário dos resultados principais 96
7.2 Qualidade da Evidência 98
7.3 Limitações do processo da revisão 98
7.4 Concordâncias e Divergências em relação a outras revisões 98
7.5 Considerações breves sobre estudos excluídos 99
8 Conclusão 101
8.1 Implicações para a Prática Clínica 101
8.2 Implicações para os Consumidores 101
8.3 Implicações para Gestores e Tomadores de Decisão em Saúde Pública 102
8.4 Implicações para Pesquisa 102
REFERÊNCIAS 103
Apêndice A – Projeto de Pesquisa: Eficácia da Psicoterapia Breve Operacionalizada realizada pela internet, por meio de videoconferência, no tratamento de adultos com Transtorno Depressivo Maior: ensaio clínico randomizado controlado – piloto 132

Apêndice B – Correspondência eletrônica enviada aos pesquisadores especialistas na área..... 196

Apêndice C – Palavras-chave e Descritores específicos para cada base de dados – NTIC 203

Apêndice D – Palavras-chave e Descritores específicos para cada base de dados – Psicoterapia Psicodinâmica..... 205

Apêndice E – Palavras-chave e Descritores específicos para cada base de dados – Ensaio Clínico Randomizado..... 207

Apêndice F – Documentação das buscas às bases de dados bibliográficas . 208

Apêndice G – Artigos e motivos da exclusão após avaliação do texto completo222

Apêndice H – Referências dos artigos excluídos após avaliação do texto completo..... 227

Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos231

Anexo B – Exemplo de alerta semanal enviado pela base de dados PubMED232

Anexo C – Ficha de extração de dados (Colaboração Cochrane) 233

2.9.4 Telepsicologia no Brasil

Na literatura científica brasileira, a psicologia e a informática coexistem no Brasil desde 2000 ("*Resolução restringe psicoterapia pela Internet a pesquisas*", 2000).

No Brasil, o Conselho Federal de Psicologia na Resolução Nº011/2012 reconhece cinco modalidades de Telepsicologia ("Resolução CFP Nº011/2012", 2012):

I. Orientações psicológicas de diferentes tipos, entendendo-se por orientação o atendimento realizado em até 20 encontros ou contatos virtuais, síncronos ou assíncronos;
II. Processos prévios de seleção de pessoal;
III. Aplicação de testes devidamente regulamentados por portaria específica ("Resolução CFP Nº005/2012", 2012);
IV. Supervisão do trabalho de psicólogos realizada de forma eventual ou complementar ao processo de sua formação profissional presencial, e;
V. Atendimento eventual de clientes em trânsito e/ou de clientes que momentaneamente se encontrem impossibilitados de comparecer ao atendimento presencial.

No Brasil, o psicólogo que realiza a Telepsicologia regularmente deve realizar o cadastramento por meio da Comissão Nacional de Cadastro de Sites do Conselho Federal de Psicologia (CFP) que disponibiliza o serviço de Cadastro de Sites para serviços de psicologia realizados por meios tecnológicos de comunicação à distância e o atendimento psicoterapêutico em caráter experimental[25].

2.9.4.1 As psicoterapias mediadas por tecnologias no Brasil: exclusivamente em caráter experimental

As psicoterapias mediadas por tecnologias no Brasil são regulamentadas pela Resolução Nº011/2012 do Conselho Federal de Psicologia (CFP), exclusivamente em caráter experimental, segundo seis parâmetros que o pesquisador precisa cumprir:

[25] Saiba mais em: http://cadastrosite.cfp.org.br/cadastro.

I. Apresentar certificado de aprovação do protocolo em Comitê de Ética em Pesquisa, conforme os critérios do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde;
II. Respeitar o Código de Ética Profissional do psicólogo;
III. Não receber qualquer forma de remuneração ou pagamento;
IV. Especificar quais são os recursos tecnológicos utilizados no seu trabalho;
V. Garantir o sigilo das informações, e;
VI. Manter no site da pesquisa, de forma visível, as informações acima citadas ("Resolução CFP Nº011/2012", 2012).

A seguir serão apresentadas as psicoterapias breves psicodinâmicas e a Psicoterapia Breve Operacionalizada realizada pela internet, por meio de videoconferência.

2.10 Psicoterapias Breves Psicodinâmicas

As psicoterapias breves psicodinâmicas têm sido desenvolvidas desde meados de 1970, por vários autores como Peter Sifneos (Sifneos, 1972), James Mann (Mann, 1973), David Malan (Malan, 1979), Hans Strupp e Jeffrey Binder (Strupp & Binder, 1984), Ryad Simon (Simon, 2005), Lester Luborsky (Luborsky, 1984) e Habib Davanloo (Davanloo, 2000) que tem proposto alternativas breves de tratamentos psicoterápicos em lugar dos modelos terapêuticos psicodinâmicos de longa duração. Esses tratamentos propostos são terapias desenvolvidas para trabalhar os impulsos inconscientes, sentimentos e processos que estão subjacentes aos transtornos mentais e que podem ser responsáveis pela manutenção desses transtornos. Os impulsos inconscientes, sentimentos e processos estão frequentemente relacionados a perdas ou eventos traumáticos do passado. As psicoterapias psicodinâmicas com foco na resolução de traumas antigos e os efeitos destas nas relações interpessoais têm sido empregados no tratamento de vários transtornos mentais (Leichsenring & Klein, 2014; Shedler, 2010). Os elementos comuns presentes em todas as psicoterapias breves psicodinâmicas são: seleção de pacientes segundo critérios específicos, delimitação de um foco para o trabalho terapêutico, tempo delimitado, emprego de técnicas que evitem a regressão do paciente, trabalho ativo do terapeuta e observação ativa da relação transferencial como forma de apreender de que forma o paciente estabelece as suas relações interpessoais (Yoshida & Enéas, 2013). Alguns modelos de psicoterapia breve

psicodinâmica utilizam um tempo curto e limitado, como por exemplo, Mann (Mann, 1973), e outros não delimitam este tempo como Davanloo (Davanloo, 2000). O número médio de sessões varia entre 12 e 24, podendo atingir 40 sessões. As sessões são realizadas frente a frente e geralmente duram de 45 a 60 minutos. Alguns modelos utilizam o triângulo de conflito (que interliga sentimentos, ansiedades e defesas) e o triângulo pessoal (que interliga o passado ao terapeuta e às relações atuais) (Yoshida & Enéas, 2013). As psicoterapias breves psicodinâmicas podem incluir intervenções de reasseguramento e encorajamento e mobilização de angústias. Essa modalidade de psicoterapia mostrou-se eficaz no tratamento de pacientes diagnosticados com depressão em revisões sistemáticas (Abbass et al., 2011; Driessen et al., 2010). A partir de 1980, outros modelos de psicoterapias breves psicodinâmicas têm sido desenvolvidos como a Terapia Interpessoal de Hobson (Hobson, 1985), Psicoterapia Breve Intensiva Dinâmica de Davanloo (Davanloo, 2000) e a Psicoterapia Breve Operacionalizada (Simon, 1986), que será descrita a seguir.

2.11 Psicoterapia Breve Operacionalizada

A Psicoterapia Breve Operacionalizada foi idealizada por Ryad Simon tendo como base teórica a Teoria da Adaptação e a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada como instrumento de operacionalização (Simon, 2005). A teoria psicanalítica, que fornece sustentação à compreensão psicodinâmica subjacente às situações-problema, é composta pelas contribuições de Sigmund Freud e Melanie Klein (Simon, 1996). Essa modalidade de psicoterapia tem como objetivo: após a identificação dos setores adaptativos em que o paciente apresenta inadequações, ajudá-lo a substituir as soluções pouco ou pouquíssimo adequadas que ele vinha fazendo uso em sua vida, por outras soluções mais adequadas. As soluções pouco ou pouquíssimo adequadas geram as chamadas situações-problema que podem estar presentes nos quatro setores da adaptação (Simon, 1996).

Situação-problema é definida por Ryad Simon (1996, p. 9) como sendo (...) "conjunto de fatores ambientais existentes no presente, interagindo com fatores intrapsíquicos, provocando desequilíbrio da adequação, podendo causar crise adaptativa ou deterioração gradual da adaptação existente".

Nessa abordagem, o terapeuta concentrará seus esforços terapêuticos na situação-problema com o objetivo de esclarecer os seus componentes inconscientes para o

paciente, proporcionando-lhe "insight" a respeito dos conflitos que lhe eram inconscientes. Esses complexos inconscientes sustentam as soluções inadequadas. Nos casos em que o terapeuta encontra mais de uma situação-problema, ele deve analisar o encadeamento presente entre elas e detectar a situação-problema nuclear (principal). O esclarecimento dessa situação-problema nuclear, quando acompanhado pelo insight do paciente, dissolve natural e espontaneamente a resolução das situações-problema subsequentes (decorrentes da nuclear). O insight do paciente é permeado pelas Interpretações Teorizadas realizadas pelo terapeuta. Essas interpretações são formuladas a partir da história de vida pregressa do indivíduo e são alicerçadas na compreensão psicodinâmica de seus complexos inconscientes e na sua inadequação adaptativa atual (Simon & Yamamoto, 2009).

A psicoterapia propriamente dita é precedida de entrevistas psicológicas em número suficiente para: conhecer o processo de evolução da adaptação do paciente ao longo de sua vida; construir o diagnóstico adaptativo; determinar as situações-problema nucleares e as que derivam dela, a partir da compreensão adaptativa e psicodinâmica do paciente; e planejar o processo terapêutico (Simon, 1996).

A Psicoterapia Breve Operacionalizada pode ser aplicada em qualquer indivíduo que esteja vivenciando algum problema em sua adaptação. Mas, como é a modalidade dessa psicoterapia realizada pela internet?

2.11.1 Psicoterapia Breve Operacionalizada realizada pela internet por meio de videoconferência

A Psicoterapia Breve Operacionalizada realizada pela internet, por meio de videoconferência, é uma aplicação da Psicoterapia Breve Operacionalizada, originada de Simon (2005) baseada no plano de tratamento de 12 sessões individuais de cinquenta minutos cada, previamente agendadas, na frequência de uma sessão por semana, realizada pela internet, por meio de videoconferência. Essa aplicação será avaliada no projeto do ensaio clínico randomizado descrito no Apêndice A.

No próximo item, será abordada a Depressão, alvo desse estudo, sua prevalência no Brasil, perfil dos pacientes diagnosticados, possibilidades e locais de tratamento disponíveis e dificuldades em relação à procura e ao atendimento médico.

2.12 Depressão

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS (World Health Organization – WHO), a Depressão é a principal doença de impacto global, atingindo 350 milhões de pessoas de todas as idades (WHO, 2016a). A Depressão é um transtorno afetivo que apresenta um amplo espectro de comportamentos, humores e emoções que compreendem desde o Transtorno Depressivo Maior a flutuações constantes no estado de humor que perduram durante a vida (distimia) e que podem ser diagnosticados a partir de um episódio de Depressão ou permanecer em estados subclínicos (Paykel & Priest, 1992). Mas, qual é a sua prevalência no Brasil?

2.12.1 Prevalência no Brasil

Segundo os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD (IBGE, 2015), que avaliou 1800 domicílios particulares (excetuando-se aqui os setores censitários[26]), de cada unidade federativa do país, o Brasil atravessa, atualmente, um período de transição epidemiológica com uma intensa alteração dos padrões de saúde e doença que interagem com fatores sociais, demográficos, culturais, ambientais e econômicos (Szwarcwald, Souza-Júnior, & Damacena, 2010). Apesar das doenças infecciosas serem ainda importantes, houve um aumento significativo das doenças crônicas não transmissíveis (doenças neuropsiquiátricas, cardiovasculares, câncer, diabetes e enfermidades respiratórias crônicas). Essas doenças crônicas não transmissíveis são o maior problema de saúde e o de maior relevância, sendo responsáveis por mais de 70% das causas de morte no Brasil (Schmidt et al., 2011). Quem são os pacientes diagnosticados no Brasil?

2.12.2 Perfil dos pacientes diagnosticados com Depressão no Brasil

Foi estimado pela Pesquisa Nacional de Saúde – PNS (IBGE, 2014) que 11,2 milhões de pessoas, com maior prevalência na área urbana (8,0%) em comparação à rural (5,6%), receberam diagnóstico de Depressão realizado por um profissional da saúde mental, ou seja, 7,6% das pessoas de 18 anos ou mais de idade. A maior faixa da população acometida pela Depressão foi a de 60 a 64 anos de idade (11,1%). A faixa menos acometida foi entre 18 e 29 anos de idade (3,9%). A região que apresentou maior número de diagnósticos foi a região Sul (12,6%) seguida pela Sudeste (8,4%). A maior prevalência da Depressão foi encontrada nas mulheres

[26] Setores censitários são quartéis, bases militares, alojamentos, acampamentos, embarcações, penitenciárias, colônias penais, presídios, cadeias, asilos, orfanatos, conventos e hospitais.

(10,9%) em comparação aos homens (3,9%). Em relação à raça/cor, 9% da população diagnosticada com Depressão eram compostas por pessoas brancas, seguidas pelas pessoas de cor parda (6,7%) e preta (5,4%). Os pesquisadores encontraram escores elevados nos dois extremos da escolaridade: 8,7% com ensino superior completo e 8,6% com fundamental incompleto ou sem instrução (IBGE, 2014). Mas, onde os pacientes obtém atendimento no Brasil?

2.12.3 Possibilidades e locais de tratamento disponíveis ao paciente diagnosticado com Depressão no Brasil

Em 2010, praticamente metade da população diagnosticada com Depressão (46,4%) tinha sido atendida por um médico nos últimos 12 meses. Metade da população diagnosticada com Depressão usava medicação para o tratamento da Depressão (51,2% dos homens e 52,3% das mulheres diagnosticadas com Depressão), apenas 16,4% fazia psicoterapia (IBGE, 2014) e 53,6% não tinha recebido nenhum tipo de tratamento.

Em relação ao local de atendimento, 13,6% da população diagnosticada foi atendida em hospitais (3,0% públicos e 1,4% privados) e 42,3% em consultórios ou clínicas privadas. Houve um predomínio de atendimento em serviços de saúde públicos. Dos 54,4% da população diagnosticada, com Depressão, foram atendidos: 33,2% em unidade básica de saúde; 9,2% em hospital público/ambulatório; 5,3% em Centro de Atenção Psicossocial; 3,5% em centro de especialidades, policlínica pública ou posto de assistência médica e 3,0% em unidade de pronto-atendimento público ou emergência de hospital público (IBGE, 2014). Mas, os pacientes enfrentam dificuldades para obter atendimento?

2.12.4 Dificuldades em relação à procura e ao atendimento psicológico para pacientes diagnosticados com Depressão no Brasil

Tendo como base a pesquisa relatada acima, apesar de serem diagnosticados com Depressão, muitos indivíduos não procuraram atendimento: 73,4% alegou não estar mais deprimido; 6,6% disse não ter ânimo; 4,6% justificou que o tempo de espera no serviço de saúde era muito grande; 2,4% apresentaram dificuldades financeiras; 2,1% relatou que o serviço de saúde funcionava em horário incompatível com suas atividades de trabalho; e 10,9% por outros motivos (IBGE, 2014).

A partir dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD obteve-se um conjunto de informações de amplitude nacional que tem permitido a

formulação, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde (Travassos & Viacava, 2011; Travassos, Viacava, & Laguardia, 2008; Viacava, 2010). Também precisa ser priorizado um enfoque mais direcionado à redução das desigualdades em relação ao acesso da maior parte da população a tratamentos de saúde de alta qualidade e psicoterapias baseadas em evidência, utilizando-se Novas Tecnologias de Informação e Comunicação aplicadas à saúde, e dirigidas àqueles que não podem ser atendidos na forma tradicional.

A terceira parte, que encerrará o referencial teórico, versará sobre a Prática Clínica baseada em Evidências, a Psicologia baseada em Evidências e a base teórica que fundamenta a Revisão Sistemática, metodologia selecionada para essa pesquisa. Será feito um convite ao leitor para que ao longo da terceira parte deste referencial, leia-o norteado pela terceira e última reflexão.

> *3ª Reflexão: "os psicólogos devem ser agentes de mudanças. Ser agentes de mudanças pressupõe relacionamento, participação, comunicabilidade, aceitação e poder de influência. As mudanças devem começar no próprio psicólogo" (Zanelli, 1994, p. 171).*

2.13 Prática Clínica Baseada em Evidências (terceira parte)

A produção científica na área da saúde mental tem gerado novos conhecimentos de forma veloz. A partir da inserção das tecnologias de informação e comunicação, esse conhecimento tornou-se rapidamente disponível e de fácil acesso para os profissionais da área da saúde, uma vez que o acesso passou a ser aberto às bases de dados eletrônicas. No entanto, a grande quantidade de trabalhos publicados com metodologias diversas tem dificultado que o profissional de saúde possa determinar a aplicabilidade dos resultados dessas pesquisas em sua prática clínica (Melnik & Atallah, 2011).

O emprego do termo evidência surgiu concomitante ao surgimento do movimento da Medicina Baseada em Evidências (Melnyk, Fineout-Overholt, Stillwell, & Williamson, 2010). Esse movimento surgiu pela necessidade do incremento da qualidade do ensino, do aprimoramento da prática clínica e da reunião e avaliação dos resultados das pesquisas científicas (Sampaio & Mancini, 2007).

A Medicina Baseada em Evidências possui como um de seus principais idealizadores o médico epidemiologista Archibald L. Cochrane que deu ênfase ao papel fundamental das evidências científicas para a tomada de decisão, em especial, dos ensaios clínicos controlados e randomizados. Essa prática foi nomeada de Medicina Baseada em Evidências por ter sido inicialmente aplicada na clínica médica (Melnyk et al., 2010) e foi definida por David L. Sackett (1996), considerado o pai da Medicina Baseada em Evidências, como “o uso consciente, explícito e sensato da melhor evidência disponível na tomada de decisões sobre o tratamento individual dos pacientes” (Basile, 2014). A Medicina Baseada em Evidências teve seu início no Canadá, na década de 1980, mas devido à sua relevância foi implantada na Nova Zelândia, China, África do Sul, Austrália, EUA, Chile, Bélgica, Espanha, Inglaterra e Brasil, dentre outros países (Green et al., 2011). Outras áreas da saúde como a enfermagem, educação, psicologia e saúde mental incluíram esse movimento em suas práticas (Grady et al., 2011). A Prática Clínica Baseada em Evidências apresenta como objetivos: aprimorar a tomada de decisão ao aplicar clinicamente a melhor evidência disponível por meio de ensaios clínicos bem delineados, disponibilizar abordagens eficazes para a resolução de problemas referentes à saúde, avaliar criteriosamente as evidências disponíveis, analisar os dados referentes ao atendimento de pacientes, priorizar a tomada de decisão pela combinação das preferências do paciente com a experiência clínica do profissional da saúde e fornecer subsídios para a formulação de políticas das organizações de saúde. Estes procedimentos são os alicerces que embasam a tomada de decisão sobre qual tipo de assistência à saúde deve ser disponibilizada ao paciente individualmente, bem como a uma população específica (Melnyk et al., 2010). A Prática Clínica Baseada em Evidências tem sido empregada na prevenção, diagnóstico e tratamento da população (De-la-Torre-Ugarte-Guanilo, Takahashi, & Bertolozzi, 2011). Os gestores de serviços de saúde e os responsáveis pela formulação de políticas públicas têm-se utilizado dela para aumentar a acurácia nas suas escolhas e posteriores aplicações (De-la-Torre-Ugarte-Guanilo et al., 2011; Sampaio & Mancini, 2007; The Joanna Briggs Institute, 2015). No Brasil, o Ministério da Saúde uniu forças com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e lançou em maio de 2012, o site do Portal Saúde Baseada em

Evidências, disponível para acesso no http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/periodicos/ (acessado pela pesquisadora em 05/10/2016)[27]. O objetivo do site é contribuir para o aprimoramento dos profissionais da área de saúde ao ampliar e facilitar o acesso às produções científicas. Mas, como se deu a inserção dessa prática na Psicologia?

Figura 4 – Portal Saúde Baseada em Evidências.

2.13.1.1 Psicologia Baseada em Evidências

A American Psychological Association (APA) passou a utilizar o termo Psicologia Baseada em Evidências a partir de 2005, mas, Smith & Glass (1977) já produziam evidências desde meados de 1970 em seu artigo intitulado *Meta-analysis of Psychotherapy outcome studies*. Nesse trabalho inaugural, os autores selecionaram 375 ensaios clínicos que comparavam um grupo tratado com psicoterapia a um grupo controle que recebeu outra modalidade de tratamento ou nenhum tratamento. Após a análise estatística dos resultados, os autores encontraram como resultado que os indivíduos que receberam a psicoterapia apresentaram desfechos superiores

[27] Para acessar esse portal é necessário estar cadastrado em um Conselho Profissional da área de saúde.

aos pacientes não tratados com psicoterapia. Esse estudo, que foi publicado na revista American Psychologist gerou a primeira evidência que fundamentou a construção de novos alicerces na direção da inclusão da psicoterapia no Seguro Nacional de Saúde dos Estados Unidos da América (Cummings, 1977).

Em 2005, a American Psychological Association (APA) desenvolveu um grupo de trabalho composto por cientistas e psicólogos clínicos e o denominou de *Task Force on Evidence-Based Practice.* Esse grupo de trabalho definiu a Psicologia Baseada em Evidências como sendo uma conjunção entre a melhor evidência de pesquisa disponível, a habilidade técnica e experiência do psicólogo, respeitando-se as características individuais e culturais do paciente, bem como as suas preferências (Figura 5). Essa prática tem buscado também assegurar o direito dos pacientes à livre escolha dos tratamentos. A proposta da *Task Force* para a aplicação da Psicologia Baseada em Evidências é que ela seja aplicada em áreas clínicas, hospitalares, institucionais e acadêmicas (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006).

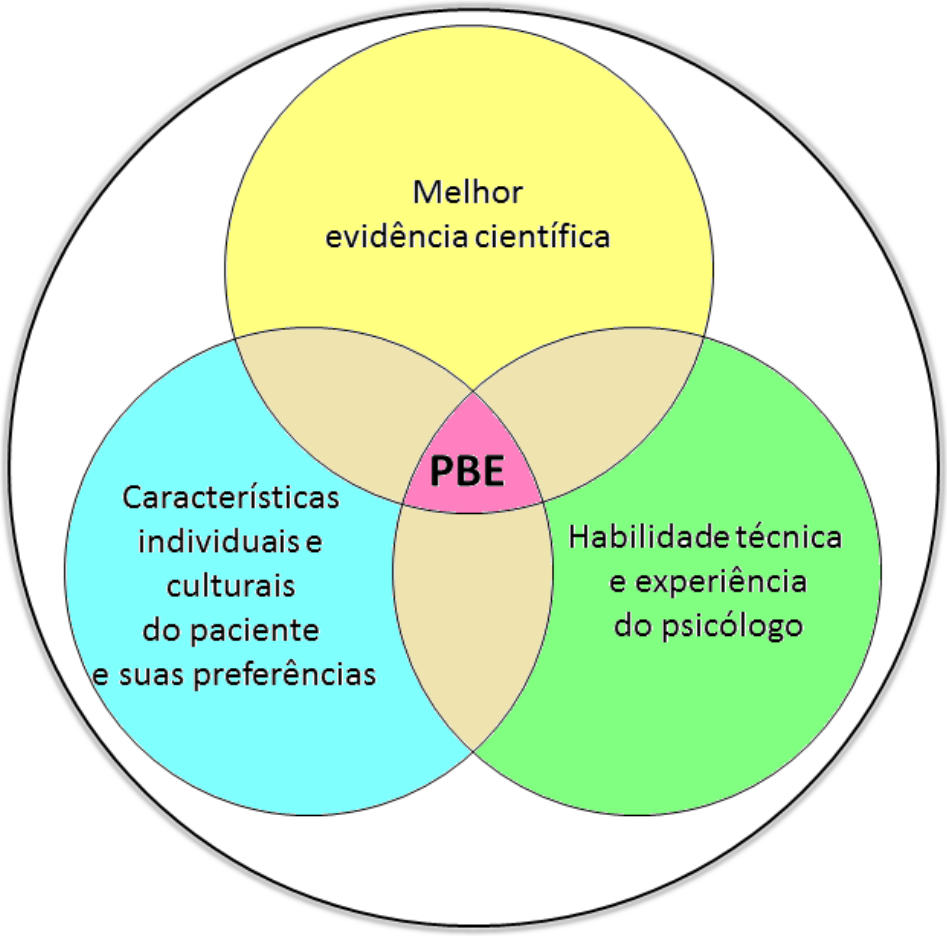


Figura 5 – Psicologia Baseada em Evidências.

Apesar do anseio de que os psicólogos conhecessem os princípios de análise e síntese e integrassem o modo epidemiológico de pensar ao seu raciocínio clínico para que pudessem se manter atualizados, essa estratégia tem sido difícil de ser aplicada. Essa prática tem sido mais viável aos psicólogos docentes em serviços universitários do que ao psicólogo clínico. Com a finalidade de fazer a ponte entre a evidência científica de qualidade e o profissional e de reunir evidências para condutas em áreas específicas produzidas por especialistas, as revistas científicas de psicologia internacionais e brasileiras têm dedicado espaço para a publicação de revisões sistemáticas que reúnam evidências em relação a um determinado tema. As revisões sistemáticas bem elaboradas resumem de forma concisa e transparente a evidência de estudos primários[28] pertinentes a uma área de interesse (Melnik & Atallah, 2011). Será finalizado a seguir, o referencial teórico desse trabalho, discorrendo-se sobre a Revisão Sistemática.

2.13.2 Revisão Sistemática e Metanálise

2.13.2.1 Histórico

A Revisão Sistemática e a metanálise surgiram no início do século XX, mas só atingiram popularidade no final da década de 90. A primeira metanálise foi publicada em 1904 no British Medical Journal pelo estatístico Karl Pearson, pioneiro na combinação de dados resultantes de dois diferentes estudos (Pearson, 1904).

Somente em 1995, foi publicada no The Journal of American Medical Association, a primeira revisão sistemática que abordava uma situação clínica (Beecher, 1955). Já o termo metanálise foi empregado pela primeira vez pelo psicólogo Gene Glass em 1976 na revista Educational Research (Glass, 1976).

O entrelaçamento entre a Psicologia e as Revisões Sistemáticas se consolidou no final da década de 70 com a publicação do artigo intitulado Meta-analysis of Psychotherapy outcome studies (Smith & Glass, 1977).

[28] Os estudos científicos são classificados em duas categorias (Glass, 1976):

I. Estudos primários: são as fontes originais da informação. O pesquisador entra em contato diretamente com o objeto de estudo. Exemplos de objeto de estudo: experimentos (procedimentos em ambientes artificiais, controlados), ensaios clínicos (intervenção e acompanhamento dos participantes) e levantamentos (mensuração de algo em uma amostra de participantes).
II. Estudos secundários: são publicações geradas a partir da análise dos estudos primários. Reúnem os resultados de outros estudos, podendo, ou não, gerar novas conclusões. Como exemplos de estudos secundários, temos as diretrizes (*guidelines*), análises econômicas e revisões sistemáticas de literatura.

2.13.2.2 Definição

A Revisão Sistemática é um estudo secundário no qual existe um mapeamento exaustivo da literatura de todas as bases de dados, tendo como objetivo responder uma pergunta de pesquisa previamente elaborada (Green et al., 2011).

As Revisões Sistemáticas podem ser realizadas com ou sem metanálise. A Colaboração Cochrane, em seu glossário, define metanálise como sendo: uma somatória de dois ou mais estudos que responderam a mesma pergunta de pesquisa (Cochrane Collaboration, 2005). A metanálise nos fornece uma maior precisão na estimativa de efeito da intervenção avaliada em relação ao grupo controle. A metanálise inclui apenas estudos homogêneos.

As revisões sistemáticas são consideradas evidências de nível I para a tomada de decisão quanto à melhor intervenção a ser adotada pelo clínico (Melnik & Atallah, 2011). Mas, na psicologia, as revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados bem delineados e com homogeneidade foram consideradas nível I de evidência somente a partir de 2015 (Tolin, McKay, Forman, Klonsky, & Thombs, 2015).

Apresentar-se-á a seguir a pirâmide de evidências que representa a classificação dos níveis de evidência e graus de recomendação apresentada por Melnik & Atallah (2011), onde pode ser observada a posição privilegiada ocupada pelas revisões sistemáticas, seguidas pelos ensaios clínicos randomizados (Figura 6).

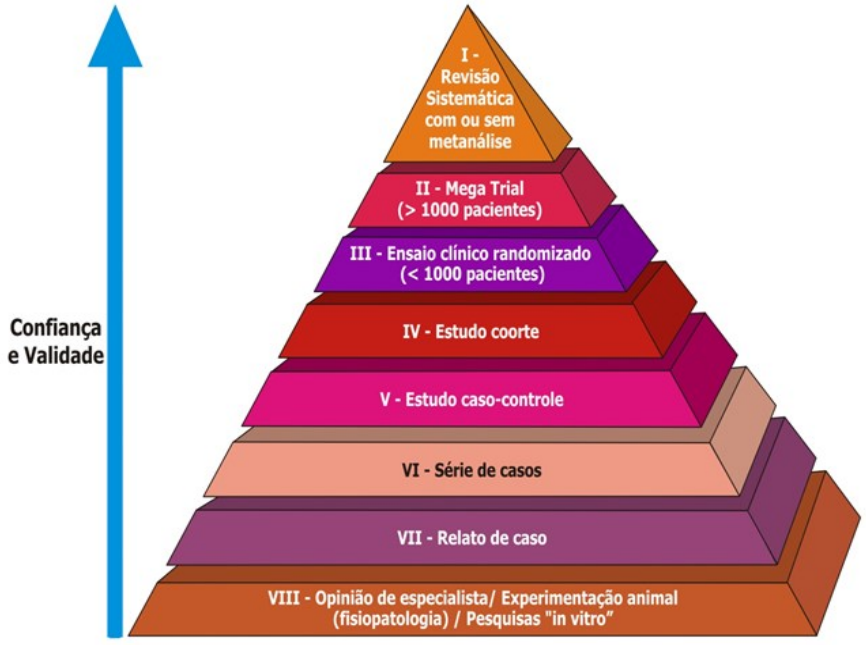


Figura 6 – Níveis de evidência dos estudos abordando a eficácia de intervenções (Melnik & Atallah, 2011).

Mas, como a Psicologia avalia o corpo de evidências? Será visto a seguir.

2.13.2.3 Avaliação da qualidade da evidência

Com o objetivo de uniformizar os critérios empregados para definir recomendações para a conduta do clínico foi desenvolvida em 2008 um sistema denominado *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation Working Group* (GRADE) (Guyatt, Oxman, Kunz, Falck-Ytter, et al., 2008; Guyatt, Oxman, Kunz, Jaeschke, et al., 2008; Guyatt, Oxman, Kunz, Vist, et al., 2008; Guyatt, Oxman, Vist, et al., 2008; Schünemann et al., 2008). O Sistema GRADE estabelece de forma nítida e objetiva o nível (qualidade) da evidência científica e a força (ênfase) da recomendação para se adotar ou não adotar uma conduta específica. A qualidade do corpo de evidências dos desfechos relatados nas revisões sistemáticas da Psicologia é analisada segundo o (GRADE). Pelo GRADE, as evidências são avaliadas segundo cinco domínios e ao término da avaliação, elas são classificadas em quatro níveis: alta, moderada, baixa ou muito baixa. Os cinco domínios apresentam-se descritos a seguir:

1. **Limitação no desenho e na realização dos estudos:** indica uma limitação metodológica e a presença de viés, como por exemplo: ausência de sigilo de alocação, ausência ou perda do mascaramento, grande perda de acompanhamento e estudos que foram interrompidos precocemente em decorrência de resultados positivos ou negativos;
2. **Inconsistência:** expressa heterogeneidade ou variabilidade sem explicação entre os estudos. Ensaios clínicos com o objetivo de responder a uma mesma questão de pesquisa podem apresentar diferenças clínicas e metodológicas em sua execução;
3. **Evidências indiretas (*indirectness*):** situações em que, participantes, intervenções ou desfechos avaliados nos estudos são diferentes daqueles considerados na questão de pesquisa da revisão sistemática (*surrogate endpoints*) ou situações em que não há comparações diretas entre as intervenções;
4. **Imprecisão:** o critério para julgar a precisão das estimativas é o tamanho do IC 95%. A presença de pequeno número de pacientes ou eventos nos estudos incluídos gera grandes intervalos de confiança ao redor da estimativa de efeito e, consequentemente, incerteza nos resultados e,

5. **Viés de publicação:** é a seleção de estudos a serem publicados, isto é, a decisão de publicar ou não um estudo de acordo com os seus resultados. Em geral, estudos que apresentam diferenças em suas análises têm maior probabilidade de serem publicados do que estudos que não demonstram diferenças significativas.

A análise dos cinco critérios acima é feita para cada desfecho e as razões para o rebaixamento da qualidade da evidência precisam ser apresentadas em detalhes. As evidências baseadas em ensaios clínicos randomizados são classificadas inicialmente como sendo de alta qualidade, mas podem ter diminuição de sua qualidade em um, dois e até três níveis de acordo com a avaliação dos domínios acima. Dessa forma, ao final, o corpo de evidências para cada desfecho pode ser classificado como sendo de alta, moderada, baixa ou muito baixa qualidade, como será descrito a seguir:

• **Evidência de alta qualidade:** significa que há confiança de que o verdadeiro efeito se encontra próximo à estimativa do efeito da intervenção;

• **Evidência de moderada qualidade:** significa que o verdadeiro efeito da intervenção está provavelmente próximo à estimativa do efeito dela, entretanto, pode haver alterações substanciais;

• **Evidência de baixa qualidade:** significa que a confiança no efeito do tratamento é limitada, podendo haver alterações substancias nos resultados entre o verdadeiro efeito da intervenção e a estimativa do efeito e,

• **Evidência de muito baixa qualidade:** significa que temos pouca confiança nos resultados, sendo provável que as estimativas sejam substancialmente diferentes das encontradas na revisão.

A seguir, será apresentada a Colaboração Cochrane que já produziu mais de 7.000 revisões sistemáticas.

2.13.2.4 Colaboração Cochrane

A Colaboração Cochrane é uma rede mundial de pesquisadores. Trata-se de uma organização não governamental, sem fins lucrativos, constituída por mais de 50 grupos em todo o mundo e possui como objetivo produzir, manter atualizadas e assegurar o acesso às revisões sistemáticas sobre os efeitos das intervenções na área da saúde (Leucht, Kissling, & Davis, 2009) e psicologia (Abbass et al., 2014). Essa cooperação internacional cataloga todos os relatos de ensaios clínicos

randomizados e disponibiliza metanálises desses ensaios em uma biblioteca eletrônica, a Cochrane Library, disponível na internet no site www.cochrane.org.

No Brasil, a Colaboração Cochrane é representada pelo Centro Cochrane do Brasil, desde 1996, e tem sido gerido pela Medicina de Urgência e Medicina baseada em Evidências da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). O Centro Cochrane do Brasil pode ser acessado pelo site www.centrocochranedobrasil.org.br.

Todo o planejamento de uma Revisão Sistemática deve seguir as normas estabelecidas pelo Cochrane Handbook produzido pela Colaboração Cochrane (Higgins & Green, 2011). Mas, como se prepara uma revisão sistemática?

2.13.2.5 Etapa preparatória de uma Revisão Sistemática

O projeto de revisão sistemática de literatura se inicia pela formulação de uma pergunta de pesquisa inicial. A partir dessa pergunta é imprescindível que seja efetuada a avaliação da necessidade da realização da revisão sistemática pretendida (Higgins & Green, 2011). Com esse objetivo, verifica-se a existência de outras revisões sistemáticas realizadas anteriormente sobre o tema. Para isso, são consultadas nesse primeiro momento, especificamente as bases de dados de referência mundial em estudos secundários como, por exemplo, a biblioteca da Colaboração Campbell e Cochrane Library. Na existência de revisões anteriores, faz-se necessária a avaliação da qualidade da revisão, bem como a última data em que foi atualizada. Novas revisões sistemáticas podem ser propostas no caso de revisões avaliadas mostrarem-se de baixa qualidade e quando as revisões de alta qualidade apresentarem-se desatualizadas.

A partir da conclusão de que há a necessidade da realização da revisão sistemática, seguem-se as etapas de realização de uma revisão sistemática que serão descritas a partir do modelo da Colaboração Cochrane (Higgins & Green, 2011), no capítulo 5 referente ao Método.

2.13.2.6 Divulgação da revisão sistemática

As bases de dados da Colaboração Cochrane e da Colaboração Campbell são exemplos de bases de dados onde o pesquisador deve divulgar a sua revisão. Essa ação evita que outros autores executem um trabalho semelhante.

2.13.2.7 Atualização da revisão sistemática

De acordo com a política da Colaboração Cochrane, as revisões sistemáticas devem ser atualizadas a cada dois anos. As atualizações envolvem a realização de uma nova busca, podendo ainda envolver a revisão da pergunta da revisão ou incorporação de novos métodos. Novos estudos publicados devem ser a ela acrescidos.

A produção de uma revisão sistemática constitui um modelo de pesquisa com custo mínimo quando comparada à execução de novos ensaios clínicos e ao mesmo tempo é fundamental para um adequado desenvolvimento dos ensaios clínicos essenciais. Em vista disso, a metodologia da revisão sistemática selecionada para essa pesquisa é eficiente para mapear o conhecimento existente, orientar a tomada de decisões clínicas e delinear os projetos de pesquisa sobre Psicoterapia, sendo a mais apropriada para países em desenvolvimento (Glasziou, Djulbegovic, & Burls, 2006).

O referencial teórico foi encerrado nesse tópico. A seguir, serão apresentados os objetivos dessa revisão sistemática.

3 Objetivos

3.1 Objetivo principal

Avaliar a eficácia das psicoterapias breves psicodinâmicas realizadas pela internet, por meio de videoconferência, no tratamento do Transtorno Depressivo Maior em adultos, comparada com: técnicas psicoterápicas, psicofármacos, intervenções combinadas (psicoterápicas associadas a psicofármacos) e grupos controles (lista de espera com ou sem intervenção ativa).

3.2 Objetivos secundários

I. Avaliar a eficácia das psicoterapias breves psicodinâmicas pela internet, por meio de videoconferência, no tratamento do Transtorno Depressivo Maior em adultos de acordo com sexo e severidade do Transtorno Depressivo Maior;
II. Avaliar o efeito das psicoterapias breves psicodinâmicas realizadas pela internet, por meio de videoconferência, na qualidade de vida dos pacientes;
III. Avaliar o efeito das psicoterapias breves psicodinâmicas realizadas pela internet, por meio de videoconferência, na redução de sintomas somáticos;
IV. Avaliar o efeito das psicoterapias breves psicodinâmicas realizadas pela internet, por meio de videoconferência, na redução dos sintomas de ansiedade.

4 Hipótese de pesquisa

As psicoterapias breves psicodinâmicas realizadas pela internet, por meio de videoconferência, apresentarão eficácia superior aos tratamentos empregados em primeira linha no tratamento do Transtorno Depressivo Maior em adultos.

5 Método

5.1 Tipo de estudo

Essa revisão sistemática foi realizada segundo as etapas metodológicas preconizadas pela Colaboração Cochrane (Higgins & Green, 2011).

5.2 Local de desenvolvimento do estudo

Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP).

5.3 Aspectos éticos

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (CEPH-IPUSP), órgão colegiado do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP) e credenciado junto ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sob o número 40796215.3.0000.5561 (Anexo A).
Não houve conflitos de interesse no desenvolvimento desse trabalho.

5.4 Tipos de estudos incluídos

Ensaios clínicos randomizados que avaliaram a eficácia das psicoterapias breves psicodinâmicas realizadas pela internet, por meio de videoconferência, no tratamento do Transtorno Depressivo Maior.

5.5 Tipos de participantes

Adultos de ambos os sexos com idade superior a 18 anos apresentando diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior pelo DSM-I (*American Psychiatric Association* [APA], 1952), DSM-II (APA, 1968), DSM-III (APA, 1980), DSM-III-R (APA, 1987), DSM-IV (APA, 1994), DSM-IV-TR (APA, 2000), DSM-V (APA, 2013) e CID-10 (WHO, 2016b) ou através de consenso internacional reconhecido pelas comunidades cientificas.

5.6 Tipo de intervenção

Psicoterapias breves psicodinâmicas realizadas pela internet, por meio de videoconferência.

5.6.1 Definição das psicoterapias breves psicodinâmicas

Intervenções psicoterápicas desenvolvidas para o trabalho dos impulsos inconscientes, sentimentos e processos que podem sustentar ou perpetuar as doenças mentais (Abbass et al., 2014). A principal característica do modelo teórico psicodinâmico consiste na pressuposição de que os indivíduos têm motivações, expectativas e reações características que se expressam em padrões de relacionamento. Esses padrões são decorrentes de experiência infantis com pessoas emocionalmente importantes para a criança e se mantém relativamente constantes ao longo do desenvolvimento (McCarthy, Connolly Gibbons, & Barber, 2008). O foco do atendimento das psicoterapias breves psicodinâmicas é o padrão interpessoal que gera conflito para o indivíduo. Quanto ao objetivo do processo terapêutico, as psicoterapias breve psicodinâmicas auxiliam o paciente a alcançar uma melhora no padrão mal adaptativo que o levou a buscar o atendimento (Yoshida et al., 2009). O número de sessões varia entre 12 e 24 em um período de 4 a 40 semanas. As sessões são individuais e realizadas frente a frente. A duração de cada sessão varia entre 45 e 60 minutos (Abbass et al., 2014).

5.6.2 Definição de videoconferência

Tecnologia que permite a interação de dois ou mais participantes por meio de uma troca simultânea de áudio e vídeo (Fatehi et al., 2015).

5.7 Comparações

Com lista de espera, Terapia Cognitivo-Comportamental, Psicodinâmica, Interpessoal, Antidepressivos e Intervenções associadas.

5.8 Tipos de desfechos

5.8.1 Primários

I. Remissão sintomatológica mensurada através de escalas validadas (Inventário de Depressão de Beck – IDB (Beck, Steer, & Brown, 1996; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961), Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton - HAM-D (Hamilton, 1960), Escala para Avaliação de Depressão de Montgomery & Asberg - MDARS (S. A. Montgomery & Asberg, 1979), etc.);

II. Diminuição da severidade da Depressão de acordo com as escalas validadas (Inventário de Depressão de Beck – IDB (Beck, Steer, & Brown, 1996; Beck,

Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961), Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton - HAM-D (Hamilton, 1960), Escala para Avaliação de Depressão de Montgomery & Asberg - MDARS (S. A. Montgomery & Asberg, 1979), etc.);

III. Adesão ao tratamento.

5.8.2 Secundários

I. Avaliação da qualidade de vida (SF-36) (Ware & Sherbourne, 1992);
II. Avaliação da redução de sintomas somáticos (Índice Global de Severidade – GSI (Derogatis, 1994), McGill Pain Questionnaire (Melzack, 1975));
III. Avaliação da redução dos sintomas de ansiedade (Inventário de Ansiedade de Beck - IAB) (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988).
IV. Avaliação da satisfação e aceitação da terapia;
V. Avaliação dos efeitos adversos decorrentes da intervenção;
VI. Avaliação do custo-efetividade da intervenção.

5.9 Estratégias de busca dos estudos

5.9.1 Estratégia eletrônica

Após a busca inicial realizada às bases de dados, foi preciso ampliar a busca levando-se em consideração dois aspectos:

I. As pesquisas que abordam as psicoterapias breves psicodinâmicas realizadas pela internet serem recentes (Andersson et al., 2012; Donnamaria & Terzis, 2011; Johansson et al., 2013; Lemma & Fonagy, 2013; Chavooshi, Mohammadkhani, & Dolatshahee, 2016).
II. A presença de inconsistência na descrição dos termos utilizados nos periódicos (descritores) para designar a tecnologia utilizada nos ensaios clínicos.

Devido a esses fatores, a busca foi ampliada de modo a selecionar as intervenções de abordagem psicodinâmica realizadas pela internet (individual, grupo, etc.), tendo sido incluídas todas as novas tecnologias de informação e comunicação (telefone[29], computador, smartphone, tablet, etc.).

Com o objetivo de obter resultados que pudessem ser utilizados em pesquisas futuras, recomendação proposta por Allan Abbass, pesquisador referência na área

[29] Telefone pode ser utilizado pela internet e em modalidades mistas (câmera e telefone).

(Apêndice B), ampliou-se a busca ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos. Na etapa final da busca, foram filtrados os estudos que incluíam transtornos depressivos (dentre eles, a Depressão Maior).

Para identificação dos estudos originais, foram utilizados os parâmetros principais que formulam a indagação da pesquisa (EPICOS-T) (Brown et al., 2006), constituindo a estratégia de busca principal desta revisão (Figura 7).

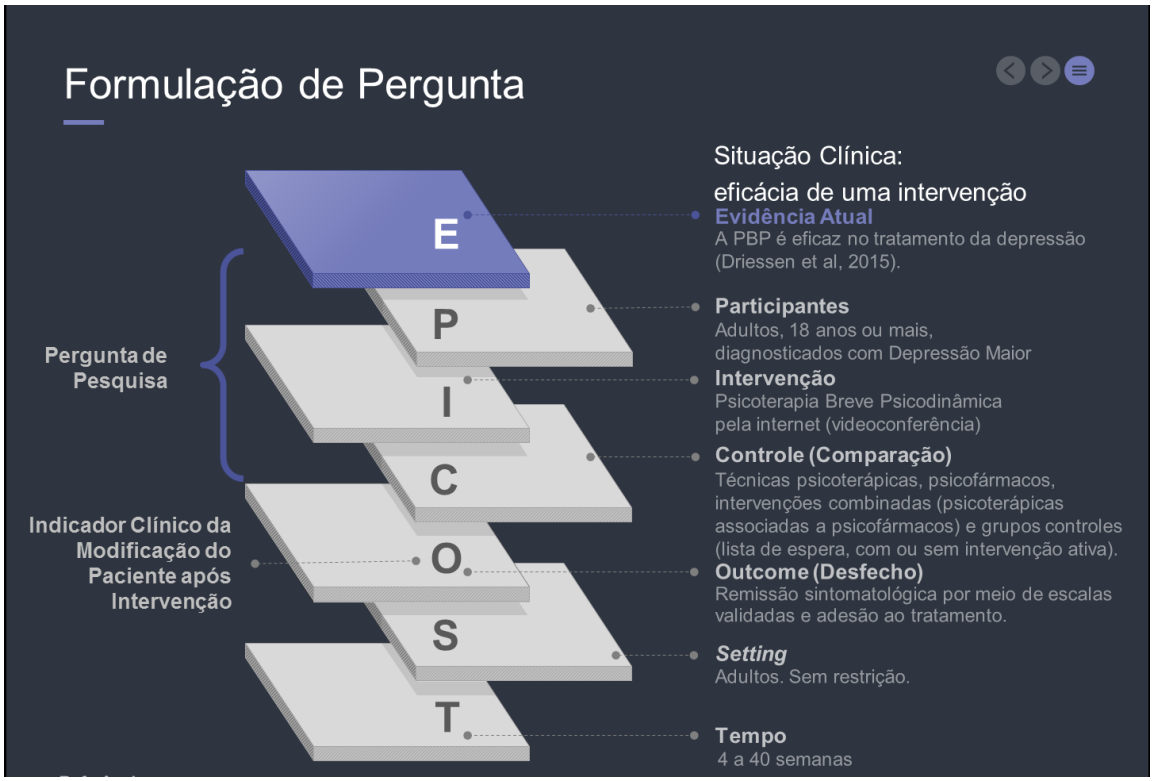


Figura 7 – Descrição da estratégia EPICOS-T utilizada para seleção inicial dos estudos (Brown et al., 2006).

Utilizaram-se descritores controlados em Ciências da Saúde – vocábulos padronizados nas bases eletrônicas, tais como: MeSH (Medical Subject Headings) para BVS-Psi, EBSCO-CINAHL, PubMed e Cochrane Library; Emtree para EMBASE, Thesaurus of Psychological Index Terms para PsycNET e Reference Works Encyclopedia of Psychotherapy para ScienceDirect. DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) para LILACS e BVS-Psi. Com o objetivo de aprimorar a busca, foram utilizadas combinações entre os descritores selecionados e operadores booleanos AND e OR, de proximidade NEXT e NEAR, de truncamento (*) e de mascaramento (?). A seleção dos descritores para cada base de dados e as buscas foram orientadas por uma bibliotecária especialista em estratégias de busca

(Apêndice C, Apêndice D, Apêndice E). As buscas às bases de dados foram realizadas em abril de 2016 e salvadas nas respectivas bases. Essas buscas foram atualizadas semanalmente até setembro de 2016. A atualização pôde ser realizada por meio da utilização de uma ferramenta eletrônica de busca automatizada presente nas principais bases de dados (Cochrane Library, PsycNET, Journal of Medical Internet Research, ScienceDirect, EBSCO-CINAHL, PubMED). Essa ferramenta refaz a busca que está gravada na respectiva base de dados e envia alertas semanais, que contém os resultados dessa busca, por meio de correio eletrônico (e-mail) à pesquisadora (Anexo B). As bases de dados pesquisadas encontram-se listadas abaixo:

I. BVS-Psi;
II. Cochrane Library;
III. CINAHL, buscada no provedor EBSCO;
IV. EMBASE;
V. LILACS;
VI. MEDLINE, buscada nos provedores Ovid e PubMED[30];
VII. PsycNET, incluindo-se PsycINFO, PsycArticles, APABooks;
VIII. Redalyc;
IX. SciELO;
X. ScienceDirect;
XI. Scopus;
XII. Web of Science.

Não foi estabelecido limite de data de publicação durante as buscas. Não houve restrição de idiomas. Com o objetivo de assegurar a reprodutibilidade das buscas, condição essencial de uma revisão sistemática, registrou-se de forma detalhada, os resultados obtidos pelas buscas em cada uma das bases de dados. Os registros relacionados às buscas foram: nome da base de dados, endereço eletrônico de acesso a ela, período compreendido pela busca e estratégia empregada (Apêndice F).

Os estudos relevantes publicados em outros idiomas foram traduzidos.

[30] As citações do PubMED incluem periódicos indexados na MEDLINE, periódicos e manuscritos depositados na PubMED CENTRAL e livros da National Center for Biotechnology Information (NCBI) (U.S. National Library of Medicine, 2016).

5.9.2 Buscas adicionais

I. Bases de registro de ensaios clínicos randomizados:
   a. ClinicalTrials.gov (http://clinicaltrials.gov/);
   b. Portal de Ensaios Clínicos da Organização Mundial da Saúde – WHO - ICTRP (http://www.who.int/ictrp/en/). Essa base de dados reúne os bancos de registros de ensaios clínicos randomizados de todo o mundo. O site *International Clinical Trials Registry Platform* (ICTRP), gerenciado pela WHO, é atualizado periodicamente. Cada base de dados, em seu respectivo país, atualiza seus registros com periodicidade específica, como por exemplo, os Estados Unidos da América (semanalmente) e o Brasil (mensalmente). Para realizar essa busca, foi selecionado o dia em que a atualização das principais bases de registro (Austrália, Estados Unidos da América, Europa) tinha sido realizada (25 de abril de 2016).
   c. Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos – ReBec (http://www.ensaiosclinicos.gov.br/).
   d. A pesquisadora realizou a busca no ClinicalTrials.gov, WHO-ICTRP e Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos. A busca foi atualizada manualmente em setembro de 2016;

II. Anais de Congressos:

A pesquisadora realizou a busca em: ICTCP 2016: *17th International Conference on Telemedicine and Clinical Practices (https://www.waset.org/conference/2015/09/london/ICTCP/program?forceTentative=1),* 7º Congresso Brasileiro de Telemedicina e Telessaúde (http://www.telessaude.uerj.br/cbtms2015/programacao_cbtms.pdf) e no XV Congresso Brasileiro de Informática em Saúde http://www.sbis.org.br/grade-cbis;

III. Contato com especialistas da área:

Com o objetivo de verificar a existência de algum ensaio clínico randomizado ainda não publicado, a pesquisadora entrou em contato com especialistas da área (Apêndice B);

IV. Lista de Referências:

Com o objetivo de identificar artigos científicos adicionais, a pesquisadora realizou a busca por referências cruzadas, ou seja, referências presentes em

listas bibliográficas de publicações correlatadas. Evitou-se assim a perda de artigos importantes que não tivessem sido encontrados nas bases de dados;

V. Handsearching:

A pesquisadora realizou a busca manual (handsearching) nos Journals relevantes da área:

a. Journal of Medical Internet Research;
b. Australian Psychologist;
c. Journal of Telemedicine and Telecare;
d. Psychotherapy and Psychosomatics;
e. Psychotherapy[31];
f. Jornal Brasileiro de Psiquiatria (UFRJ);
g. Estudos de Psicologia (PUC-Campinas).

A pesquisadora realizou a busca por estudos não publicados ou não indexados na literatura (denominada "literatura cinzenta") que abrangeu os seguintes sites:

a. Google Scholar (http://scholar.google.com/);
b. ResearchGate (https://www.researchgate.net/);
c. Grey Literature Report da New York Academy of Medicine (http://www.greylit.org/);
d. Systematic Review Data Repository da Agency for Healthcare Research and Quality (http://www.ahrq.gov/);

VI. Teses:

A pesquisadora realizou a busca na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (http://bdtd.ibict.br/) e na ProQuest Dissertations & Theses (http://www.proquest.com) em busca de pesquisas que não tivessem sido publicadas.

5.10 Processamento dos dados

Após a conclusão da etapa de buscas, os resultados das buscas foram exportados e armazenados no programa de gerenciamento de referências EndNote®Web (http://www.myendnoteweb.com/). Os resultados continham as seguintes informações: título, referência, resumo e nome da base de dados.

[31] A revista Psychotherapy foi anteriormente denominada de: Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training (de 1984 a 2002), Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training (de 2003 a 2010 e 2013) e Psychotherapy (de 2011 a 2016).

5.11 Coleta de dados e análises

5.11.1 Seleção dos estudos

I. Dois revisores (CCAS e MNR) avaliaram independentemente os títulos e os resumos de todos os relatos de ensaios clínicos identificados na busca eletrônica. Estudos que potencialmente contemplassem os critérios de inclusão foram obtidos. A partir desse resultado, foi criada uma coleção de estudos que foi avaliada pelos revisores. As discordâncias foram dirimidas em uma reunião de consenso. Os estudos, onde o consenso não foi obtido, tiveram o texto completo recuperado e posteriormente analisado, devido à potencialidade de elegibilidade dos mesmos.

II. Os textos completos foram avaliados em um procedimento semelhante ao realizado nos resumos: dois autores (CCAS e MNR) os avaliaram e se houve discordância, um terceiro (KY) foi consultado.

5.12 Extração de dados

Foi elaborado um formulário de extração de dados específico para essa revisão (Anexo C). Seria utilizado separadamente por dois revisores e quando houvesse discórdia, um terceiro seria consultado.

5.13 Avaliação do risco de viés

Dois revisores (CCAS e MNR) avaliariam de modo independente, o risco de viés de cada estudo incluído, usando a ferramenta criada pela Colaboração Cochrane, denominada Tabela de Risco de Viés (Anexo C).

Cada estudo seria analisado de acordo com os critérios abaixo e classificado como tendo risco de viés alto, baixo ou incerto para cada critério (Higgins & Green, 2011):

I. **Geração da sequência de alocação:** avalia se a sequência de randomização foi adequadamente gerada;

II. **Ocultação da alocação:** avalia se foram utilizados métodos para implementar a sequência previamente gerada e se o sigilo dessa sequência foi mantido;

III. **Mascaramento dos envolvidos:** avalia se participantes e investigadores estavam adequadamente “mascarados” (cegados) em relação à alocação dos participantes;

IV. **Dados de desfechos incompletos:** avalia se houve pacientes que apresentaram algum desfecho não avaliado, seja por perda de seguimento, por exclusão pelos investigadores ou por quaisquer outros motivos;
V. **Relato seletivo de desfechos:** avalia se houve descrição seletiva dos dados e omissão de outros antes da publicação do estudo;
VI. **Outros riscos de viés:** avalia a existência de outros vieses não classificados previamente.

5.14 Análise de dados

5.14.1 Síntese dos dados

Após a coleta, os dados referentes aos desfechos previamente determinados seriam agrupados em metanálises na forma de gráficos do tipo *forest plot (gráficos de floresta)* pelo software *Review Manager* (RevMan, 2014, versão 5.3). Para os desfechos nos quais não fosse possível realizar metanálises, os resultados seriam apresentados de forma narrativa.

5.14.2 Medidas de efeito do tratamento

Riscos relativos (RR) com intervalos de confiança de 95% (IC) seriam calculados para as variáveis dicotômicas. As diferenças médias (*Mean Difference* - MD) com IC de 95% seriam calculadas para os desfechos contínuos que usariam escalas similares. Caso os autores não fornecessem a informação necessária mesmo após contato, quaisquer dados dos estudos primários que não fossem paramétricos (por exemplo, efeitos reportados como medianas, quartis, etc.) ou que estivessem sem informação suficiente sobre o método estatístico (por exemplo, desvios padrão, número de pacientes, etc.) seriam inseridos como análise narrativa.

5.14.3 Investigação da heterogeneidade entre os estudos incluídos na metanálise

Inconsistência entre as estimativas combinadas seriam qualificadas usando a equação do I^2 estatístico: $I^2 = [Q - df / Q] \times 100\%$, onde Q é o Qui-quadrado estatístico e df representa o grau de liberdade. Isso ilustraria a percentagem de variabilidade nas estimativas de efeitos resultantes da heterogeneidade (diferenças reais entre os estudos e não ao acaso), ao invés do erro de amostragem. Os limites para a interpretação de I^2 estatístico seriam representados da seguinte forma (Higgins & Green, 2011):

I. 0% a 40%: pode não ser importante;
II. 30% a 60%: pode representar moderada heterogeneidade;
III. 50% a 90%: pode representar grande heterogeneidade;
IV. 75% a 100%: heterogeneidade considerável.

5.15 Análise de subgrupos

A proposta da revisão seria explorar na análise de subgrupos, a eficácia da intervenção de acordo com o sexo do paciente, duração do acompanhamento e gravidade do transtorno.

5.16 Análise de sensibilidade

Acima de 10 ensaios clínicos randomizados, seria realizada uma análise de sensibilidade. Essa análise seria realizada com base na separação de estudos de acordo com a qualidade de alocação (risco alto, baixo ou incerto), cegamento da avaliação dos resultados (risco alto, baixo ou incerto) e estudos patrocinados ou não.

6 Resultados

6.1 Registros identificados por meio de buscas às bases de dados

O processo minucioso de busca sensibilizada às bases de dados eletrônicas foi realizado em abril de 2016 e resultou na recuperação de 1158 referências potencialmente relevantes. O maior número de artigos foi localizado na base de dados eletrônica ScienceDirect, onde foram localizados 246 artigos (21,2%), seguido pelas bases de dados eletrônicas: EMBASE, onde foram localizados 212 artigos (18,3%); Ovid MEDLINE, onde foram localizados 208 artigos (18,0%); Cochrane Library, onde foram localizados 165 artigos (14,2%); Scopus, onde foram localizados 122 artigos (10,5%); Web of Science, onde foram localizados 83 artigos (7,2%); EBSCO-CINAHL, onde foram localizados 52 artigos (4,5%); PubMED, onde foram localizados 36 artigos (3,1%); PsycNET, onde foram localizados 20 artigos (1,7%) e Redalyc, onde foram localizados 14 artigos (1,2%). Nenhum artigo potencialmente relevante foi localizado nas bases de dados BVS-Psi, SciELO e LILACS. A distribuição dos artigos identificados nas respectivas bases de dados onde foram localizados encontra-se ilustrada no Gráfico 1.

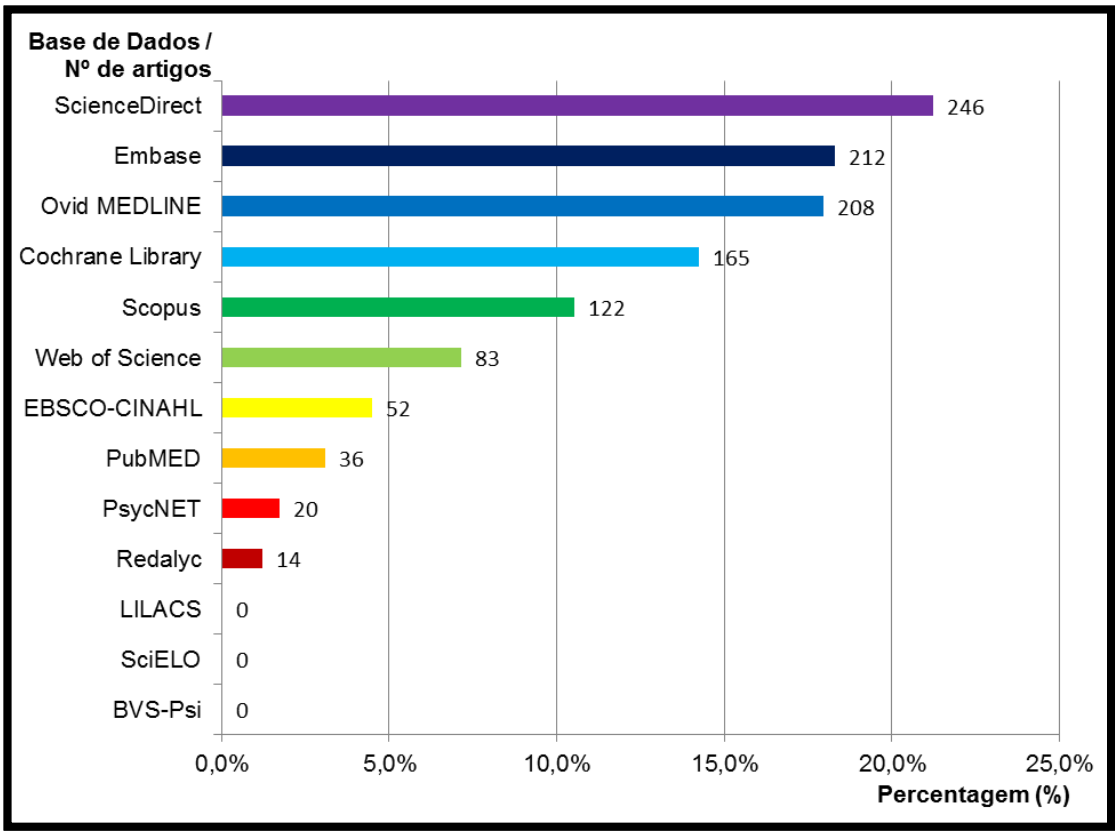


Gráfico 1 – Distribuição de artigos identificados segundo a localização em suas respectivas bases de dados.

6.2 Registros adicionais identificados por meio de outras fontes

Como resultado de buscas adicionais, cinco artigos foram adicionados aos registros identificados por meio de outras fontes (Donnamaria & Terzis, 2011; Pieta, Siegmund, Gomes, & Gauer, 2015; Prado & Meyer, 2006; Rodrigues, 2014; Siegmund, Nonohay, & Gauer, 2016). Nenhum dos estudos contemplou os critérios de elegibilidade dessa revisão.

6.2.1 Bases de registro de ensaios clínicos randomizados

Em busca de artigos não publicados, não indexados na literatura ou estudos em andamento, realizou-se a busca no site da Organização Mundial de Saúde (WHO) (http://apps.who.int/trialsearch/), no ClinicalTrials.gov (http://www.clinicaltrials.gov) e no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (http://www.ensaiosclinicos.gov.br/). Foram localizados três ensaios clínicos potencialmente relevantes:

I. NCT01324050 (Johansson et al., 2012);
II. NCT01532219 (Johansson et al., 2013);
III. NCT02105259 (Andersson, Paxling, Roch-Norlund, et al., 2012).

Esses ensaios clínicos já tinham sido concluídos e publicados. Os artigos derivados desses ensaios já estavam inseridos no resultado de nossas buscas às bases de dados.

6.2.2 Contato com especialistas da área

Durante o processo de seleção, foi estabelecido contato com os principais autores da área por meio de e-mail. Esse contato objetivou rastrear estudos em andamento ou não publicados. Vários pesquisadores responderam aos e-mails, enviaram artigos anexados e convidaram outros pesquisadores para participar das buscas. O potencial das buscas foi ampliado devido à ajuda desses pesquisadores.

Allan Abbass, pesquisador e professor da Universidade de Halifax em New Scotland, Canadá, gentilmente nos incluiu em uma lista mundial de pesquisadores em psicoterapia psicodinâmica, o que alavancou o alcance de nossas possibilidades de busca. Ellen Driessen, pesquisadora da Universidade de Amsterdã, Holanda, enviou dois artigos (Johansson et al., 2012; Lemma & Fonagy, 2013) e Allan Abbass, pesquisador e professor da Universidade de Halifax em New Scotland, Canadá, enviou dois artigos (Andersson, Paxling, Roch-Norlund, et al., 2012; Johansson et al., 2013). Os e-mails que contém os artigos enviados encontram-se no Apêndice B.

Os quatro artigos já haviam sido localizados na busca às bases de dados. Nenhum dos estudos contemplou os critérios de elegibilidade dessa revisão.

6.2.3 Lista de referências

Como resultado da busca manual por referências, encontrou-se dois artigos potencialmente relevantes. Na revisão sistemática de Hallberg et al (2015), foi identificado o artigo de Donnamaria & Terzis (2011) e no artigo de Pieta, Siegmund, Gomes, & Gauer (2015) foi encontrado um protocolo de pesquisa que originou o artigo de Siegmund, Nonohay, & Gauer (2016). Nenhum dos estudos contemplou os critérios de elegibilidade dessa revisão.

6.2.4 Teses e dissertações

Como resultado da busca à ProQuest Dissertations & Theses (http://www.proquest.com) e à Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (http://bdtd.ibict.br/), foi encontrada uma pesquisa produzida no Brasil, mas, que não tinha sido publicada (Rodrigues, 2014). A pesquisa não contemplou os critérios de elegibilidade dessa revisão.

6.3 Remoção de duplicações

Dos 1163 artigos potencialmente relevantes (1158 artigos obtidos por meio de buscas em bases de dados eletrônicas e cinco artigos por meio de outras fontes), foram excluídos 179 artigos duplicados. Dessas 179 duplicações, 139 artigos duplicados foram removidos pelo gerenciador de referências EndNote®Web e 40 artigos foram excluídos manualmente porque apresentaram várias inserções de um mesmo artigo em bases de dados diferentes. Nesses casos, os nomes dos autores foram registrados de maneiras diversas, como por exemplo, o autor Jesper Dagöö, que foi registrado nas bases de dados com o nome identificado sem tremas, com o primeiro nome abreviado e com a combinação de ambos, como retratado na Figura 8.

Figura 8 – Exemplo de duplicações não identificadas pelo gerenciador de referências.

Após a exclusão dos 179 artigos, obteve-se a somatória de 984 artigos identificados.

6.4 Etapa de seleção dos artigos a partir da análise de título e resumo

Após a análise dos 984 artigos, por consenso, 954 artigos foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade propostos para essa revisão sistemática.

6.5 Etapa de avaliação do texto completo

Os dados contidos no título e no resumo não foram suficientes para decidir se os 30 artigos contemplariam os critérios de elegibilidade. Os dois avaliadores (CCAS e MNR) acordaram entre si que estes artigos seriam conduzidos à etapa subsequente de leitura do estudo na íntegra. Os textos completos dos 30 artigos foram localizados pela internet, em acesso restrito, mas disponível pelo VPN (Virtual Private Network)[32] da Universidade de São Paulo.

A maior dificuldade encontrada pelos dois avaliadores (CCAS e MNR) foi a insuficiência de informações contidas no título e no resumo sobre: qual tinha sido a tecnologia empregada; se a intervenção tinha sido realizada pela internet e se a intervenção, alvo da investigação, tinha sido realizada ou mediada por um profissional de saúde mental. Diante disso, inicialmente, optou-se pela leitura do item referente à Material e Método onde deveriam constar as informações relevantes.

[32] Sistema que fornece conectividade à rede USP de bibliotecas, permitindo acesso total ao banco de dados. A sua utilização é restrita aos acadêmicos da Universidade de São Paulo.

O artigo de Leichsenring et al. (2009), potencialmente importante, redigido em língua alemã, não estava disponível no Brasil e foi solicitado no exterior para posterior tradução, análise e avaliação do texto completo. Este procedimento foi realizado com o auxílio da Biblioteca Dante Moreira Leite, biblioteca do Instituto de Psicologia da USP, por meio do processo de comutação bibliográfica. Após a tradução, esse artigo não contemplou os critérios de inclusão porque abordava uma intervenção psicodinâmica aplicada presencialmente.

Após a fase de leitura do texto completo e finalizada a etapa de contemplação dos critérios de elegibilidade preconizados para esta revisão, não foi obtido nenhum estudo elegível para dar prosseguimento às etapas subsequentes de análise da qualidade metodológica e avaliação metanalítica.

Os resultados da busca e a seleção dos estudos desta revisão sistemática encontram-se esquematicamente apresentados no Fluxograma da seleção dos estudos (Figura 9).

De forma simplificada, os 30 artigos excluídos e os motivos de exclusão encontram-se apresentados no Apêndice G e as respectivas referências no Apêndice H.

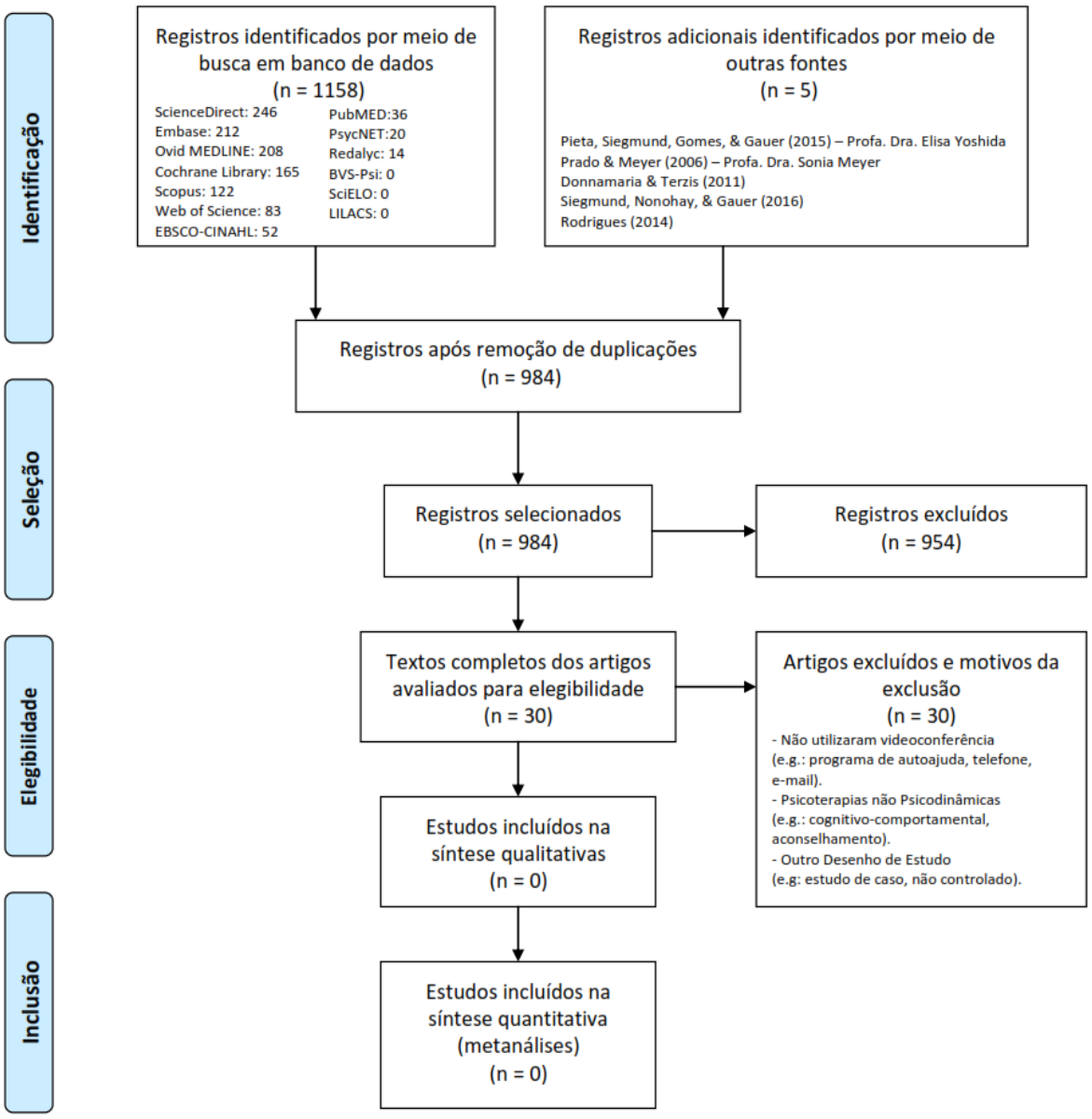


Figura 9 – Fluxograma da seleção dos estudos realizada em abril de 2016.

7 Discussão[33]

As revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados bem desenhados e com homogeneidade são reconhecidas como o mais alto nível de evidência para avaliação da eficácia das psicoterapias segundo os novos critérios da American Psychological Association (Tolin, McKay, Forman, Klonsky, & Thombs, 2015).

Conceitualmente, as revisões sistemáticas apresentam sete pontos de primazia, a saber: 1) o incremento da precisão dos resultados devido ao estreitamento dos intervalos de confiança; b) antecipação dos resultados de grandes estudos, na maioria das vezes extensos e dispendiosos, em anos ou até décadas; c) prevenção de duplicação desnecessária de esforços de pesquisa; d) evitação de controvérsias na literatura; e) potencialização da utilização de recursos em pesquisas; f) explicitação das áreas que necessitam de estudos adicionais; g) produção de evidências que norteiem as decisões em políticas públicas de saúde (Melnik, Tomiatto, & Atallah, 2011).

Esta é a primeira revisão sistemática realizada segundo a metodologia preconizada pela Colaboração Cochrane, produzida no Brasil, que comparou a eficácia das psicoterapias breves psicodinâmicas realizadas pela internet, por meio de videoconferência, no tratamento de adultos diagnosticados com Transtorno Depressivo Maior comparada a tratamentos usados em primeira linha (outras técnicas psicoterápicas, psicofármacos, intervenções combinadas de psicoterapia associada a psicofármacos) e a grupos controle (lista de espera com ou sem intervenção ativa).

7.1 Sumário dos resultados principais

Se por um lado há um amplo consenso quanto à metodologia para a realização de revisões sistemáticas de intervenções, a realização de revisões sistemáticas na Psicologia se encontra em lado oposto e ainda enfrenta muitos desafios. A principal limitação é a escassez de ensaios clínicos randomizados que avaliem a eficácia das psicoterapias quando comparado ao número de ensaios clínicos publicados na literatura médica. (Melnik, Souza, & Carvalho, 2014; Melnik, Tomiatto, & Atallah, 2011).

[33] Essa discussão foi redigida segundo as normas do *Running on Empty: The Cochrane Empty Reviews Project report of findings and consensus group feedback* (P. Montgomery, Yaffe, Hopewell, & Shepard, 2011).

Apesar do mapeamento exaustivo da literatura ter sido realizado por meio de uma estratégia sensibilizada em todas as bases de dados, não foram identificados estudos que avaliassem a eficácia das psicoterapias breves psicodinâmicas realizadas pela internet, via videoconferência, por meio de ensaios clínicos randomizados. Essa pergunta de pesquisa continua sem resposta.

É importante ressaltar que esse achado possivelmente se deve ao limitado período de tempo decorrido desde o início da utilização da psicoterapia breve psicodinâmica realizada pela internet, por meio de videoconferência (Donnamaria & Terzis, 2011; Chavooshi, Mohammadkhani, & Dolatshahee, 2016) e à exiguidade de ensaios clínicos randomizados que empreguem a psicoterapia breve psicodinâmica realizada pela internet como sendo a intervenção avaliada. Essa insuficiência de ensaios clínicos foi descrita em várias revisões (Backhaus et al., 2012; Bolton & Dorstyn, 2015; Frueh et al., 2000; Gros et al., 2013; Hallberg et al., 2015; Loucas et al., 2014; Machado et al., 2016; Monnier, Knapp, & Frueh, 2003; Rees & Maclaine, 2015; Richards & Richardson, 2012; Richardson et al., 2009; Saddichha, Al-Desouki, Lamia, Linden, & Krausz, 2014; Simpson & Reid, 2014).

É relevante diferenciar a Ausência de evidência de efeito de Evidência de Não Efeito:

a) Evidência de Não Efeito significa que, por meio da somatória das estimativas de efeito dos ensaios clínicos randomizados (via metanálise), não foi possível detectar diferença em favor da intervenção testada quando comparada ao grupo controle.
b) Ausência de evidência de efeito, resultado dessa revisão, significa que até o presente momento, considerando as evidências disponíveis (com estudos encontrados ou não encontrados), não se pode afirmar que a intervenção apresenta eficácia. Mas, novos estudos poderão concluir se a intervenção apresentar-se-á eficaz (Higgins & Green, 2011).

Essa revisão é classificada pela Colaboração Cochrane como uma *Empty Review* porque não houve a inclusão de nenhum estudo que contemplasse os critérios de elegibilidade propostos para a revisão. *Empty Reviews* não são incomuns e representam entre 8,7 e 12% das revisões sistemáticas publicadas na Cochrane Library (Lang, Edwards, & Fleiszer, 2007; Yaffe, Montgomery, Hopewell, & Shepard, 2012).

As *Empty Reviews* são importantes porque mapeiam o campo de pesquisa, apontando as perguntas de pesquisas inéditas e fundamentais para pesquisadores interessados no tema da revisão, explicitam as áreas de pesquisas que ainda precisam ser abordadas (*gaps*), indicam o estado da evidência científica no momento atual e constroem sustentação para a solicitação de financiamentos para pesquisas futuras (P. Montgomery, Yaffe, Hopewell, & Shepard, 2011).

O resultado dessa revisão evidencia a ausência de ensaios clínicos randomizados controlados bem delineados que possam avaliar a eficácia das psicoterapias breves psicodinâmicas realizadas pela internet, por meio de videoconferência, no tratamento da Depressão Maior e a necessidade de que estudos sejam conduzidos, como o projeto do ensaio clínico randomizado elaborado pela pesquisadora que se encontra no Apêndice A e que se encontra registrado no ClinicalTrials.gov sob no #NCT02257996.

7.2 Qualidade da Evidência

Não houve evidência para ser avaliada porque nenhum estudo contemplou os critérios de inclusão.

7.3 Limitações do processo da revisão

A principal limitação dessa revisão está ligada à intervenção estudada, que é um tema recente na literatura. O primeiro ensaio clínico randomizado que avaliou a eficácia das psicoterapias breves psicodinâmicas realizadas pela internet, por meio de videoconferência, no tratamento do Transtorno de dor inespecífico foi publicado em março de 2016 (Chavooshi, Mohammadkhani, & Dolatshahee, 2016).

7.4 Concordâncias e Divergências em relação a outras revisões

Não foi encontrada nenhuma outra revisão que respondesse essa pergunta de pesquisa.

Os resultados das revisões anteriores corroboram com os resultados dessa revisão quanto à inexistência de ensaios clínicos randomizados que tenham avaliado a eficácia das psicoterapias breves psicodinâmicas realizadas pela internet, por meio de videoconferência, e a predominância de ensaios clínicos randomizados que avaliaram a eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental (Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy, & Titov, 2010; Backhaus et al., 2012; Bolton & Dorstyn, 2015;

Frueh et al., 2000; Germain et al., 2010; Gros et al., 2013; Hallberg et al., 2015; Loucas et al., 2014; Machado et al., 2016; Monnier, Knapp, & Frueh, 2003; Rees & Maclaine, 2015; Richards & Richardson, 2012; Richards et al., 2015; Richardson et al., 2009; Saddichha, Al-Desouki, Lamia, Linden, & Krausz, 2014; Simpson & Reid, 2014).

Os autores de revisões sistemáticas Rees & Maclaine (2015), Richardson et al. (2009) e Backhaus et al. (2012) salientaram a necessidade de que sejam realizados ensaios clínicos randomizados em abordagens distintas da terapia cognitivo comportamental. Essa necessidade está em consonância com a opinião da autora dessa revisão (veja o projeto do ensaio clínico randomizado no Apêndice A).

7.5 Considerações breves sobre estudos excluídos

Os principais motivos de exclusão desses estudos foram: intervenções distintas da preconizada pelos critérios de elegibilidade propostos, ou seja, intervenções que empregaram abordagens distintas das abordagens psicodinâmicas (como por exemplo: cognitivo-comportamental (Donkin et al., 2013), aconselhamento (Graham et al., 2015), interpessoal (Donker et al., 2013), psicoeducação (Siegmund, Nonohay, & Gauer, 2016) e suportiva (Sawyer et al., 2014)); delineamentos metodológicos de estudo divergentes do especificado no critérios de elegibilidade, ou seja, estudos que não eram ensaios clínicos randomizados (como por exemplo: estudo de viabilidade (Lemma & Fonagy, 2013), estudo qualitativo (Donnamaria & Terzis, 2011; Rodrigues, 2014), estudo qualitativo-quantitativo (Pieta, Siegmund, Gomes, & Gauer, 2015) e ensaio aberto (Siegmund, Nonohay, & Gauer, 2016)); tecnologia empregada na intervenção diferente da preconizada nos critérios, ou seja, a intervenção não foi realizada por meio de videoconferência (como por exemplo: telefone (Dennis et al., 2015), mensagem de texto instantânea (Sawyer et al., 2014), programa de computador não hospedado na internet (Siegmund, Nonohay, & Gauer, 2016) e programa de computador hospedado na internet[34] (Andersson et al., 2012; Greist, Osgood-Hynes, Baer, & Marks, 2000); intervenções realizadas na abordagem psicodinâmica pela internet, mas aplicadas em outra modalidade, como por exemplo, terapia de grupo (Lemma & Fonagy, 2013); ensaio clínico que não abordou o tratamento da Depressão Maior, como por exemplo: dor inespecífica (Chavooshi, Mohammadkhani, & Dolatshahee, 2016), ansiedade (Dagöö et al., 2014), tabagismo

[34] *Software web-based*

(Graham et al., 2015), disfunção sexual (Jones & McCabe, 2011), fobia social (Leichsenring et al., 2009), luto (van der Houwen, Schut, van den Bout, Stroebe, & Stroebe, 2010), transtorno obsessivo-compulsivo (Siegmund, Nonohay, & Gauer, 2016) e sem diagnóstico específico (Ketelaar et al., 2013).

Os fatores de exclusão[35] dos artigos encontram-se reunidos proporcionalmente e foram descritos abaixo:

- 23% não eram ensaios clínicos randomizados;
- 60% não eram de estudos de abordagem psicodinâmica;
- 53% não eram intervenções para o tratamento da depressão, e;
- 83 % não utilizaram a tecnologia de videoconferência.

[35] Cada critério de elegibilidade foi medido como uma variável independente, por isso, a soma percentual não é de 100%.

8 Conclusão

Até o momento, não é possível afirmar se as psicoterapias breves psicodinâmicas realizadas pela internet, por meio de videoconferência, apresentam eficácia no tratamento da Depressão Maior em adultos devido à inexistência de ensaios clínicos randomizados.

8.1 Implicações para a Prática Clínica

Não é possível realizar recomendações baseadas em evidência para a prática clínica.

Na ausência de evidência de eficácia das psicoterapias breves psicodinâmicas realizadas pela internet, por meio de videoconferência, no tratamento da Depressão maior em adultos, a decisão sobre qual tratamento empregar no tratamento do paciente deve resultar da combinação entre o julgamento e domínio técnico do profissional, as preferências do paciente e a disponibilidade dos tratamentos oferecidos. Deve ficar claro para o paciente que ele está envolvido nessa importante decisão.

Profissionais da área clínica devem buscar atualização constante nessa área e precisam apoiar as suas decisões em evidências científicas de ensaios clínicos que possam avaliar a eficácia das psicoterapias breves psicodinâmicas realizadas pela internet, por meio de videoconferência, no tratamento de transtornos mentais, dentre eles, a Depressão Maior.

8.2 Implicações para os Consumidores

No momento, a decisão de qual modalidade de psicoterapia você precisa receber depende de uma decisão conjunta entre você e o profissional de saúde que cuida de você. Essa decisão deve ser uma combinação entre a técnica que o profissional domina e a avaliação clínica desse profissional, a sua preferência pessoal e o tratamento que estiver disponível. As psicoterapias breves psicodinâmicas realizadas pela internet, por meio de videoconferência, ainda precisam ser testadas. Caso você possa participar de pesquisas que irão testá-las, sinta-se motivado para isso. A sua participação é muito importante.

8.3 Implicações para Gestores e Tomadores de Decisão em Saúde Pública

Políticas favoráveis à realização das psicoterapias breves psicodinâmicas pela internet, por meio de videoconferência, no tratamento de transtornos mentais, dentre eles a Depressão Maior, não devem ser implantadas sem constante avaliação. Caso não haja dispositivos para a avaliação necessária, o emprego dessa modalidade de psicoterapia deve aguardar os resultados de estudos de eficácia.

Os gestores de saúde devem formar alianças com pesquisadores que estejam nesse campo de pesquisa, para que dessa frutífera colaboração possam surgir no campo de atuação clínica e de cuidados de atenção primária à saúde, as necessárias evidências científicas de alta qualidade. Essas parcerias têm potencial para modificar a relação entre os gestores de saúde e seus colaboradores, evitando-se a antiga dinâmica unidirecional de imposições de políticas de saúde.

8.4 Implicações para Pesquisa

Urge o desenvolvimento de ensaios clínicos randomizados que avaliem a eficácia das psicoterapias breves psicodinâmicas realizadas pela internet, por meio de videoconferência, no tratamento de transtornos mentais, dentre eles a Depressão Maior. (Veja o projeto de pesquisa do ensaio clínico randomizado elaborado pela pesquisadora (Apêndice A) e registrado no *ClinicalTrials.gov* sob o identificador #NCT02257996 e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Digital – e-TCLE (Apêndice A do Ensaio Clínico Randomizado) que foi aprovado pelo Conselho de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEPH-IPUSP sob número 40796215.3.0000.5561. Ambos são inéditos.)

REFERÊNCIAS[36]

Abbass, A. A., Kisely, S. R., Town, J. M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S., . . . Crowe, E. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *The Cochrane Database Systematic Reviews, 7*, Cd004687. doi:10.1002/14651858.CD004687.pub4

Abbass, A. A., Town, J., & Driessen, E. (2011). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depressive disorders with comorbid personality disorder. *Psychiatry, 74*(1), 58-71. doi:10.1521/psyc.2011.74.1.58

American Psychiatric Association. (1952). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (1st ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1968). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2nd ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd rev ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th rev. ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.

Andersson, G., Paxling, B., Roch-Norlund, P., Östman, G., Norgren, A., Almlöv, J., . . . Silverberg, F. (2012). Internet-Based Psychodynamic versus Cognitive Behavioral Guided Self-Help for Generalized Anxiety Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 81*(6), 344-355.

Andersson, G., Paxling, B., Wiwe, M., Vernmark, K., Felix, C. B., Lundborg, L., . . . Carlbring, P. (2012). Therapeutic alliance in guided internet-delivered cognitive behavioural treatment of depression, generalized anxiety disorder and social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 50*(9), 544-550. doi:10.1016/j.brat.2012.05.003

Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., & Titov, N. (2010). Computer Therapy for the Anxiety and Depressive Disorders Is Effective, Acceptable and Practical Health Care: A Meta-Analysis. *PLoS ONE, 5*(10), e13196. doi:10.1371/journal.pone.0013196

[36] APA 6ª edição

APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *The American Psychologist, 61*(4), 271-285. doi:10.1037/0003-066x.61.4.271

Backhaus, A., Agha, Z., Maglione, M. L., Repp, A., Ross, B., Zuest, D., . . . Thorp, S. R. (2012). Videoconferencing Psychotherapy: A systematic review. *Psychological Services, 9,* 111-131.

Basile, R. P. (2014). *Uma revisão sistemática e metanálise sobre os eventos adversos decorrentes do uso de benzodiazepínicos por idosos.* (Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil). Recuperado de http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/42/42136/tde-20022015-143145/publico/RicardoPortugalBasile_Mestrado_I.pdf

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. Journal of Consulting Clinical Psychology, 56(6), 893-897.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry(4), 561-571.

Beecher, H. K. (1955). The powerful placebo. *Journal of the American Medical Association, 159*(17), 1602-1606. doi:10.1001/jama.1955.02960340022006

Bolton, A. J., & Dorstyn, D. S. (2015). Telepsychology for posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare, 21*(5), 254-267. doi:10.1177/1357633X15571996

Brown, P., Brunnhuber, K., Chalkidou, K., Chalmers, I., Clarke, M., Fenton, M., . . . Young, P. (2006). How to formulate research recommendations. British Medical Journal, 333(7572), 804-806. doi:10.1136/bmj.38987.492014.94

Chavooshi, B., Mohammadkhani, P., & Dolatshahee, B. (2016). Telemedicine vs. in-person delivery of intensive short-term dynamic psychotherapy for patients with medically unexplained pain: A 12-month randomized, controlled trial. *Journal Of Telemedicine And Telecare*.

Cochrane Collaboration. (2005). *Glossary of Terms in The Cochrane Collaboration* (version 4.2.5, updated May 2005). Author.

Cummings, N. (1977). About this special issue. *American Psychologist, 32*(9), 695-696. doi:10.1037/h0078519

Dagöö, J., Asplund, R. P., Bsenko, H. A., Hjerling, S., Holmberg, A., Westh, S., . . . Andersson, G. (2014). Cognitive behavior therapy versus interpersonal psychotherapy for social anxiety disorder delivered via smartphone and

computer: A randomized controlled trial. Journal of Anxiety Disorders, 28(4), 410-417.

Davanloo, H. (2000). Intensive short-term dynamic psychotherapy. Chichester, UK: John Wiley & Sons.

De-la-Torre-Ugarte-Guanilo, M. C., Takahashi, R. F., & Bertolozzi, M. R. (2011). Revisão sistemática: noções gerais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 45*(5), 1260-1266. doi:10.1590/S0080-62342011000500033

Dennis, C. L., Ravitz, P., Grigoriadis, S., Jovellanos, M., Hodnett, E., Ross, L., & Zupancic, J. (2015). A multi-site randomized controlled trial to evaluate the effect of telephone-based interpersonal psychotherapy by trained nurses for the treatment of postpartum depression. Archives of Women's Mental Health, 18(2), 288-289.

Derogatis, L. R. (1994). Symptom Checklist 90–R: Administration, scoring, and procedures manual (3 ed.). Minnesotta, Estados Unidos: National Computer Systems.

Donker, T., Bennett, K., Bennett, A., Mackinnon, A., van Straten, A., Cuijpers, P., . . . 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*(5), e82.

Donkin, L., Hickie, I. B., Christensen, H., Naismith, S. L., Neal, B., Cockayne, N. L., & Glozier, N. (2013). Rethinking the dose-response relationship between usage and outcome in an online intervention for depression: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research, 15*(10), 67-80. doi:10.2196/jmir.2771

Donnamaria, C. P., & Terzis, A. (2011). Experimentando o dispositivo terapêutico de grupo via internet: primeiras considerações de manejo e desafios éticos. *Revista da SPAGESP, 12*(2), 17-26.

Driessen, E., Cuijpers, P., de Maat, S. C., Abbass, A. A., de Jonghe, F., & Dekker, J. J. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 30*(1), 25-36. doi:10.1016/j.cpr.2009.08.010

Fatehi, F., Armfield, N. R., Dimitrijevic, M., & Gray, L. C. (2015). Technical aspects of clinical videoconferencing: a large scale review of the literature *Journal of Telemedicine and Telecare*. doi:10.1177/1357633X15571999

Frueh, B. C., Deitsch, S. E., Santos, A. B., Gold, P. B., Johnson, M. R., Meisler, N., . . . Ballenger, J. C. (2000). Procedural and Methodological Issues in Telepsychiatry Research and Program Development. *Psychiatric Services, 51*(12), 1522-1527. doi:10.1176/appi.ps.51.12.1522

Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Guay, S., & Drouin, M. (2010). Assessment of the therapeutic alliance in face-to-face or videoconference

treatment for posttraumatic stress disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 13*(1), 29-35. doi:10.1089/cyber.2009.0139

Glass, G. (1976). Primary, secondary, and meta-analysis of research. *Educational Researcher, 5*, 3-8.

Glasziou, P., Djulbegovic, B., & Burls, A. (2006). Are systematic reviews more cost-eff ective than randomised trials? *The Lancet, 367*, 2057-2058.

Grady, B. J., Myers, K. M., Nelson, E.-L., Belz, N., Bennett, L., Carnahan, L., . . . Voyles, D. (2011). Policy: evidence-based practice for telemental health. *Telemedicine and e-Health, 17*(2), 131-148. doi:10.1089/tmj.2010.0158

Graham, A. L., Papandonatos, G. D., Cobb, C. O., Cobb, N. K., Niaura, R. S., Abrams, D. B., & Tinkelman, D. G. (2015). Internet and Telephone Treatment for smoking cessation: mediators and moderators of short-term abstinence. *Nicotine & Tobacco Research, 17*(3), 299-308. doi:http://dx.doi.org/10.1093/ntr/ntu144

Green, S., T., H. J. P., Alderson, P., Clarke, M., Mulrow, C. D., & Oxman, A. D. (2011). Introduction. In J. P. T. Higgins & S. Green (Eds.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (Version 5.1.0 (atualizado em Março de 2011) ed.): The Cochrane Collaboration.

Greist, J., Osgood-Hynes, D., Baer, L., & Marks, I. (2000). Technology-Based Advances in the Management of Depression: Focus on the COPE[TM] Program. Disease Management & Health Outcomes, 7(4), 193-200 198p.

Gros, D. F., Morland, L. A., Greene, C. J., Acierno, R., Strachan, M., Egede, L. E., . . . Frueh, B. C. (2013). Delivery of evidence-based psychotherapy via video telehealth. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 35*(4), 506-521. doi:10.1007%2Fs10862-013-9363-4

Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Vist, G. E., Liberati, A., & Schünemann, H. J. (2008). Going from evidence to recommendations. *BMJ (Clinical Research ed.), 336*(7652), 1049-1051. doi:10.1136/bmj.39493.646875.AE

Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Kunz, R., Jaeschke, R., Helfand, M., Liberati, A., . . . Schunemann, H. J. (2008). Incorporating considerations of resources use into grading recommendations. *BMJ (Clinical Research ed.), 336*(7654), 1170-1173. doi:10.1136/bmj.39504.506319.80

Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Kunz, R., Vist, G. E., Falck-Ytter, Y., & Schunemann, H. J. (2008). What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians? *BMJ (Clinical Research ed.), 336*(7651), 995-998. doi:10.1136/bmj.39490.551019.BE

Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Vist, G. E., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Alonso-Coello, P., & Schunemann, H. J. (2008). GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ (Clinical Research ed.), 336*(7650), 924-926. doi:10.1136/bmj.39489.470347.AD

Hallberg, S. C. M., Lisboa, C. S. d. M., Souza, D. B. d., Mester, A., Braga, A. Z., Strey, A. M., & Silva, C. S. d. (2015). Systematic review of research investigating psychotherapy and information and communication technologies. *Trends psychiatry psychotherapy, 37*(3), 118-125.

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. Journal of Neurology, Neurosurgey and Psychiatry, 23, 56-62.

Higgins, J. P. T., & Green, S. E. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (J. P. T. Higgins & S. Green Eds. Version 5.1.0 [Atualizado em Março de 2011] ed.): The Cochrane Collaboration.

Hobson, R. F. (1985). Forms of Feeling: The Heart of Psychotherapy: Tavistock Publications.

Johansson, R., Björklund, M., Hornborg, C., Karlsson, S., Hesser, H., Ljótsson, B. L., . . . Andersson, G. (2013). Affect-focused psychodynamic psychotherapy for depression and anxiety through the internet: A randomized controlled trial. *PeerJ, 2013*(1).

Johansson, R., Ekbladh, S., Hebert, A., Lindström, M., Möller, S., Petitt, E., . . . Andersson, G. (2012). Psychodynamic guided self-help for adult depression through the internet: A randomised controlled trial. *PLoS ONE, 7*(5). doi:10.1371/journal.pone.0038021

Jones, L. M., & McCabe, M. P. (2011). The effectiveness of an Internet-based psychological treatment program for female sexual dysfunction. The Journal of Sexual Medicine, 8(10), 2781-2792. Recuperado de http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clcentral/articles/607/CN-00810607/frame.html doi:10.1111/j.1743-6109.2011.02381.x

Ketelaar, S. M., Nieuwenhuijsen, K., Gartner, F. R., Bolier, L., Smeets, O., & Sluiter, J. K. (2013). Effect of an E-mental health approach to workers' health surveillance versus control group on work functioning of hospital employees: a cluster-RCT. *PLoS ONE [Electronic Resource], 8*(9), e72546. doi:http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0072546

Lang, A., Edwards, N., & Fleiszer, A. (2007). Empty systematic reviews: hidden perils and lessons learned. *Journal of Clinical Epidemiology, 60*(6), 595-597. doi:10.1016/j.jclinepi.2007.01.005

Leichsenring, F., & Klein, S. (2014). Evidence for psychodynamic psychotherapy in specific mental disorders: a systematic review. *Psychoanalytic Psychotherapy*. doi:http://dx.doi.org/10.1080/02668734.2013.865428

Leichsenring, F., Salzer, S., Beutel, M. E., Von Consbruch, K., Herpertz, S., Hiller, W., . . . Leibing, E. (2009). SOPHO-NET - A research network on psychotherapy for social phobia. *PPmP Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 59*(3-4), 117-123.

Lemma, A., & Fonagy, P. (2013). Feasibility study of a psychodynamic online group intervention for depression. *Psychoanalytic Psychology, 30*(3), 367-380. doi:10.1037/a0033239.

Leucht, S., Kissling, W., & Davis, J. M. (2009). How to read and understand and use systematic reviews and meta-analyses. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 119*(6), 443-450. doi:10.1111/j.1600-0447.2009.01388.x

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, 63, 122-131. doi:10.1016/j.brat.2014.09.011

Luborsky, L. (1984). Principles of psychoanalytic psychotherapy: a manual for supportive-expressive treatment. New York: Basic Books.

Machado, D. d. B., Laskoski, P. B., Severo, C. T., Bassols, A. M., Sfoggia, A., Kowacs, C., . . . Eizirik, C. L. (2016). A Psychodynamic Perspective on a Systematic Review of Online Psychotherapy for Adults. British Journal of Psychotherapy, 32(1), 79-108. doi:10.1111/bjp.12204

Malan, D. (1979). Individual psychotherapy and the science of psychodynamics. London: Butterworth.

Mann, J. (1973). Time-limited psychotherapy. Cambridge, MA: Harvard UniversityPress.

McCarthy, K. S., Connolly Gibbons, M. B., & Barber, J. P. (2008). The Relation of Rigidity Across Relationships With Symptoms and Functioning: An Investigation With the Revised Central Relationship Questionnaire. *Journal of Counseling Psychology, 55*(3), 346-358. doi:10.1037/a0012578

Melnik, T., & Atallah, Á. N. (2011). *Psicologia Baseada em Evidências - Provas Científicas da Efetividade da Psicoterapia*. São Paulo: Santos.

Melnik, T., Souza, W. F., & Carvalho, M. R. (2014). A importância da prática da psicologia baseada em evidências: aspectos conceituais, níveis de evidência, mitos e resistências. Revista Costarricense de Psicología, 33(2), 79-92.

Melnik, T., Tomiatto, I., & Atallah, A. N. (2011). Psychology based on evidences. São Paulo Medical Journal (Impresso), 129, 8-9.

Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Stillwell, S. B., & Williamson, K. M. (2010). Evidence-based practice: step by step: the seven steps of evidence-based practice. *The American Journal of Nursing, 110*(1), 51-53. doi:10.1097/01.NAJ.0000366056.06605.d2

Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. Pain, 1(3), 277-299.

Monnier, J., Knapp, R. G., & Frueh, B. C. (2003). Recent advances in telepsychiatry: an updated review. *Psychiatric Services, 54*(12), 1604-1609. doi:10.1176/appi.ps.54.12.1604

Montgomery, P., Yaffe, J., Hopewell, S., & Shepard, L. (2011). Running on Empty: The Cochrane Empty Reviews Project report of findings and consensus group feedback. Recuperado de Madrid, Espanha: https://emptyreviews.files.wordpress.com/2011/11/madridmeetingpresentation-finalpostedits.pdf

Montgomery, S. A., & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. British Journal of Psychiatry, 134, 382-389.

Paykel, E. S., & Priest, R. G. (1992). Recognition and management of depression in general practice: consensus statement. *BMJ, 305*(6863), 1198-2202.

Pearson, K. (1904). Report on Certain Enteric Fever Inoculation Statistics. *British Medical Journal, 2*(2288), 1243-1246.

Pieta, M. A. M., Siegmund, G., Gomes, W. B., & Gauer, G. (2015). Desenvolvimento de protocolos para acompanhamento de psicoterapia pela Internet. *Contextos Clínicos, 8*(2). Recuperado de http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/ctc.2015.82.02

Prado, O. Z., & Meyer, S. B. (2006). Avaliação da relação terapêutica na terapia assíncrona via internet. Psicologia em Estudo, 11(2), 247-257.

Rees, C. S., & Maclaine, E. (2015). A systematic review of videoconference-delivered psychological treatment for anxiety disorders. *Australian Psychologist, 50*(4), 259-264. doi:10.1111/ap.12122

Resolução CFP Nº005/2012, Conselho Federal de Psicologia. (2012).

Resolução CFP Nº011/2012, Conselho Federal de Psicologia. (2012).

Resolução restringe psicoterapia pela Internet a pesquisas. (2000). Jornal PSI, 18(121). Recuperado de http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/jornal_crp/121/frames/fr_informatica.aspx

RevMan. (2014). Review Manager (RevMan) [Programa de Computador] (Version 5.3). Copenhagen, Dinamarca: The Nordic Cochrane Centre, The Cochrane Collaboration. Recuperado de http://tech.cochrane.org/revman

Richards, D., & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 32*(4), 329-342. doi:10.1016/j.cpr.2012.02.004

Richards, D., Richardson, T., Timulak, L., & McElvaney, J. (2015). The efficacy of internet-delivered treatment for generalized anxiety disorder: A systematic

review and meta-analysis. *Internet Interventions, 2*(3), 272–282. doi:10.1016/j.invent.2015.07.003

Richardson, L. K., Frueh, B. C., Grubaugh, A. L., Johnson, R. H., Egede, L., & Elhai, J. D. (2009). Current directions in videoconferencing telemental health research. *Clinical Psychology: Science and Practice, 16*(3), 323-338. doi:doi:10.1111/j.1468-2850.2009.01170.x

Rodrigues, C. G. (2014). *Aliança terapêutica na psicoterapia breve online.* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília [UnB], Brasília, Brasil). Recuperado de http://repositorio.unb.br/handle/10482/16596

Rosenthal, R. (1979). The file drawer problem and tolerance for null results. *Psychological Bulletin, 86*(3), 638-641. doi:10.1037/0033-2909.86.3.638

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ, 312*(7023), 71-72.

Saddichha, S., Al-Desouki, M., Lamia, A., Linden, I. A., & Krausz, M. (2014). Online interventions for depression and anxiety - a systematic review. *Health Psychology Behavioral Medicine, 2*(1), 841-881. doi:10.1080/21642850.2014.945934

Sampaio, R. F., & Mancini, M. C. (2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia, 11*(1), 83-89.

Sawyer, A. C., Lynch, J., Bowering, K., Jeffs, D., Clark, J., Mpundu-Kaambwa, C., & Sawyer, M. G. (2014). An equivalence evaluation of a nurse-moderated group-based internet support program for new mothers versus standard care: a pragmatic preference randomised controlled trial. BMC Pediatrics, 14, 119. doi:10.1186/1471-2431-14-119

Schmidt, M. I., Duncan, B. B., Silva, G. A., Menezes, A. M., Monteiro, C. A., Barreto, S. M., . . . Menezes, P. R. (2011). Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet, 377*(9781), 1949-1961. doi:10.1016/S0140-6736(11)60135-9

Schünemann, H. J., Oxman, A. D., Brozek, J., Glasziou, P., Jaeschke, R., Vist, G. E., . . . Guyatt, G. H. (2008). GRADE: Grading quality of evidence and strength of recommendations for diagnostic tests and strategies. *BMJ, 336*(7653), 1106-1110. doi:10.1136/bmj.39500.677199.AE

Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *The American Psychologyst, 65*(2), 98-109. doi:10.1037/a0018378

Siegmund, G., Nonohay, R. G. d., & Gauer, G. (2016). Ensaio de usabilidade de uma intervenção psicoeducacional computadorizada sobre transtorno obsessivo-compulsivo. Temas em Psicologia, 24(1), 261-276. doi:10.9788/TP2016.1-18

Sifneos, P. E. (1972). Short-term psychotherapy and emotional crisis (A. E. Filmann, Trad.). Cambridge: Harvard University Press.

Simon, R. (1986). *Introdução à psicanálise: Melaine Klein*. São Paulo: Pedagógica e Universitária.

Simon, R. (1996). Do diagnóstico à psicoterapia breve. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 7*(45), 403-408.

Simon, R. (2005). *Psicoterapia breve operacionalizada: teoria e técnica*. São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.

Simon, R., & Yamamoto, K. (2009). Psicoterapia breve operacionalizada na clínica privada. Aletheia(30), 172-182.

Simpson, S. G., & Reid, C. L. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *Australian Journal of Rural Health, 22*(6), 280-299. doi:10.1111/ajr.12149

Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist, 32*(9), 752-760. doi:10.1037/0003-066X.32.9.752

Strupp, H. H., & Binder, J. L. (1984). Psychotherapy in a new key: a guide to time limited dynamic psychotherapy. New York: Basic.

Stuart, S. (2006). Interpersonal psychotherapy: a guide to the basics. *Psychiatric Annals, 36*(8).

Szwarcwald, C. L., Souza-Júnior, P. R., & Damacena, G. N. (2010). Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in Brazil according to health care need: evidence from the World Health Survey. *BMC Health Services Research, 10*(1), 217. doi:10.1186/1472-6963-10-217

The Joanna Briggs Institute. (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual* (Supplement ed.). Adelaide, Australia. Recuperado de http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf

Tolin, D. F., McKay, D., Forman, E. M., Klonsky, E. D., & Thombs, B. D. (2015). Empirically Supported Treatment: Recommendations for a New Model. Clinical Psychology: Science and Practice, 22(4), 317-338. doi:10.1111/cpsp.12122

Travassos, C., & Viacava, F. (2011). Utilização e financiamento de serviços de saúde: dez anos de informação das PNAD. *Ciência & Saúde Coletiva, 16*, 3646-3646.

Travassos, C., Viacava, F., & Laguardia, J. (2008). Os Suplementos Saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia, 11*, 98-112.

U.S. National Library of Medicine. (2016). MEDLINE, PubMed, and PMC (PubMed Central): How are they different? In U.S. National Library of Medicine (Ed.), Fact Sheet.

van der Houwen, K., Schut, H., van den Bout, J., Stroebe, M., & Stroebe, W. (2010). The efficacy of a brief internet-based self-help intervention for the bereaved. *Behaviour Research and Therapy, 48*(5), 359-367. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2009.12.009

Viacava, F. (2010). Dez anos de informação sobre acesso e uso de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública, 26*, 2210-2211.

Ware, J. E., Jr., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Medical Care, 30(6), 473-483.

World Health Organization. (2016a). Depression [Press release]. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/#

World Health Organization. (2016b). ICD-10 Online Browser: International statistical classification of diseases and related health problems. (10 ed. version 2016): Author. Recuperado de: http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en

Yaffe, J., Montgomery, P., Hopewell, S., & Shepard, L. D. (2012). Empty reviews: a description and consideration of Cochrane systematic reviews with no included studies. *PLoS One, 7*(5), e36626. doi:10.1371/journal.pone.0036626

Yoshida, E. M. P., Elyseu Jr, S., Silva, F. R. d. C. S., Finotelli Jr, I., Sanches, F. M., Penteado, E. F., . . . Enéas, M. L. E. (2009). Brief psychodynamic therapy: therapeutic strategy and change in the conflictual relationship pattern. *Psico-USF, 14*(3), 275-285. doi:10.1590/S1413-82712009000300004

Yoshida, E. M. P., & Enéas, M. L. E. (2013). Psicoterapias Psicodinâmicas Breves: propostas atuais (3ª ed.). Campinas: Editora Alínea.

Zanelli, J. C. (1994). Movimentos emergentes na prática dos psicólogos brasileiros nas organizações de trabalho: implicações para a formação Conselho Federal de Psicologia (CFP). Psicólogo Brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação (2ª ed., pp. 101-194). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Apêndice A – Projeto de Pesquisa: Eficácia da Psicoterapia Breve Operacionalizada realizada pela internet, por meio de videoconferência, no tratamento de adultos com Transtorno Depressivo Maior: ensaio clínico randomizado controlado – piloto[37]

1 Hipóteses de pesquisa

H_0 – Não existe diferença entre a redução dos sintomas depressivos do grupo experimental que recebeu a Psicoterapia Breve Operacionalizada realizada pela internet, por meio de videoconferência, em comparação ao grupo controle ativo (psicoeducação associada à intervenção suportiva estruturada on-line).

H_1 – A redução dos sintomas depressivos do grupo intervenção (Psicoterapia Breve Operacionalizada realizada pela internet por meio de videoconferência) é superior à redução dos sintomas depressivos do grupo controle ativo (psicoeducação associada à intervenção suportiva estruturada on-line).

[37] O projeto de pesquisa foi inserido a partir do capítulo referente às Hipóteses de Pesquisa.

2 Objetivos

2.1 Objetivo principal

Avaliar a eficácia da Psicoterapia Breve Operacionalizada realizada pela internet, por meio de videoconferência, no tratamento de adultos diagnosticados com Transtorno Depressivo Maior (grupo intervenção) em comparação ao grupo controle ativo (psicoeducação associada à intervenção suportiva estruturada on-line) pela remissão sintomatológica mensurada por meio do Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II) (Beck, Steer, & Brown, 2011).

2.2 Objetivos secundários

I. Avaliar a construção e a evolução da Aliança Terapêutica entre a terapeuta e os pacientes do grupo intervenção mensurada pelo Inventário de Aliança Terapêutica (WAI);

II. Avaliar os efeitos da Psicoterapia Breve Operacionalizada realizada pela internet, por meio de videoconferência, sobre a qualidade de vida do grupo intervenção em comparação ao grupo controle ativo (psicoeducação associada à intervenção suportiva estruturada on-line), mensurados pelo Inventário de Qualidade de Vida (SF-36);

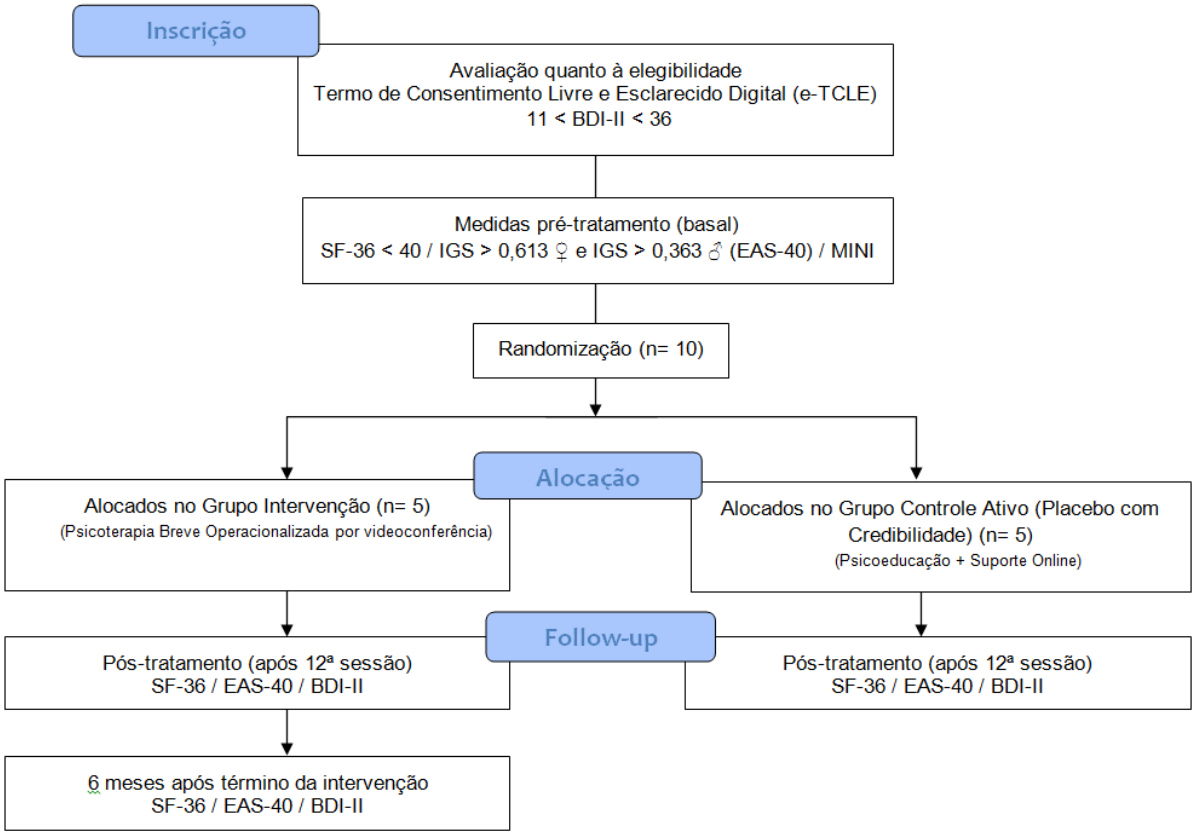
III. Avaliar os efeitos da Psicoterapia Breve Operacionalizada realizada pela internet, por meio de videoconferência, sobre a intensidade dos sintomas psicopatológicos do grupo intervenção em comparação ao grupo controle ativo (psicoeducação associada à intervenção suportiva estruturada on-line), mensurados pelo Índice Global de Severidade (GSI) obtido a partir da Escala de Avaliação de Sintomas (EAS-40).

3 Desfecho

Os participantes do grupo intervenção, atendidos em Psicoterapia Breve Operacionalizada realizada pela internet, por meio de videoconferência, apresentarão maior redução nos sintomas depressivos em comparação aos participantes do grupo controle ativo (psicoeducação associada à intervenção suportiva estruturada on-line), mensurados pelo Inventário de Depressão de Beck-II (Beck, Steer, & Brown, 2011).

4 Método

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (CEPH-IPUSP), órgão colegiado do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP) e credenciado junto ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sob o número 40796215.3.0000.5561 (Anexo A do Ensaio Clínico Randomizado). O diagrama de fluxo do estudo encontra-se no Quadro 1.



Quadro 1 – Diagrama de fluxo do ensaio clínico randomizado segundo CONSORT Statement (Schulz, Altman, & Moher, 2010).

4.1 Tipo de estudo

Ensaio clínico randomizado controlado piloto (ECR).

Este estudo segue as diretrizes do CONSORT *Statement (Consolidated Standards of Reporting Trials)* para elaboração de ensaios clínicos randomizados de estudos não farmacológicos (Altman et al., 2001; Schulz, Altman, & Moher, 2010) e as diretrizes do CONSORT-EHEALTH *(V.1.6.2) para a descrição padronizada das tecnologias empregadas em ensaios clínicos que envolvam a telessaúde e suas aplicações (Eysenbach & Consort-Ehealth Group, 2011).*

4.2 Número de registro no *ClinicalTrials.gov*[38]

A pesquisa já se encontra cadastrada no *ClinicalTrials.gov, sob o identificador* #NCT02257996.

4.3 Local de realização do estudo

A terapeuta e os equipamentos estarão instalados no consultório particular da pesquisadora situado em São Paulo, Brasil, onde a mesma realizará os atendimentos psicoterapêuticos da pesquisa (Figura 1).

Figura 1 – Pesquisadora no local de realização do estudo.

4.4 Ambiente (internet / *World Wide Web*)

Todos os procedimentos da pesquisa serão realizados pela internet, a partir do site da pesquisa (Figura 2). Esse site atenderá aos critérios do Anexo 1 dispostos na resolução Nº011/2012 do Conselho Federal de Psicologia e receberá a certificação (selo) desse Conselho ("Resolução CFP Nº011/2012", 2012).

A inscrição e a primeira fase da seleção de participantes serão realizadas no site da pesquisa que estará hospedado na internet.

Os interessados em participar da pesquisa receberão, farão a leitura e a assinatura eletrônica do termo de consentimento livre e esclarecido digital[39] diretamente no

[38] ClinicalTrails.gov é um banco de dados norte-americano de registros e resultados de estudos clínicos públicos ou privados realizados em seres humanos conduzidos ao redor do mundo.

[39] Tradução livre para o termo *electronic consent form* empregado na pesquisa de Moritz, Schilling, Hauschildt, Schroder, & Treszl (2012).

formulário eletrônico disponível pela internet, mas protegido de invasões pela criptografia[40].

A segunda fase de seleção, as entrevistas, sessões de psicoterapia e as aplicações de questionário de avaliação serão realizadas pela internet, por meio de videoconferência, realizadas em ambiente protegido por criptografia. Essa plataforma foi desenvolvida para a pesquisa e nomeada pelos pesquisadores de Consultório Virtual Seguro®.

Figura 2 – Página do site que será submetido ao Cadastro de Sites – CFP. Em destaque, o selo do CFP que autorizará a pesquisa.

4.5 Universo Amostral

4.5.1 Recrutamento dos participantes

Os participantes da pesquisa serão recrutados a partir de anúncio veiculado na internet e em jornal de grande circulação, para que se evite o viés de selecionar

[40] O termo Criptografia surgiu da fusão das palavras gregas "*Kryptós*" e "*gráphein*", que significam "oculto" e "escrever", respectivamente. Trata-se de um conjunto de conceitos e técnicas que visa codificar uma informação de forma que somente o emissor e o receptor possam acessá-la, evitando que um intruso consiga interpretá-la. Para isso, uma série de técnicas é usada e muitas outras surgem com o passar do tempo. Na computação, as técnicas mais conhecidas envolvem o conceito de chaves, as chamadas "chaves criptográficas". Trata-se de um conjunto de bits baseado em um determinado algoritmo capaz de codificar e de decodificar informações. Se o receptor da mensagem usar uma chave incompatível com a chave do emissor, não conseguirá extrair a informação. Saiba mais em *What is encryption?,* disponível no site: https://ssd.eff.org/en/module/what-encryption

apenas indivíduos que já possuem literacia informática. Uma amostra tão segmentada impossibilitaria a generalização dos resultados para a população geral (Lindner, Nyström, Hassmén, Andersson, & Gerhard Carlbring, 2015).

4.5.2 Cadastro e triagem dos participantes

O cadastramento dos interessados será realizado no site da pesquisa, certificado pelo Conselho Federal de Psicologia, que estará hospedado na internet. No site da pesquisa, o participante encontrará uma descrição sucinta da pesquisa e dos critérios de inclusão e exclusão dos participantes. Caso o interessado queira fazer parte da pesquisa, ele deverá clicar no link “Já entendi e quero participar”. Ao clicar nesse link, o interessado será direcionado para a Fase I da triagem. A triagem será realizada em quatro fases. Todos os dados relativos à exclusão de interessados serão contabilizados para relato posterior.

4.5.2.1 Fase I – Dados sociodemográficos, de familiaridade com a internet e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Digital (e-TCLE).

A Fase I da triagem consistirá no autopreenchimento do formulário eletrônico de triagem que será construído pelo pesquisador colaborador, especificamente para a pesquisa, com o auxílio do software, versão 2016 do Cognito Forms (2016). Este formulário armazenará os dados sócios demográficos e de familiaridade com a internet (Anexo B do Ensaio Clínico Randomizado) dos participantes e excluirá automaticamente aqueles que não atendam aos critérios de elegibilidade da pesquisa (Knaevelsrud, Brand, Lange, Ruwaard, & Wagner, 2015). Os dados dos participantes contidos no formulário eletrônico de triagem serão armazenados e protegidos pela ferramenta de criptografia. Os participantes selecionados na Fase I da triagem receberão automaticamente o link para o acesso ao termo de consentimento livre e esclarecido digital (e-TCLE) e instruções para o seu preenchimento. O participante também receberá um telefone de contato caso necessite de orientações adicionais antes da assinatura do e-TCLE. Os participantes deverão ler, preencher e assinar eletronicamente o termo de consentimento livre e esclarecido digital para que sejam direcionados à Fase II da triagem. Os participantes que não preencherem e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido digital serão excluídos da pesquisa (para descrição detalhada do termo de consentimento livre e esclarecido digital, ver item 4.16.7).

4.5.2.2 Fase II – Escalas de autorrelato

Os interessados que assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido digital serão dirigidos automaticamente para o autopreenchimento das escalas selecionadas para triagem: Inventário de Qualidade de Vida (SF-36) (Ciconelli, Ferraz, Santos, Meinão, & Quaresma, 1999); Escala de Avaliação de Sintomas (EAS-40) (Laloni, 2001) e Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) (Beck, Steer, & Brown, 2011). Todos os instrumentos de avaliação foram selecionados devido à qualidade psicométrica e consistência interna elevada. Eles serão administrados pela internet porque tem demonstrado ser uma forma de administração viável para questionários que avaliam a depressão e ansiedade (Carlbring et al., 2007; Hollandare, Andersson, & Engstrom, 2010).

Os dados dos participantes contidos nas escalas de autorrelato serão armazenados e protegidos pela ferramenta de criptografia.

Os interessados que atingirem os escores necessários à inclusão na pesquisa serão encaminhados à Fase III (SF-36 < 40; 11< BDI-II < 36; GSI > 0,613 para mulheres e GSI > 0,363 para homens).

4.5.2.3 Fase III – Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI Plus) (Amorim, 2000)

Os interessados receberão mensagem de texto pelo celular contendo o agendamento da entrevista diagnóstica telefônica. Um profissional de saúde experiente na aplicação do MINI Plus realizará a entrevista. Para garantir a qualidade dessa avaliação, um psiquiatra estará disponível para dirimir eventuais dúvidas durante a aplicação do instrumento em todos os interessados. Os objetivos serão: avaliar se o interessado contempla os requisitos do DSM-IV para Transtorno Depressivo Maior e rastrear os diagnósticos de dependência química, ideação suicida clara, transtornos de personalidade e transtornos psicóticos. Utilizar-se-á o instrumento com ênfase nos seguintes módulos: A (Transtorno Depressivo Maior), C (suicídio), K (Dependência de álcool), L (dependência de substância), M (transtornos psicóticos), Q (Transtorno de Personalidade Antissocial). O profissional também avaliará a motivação do candidato para a psicoterapia e a presença de um motivo desencadeante atual. Caso haja dúvida quanto à motivação do candidato ou à presença de um motivo desencadeante que justifique a busca por terapia, outro candidato será selecionado. Os interessados selecionados passarão à Fase IV.

4.5.2.3.1 Critérios diagnósticos para Transtorno Depressivo Maior segundo o DSM-IV

Para o diagnóstico do Transtorno Depressivo Maior pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002) é necessário que o paciente apresente por duas semanas consecutivas ou mais, pelo menos cinco dos nove sintomas principais, que devem estar presentes durante a maior parte do dia, causando prejuízo ao seu funcionamento global ou incapacitando-o. Os sintomas devem ter surgido recentemente ou ter piorado claramente em comparação ao estado prévio do paciente. Os sintomas principais são:

I. Humor deprimido;
II. Perda ou redução acentuada no interesse ou prazer em todas as atividades;
III. Diminuição das habilidades de concentração, de pensar com clareza ou tomar decisões;
IV. Dificuldades com a memorização e presença de sentimentos de desesperança e de culpa excessiva;
V. Sintomas físicos como distúrbios do sono (insônia ou hipersonia);
VI. Alterações significativas de peso (aumento ou diminuição) ou alterações marcantes no apetite;
VII. Lentidão ou agitação psicomotora;
VIII. Fadiga ou perda de energia, e;
IX. Pensamentos relacionados à morte ou ideação suicida.

Sintomas somáticos de ansiedade podem também estar presentes. Além disso, os sintomas não devem ter sido causados por luto, abuso de substâncias ou por uma condição clínica (American Psychiatric Association [APA], 2002). A depressão pode causar angústia, sofrimento e incapacitação em várias áreas do funcionamento, de forma igual ou superior, às causadas por doenças clínicas crônicas e imprime um grande sofrimento aos pacientes e a seus familiares (Hays, Wells, Sherbourne, Rogers, & Spritzer, 1995; Parker & Brotchie, 2009).

4.5.2.4 Fase IV - Checagem de Requisitos Técnicos

A Fase IV da triagem será composta de uma entrevista para checagem de requisitos técnicos (Fatehi et al., 2015). O pesquisador colaborador entrará em contato com os participantes por meio de mensagem de texto para o agendamento da Fase IV que

será realizada por meio de videoconferência no Consultório Virtual Seguro®. A entrevista para checagem de requisitos técnicos terá como objetivos: medir a velocidade da conexão de internet dos participantes, se certificar de que as demais condições técnicas podem ser contempladas, dirimir as dúvidas técnicas dos participantes em relação ao acesso ao Consultório Virtual Seguro® e confirmar os dados informados pelos participantes durante o preenchimento dos dados na Fase I da triagem. O pesquisador colaborador auxiliará os participantes na instalação de um aplicativo de mensagens de texto criptografadas, onde as comunicações serão realizadas durante a pesquisa.

Para respeitar o desenho do estudo, simples cego, na triagem, a pesquisadora não entrará em contato com os participantes para que não haja nenhuma influência no processo terapêutico. Os participantes que não possuírem equipamentos técnicos necessários ou banda larga suficiente serão dispensados e outros candidatos serão chamados (para descrição técnica dos requisitos mínimos, ver item 4.14).

Após a entrevista, caso o participante contemple todos os requisitos necessários, ele receberá um e-mail que o informará sobre a inclusão definitiva na pesquisa e solicitará que o mesmo aguarde o agendamento. O participante que não for selecionado nas fases anteriores da triagem receberá um e-mail contendo um agradecimento pelo seu interesse em participar da pesquisa e a data e hora em que o arquivo contendo o seu termo de consentimento livre e esclarecido digital (e-TCLE) foi destruído (HIPAA Administrative Simplification Regulation, 2013), de acordo com as normas da HIPAA (*Health Insurance Portability and Accountability Act*), órgão americano responsável por garantir alta qualidade técnica, ética e sigilo dos dados na prática da Telessaúde nos Estados Unidos.

4.5.3 Critérios de elegibilidade

Os participantes da pesquisa serão selecionados segundo os seguintes critérios:

I. Critérios de inclusão
    a. Idades entre 25 a 55 anos;
    b. Residentes na cidade de São Paulo (caso seja necessária alguma intervenção presencial emergencial);
    c. Grau mínimo de instrução: ensino superior completo ou em curso;
    d. Idioma português como primeira língua (Brasil);

e. Conhecimentos básicos da língua inglesa para o acesso ao Consultório Virtual Seguro®;
f. Contemplar os critérios diagnósticos para Transtorno Depressivo Maior segundo o DSM-IV (APA, 2002);
g. Escore no Inventário de Depressão de Beck-II maior que 12 e menor que 35 (Cunha, 2001);
h. Escore no SF-36 < 40;
i. Escore no GSI > 0,613 para mulheres e GSI > 0,363 para homens;
j. Não ter realizado nenhum tipo de tratamento psicoterápico anteriormente;
k. Motivação que justifique a busca do processo terapêutico; queixa definida ou evento que tenha desencadeado a necessidade de psicoterapia;
l. Disponibilidade de tempo para os quatro meses de psicoterapia;
m. Conhecimento e familiaridade com as ferramentas básicas da internet (mensagens de texto, e-mail e navegação na internet);
n. Conhecimento e familiaridade com as ferramentas básicas da internet (e-mail e navegação na internet);
o. Possuir computador próprio com câmera, microfone, fones de ouvido, acesso à internet banda larga fixa, com velocidade mínima, de 2 Mbps[41] e a última versão disponível do navegador de internet Google Chrome instalada para acessar o Consultório Virtual Seguro® e manter uma boa qualidade de áudio e vídeo durante a videoconferência (para mais detalhes, ver item 4.14);
p. Caso o participante esteja em tratamento psiquiátrico, a medicação deverá estar em doses estáveis há pelo menos seis meses. O paciente só será incluído na pesquisa caso se comprometa a não modificar a medicação durante a duração da pesquisa (Egede et al., 2009);
q. Possuir justificativa que o impossibilite de realizar uma psicoterapia presencial, como por ex.:
    i. Falta de recursos financeiros;
    ii. Mudança constante de residência devido ao trabalho;

[41] Mbps, ou megabyte/segundo, é uma unidade que mede a transferência de dados eletrônicos pelo tempo.

iii. Restrição de locomoção: acidentado, acamado ou deficiente físico que não tenha como ser transportado para o consultório;
iv. Impossibilidade de comparecer semanalmente ao consultório devido ao caos urbano da cidade de São Paulo (G. M. Silva, 2009).

II. Critérios de exclusão
   a. Gestantes;
   b. Indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia, transtornos dissociativos e outros transtornos mentais graves (Egede et al., 2009);
   c. Dependentes químicos e/ou alcoolistas que estejam em abstinência por uso de substância (Egede et al., 2009);
   d. Pacientes que apresentem diagnósticos médicos, ainda não tratados, que possam provocar desequilíbrio emocional inesperado (distúrbios da tireoide, por exemplo);
   e. Indivíduos que necessitam de atendimento emergencial;
   f. Indivíduos que apresentem ideação suicida (Egede et al., 2009);
   g. Pessoas com deficiência visual e auditiva, uma vez que o Consultório Virtual Seguro® não possui tecnologia assistiva (adaptado para pessoas com deficiência);
   h. Indivíduos que já tenham feito terapia anteriormente ou que estejam em outro processo terapêutico;
   i. Não ter assinado o termo de consentimento livre e esclarecido digital (e-TCLE);
   j. Todos os que não contemplem os critérios de inclusão ou que apresentem alguma deficiência que possa comprometer a realização da intervenção proposta.

4.6 Distribuição de grupos e randomização

Os participantes selecionados na triagem serão distribuídos aleatoriamente em dois grupos: Grupo I e Grupo II por meio de uma sequência randômica gerada pelo site Research Randomizer (Urbaniak & Plous, 2013), disponível em: https://www.randomizer.org/.

4.7 Alocação

A alocação dos números aleatoriamente distribuídos será feita em envelopes selados opacos. Essa distribuição será realizada por um pesquisador independente emascarado que não estará envolvido na avaliação dos participantes. Ele será responsável pela abertura dos envelopes e pela alocação dos participantes no grupo intervenção e no grupo controle.

4.8 Cálculo do tamanho da amostra

Como se trata de um estudo preliminar, serão selecionados cinco pacientes para o grupo intervenção e cinco para o grupo controle.

Os dez participantes diagnosticados com Transtorno Depressivo Maior segundo o DSM-IV serão alocados randomicamente para receber individualmente Psicoterapia Breve Operacionalizada realizada pela internet, por meio de videoconferência, em Consultório Virtual Seguro® ou grupo controle ativo (psicoeducação associada à intervenção suportiva estruturada on-line) durante três meses. Os dez participantes estarão cegados quanto ao grupo a que pertencem.

4.9 Grupo intervenção (Grupo I)

Composto por cinco participantes, que serão atendidos na modalidade de Psicoterapia Breve Operacionalizada realizada pela internet, por meio da videoconferência, em Consultório Virtual Seguro® e realizada por uma única terapeuta.

A Psicoterapia Breve Operacionalizada é uma psicoterapia breve psicanalítica originada de Simon (1989), baseada no plano de tratamento de 12 sessões individuais de cinquenta minutos cada, na frequência de uma sessão por semana, previamente agendadas, realizada pela internet, por meio de videoconferência, em Consultório Virtual Seguro®.

4.10 Grupo controle ativo (psicoeducação associada à intervenção suportiva estruturada on-line) (Grupo II)

Composto por cinco participantes que estarão em grupo controle ativo (Johansson et al., 2012). O grupo controle ativo foi elaborado tendo como base o grupo placebo com credibilidade de Heimberg et al. (1990). O grupo placebo com credibilidade foi criado como uma forma de comparação com tratamentos ativos semelhantes aos

ensaios clínicos randomizados placebo-controlados que avaliam a eficácia de medicamentos. O grupo controle ativo receberá psicoeducação associada à intervenção suportiva estruturada on-line semanalmente por meio de mensagens de texto criptografadas. A duração será semelhante à da intervenção (três meses). A psicoeducação consistirá de 12 textos enviados semanalmente. Os textos serão sobre depressão incluindo epidemiologia, tratamentos naturais, alimentação e atividades físicas. Todas as segundas-feiras, a terapeuta entrará em contato com os participantes por mensagem de texto. Nessa mensagem, ela perguntará como o participante está se sentindo e quais foram os principais problemas enfrentados. Não haverá respostas que façam uso da escuta empática ou perguntas que estimulem a expressão dos pacientes sobre os suas experiências e emoções. O participante estará autorizado a enviar mensagem ao terapeuta caso seja necessário. Esse protocolo objetiva o manejo de situações emergenciais. Em caso de agravamento de sintomas, o participante será encaminhado para atendimento.

Após o término da pesquisa, os pacientes do grupo controle serão atendidos em Psicoterapia Breve Operacionalizada realizada pela internet, por meio de videoconferência, por psicoterapeutas breves operacionalizados. Os resultados decorrentes dos atendimentos realizados posteriormente não serão utilizados nessa pesquisa. O trabalho dos psicoterapeutas será supervisionado pela pesquisadora.

4.11 Terapeuta

Todos os pacientes do grupo intervenção serão atendidos por uma única terapeuta. A terapeuta possui grau acadêmico de Mestre e é especialista em Psicoterapia Breve Operacionalizada. A terapeuta possui mais de nove anos de experiência em atendimentos psicoterápicos mediados por tecnologias e possui 950 horas de atendimento no Consultório Virtual Seguro®. A terapeuta não estará cegada quanto ao grupo a que pertence o participante, porque ela fará os atendimentos no grupo intervenção.

4.12 Supervisora Clínica

A terapeuta será supervisionada individualmente por uma supervisora com grau acadêmico de Doutor em Psicologia Clínica e mais de 20 anos de experiência em Psicoterapia Breve Operacionalizada.

4.13 Avaliadoras de Resultados

As avaliadoras de resultados serão duas psicólogas, Doutoras em Psicologia Clínica com ampla experiência em Psicoterapia Breve Operacionalizada. As duas avaliadoras independentes, durante a avaliação, estarão cegadas quanto ao tipo de intervenção. A terapeuta não fará avaliações.

4.14 Requisitos técnicos para a realização da Psicoterapia Breve Operacionalizada realizada pela internet, por meio de videoconferência, em Consultório Virtual Seguro®

Os equipamentos necessários para os participantes:

I. Computador próprio[42], desktop ou notebook com sistema operacional Windows, Mac OS ou Linux, que suporte a instalação do navegador de internet Google Chrome;
II. Navegador de internet Google Chrome, em sua última versão disponível na época do atendimento;
III. Conexão de internet de banda larga fixa para que se obtenha chamadas de áudio e vídeo de alta qualidade, com no mínimo, (valores nominais):
    a. 2 Mbps[43] de recebimento de dados (*download*);
    b. 1 Mbps de envio de dados (*upload*).
IV. *Webcam* (câmera instalada no computador que transmite a imagem pela internet);
V. Microfone (normalmente integrado ao computado).
VI. Fones de ouvido (não serão utilizadas caixas de som para garantir a privacidade da sessão).
VII. É preferível a utilização de microfones e fones de ouvido externos para melhorar a qualidade do áudio.
VIII. Telefone celular com acesso à internet por meio de pacote de dados (3G ou 4G). No caso de falta de sinal da internet com consequente interrupção abrupta da sessão, o telefone celular com aplicativo de mensagens de texto criptografadas será utilizado para a conclusão da sessão e o agendamento da próxima, evitando-se a sensação de incerteza e desamparo.

[42] Computadores públicos (local de trabalho, bibliotecas ou LAN Houses) são dispositivos mais vulneráveis quanto à segurança das informações. Através do Internet Protocol (IP), é possível identificar se o participante estará usando o mesmo computador nos atendimentos.
[43] Mbps, ou megabyte/segundo, é uma unidade que mede a transferência de dados eletrônicos pelo tempo.

Os equipamentos que serão utilizados pela pesquisadora encontram-se descritos abaixo:

I. Notebook com sistema operacional Windows 8.1;
II. Conexão de internet de banda larga fixa com (valores nominais):
    a. 120 Mbps de recebimento de dados (*download*);
    b. 6 Mbps de envio de dados (*upload*).
III. Roteador *Wireless* N 300 Mbps;
IV. Estabilizador e Nobreak com autonomia de 1 hora (600VA/300W). Para que se evitem as oscilações de tensão que possam interromper a transmissão de áudio e vídeo, bem como manter os equipamentos em funcionamento na ausência de eletricidade;
V. Fones de ouvido e microfone externos com ajuste de volume.

4.15 Consultório Virtual Seguro®

Em vigor, desde 23 de março de 2013, o *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA) é um ato regulatório norte-americano que delimita as responsabilidades dos provedores de serviços de saúde quanto à transmissão de dados entre pacientes e terapeutas de forma eletrônica. Uma das responsabilidades do HIPAA é garantir o sigilo e a privacidade dos indivíduos e do terapeuta durante a utilização durante atendimentos psicoterápicos e em atendimentos médicos pela internet (HIPAA Administrative Simplification Regulation, 2013). Apesar de atender os requisitos técnicos quanto à criptografia na transmissão dos dados, o Skype™[44], segundo a sua política de privacidade[45], declara que coleta "conteúdo de suas comunicações enviadas ou recebidas usando serviços Microsoft como [...] Skype, incluindo: [...] gravações de vídeo e áudio de mensagens de vídeo" ("Política de privacidade da Skype," 2014).

A proibição ao uso do Skype™ se baseou na impossibilidade de garantir o sigilo e a privacidade dos pacientes e do terapeuta. Devido às novas exigências do HIPAA, contratou-se e adequou-se um ambiente virtual criptografado para a realização da pesquisa. Nesse ambiente, dados, comunicações e registros dos pacientes estarão seguros (Richardson et al., 2009) e as questões éticas serão resguardadas durante a pesquisa ("Resolução CFP Nº011/2012", 2012).

[44] É um programa de comunicação instantânea da Microsoft muito popular na atualidade.
[45] Ver mais em Política de Privacidade da Skype: https://privacy.microsoft.com/pt-BR/privacystatement

O Consultório Virtual Seguro® é um software criptografado que pode ser acessado remotamente por meio de uma conexão de internet que permite o contato sincrônico entre a pesquisadora e o paciente. Este atendimento ocorrerá por meio de videoconferência. A contratação e a adequação da plataforma foram executadas em parceria com a empresa americana que detém conhecimento e experiência nesse tipo de aplicação. A empresa-parceira é a responsável pela manutenção da segurança e estabilidade da plataforma, hospedagem do Consultório Virtual Seguro® em servidores dedicados, manutenção da estabilidade 24 horas por dia nos sete dias da semana e monitoramento das credenciais de segurança do sistema. O Consultório Virtual Seguro contempla todos os requisitos do HIPAA. O acesso ao Consultório Virtual Seguro® será realizado por meio do site da pesquisa, respeitando as regulamentações do Conselho Federal de Psicologia ("Resolução CFP Nº011/2012", 2012).

4.16 Instrumentos de avaliação aplicados em pesquisas clínicas com enfoque em psicoterapia realizada pela internet por meio de videoconferência

Almeja-se para um instrumento de rastreamento ideal, que ele detecte o maior número de casos, seja realizado em poucos minutos, necessite de mínima preparação do paciente, não prescinda de agendamento prévio e que seja de baixo custo (Bhopal, 2002).

Para ser considerado útil na prática clínica, um instrumento precisa: mensurar aspectos multidimensionais do conceito; avaliar o fenômeno estudo na população selecionada com validade e confiabilidade; diminuir o tempo empregado pelos sujeitos da pesquisa durante o seu preenchimento e aplicação; reduzir custos e tempo durante a sua aplicação; quantificar o seu escore de modo simples; ser prático para que se possa avaliar o conceito estudado ao longo do tempo e possuir aplicabilidade clínica e relevância (Newman, Browner, & Cummings, 2003). As características ideais de um instrumento de avaliação descritas acima espelham as suas características psicométricas (Toscano, 2004). Partindo desses pressupostos e da maciça presença dos mesmos na literatura, descrever-se-ão, a seguir, os testes selecionados para esse estudo.

4.16.1 Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI-Plus) (Amorim, 2000)

Entrevista diagnóstica breve padronizada que detecta os principais transtornos psiquiátricos do Eixo I para adultos do DSM-IV (APA, 2002) e da CID-10 (World

Health Organization, 2016). Esse instrumento possui índices de validade e confiabilidade comparáveis à Entrevista Diagnóstica Internacional Composta (Composite International Diagnostic Interview (CIDI)) e à Entrevista Clínica Estruturada (Structured Clinical Interview) for DSM-III-R (SCID). Os diferenciais deste instrumento são o tempo reduzido para a aplicação em comparação aos métodos tradicionais e o seu desenho que possibilita a aplicação por profissionais não especialistas (Sheehan et al., 1998). Utilizar-se-á um instrumento com ênfase nos módulos seguintes: A (Transtorno Depressivo Maior), C (suicídio), K (dependência de álcool), L (dependência de substância), M (transtornos psicóticos), Q (Transtorno de Personalidade Antissocial) na Fase III da triagem (Anexo C do Ensaio Clínico Randomizado).

4.16.2 Escala de Expectativa de melhora em relação ao tratamento (Devilly & Borkovec, 2000)

A utilização dessa escala permite a avaliação da expectativa de melhora que o paciente espera obter após o tratamento. A escala é composta por três perguntas:

1. No final da terapia, quanto de melhora nos seus sintomas de depressão você PENSA que ocorrerá?;
2. Neste momento, quanto você realmente SENTE que a terapia ajudará você a reduzir seus sintomas de depressão?;
3. No final da terapia, quanto de melhora nos seus sintomas de depressão você SENTE que acontecerá?.

A escala é mensurada a partir de uma escala Likert de 11 pontos (0% a 100%), onde 0% representa uma expectativa de nenhuma melhor e 100% a expectativa da maior melhora possível. Esta escala será aplicada uma única vez, antes do primeiro contato com o terapeuta, para avaliar a expectativa de melhora que o participante espera obter após a intervenção proposta. Esta escala ainda não foi validada e traduzida para o português em amostra da população brasileira, porém suas propriedades psicométricas foram testadas na versão original (Devilly & Borkovec, 2000). A mensuração da expectativa do paciente é uma exigência adicional e necessária para a avaliação do efeito placebo em estudos psicológicos. O resultado obtido pós-tratamento é derivado do tratamento ou da expectativa do paciente. Sem medir e controlar o efeito placebo, só poderá ser feitas especulações sobre os

efeitos da intervenção (Boot, Simons, Stothart, & Stutts, 2013) (Anexo D do Ensaio Clínico Randomizado).

4.16.3 Avaliação de resultados a partir de escalas do tipo autorrelato

As escalas descritas a seguir serão aplicadas no pré-tratamento, pós-tratamento e *follow-up*[46] após seis meses.

4.16.3.1 Questionário Genérico de Qualidade de Vida (SF-36)

O Questionário Genérico de Qualidade de Vida foi desenvolvido por Ware & Sherbourne em 1992 (Ciconelli et al., 1999). Os autores elaboraram um questionário de avaliação da saúde nomeado de "Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey" (SF-36), a partir de uma revisão dos instrumentos presentes na literatura que mensuravam a qualidade de vida e foi delineado para o uso na prática e pesquisa clínicas e na avaliação de políticas públicas de saúde (Ciconelli et al., 1999). Os autores recomendaram o uso por autoadministração em pessoas com idade superior a 14 anos (Ware & Sherbourne, 1992). Em pesquisas realizadas nos EUA, o SF-36 demonstrou-se capaz de avaliar os vários aspectos da qualidade de vida com acurácia em estudos com amostras de pacientes: infectados pelo vírus HIV (Swindells et al., 1999), com diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático (Malik et al., 1999) e mostrou-se capaz de detectar o transtorno de Transtorno Depressivo Maior em pacientes com dores crônicas (Elliott, Renier, & Palcher, 2003). Em um ensaio clínico randomizado conduzido na Inglaterra, os pacientes com síndrome do cólon irritável grave que receberam Psicoterapia Interpessoal Dinâmica[47] apresentaram uma melhora significante e persistente da qualidade de vida (SF-36 – escores físicos) e custos de tratamento menores em comparação ao grupo tratado com paroxetina (Creed et al., 2003). Na Escandinávia, o SF-36 mostrou-se um instrumento eficaz no rastreamento de adolescentes com depressão (Kristjánsdóttir, Olsson, Sundelin, & Naessen, 2011). No Brasil, têm sido realizadas pesquisas com o objetivo de avaliar a qualidade de vida, empregando-se o SF-36 em pacientes com diagnóstico de osteoartrite nos joelhos (Dias & Dias, 2002), em alunos do curso de Psicologia (Teixeira, da Fonseca, & Maximo, 2002), em pacientes com fibromialgia (Pagano, Matsutani, Ferreira, Marques, & Pereira, 2004)

[46] Na pesquisa que será realizada com a amostra de 68 participantes, o follow-up será mensurado após 6, 12 e 18 meses do término da intervenção.
[47] Terapia Interpessoal de Hobson (1985). Intervenção manualizada composta por: uma longa sessão de duas horas e sete sessões de 45 minutos nos três meses seguintes.

e em mulheres submetidas à abdominoplastia em âncora após cirurgia bariátrica (Omonte, 2011). O SF-36 foi traduzido, adaptado e validado para a população e cultura brasileiras por Rozana Mesquita Ciconelli, no ano de 1997, em sua tese de Doutorado na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Ciconelli et al., 1999).

O Questionário Genérico de Qualidade de Vida (SF-36) é um inventário da modalidade autoadministração composto por 11 questões que abrangem 36 itens e avaliam as funções relacionadas à saúde em oito domínios (Ciconelli et al., 1999):

I. Capacidade Funcional (avaliados em 10 itens). Os itens avaliam a presença e a extensão das limitações impostas à capacidade física. A Capacidade Funcional é medida em uma escala Likert de três níveis de intensidade (muita, pouca ou sem limitação);
II. Aspectos físicos (avaliados em quatro itens);
III. Aspectos emocionais (medidos em três itens);
IV. Dor Corporal (avaliados em dois itens). Os itens foram elaborados tendo como base uma questão do SF-20 que avalia a intensidade da dor. Uma questão sobre como a dor interfere nas atividades da vida diária do paciente foi adicionada a esse domínio;
V. Estado Geral de Saúde (medidos em cinco itens) delineado a partir do General Health Rating Index (GHRI);
VI. Vitalidade (avaliada em quatro itens). Os itens mensuram o nível de energia e de fadiga do paciente. A elaboração das questões desse domínio teve como base o questionário de avaliação de Saúde Mental (Mental Health Inventory - MHI);
VII. Aspectos Sociais (medida em dois itens). Esses itens avaliam de que modo o indivíduo está integrado às suas atividades sociais;
VIII. Saúde Mental (avaliada em cinco itens). Estes itens foram selecionados de modo a representar os 38 itens do (MHI-38), questionário de avaliação de Saúde Mental e pesquisam quatro dimensões: ansiedade, bem-estar psicológico, depressão e alterações de comportamento ou descontrole emocional.

Cada um dos domínios descritos acima tem um escore resultante das respostas às questões que são quantificáveis. Os escores de cada domínio variam de zero a 100, onde o escore 100 corresponde ao melhor estado de saúde e zero equivale ao pior

estado de saúde (Ciconelli et al., 1999). Utilizar-se-á a versão validada para a população brasileira, em português, proposta por Ciconelli (1999) (Anexo E do Ensaio Clínico Randomizado).

4.16.3.2 Escala de Avaliação de Sintomas – 40 (EAS-40) (Laloni, 2001)

Na revisão sistemática realizada por Abbass e colaboradores em (2014), que demonstrou a eficácia das psicoterapias breves psicodinâmicas no tratamento de pacientes diagnosticados com transtornos mentais comuns em comparação a grupos controle (lista de espera ou mínimas intervenções), o *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R) foi o instrumento mais empregado nos 33 estudos clínicos randomizados selecionados pelo alto rigor metodológico (Abbass et al., 2014). O SCL-90-R é considerado na literatura como um instrumento de avaliação que apresenta baixo risco de viés (Abbass et al., 2014) porque é um instrumento de autorrelato onde o paciente se expressa diretamente. Dessa forma direta, o resultado não é "interpretado" por um pesquisador que lhe atribui um julgamento pessoal, portanto, passível de viés. A EAS-40, derivada da SCL-90-R e validada para a população brasileira, também foi utilizada no Brasil em pesquisas clínicas com diferentes amostras, tais como: pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise (Pregnolatto, 2005), estudantes universitários trabalhador (Tombolato, 2007), estudantes universitários com Alexitimia (Yoshida & Silva, 2007) e avaliação psicológica de obesos, grau III antes e após a cirurgia bariátrica (Oliveira & Yoshida, 2009).

A Escala de Avaliação de Sintomas (EAS-40) é um instrumento de autorrelato derivado do *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R) (Derogatis, 1994) adaptado para pacientes de hospitais gerais brasileiros. A EAS-40 permite o diagnóstico dos transtornos psicológicos, estabelece um perfil dos sintomas do paciente e indica o grau de intensidade do distúrbio. A utilização da EAS-40 em pesquisas permite mensurar a eficácia do tratamento proposto uma vez que registra o perfil do paciente antes e após a intervenção (Laloni, 2001).

O trabalho da pesquisadora da PUC-Campinas, Diana Tosello Laloni (2001) avaliou a precisão (análise de consistência interna, teste e re-teste) e de validade (de construto e de critério) da Escala de Avaliação de Sintomas (SCL-90-R) para a população brasileira. A adaptação proposta por Laloni (2001) fez com que a usabilidade da nova escala fosse maior, uma vez que as dimensões que eram nove

passaram a ser quatro e as possibilidades de respostas em cada item passaram de cinco para três. Essa redução nas dimensões permitiu que os perfis de sintomas observados na prática clínica fossem atendidos de forma mais acurada. A escala passou a ter de 40 itens (antes eram 90), o que permitiu avaliar, de forma rápida e segura, a severidade dos sintomas psicopatológicos a partir de quatro dimensões (10 itens para cada uma das dimensões).

Os fatores (dimensões) encontram-se descritos a seguir (Laloni, 2001):

I. 1º Fator – Psicoticismo: “um contínuo entre psicose e depressão com sintomas de hostilidade e ideias paranoides” (p. 119). Os sintomas de transtornos psicóticos localizados nesse fator indicam: distúrbios do pensamento, sentimentos e ações com profundo sentimento de inadequação e inferioridade, presença de sintomas negativos como alogia (marcante pobreza de fala e fala vazia de conteúdo) e avolição (incapacidade de iniciar ou persistir na busca de um objetivo). Análise clínica desse grupo de itens está associada a distúrbios mais graves.

II. 2º Fator – Obsessividade-Compulsividade: “um conjunto de sintomas de pensamentos e ações repetidos, acompanhados de desconforto nas relações interpessoais” (p. 119). Nesse fator estão presentes os sintomas de depressão, ansiedade e preocupação excessiva. Incluem-se aqui os sintomas clássicos da depressão. Pode-se concluir que os pacientes depressivos, quando não apresentam distúrbios mais graves ou transtorno de ansiedade associado, estão nesse grupo.

III. 3º Fator – Somatização: “compreendendo sintomas comuns aos transtornos somáticos e somatoformes” (p. 119). Esse grupo pode ser classificado como transtorno somatoforme de acordo com o DSM-IV. Nesse fator está a população com queixas de dor, sintomas gastrointestinais e pseudoneurológicos. Incluem-se também o transtorno dismórfico corporal e hipocondria.

IV. 4º Fator – Ansiedade: “um conjunto de sintomas desde a ansiedade generalizada até a ansiedade fóbica dirigida a situações ou objetos” (p. 119). Nesse fator estão presentes: transtornos de ansiedade, incluindo os sintomas fóbicos, o transtorno de pânico, a agorafobia, os transtornos de estresse pós-traumático e ansiedade generalizada (p. 123).

Em relação aos sintomas depressivos, Laloni (2001, p. 123) esclarece que “a hipótese clínica dos transtornos depressivos não se reuniu num único constructo”. Os sintomas depressivos mais graves estão reunidos no Fator 1 (psicoticismo) e os demais sintomas da depressão estão no Fator 2 (obsessivo compulsivo). Mas, nos casos que não apresentam distúrbios mais graves nem transtorno de ansiedade associado, os depressivos estão localizados no Fator 2.

A avaliação da intensidade de cada sintoma é fornecida por uma escala *Likert* de três pontos (0 = nenhum sintoma, 1 = poucos sintomas, 2 = muitos sintomas).

Os três índices descritos a seguir podem ser utilizados com a finalidade de medir a severidade da sintomatologia patológica dos indivíduos. O Índice Global de Severidade (escore médio total) – GSI é “o melhor indicador simples do nível atual ou intensidade da desordem" (p. 25). O GSI avalia o nível geral de sofrimento pela intensidade dos sintomas psicopatológicos. Sua nota de corte é de 0,613 para mulheres e 0,363 para homens (Laloni, 2001).

O Total de Sintomas Positivos – TSP é composto pelo somatório das respostas positivas (soma das opções marcadas nas alternativas 1 ou 2 na escala Likert). O TSP demonstra "uma medida da abrangência dos sintomas" (p. 25).

O Índice de Distúrbio de Sintomas Positivos – IDSP é obtido como resultado da divisão do somatório dos itens válidos pelo TSP [IDSP = ∑ itens válidos ÷ TSP]. O IDSP fornece "uma medida de estilo de resposta indicando quando o respondente está aumentando ou atenuando os distúrbios psicossomáticos" (p. 25).

O uso da EAS-40 em pesquisas permite mensurar a eficácia do tratamento proposto uma vez que registra o perfil do paciente antes e após a intervenção. A escala também pode ser utilizada como instrumento de triagem (Laloni, 2001) (Anexo F do Ensaio Clínico Randomizado).

4.16.3.3 Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) (Beck, Steer, & Brown, 2011)

O Inventário de Depressão de Beck é uma escala de autoaplicação criada por Beck e colaboradores em 1961 (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) e avalia quantitativamente os sintomas depressivos. Esse instrumento tem a capacidade de registrar a presença e a intensidade de sintomas depressivos (Gorenstein & Wang, 2016).

O Inventário de Depressão de Beck, em sua segunda forma (BDI-II) (Beck, Steer, & Brown, 2011) foi elaborado em 1996 com o objetivo de atualizar os critérios sintomáticos da triagem para um acurado diagnóstico do Transtorno Depressivo Maior segundo os critérios do DSM-IV. Esta versão é considerada um dos melhores instrumentos para a triagem da depressão (McDowell, 2006).

4.16.3.3.1 Descrição do Instrumento

O Inventário de Depressão de Beck-II contém 21 itens que correspondem aos seguintes sintomas (Gorenstein & Wang, 2016):

> pessimismo, tristeza, fracasso, culpa, perda de prazer, punição, autoestima, autocrítica, choro, agitação, indecisão, perda de interesse, ideias suicidas, desvalorização, falta de energia, irritabilidade, alterações no padrão do sono, alterações de apetite, cansaço, dificuldade de concentração e perda de interesse por sexo. Cada um dos itens é composto por quatro opções (p. 208-209)

A pontuação do inventário é em escala Likert de 4 pontos (0 a 3). Quanto maior o escore, maior é a intensidade do sintoma. O escore final total varia de 0 a 63 e é obtido pela soma dos escores individuais (Gorenstein & Wang, 2016). Ver Figura 3.

4.16.3.3.2 Público-Alvo

Indivíduos presentes na comunidade, pacientes psiquiátricos e clínicos a partir de 13 anos.

4.16.3.3.3 Aplicação e cuidados necessários

Não há recomendação de que o profissional deva realizar um treinamento antes da aplicação. O tempo médio de aplicação varia de cinco a dez minutos, podendo atingir 15 minutos quando o paciente apresentar necessidades especiais que o impeçam de lê-lo. Neste caso, o profissional lerá as perguntas. Esse instrumento é bem aceito pelos pacientes.

Faz-se necessário que o profissional que esteja aplicando a escala examine as respostas escolhidas pelo paciente com o objetivo de garantir o completo preenchimento e evitar que o paciente tenha marcado a mesma opção em todos os 21 itens. Nesse caso, convém solicitar ao paciente que reflita momentaneamente acerca dos itens que estejam com a mesma resposta.

No item 16, relativo ao padrão do sono e no item 18, relativo ao apetite, uma maior atenção precisa ser tomada. Esses dois itens constituem-se de sete opções

ordenadas (0, 1a, 1b, 2a, 2b, 3a e 3b) para avaliar detalhadamente os níveis de aumento e diminuição. Os escores desses dois itens em uma escala Likert de 4 pontos (0 e 3) (Gorenstein & Wang, 2016).

4.16.3.3.4 Interpretação das pontuações

Apesar da facilidade na aplicação, o resultado do Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) precisa ser interpretado por um clínico experiente.

Em relação à avaliação de risco de suicídio realizada a partir das respostas do item 2 (pessimismo) e do item 9 (pensamentos ou desejos suicidas), deve ser acompanhada de uma avaliação clínica.

Na amostra da população brasileira, as mulheres apresentaram, de forma significante, uma maior pontuação total. Clarice Gorenstein e seus colaboradores relataram também uma maior proporção de mulheres com sintomas em comparação aos homens com sintomas (Beck, Steer, & Brown, 2011).

O escore total indica a intensidade da depressão e é obtido por meio da soma dos escores de todos os itens. Os pontos de corte são: Depressão Mínima (0-11), Depressão Leve (12-19), Depressão Moderada (20-35) e Depressão Severa (36-63).

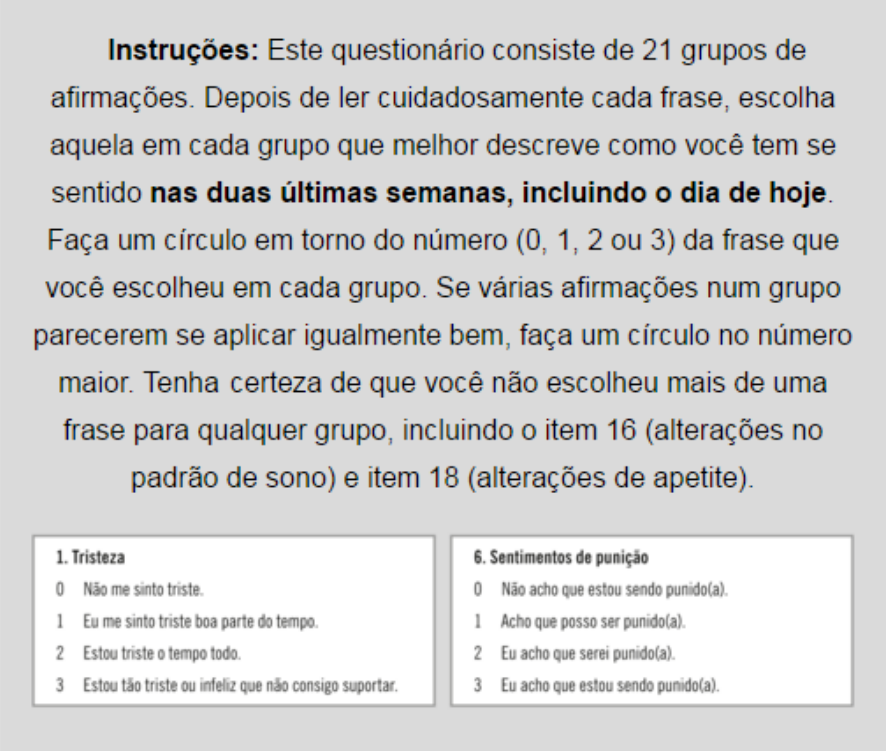
4.16.3.3.5 Parâmetros psicométricos da versão em português

No Brasil, as propriedades psicométricas da versão em língua portuguesa desse instrumento foram realizadas em amostras da comunidade da cidade de São Paulo. A confiabilidade foi considerada ótima, em torno de 0,90 (Beck, Steer, & Brown, 2011).

O Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) não é um instrumento que está em domínio público e precisa ser adquirido junto à editora autorizada (Casa do Psicólogo).

4.16.3.3.6 Validação para aplicação pela internet

O Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) apresenta um formato válido para avaliar a depressão sendo aplicado pela internet (Carlbring et al., 2007; Hollandare et al., 2010).



Instruções: Este questionário consiste de 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada frase, escolha aquela em cada grupo que melhor descreve como você tem se sentido **nas duas últimas semanas, incluindo o dia de hoje**. Faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) da frase que você escolheu em cada grupo. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo no número maior. Tenha certeza de que você não escolheu mais de uma frase para qualquer grupo, incluindo o item 16 (alterações no padrão de sono) e item 18 (alterações de apetite).

1. Tristeza

0 Não me sinto triste.
1 Eu me sinto triste boa parte do tempo.
2 Estou triste o tempo todo.
3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

6. Sentimentos de punição

0 Não acho que estou sendo punido(a).
1 Acho que posso ser punido(a).
2 Eu acho que serei punido(a).
3 Eu acho que estou sendo punido(a).

Figura 3 – Instruções e exemplos de afirmações contidas no BDI-II (Gorenstein & Wang, 2016, p. 208)

4.16.4 Inventário de Aliança Terapêutica (WAI) (Horvath & Luborsky, 1993)

Os pesquisadores de psicoterapias baseadas em evidências têm desenvolvido instrumentos com o objetivo de medir e avaliar a Aliança Terapêutica. Esses pesquisadores têm demonstrado que a qualidade da interação tem sido fator de predição sobre os resultados da psicoterapia que está em processo (Horvath & Luborsky, 1993).

Working Alliance Inventory (WAI) é um instrumento meta-teórico delineado pelos pesquisadores Horvath e Greenberg em 1989 com o objetivo de qualificar a interação existente entre paciente e terapeuta (Horvath & Greenberg, 1989).

A versão brasileira, em língua portuguesa, do Inventário de Aliança Terapêutica foi elaborada por Paulo Machado e Cristiano Nabuco de Abreu e está em domínio público, portanto liberada para uso sem custos adicionais.

O Inventário de Aliança Terapêutica é um instrumento de avaliação por autorrelato que é composto de um questionário que se subdivide em três subescalas. Cada uma das subescalas possui doze questões. Cada questão é avaliada numa escala Likert de sete pontos: nunca, raramente, ocasionalmente, às vezes, frequentemente, muito frequentemente e sempre.

As subescalas compreendem:

I. **Objetivos –** Caracteriza-se pela negociação e entendimento mútuo entre terapeuta e paciente sobre os objetivos da terapia em termos de resultados;

II. **Tarefa –** Refere-se às atividades específicas desenvolvidas pelo terapeuta e pelo paciente com o objetivo de instigar ou facilitar os comportamentos de mudança, e;

III. **Vínculo –** Refere-se às ligações pessoais entre o cliente e o paciente que se desenvolvem durante a atividade compartilhada da terapia. O vínculo é expresso e sentido em termos de amizade, simpatia, confiança, respeito pelo outro, senso de comprometimento comum e um entendimento compartilhado das atividades (Prado & Meyer, 2006) (Anexo G do Ensaio Clínico Randomizado).

4.16.4.1 Confiabilidade do instrumento

A confiabilidade do instrumento é baseada na homogeneidade entre os itens mensurados pelo Alpha de Cronbach é de 0.84 a 0.93 entre os itens e de 0.68 a 0.92 entre as subescalas (Horvath, 1994). O escore mínimo é 12 e o máximo 84.

4.16.4.2 Momento de aplicação

A Aliança Terapêutica será avaliada no terapeuta e no paciente com a utilização do Inventário de Aliança Terapêutica na versão do terapeuta e do paciente apenas no grupo intervenção. Ela será aplicada nos momentos após a primeira entrevista, a 1ª sessão, 12ª sessão.

4.16.4.3 Interpretações das pontuações

Escores maiores representam melhor Aliança Terapêutica.

4.16.5 Entrevista semidirigida

A pesquisadora entrevistará os participantes dos grupos controle e intervenção por meio da técnica de entrevista semidirigida (Simon, 1989). As entrevistas poderão se estender a seis encontros e têm como objetivo colher a história de vida pregressa e atual do participante a fim de realizar o diagnóstico adaptativo pela Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO). Durante as entrevistas, a pesquisadora investigará os quatro setores adaptativos com o objetivo de acompanhar a evolução do participante desde a infância até o presente, tendo como referencial o conjunto de soluções adotado por ele durante a sua vida (Gebara,

Rosa, Simon, & Yamamoto, 2004). Este histórico permitirá que a pesquisadora estabeleça as conjecturas a respeito da dinâmica e dos complexos inconscientes que influenciam as soluções “pouco adequadas” ou “pouquíssimo adequadas” no presente.

4.16.6 Psicoterapia Breve Operacionalizada

A Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO) é uma psicoterapia breve de orientação psicanalítica. A PBO tem como base a Teoria da Adaptação de Ryad Simon e tem como objetivo aprimorar a eficácia adaptativa do paciente (Simon, 1989).

Abaixo se encontram as premissas fundamentais da Psicoterapia Breve Operacionalizada (Simon, 2005) que serão seguidas durante a sua aplicação nesse estudo:

I. A psicoterapia deve ser realizada na posição face-a-face;
II. A psicoterapia deve possuir tempo pré-determinado (no máximo 12 sessões de 50 minutos, com a frequência de uma sessão por semana);
III. A psicoterapia deve ser individual, porém, quando necessário, algum membro da família poderá ser incluído no atendimento;
IV. A psicoterapia não deve ser regressiva;
V. A neurose de transferência não deve ser estimulada.
VI. Deve-se sempre interpretar a transferência negativa para evitar o impasse terapêutico e por meio de atitudes afáveis e respeitosas, estimular a transferência positiva que é a base essencial para a construção da colaboração e confiança do paciente em relação ao psicoterapeuta;
VII. As situações-problema a serem trabalhadas por meio de clarificação e o uso de interpretações teorizadas são delimitadas tendo por base as conjecturas psicodinâmicas, auxiliando o paciente a compreender as razões inconscientes de seu comportamento anterior e atual;
VIII. A posição do psicoterapeuta é mais ativa do que nas psicoterapias psicodinâmicas tradicionais. A atividade do psicoterapeuta é sempre diretiva, evitando o uso de associações-livres prolongadas que tornem o trabalho uma pseudo-imitação de psicoterapia psicanalítica;
IX. As interpretações teorizadas são baseadas na teoria psicanalítica, em particular, nas teorias de Sigmund Freud e Melanie Klein. De acordo com a

circunstância, utilizam-se recursos suportivos, como por ex., a sugestão, o reasseguramento, a orientação e a catarse.

4.16.6.1 Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada

A EDAO, escala diagnóstica adaptativa operacionalizada, avalia o nível da eficácia adaptativa dentro da concepção evolutiva, analisando a dinâmica do indivíduo dentro de um contexto biopsicossocial, possibilitando o delineamento da situação-problema atual, que deverá ser trabalhada durante a Psicoterapia Breve Operacionalizada. A escala diagnóstica tem como princípio norteador a adaptação e adequação do indivíduo em seu meio (Gebara et al., 2004).

A Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada está fundamentada na Teoria da Adaptação de Simon (1989). Esta teoria está fundamentada no conceito de adaptação definido na página 14 do livro Psicologia Clínica Preventiva (1989) como sendo “um conjunto de respostas de um organismo vivo, em vários momentos, às situações que o modificam, permitindo manutenção de sua organização, (por mínima que seja), compatível com a vida” (Simon, 1989, p. 14).

Adaptação é, portanto, condição essencial para a existência da vida. Um organismo que não apresenta um grau mínimo de adaptação não sobrevive e morre. Portanto, todos os organismos vivos apresentam uma adaptação, porém com variações em seus níveis de eficácia, seja de indivíduo para indivíduo, ou no mesmo indivíduo em diferentes momentos (Yamamoto, 1990).

A adaptação é medida pela maior ou menor capacidade do indivíduo em responder ou solucionar, de maneira satisfatória e sem criar conflitos intrapsíquicos e/ou extrapsíquicos, as solicitações que advém dos quatro setores do funcionamento global do indivíduo:

I. **Setor Afetivo-Relacional (A-R):** abarca os sentimentos, atitudes e ações em relação a ele mesmo e às pessoas com quem mantém contatos afetivos próximos;
II. **Setor Produtividade (Pr):** compreende o estudo, o trabalho ou qualquer atividade produtiva exercida pelo indivíduo e que ocupe lugar central em sua vida, mesmo que seja de natureza artística, filosófica ou religiosa;
III. **Setor Sociocultural (S-C):** abrange os sentimentos, atitudes do indivíduo frente aos valores sociais e culturais, às normas e costumes da comunidade em que vive, e;

IV. **Setor Orgânico (Or):** contempla o estado e o funcionamento do organismo do indivíduo, bem como os seus sentimentos e cuidados em relação ao seu corpo e ao seu bom funcionamento.

Com o objetivo de sistematizar a avaliação de cada setor da adaptação, Simon (2005) adotou três tipos de adequação e os nomeou como: **adequado**, **pouco adequado** e **pouquíssimo adequado**.

Com a finalidade avaliativa, o conjunto de respostas de cada setor é qualificado a partir de três critérios:

I. Solução do problema;
II. Grau de satisfação com as soluções encontradas e;
III. Intensidade do conflito intrapsíquico ou ambiental gerado a partir das soluções encontradas.

Existem três tipos de adequação possíveis. Para efeito didático, cada quesito proposto recebe um sinal positivo ou negativo. Quando cada um dos quesitos propostos é atendido, esse recebe o sinal positivo (+). A classificação quanto ao tipo de adequação encontra-se descrita abaixo (Quadro 2).

Adequadas (+++):	
(1) resolvem o problema;	(+)
(2) são satisfatórias;	(+)
(3) não criam conflito intrapsíquico, nem ambiental.	(+)
Pouco adequadas (++):	
(1) resolvem o problema;	(+)
(2) são satisfatórias;	(+)
(3) criam conflito.	(-)
ou	
(1) resolvem o problema, mas;	(+)
(2) sem satisfação, e;	(-)
(3) não criam conflito.	(+)
Pouquíssimo adequadas (+):	
(1) resolvem o problema, mas;	(+)
(2) sem satisfação, e;	(-)
(3) com conflito.	(-)

Quadro 2 – Classificação quanto ao tipo de adequação

Dando continuidade à operacionalização da EDAO, avalia-se qualitativa e quantitativamente os setores Afetivo-Relacional e Produtividade. Dessa avaliação, obtém-se o grupo em que o paciente está inserido, dentre os cinco grupos de diagnóstico propostos por Simon (1996), a saber:

I. Grupo 1 – Adaptação Eficaz: personalidade “normal”, raros sintomas neuróticos ou caracterológicos. (5,0 pontos);
II. Grupo 2 – Adaptação Ineficaz Leve: sintomas neuróticos brandos, ligeiros traços caracterológicos, algumas inibições. (4,0 pontos);
III. Grupo 3 – Adaptação Ineficaz Moderada: alguns sintomas neuróticos, inibição moderada, alguns traços caracterológicos. (De 3,0 a 3,5 pontos);
IV. Grupo 4 – Adaptação Ineficaz Severa: sintomas neuróticos mais limitadores, inibições restritivas, rigidez de traços caracterológicos. (De 2,0 a 2,5 pontos);
V. Grupo 5 – Adaptação Ineficaz Grave: neuroses incapacitantes, *borderlines*, psicóticos não agudos, extrema rigidez caracterológica. (1,5 pontos).

Caso o paciente esteja às voltas com um problema vital, e não consiga em curto prazo encontrar uma resposta, será diagnosticado como: **em crise**.

Quando houver a detecção da **crise**, essa designação será adicionada posteriormente à classificação principal, como por exemplo: Grupo 3 – em crise.

Nesse trabalho, A EDAO não será utilizada com finalidades de avaliação. A escala será utilizada como ferramenta para o entendimento da adaptação e delimitação da situação problema nuclear e consequentes.

4.16.7 Termo de consentimento livre e esclarecido digital (e-TCLE)

O termo de consentimento livre e esclarecido digital (e-TCLE) é inédito, foi elaborado pela pesquisadora para a pesquisa, construído pelo pesquisador colaborador e está protegido por criptografia (Apêndice A do Ensaio Clínico Randomizado).

A aprovação do termo de consentimento livre e esclarecido digital (e-TCLE) e a autorização para a utilização na pesquisa foram concedidas pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (CEPH-IPUSP) sob o número, CAAE: 40796215.3.0000.5561 (Anexo A do Ensaio Clínico Randomizado).

O preenchimento e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido digital (e-TCLE) serão realizados pela internet em formulário eletrônico criptografado. Esse

procedimento tem aceitação legal no Brasil (Lara et al., 2012), EUA (Madathil et al., 2013) e na Europa (Moritz et al., 2012).

Para que o termo de consentimento livre e esclarecido digital tenha validade legal, o participante deverá preencher todas as páginas do termo e clicar no link “Aceito as condições dessa página e quero continuar” ao final de cada uma das oito páginas. A página seguinte surgirá somente se ele tiver preenchido os campos e clicado no link e assim sucessivamente, até que o interessado tenha confirmado a ciência e o entendimento de todos os itens do e-TCLE. Na última página, o interessado deverá clicar no link “Aceito todas as condições desse termo e quero participar”.

Caso o interessado não concorde em participar, basta que ele não conclua o preenchimento do formulário de triagem ou que clique em “Sair do questionário”.

Após o preenchimento de todas as páginas do termo de consentimento livre e esclarecido digital (e-TCLE), o participante receberá automaticamente o comprovante do preenchimento e o link para download de uma cópia do e-TCLE.

O termo de consentimento livre e esclarecido digital (e-TCLE) encontra-se disponível no Apêndice A do Ensaio Clínico Randomizado[48].

4.17 Procedimentos

Para todos os participantes da pesquisa, os resultados obtidos durante a triagem serão considerados como dados da avaliação no pré-tratamento ou basal. Todos os instrumentos aplicados no pré-tratamento serão aplicados no pós-tratamento e no *follow-up* após seis meses.

4.18 Grupo intervenção

4.18.1 Devolutiva e Sessões

Após a realização do diagnóstico adaptativo por meio do EDAO e definição da situação-problema, será realizada, apenas no grupo intervenção, uma sessão de devolutiva, onde se fará um relato da compreensão obtida a partir dos dados colhidos durante o relato da história clínica do participante, explicar-se-á o enfoque do trabalho terapêutico a ser realizado, o número de sessões, e estabelecer-se-á o contrato e o enquadre. A Psicoterapia Breve Operacionalizada pela internet, por

[48] A versão eletrônica do termo de consentimento livre e esclarecido digital (e-TCLE) encontra-se disponível em: https://pt.surveymonkey.com/s/WG9CJJ8

meio de videoconferência, será realizada com a frequência de uma sessão por semana. Serão realizadas doze sessões.

4.19 Avaliação dos participantes (Quadro 3)

Os participantes serão avaliados no pré-tratamento (basal), imediatamente após o término da intervenção ou psicoeducação associada à intervenção suportiva estruturada on-line (placebo com credibilidade) e seis meses após o término da intervenção (*follow-up*) pelos instrumentos: Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) (Beck, Steer, & Brown, 2011); Inventário de Qualidade de Vida (SF-36) (Ciconelli et al., 1999) e Escala de Avaliação de Sintomas (EAS-40) (Laloni, 2001). Os resultados obtidos durante a triagem serão considerados como dados da avaliação basal.

A Aliança Terapêutica será avaliada no grupo intervenção pelo Inventário de Aliança Terapêutica (WAI) (Horvath & Luborsky, 1993) nas versões do terapeuta e do paciente nas sessões, em três momentos: após a primeira entrevista, a 1ª sessão, 12ª sessão.

MOMENTO / INSTRUMENTO	Pré-tratamento (basal)	1ª entrevista 1ª e 12ª sessões	Pós-tratamento	*Follow-up* 6 meses
Socio Demográfico	X			
MINI	X			
SF-36	X		X	X
EAS-40	X		X	X
BDI-II	X		X	X
WAI		X		
Escala de Expectativa	X			

Quadro 3 – Cronograma de avaliação dos participantes da pesquisa.

4.20 Análise dos Dados

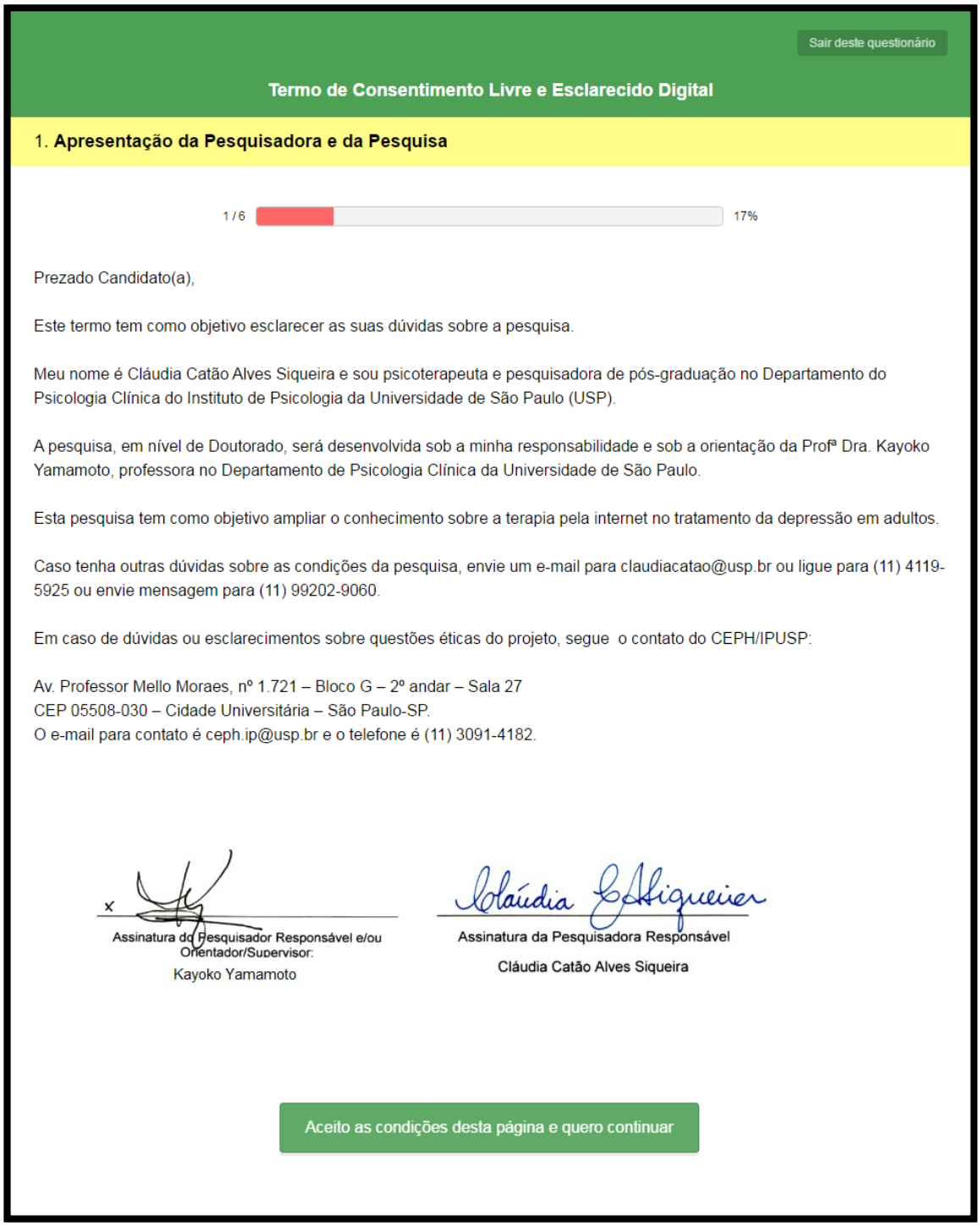
Os dados serão inseridos em banco de dados construídos no programa EpiData versão 3.0 (Lauritsen, 2000-2008) e as análises estatísticas serão realizadas utilizando o programa Statistical package for Social Sciences-SPSS, na versão 17.

A normalidade de todos os dados será testada utilizando-se o teste Kolmogorov-Smirnov. Os resultados serão apresentados por meio de média e desvio-padrão.

Diferenças entre os grupos para os dados iniciais serão analisadas utilizando-se o teste-T para amostras independentes. O teste qui-quadrado também será utilizado na análise.

Apêndice A do Ensaio Clínico Randomizado – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Digital (e-TCLE)

Página 1



Sair deste questionário

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Digital

1. **Apresentação da Pesquisadora e da Pesquisa**

1 / 6 17%

Prezado Candidato(a),

Este termo tem como objetivo esclarecer as suas dúvidas sobre a pesquisa.

Meu nome é Cláudia Catão Alves Siqueira e sou psicoterapeuta e pesquisadora de pós-graduação no Departamento do Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP).

A pesquisa, em nível de Doutorado, será desenvolvida sob a minha responsabilidade e sob a orientação da Profª Dra. Kayoko Yamamoto, professora no Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo.

Esta pesquisa tem como objetivo ampliar o conhecimento sobre a terapia pela internet no tratamento da depressão em adultos.

Caso tenha outras dúvidas sobre as condições da pesquisa, envie um e-mail para claudiacatao@usp.br ou ligue para (11) 4119-5925 ou envie mensagem para (11) 99202-9060.

Em caso de dúvidas ou esclarecimentos sobre questões éticas do projeto, segue o contato do CEPH/IPUSP:

Av. Professor Mello Moraes, nº 1.721 – Bloco G – 2º andar – Sala 27
CEP 05508-030 – Cidade Universitária – São Paulo-SP.
O e-mail para contato é ceph.ip@usp.br e o telefone é (11) 3091-4182.

x

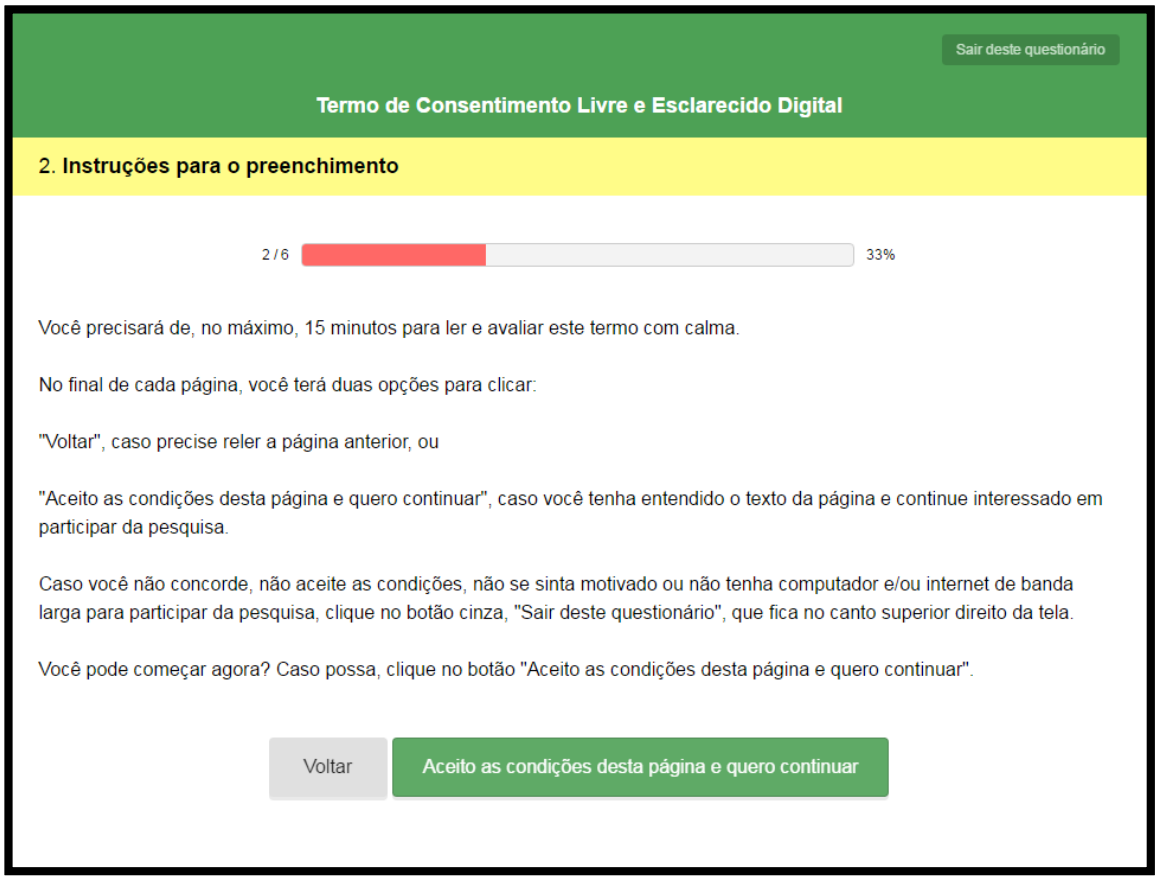
Assinatura do Pesquisador Responsável e/ou Orientador/Supervisor:
Kayoko Yamamoto

Assinatura da Pesquisadora Responsável
Cláudia Catão Alves Siqueira

Aceito as condições desta página e quero continuar

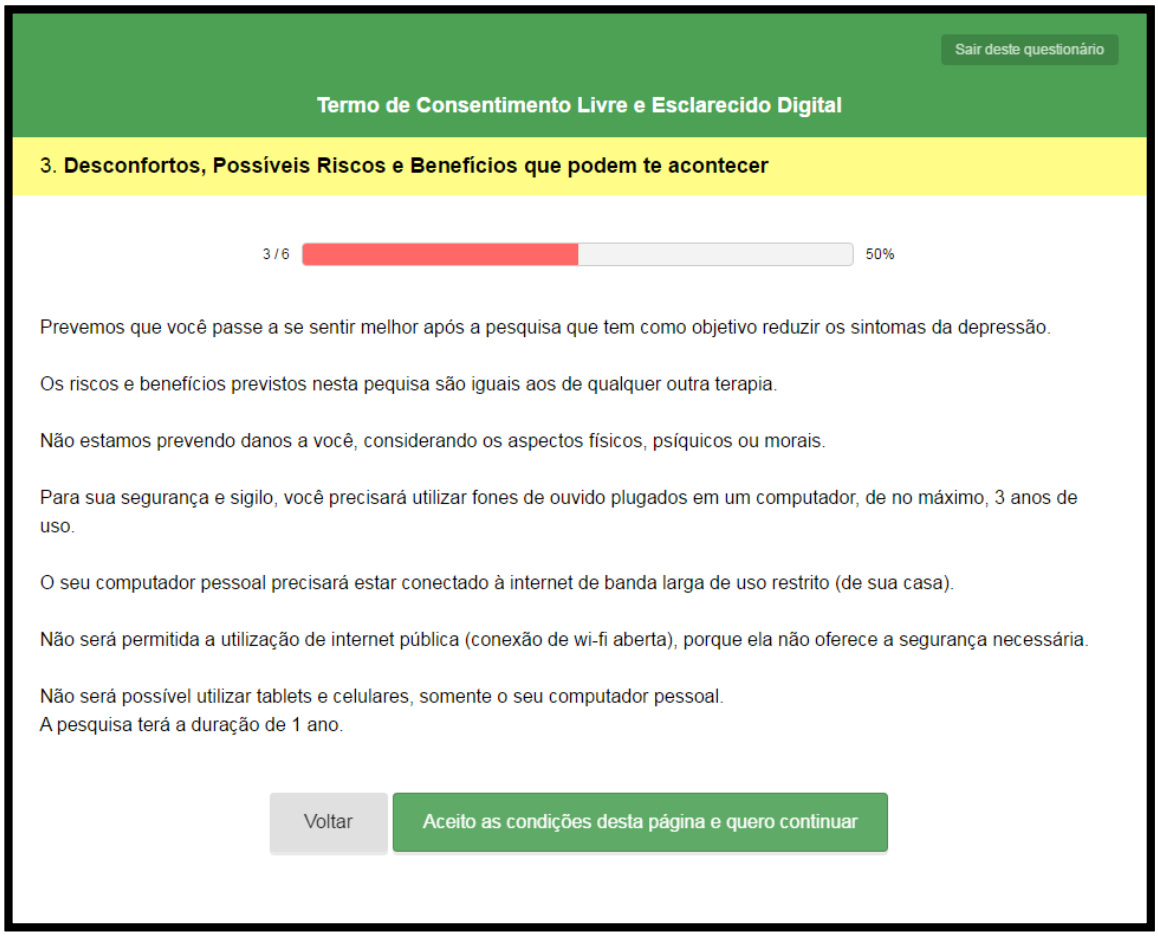
Cont.: Apêndice A do Ensaio Clínico Randomizado – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Digital (e-TCLE)

Página 2



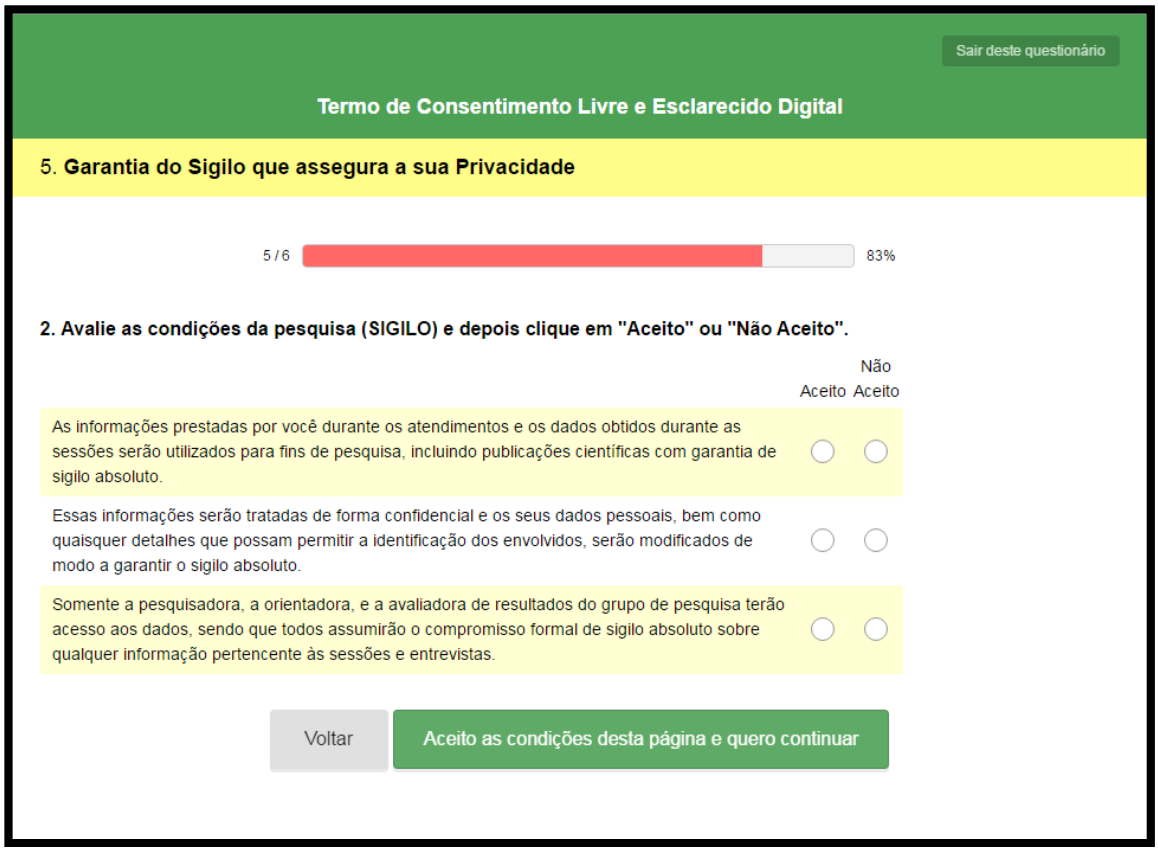
Cont.: Apêndice A do Ensaio Clínico Randomizado – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Digital (e-TCLE)

Página 3



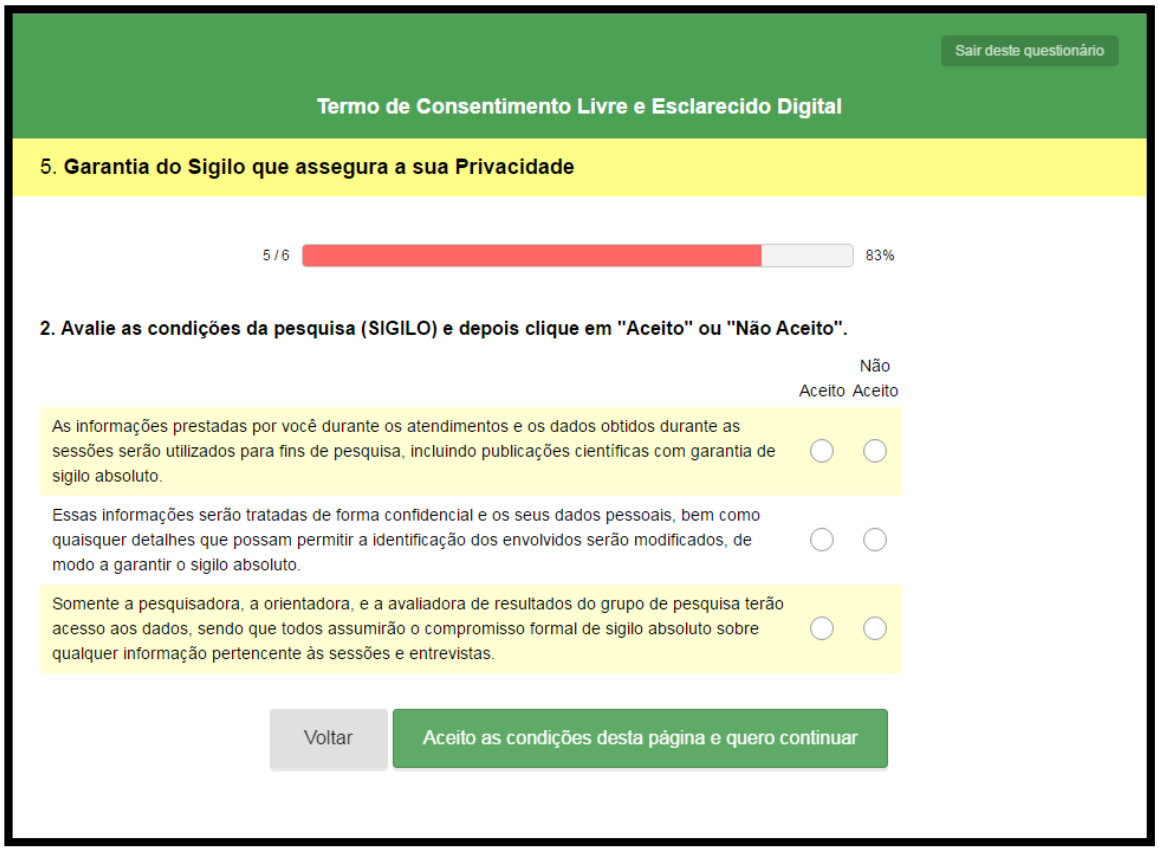
Cont.: Apêndice A do Ensaio Clínico Randomizado – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Digital (e-TCLE)

Página 4



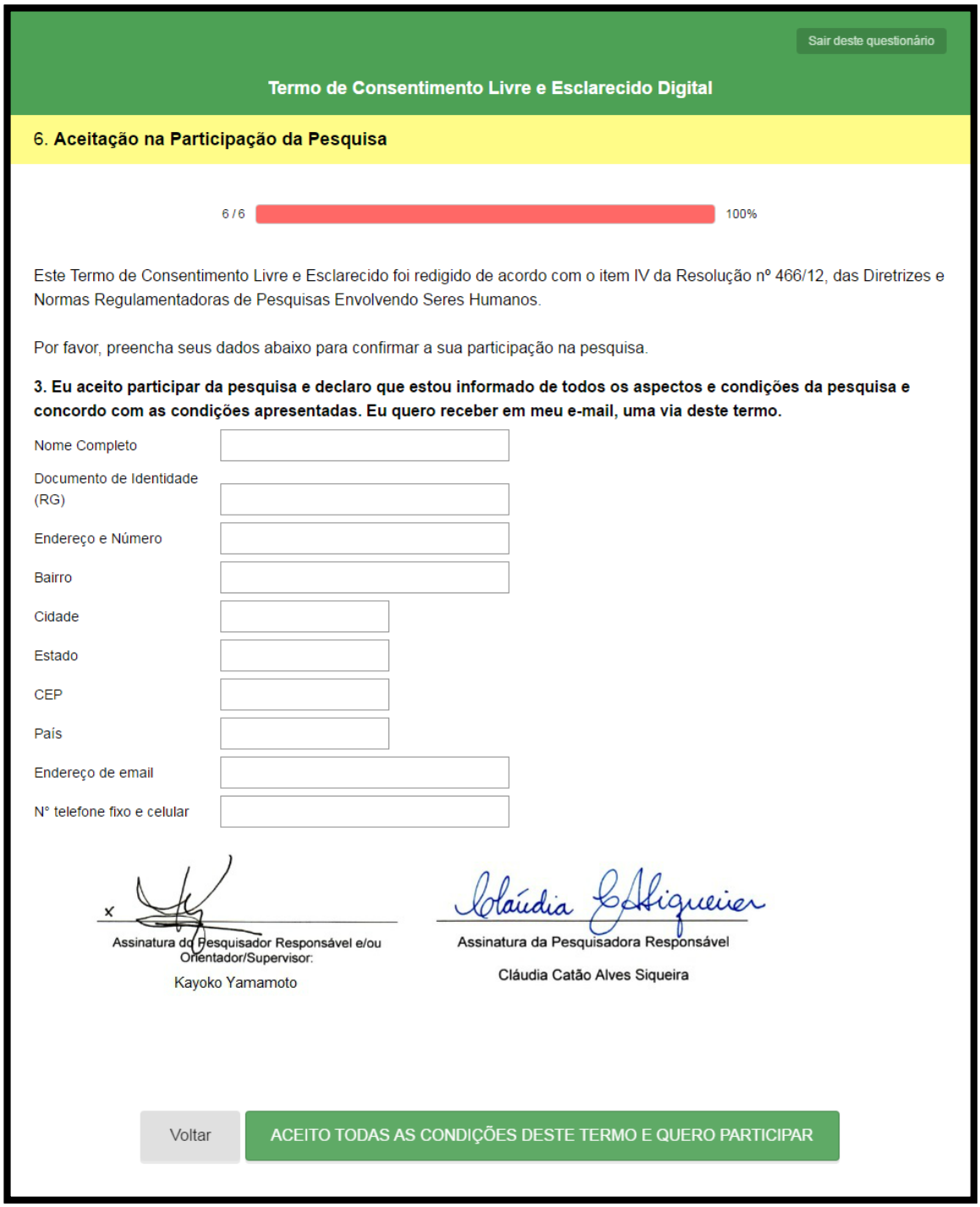
Cont.: Apêndice A do Ensaio Clínico Randomizado – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Digital (e-TCLE)

Página 5



Cont.: Apêndice A do Ensaio Clínico Randomizado – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Digital (e-TCLE)

Página 6



Sair deste questionário

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Digital

6. **Aceitação na Participação da Pesquisa**

6 / 6 100%

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi redigido de acordo com o item IV da Resolução nº 466/12, das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.

Por favor, preencha seus dados abaixo para confirmar a sua participação na pesquisa.

3. Eu aceito participar da pesquisa e declaro que estou informado de todos os aspectos e condições da pesquisa e concordo com as condições apresentadas. Eu quero receber em meu e-mail, uma via deste termo.

Nome Completo	
Documento de Identidade (RG)	
Endereço e Número	
Bairro	
Cidade	
Estado	
CEP	
País	
Endereço de email	
N° telefone fixo e celular	

x

Assinatura do Pesquisador Responsável e/ou Orientador/Supervisor:

Kayoko Yamamoto

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Cláudia Catão Alves Siqueira

Voltar

ACEITO TODAS AS CONDIÇÕES DESTE TERMO E QUERO PARTICIPAR

Anexo A do Ensaio Clínico Randomizado – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

DETALHAR NOTIFICAÇÃO

– DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A EFETIVIDADE DA PSICOTERAPIA BREVE OPERACIONALIZADA ONLINE: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO.
Pesquisador Responsável: Cláudia Catão Alves Siqueira
Área Temática:
Versão: 4
CAAE: 40796215.3.0000.5561
Submetido em: 16/09/2015
Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

PLATAFORMA BRASIL
NOTIFICAÇÃO COORDENADOR
PLATAFORMA BRASIL

Comprovante de Recepção: PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_593186

– DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório de Início do Projeto
Detalhe:
Justificativa: Segue, em anexo, a Notificação de Comunicação de Início do Projeto de Pesquisa, A Efetividade da Psicoterapia Breve Operacionalizada. Att.,
Data do Envio: 29/10/2015
Situação da Notificação: Notificação aceita

Anexo B do Ensaio Clínico Randomizado – Questionário sociodemográfico e de familiaridade com a internet.

INSTRUÇÕES: Por favor, complete os campos abaixo. Todos os campos devem estar completados, caso algum campo esteja em branco, por favor, complete-o.

1.Qual o seu nome? _____

2.Qual seu e-mail? _____

3.Telefone fixo _____ Celular: _____

4.Endereço

Rua _____ Número: _____ Complemento: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

5.Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

6.Idade:

18-19 ☐ 20-39 ☐ 40-59 ☐ 60-78 ☐

7.Qual o seu estado civil?

Solteiro (a) ☐ Casado (a) ☐ União Estável ☐ Separado (a) ☐

Separado (a) ☐ Divorciado (a) ☐ Viúvo (a) ☐ Outros ☐

8.Raça

Negra ☐ Branca ☐ Parda ☐ Amarela ☐

Indígena ☐

9.Qual a sua escolaridade?

1º grau Completo ☐ Incompleto ☐

2º grau Completo ☐ Incompleto ☐

3º grau Completo ☐ Incompleto ☐

Pós-graduação Completo ☐ Incompleto ☐

10.Qual a sua profissão? _____

11.Qual a sua ocupação?

Trabalhando ☐ Desempregado ☐ Recebendo benefício ☐ Tarefas domésticas(lar) ☐

Estudando ☐ Aposentado ☐

12.Já fez tratamento psicológico?

Nunca fiz ☐ Já fiz ☐ Estou fazendo ☐

13.Já fez tratamento com remédios para problemas emocionais?

Nunca fiz ☐ Já fiz ☐ Estou fazendo ☐

14.Como você entrou em contato com a Internet?

Através de amigos ☐ Trabalho ☐ Família ☐ Mídia (jornais, revistas, TV) ☐

Outros ☐ Quais? _____

15.Há quanto tempo você tem contato com a Internet?

Menos de 6 meses ☐ Entre 6 meses e 1 ano ☐ Entre 1 e 2 anos ☐ Mais de 2 anos ☐

16.Você usa a Internet principalmente para fins:

Profissionais ☐ Pessoais ☐ Ambos ☐

Outros ☐ Quais? _____

17.Numere de 1 a 2 os serviços que você usa na Internet

(1 para os que você mais usa, 2 para os que você menos usa. Deixe em branco os serviços que você não usa).

WWW ☐ e-mail ☐ Facebook ☐ WhatsApp ☐

Messenger ☐ Facetime ☐ Skype ☐ Jogos on-line ☐

Buscadores (Google, outros) ☐ Outros ☐ Quais? _____

18.Quanto de seu tempo é despendido em média no uso da Internet?

Menos de 1hora por semana ☐ de 1 a 5 horas por semana ☐ de 5 a 10 horas por semana ☐ de 10 a 20 horas por semana ☐

de 20 a 30 horas por semana ☐ de 30 a 40 horas por semana ☐ de 40 a 50 horas por semana ☐ Mais de 50 horas por semana ☐

19.Com que frequência média você acessa a Internet?

Uma vez por mês ☐ Uma vez por semana ☐ 2 vezes por semana ☐ 3 vezes por semana ☐

4 vezes por semana ☐ 5 vezes por semana ☐ 6 vezes por semana ☐ diariamente ☐

Mais de uma vez por dia ☐

20.Com que frequência média você acessa a Internet?

Linha Telefônica Convencional ☐ Cabo ADSL (net) ☐ 3G ou 4G ☐ Outras formas rápidas ☐

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

Você possui computador próprio para acessar a Internet?

Sim ☐ Não ☐

22.As pessoas com quem você se comunica regularmente na Internet são em sua maioria:

pessoas que você já conhecia fora da Internet ☐ pessoas que você conheceu na Internet ☐

23.Marque, na ordem de 1 (mais importante) a 7 (menos importante), os fatores que você considera importantes no seu uso da Internet:

Anonimato ☐ Segurança ☐ Satisfação Sexual ☐ Personalidade Virtual ☐

Facilidade de uso e acesso ☐ Suporte Social ADSL (net) ☐ Satisfação Sexual ☐ Reconhecimento e Poder ☐

Exemplos

- Suporte social (ex: encontrar pessoas com as mesmas opiniões e gostos que você)
- Satisfação Sexual (ex: obter acesso a conteúdos ou pessoas que te satisfaçam sexualmente, ou que reflitam o seu gosto sexual)
- Personalidade virtual (ex: Na Internet, ser uma pessoa com características, gostos e opiniões diferentes da que você é fora da Internet)
- Reconhecimento e Poder (ex: Sendo um bom jogador de um jogo-online ou sendo um operador de um conhecido canal de chat ou conhecer recursos e ferramentas de programação e comunicação que a maioria dos usuários não conhecem, etc.)

24.Indique em quais áreas de uso a Internet influenciou a sua vida de uma maneira positiva?

Trabalho ☐ Vida Social ☐ Vida Familiar ☐

Outros ☐ Quais? _____

Exemplos

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

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

Ler jornal ☐	Jogar Video Game ☐	Assistir TV ☐	Consultar Bibliotecas ☐
Ler Livros ☐	Sair de Casa ☐	Conhecimentos de internet ☐	Leio e-mails diariamente ☐
Redes Sociais (Facebook, Snapchat, Instagram, etc.) ☐	Busco informações na internet ☐	Conheço criptografia ☐	Tenho antivírus ☐
Meu celular Tem pacote de dados para o acesso à internet ☐			

Anexo C do Ensaio Clínico Randomizado[50] **–** Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI-Plus) (Amorim, 2000)

M.I.N.I. PLUS

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Brazilian Version 5.0.0

USA: D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida - Tampa

FRANCE: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital Salpétrière - Paris

Tradução para o português (Brasil) : Patrícia Amorim

© 1994, 1998, 2000, Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem *solicitar uma versão do M.I.N.I. *(mediante cadastro)*, para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.**
UM *TREINAMENTO PRÉVIO** É OBRIGATÓRIO, PARA QUALQUER UTILIZAÇÃO DO M.I.N.I.

** versões brasileiras do M.I.N.I. - cadastro, cópias e treinamentos : pat.amorinha@gmail.com.br*

M.I.N.I. Plus 5.0.0 (Julho, 2002)

[50] O MINI plus é protegido por direitos autorais e não pode estar em anexo.

Anexo D do Ensaio Clínico Randomizado – Escala de Expectativa de melhora em relação ao tratamento (Devilly & Borkovec, 2000)

Adapted Credibility/Expectancy Questionnaire

Please indicate on the three scales below how much you believe that the therapy you are receiving will help the symptoms that you most want to see improve? Belief usually has two aspects to it: (a.) what one thinks will happen, and (b.) what one feels will happen. Sometimes these are similar; sometimes they are different. Please answer the questions below. For the first, answer in terms of what you really think. For the second and third, answer in terms of what you really feel.

1.) By the end of the therapy, how much improvement in your symptoms do you think will occur?

0% 10 20 30 40 50% 60 70 80 90 100%

2.) At this point, how much do you really feel that therapy will help you to reduce your symptoms?

0% 10 20 30 40 50% 60 70 80 90 100%

3.) By the end of the therapy, how much improvement in your symptoms do you really feel will occur?

0% 10 20 30 40 50% 60 70 80 90 100%

Anexo E do Ensaio Clínico Randomizado – Questionário Genérico de Qualidade de Vida (SF-36)

INSTRUÇÕES: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

(Circule uma)

Excelente		Muito boa		Boa		Ruim		Muito ruim	
	1		2		3		4		5

2. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

(Circule uma)

Muito melhor agora do que a um ano atrás		Um pouco melhor agora do que a um ano atrás		Quase a mesma de um ano atrás		Um pouco pior agora do que há um ano atrás		Muito pior agora do que há um ano atrás	
	1		2		3		4		5

3. Os seguintes itens sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você tem dificuldades para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(Circule uma em cada linha)

	ATIVIDADES	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta pouco	Não. Não dificulta de modo algum
a	Atividade vigorosa, que exige muito esforço, tal como correr, levantar objeto pesado, participar em esportes árduos.	1	2	3
b	Atividade moderada, tal como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c	Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
d	Subir vários lances de escada.	1	2	3
e	Subir um lance de escada.	1	2	3
f	Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.	1	2	3
g	Andar mais de 1 quilômetro.	1	2	3
h	Andar vários quarteirões.	1	2	3
i	Andar um quarteirão.	1	2	3
j	Tomar banho ou vestir-se.	1	2	3

4. Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular **como consequência de sua saúde física**?

(Circule uma em cada linha)

		SIM	NÃO
a	Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b	Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c	Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d	Teve dificuldades para fazer seu trabalho ou outras atividades (Necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou em outra atividade regular diária como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(Circule uma em cada linha)

		SIM	NÃO
a	Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b	Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c	Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas quatro semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(Circule uma)

De forma nenhuma		Ligeiramente		Moderadamente		Bastante		Extremamente	
	1		2		3		4		5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas quatro semanas?

(Circule uma)

Nenhuma		Muito leve		Leve		Moderada		Grave		Muito Grave	
	1		2		3		4		5		6

8. Durante as últimas quatro semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(Circule uma)

De maneira alguma		Um pouco		Moderadamente		Bastante		Extremamente	
	1		2		3		4		5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas quatro semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação as últimas 4 semanas.

(Circule um número para cada linha)

	ATIVIDADES	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a	Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b	Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c	Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d	Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e	Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f	Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g	Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h	Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i	Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas quatro semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(Circule uma)

Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

(Circule um número para cada linha)

		Definitiva-mente verdadeira	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamen-te falsa
a	Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
b	Eu sou saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5
c	Eu acho que minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d	Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

Anexo F do Ensaio Clínico Randomizado – Escala de Avaliação de Sintomas (EAS-40) (Laloni, 2001)

Nome do paciente: _____

Item	Nenhum Pouco	Um Pouco	Muito	O quanto você está preocupado com:
1	0	1	2	Fraqueza ou tonturas
2	0	1	2	Dores no coração ou no peito
3	0	1	2	Sentir medo em espaços abertos ou nas ruas
4	0	1	2	Pensamentos de acabar com a própria vida
5	0	1	2	Repentinamente sentir medo sem razão
6	0	1	2	Ter medo de sair de casa sozinho
7	0	1	2	Dores nas costas e quadris
8	0	1	2	Sentir-se sem importância
9	0	1	2	Sentir medo
10	0	1	2	Náuseas, enjôos ou estômago ruim
11	0	1	2	Dores musculares (dor no corpo)
12	0	1	2	Sentir-se vigiado e comentado pelos outros
13	0	1	2	Ter que conferir e reconferir o que fez
14	0	1	2	Sentir medo de andar de ônibus, metrô ou trens
15	0	1	2	Problemas para respirar
16	0	1	2	Ondas de calor ou frio
17	0	1	2	Ter que evitar certas coisas, lugares ou atividades que o amedrontam (dão medo)
18	0	1	2	Um "branco" na cabeça (ter uma incapacidade momentânea de raciocinar ou lembrar-se de algo)
19	0	1	2	Dormência ou formigamento em partes do corpo
20	0	1	2	Sentir-se sem esperança sobre o futuro
21	0	1	2	Dificuldade de concentração
22	0	1	2	Sentir fraqueza em partes do corpo
23	0	1	2	Sentir-se tenso ou travado
24	0	1	2	Sentir peso nos braços e pernas
25	0	1	2	Sentir-se desconfortável quando as pessoas o observam ou falam de você
26	0	1	2	Ter que repetir as mesmas ações como tocar, contar ou lavar
27	0	1	2	Ter desejos de quebrar ou destruir coisas
28	0	1	2	Sentir-se muito acanhado ou preocupado com os outros
29	0	1	2	Sentir-se inquieto numa multidão, fazendo compras ou no cinema
30	0	1	2	Sentir que tudo é um esforço
31	0	1	2	Ondas de terror ou pânico
32	0	1	2	Envolver-se freqüentemente em discussões
33	0	1	2	Sentir nervosismo quando é deixado sozinho
34	0	1	2	Sentir-se solitário mesmo quando está acompanhado
35	0	1	2	Sentir-se tão agitado que não é capaz de parar quieto (de movimentar-se)
36	0	1	2	Gritar ou atirar coisas
37	0	1	2	Com medo de desmaiar em público
38	0	1	2	Nunca se sentir próximo a outra pessoa
39	0	1	2	Sentimentos de culpa
40	0	1	2	A idéia de que há algo errado com sua mente

Anexo G do Ensaio Clínico Randomizado – Inventário de Aliança Terapêutica (WAI)

Para utilizar este Inventário é necessário autorização de
A.O. Horvath (horvath@sfu.cac)
Inventário de Aliança Terapêutica
A. O. Horvath, 1981, 1984
Versão autorizada para Língua Portuguesa:
Paulo Machado e Cristiano Nabuco de Abreu

Versão Cliente

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

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre

(as opções acima são as mesmas para todas as perguntas)

2. O(a) meu(a) terapeuta e eu estamos de acordo acerca das coisas que são necessárias fazer em terapia para ajudar a melhorar a minha situação.
3. Estou preocupado(a) com o resultado destas sessões.
4. O que eu faço na terapia permite-me ver o meu problema de novas formas.
5. Eu e o(a) meu(a) terapeuta compreendemo-nos mutuamente.
6. O(a) meu(a) terapeuta percebe, com clareza, quais são os meus objetivos.
7. Acho confuso o que estou fazendo em terapia.
8. Acho que o(a) meu(a) terapeuta gosta de mim.
9. Gostaria que o(a) meu(a) terapeuta e eu pudéssemos deixar claro a finalidade das nossas sessões.
10. Discordo do meu(a) terapeuta acerca dos objetivos da terapia.
11. Acredito que o tempo que passo com o(a) meu(a) terapeuta não é utilizado de um modo eficaz.
12. O(a) meu(a) terapeuta não percebe aquilo que tento conseguir com a terapia.
13. Está claro para mim quais as minhas responsabilidades na terapia.
14. Os objetivos destas sessões são importantes para mim.
15. Acho que o que eu e o(a) meu(a) terapeuta fazemos em terapia não está relacionado com as minhas preocupações.

16.Sinto que aquilo que faço em terapia me ajudará a atingir as mudanças que desejo.
17.Acredito que meu(a) terapeuta está genuinamente preocupado com o meu bem-estar.
18.Está claro para mim o que o(a) meu(a) terapeuta quer que eu faça nestas sessões.
19.O(a) meu(a) terapeuta e eu respeitamo-nos mutuamente.
20.Sinto que o(a) meu(a) terapeuta não é totalmente honesto(a) acerca daquilo que sente em relação a mim.
21.Tenho confiança na capacidade de meu(a) terapeuta para me ajudar.
22.O(a) meu(a) terapeuta e eu trabalhamos para alcançar objetivos que foram mutuamente acordados.
23.Sinto que o(a) meu(a) terapeuta me aprecia.
24.Estamos de acordo acerca daquilo em que é importante eu trabalhar.
25.Como resultado destas sessões torna-se mais claro para mim como será possível eu mudar.
26.O(a) meu(a) terapeuta e eu confiamos um no outro.
27.O(a) meu(a) terapeuta e eu temos idéias diferentes acerca de quais são os meus problemas.
28.A minha relação com o(a) meu(a) terapeuta é muito importante para mim.
29.Sinto que se disser ou fizer algo errado, o(a) meu(a) terapeuta deixará de trabalhar comigo.
30.O(a) meu(a) terapeuta e eu colaboramos na definição dos objetivos da minha terapia.
31.Estou frustrado(a) com as coisas que faço em terapia.
32.Estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para mim.
33.As coisas que o(a) meu(a) terapeuta me pede para fazer não fazem sentido.
34.Não sei o que esperar como resultado da minha terapia.
35.Acredito que o modo como estamos trabalhando com o meu problema é correto.
36.Sinto que o(a) meu(a) terapeuta se preocupa comigo mesmo quando faço coisas que não aprova.

Versão Terapeuta

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

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre

(as opções acima são as mesmas para todas as perguntas)

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

3.Tenho algumas preocupações acerca do resultado destas sessões.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

22.O(a) meu(a) cliente e eu trabalhamos para alcançar objetivos que foram mutuamente acordados.
23.Aprecio o(a) meu(a) cliente como pessoa.
24.Estamos de acordo acerca daquilo em que é importante o(a) meu(a) cliente trabalhar.
25.Como resultado destas sessões torna-se mais claro para o(a) meu(a) cliente como será possível ele(a) mudar.
26.O(a) meu(a) cliente e eu confiamos um no outro.
27.O(a) meu(a) cliente e eu temos idéias diferentes acerca de quais são os seus problemas.
28.A minha relação com o(a) meu(a) cliente é importante para ele(a).
29.Sinto que o(a) meu(a) cliente tem medo de que se disser ou fizer algo errado, eu deixe de trabalhar com ele(a).
30.O(a) meu(a) cliente e eu colaboramos na definição dos objetivos destas sessões.
31.O(a) meu(a) cliente está frustrado(a) com as coisas que eu peço para ele(a) fazer em terapia.
32.Estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para o(a) meu(a) cliente.
33.As coisas que fazemos em terapia não fazem muito sentido para o(a) meu(a) cliente.
34.O(a) meu(a) cliente não sabe o que esperar como resultado da terapia.
35.O(a) meu(a) cliente acredita que o modo como estamos trabalhando com o seu problema é correto.
36.Eu respeito o(a) meu(a) cliente mesmo quando faz coisas que eu não aprovo.

Apêndice B – Correspondência eletrônica enviada aos pesquisadores especialistas na área.

From: *Cláudia Catão <claudiacatao@usp.br>*
Date: *Wednesday, 27 April 2016 10:44 pm*
Cco:
Subject: *Call for ongoing Psychotherapy Researches*

Dear Researcher,
I am Claudia Catao, PhD Researcher of Psychology Institute at Sao Paulo University, Brazil. I am leading a research group which is reviewing studies of the literature about Psychodynamic Psychotherapy through the Internet for depression.
Considering that you are a well-known researcher in Psychotherapy and Internet areas, I have contacted you to verify if you would know of any additional related published or unpublished data that may have been relevant to the review.
I would appreciate your reply.

Thank you for your attention.

Best Regards,
Claudia Catao / claudiacatao@usp.br
https://www.researchgate.net/profile/Claudia_Siqueira3

Confirmação de recebimento do e-mail pelos pesquisadores especialistas da área

This is the mail system at host ormuz.usp.br.

Your message was successfully delivered to the destination(s) listed below. If the message was delivered to mailbox you will receive no further notifications. Otherwise you may still receive notifications of mail delivery errors from other systems.

The mail system

Elizabeth Goetter *<egoetter@gmail.com>: delivery via gmail-smtp-in.l.google.com[64.233.186.27]:25: 250 2.0.0 OK 1461762882 l184si1249942ybb.169 – gsmtp*
<egoetter@partners.org>: delivery via phsmgmx.partners.org[155.52.254.36]:25: 250 ok: Message 37062424 accepted

Lee Ritterband *<leer@virginia.edu>: delivery via mail.virginia.edu[128.143.2.9]:25: 250 ok: Message 814126692 accepted*

Christopher Frueh *<frueh@hawaii.edu>: delivery via aspmx.l.google.com[64.233.186.27]:25: 250 2.0.0 OK 1461762883 84si1218113ywc.351 - gsmtp*

Azy Barak *<azy@construct.haifa.ac.il>: delivery via ASPMX.L.GOOGLE.COM[64.233.186.27]:25: 250 2.0.0 OK 1461762883 o134si1217022ywo.396 - gsmtp*

Steven R. Thorp *<sthorp@ucsd.edu>: delivery via inbound.ucsd.edu[132.239.0.173]:25: 250 ok: Message 383700578 accepted*

Andre Marchand *<marchand.andre@uqam.ca>: delivery via mail2.uqam.ca[132.208.246.165]:25: 250 ok: Message 133122687 accepted*

Gavin Andrews *<gavina@unsw.edu.au>: delivery via smtp.unsw.edu.au[149.171.193.32]:25: 250 ok:Message 278593476 accepted*

Nickolai Titov *<nickt@unsw.edu.au>: delivery via smtp.unsw.edu.au[149.171.193.32]:25: 250 ok:*

Message 278593476 accepted

Leslie Morland *<Leslie.Morland@va.gov>: delivery via mx20.va.gov[152.131.26.44]:25: 250 ok: Message 126695382 accepted*

Lisa Richardson *<lisakrichardson@bigpond.com.au>: delivery via extmail.bigpond.com[61.9.168.122]:25: 250 2.0.0 nREi1s0163z75fL01REmwD mail accepted for delivery <lisa.richardson@health.wa.gov.au>: delivery via 167.30.20.94[167.30.20.94]:10024: 250 2.0.0 Ok: queued as E76293F85F*

Gunther Eysenbach *<geysenba@uhnres.utoronto.ca>: delivery via mailgateway12.uhnresearch.ca[192.75.165.6]:25: 250 2.0.0 Ok: queued as 1177F200440A4*

Daniel Gros *<grosd@musc.edu>: delivery via ironp2.musc.edu[128.23.34.115]:25: 250 ok: Message 185503371 accepted*

Eve-Lynn Nelson *<enelson2@kumc.edu>: delivery via d72881b.ess.barracudanetworks.com[64.235.153.10]:25: 250 OK (enelson2@kumc.edu:250 Ok: queued as AF5173161E5)*

Falk Leichsenring *<falk.leichsenring@psycho.med.uni-giessen.de>: delivery via mailgw41.hrz.uni-giessen.de[134.176.4.19]:25: 250 Queued!*

Susan Simpson *<susan.simpson@unisa.edu.au>: delivery via mx-in.unisa.edu.au[130.220.0.83]:25: 250 Requested mail action okay, completed.*

Stephane Bouchard *<stephane.bouchard@uqo.ca>: delivery via localhost[127.0.0.1]:10025: 250 2.0.0 Ok: queued as 3B7FB49E245*

A sua mensagem foi entregue aos seguintes destinatários:
Gerhard Andersson *<Gerhard.Andersson@liu.se>*

Pim Cuijpers *<P.Cuijpers@psy.vu.nl>*

Allan Abbass *<Allan.Abbass@dal.ca>*

Kathleen M Griffiths *<kathy.griffiths@anu.edu.au>*

Clare Rees *<c.rees@curtin.edu.au>*

Respostas dos principais pesquisadores especialistas da área

From: *Cláudia Catão <claudiacatao@usp.br>*
Date: *Sunday, 01 May 2016 18:27 pm*
To: *Stephane Bouchard <Stephane.Bouchard@uqo.ca>*
Subject: *Call for ongoing Psychotherapy Researches*

Dear Dr. Bouchard,

I would like to thank for your attention and consideration about this e-mail.

Best regards,

Claudia Catao
University of Sao Paulo/Brazil
----- Mensagem original -----
De: **Stephane Bouchard** <Stephane.Bouchard@uqo.ca>
Para: claudiacatao@usp.br
Enviadas: Wed, 27 Apr 2016 10:31:31 -0300 (BRT)
Assunto: RE: Call for ongoing Psychotherapy Researches

Hello,
Unfortunately, I don’t know any study on psychodynamic study over Internet.
Best of luck in your interesting project.

Stéphane Bouchard, Ph.D.
Université du Québec en Outaouais
Dept. de Psychoéducation et de psychologie
CP 1250, Succ Hull, Gatineau, Qc. J8X 3X7. Canada
http://w3.uqo.ca/cyberpsy
Skype: dr.stephane.bouchard
Tel : 819-595-3900-2360
FAX: 819-595-2250

From: *Cláudia Catão <claudiacatao@usp.br>*
Date: *Sunday, 01 May 2016 18:27 pm*
To: Allan Abbass *<Allan.Abbass@Dal.Ca>*
Subject: *Call for ongoing Psychotherapy Researches*

Dear Dr. Abbass,

I would like to thank for your attention and consideration about this e-mail.

As soon as we have results, we will share with you.

Best regards,

Claudia Catao
University of Sao Paulo/Brazil
----- Mensagem original -----
De: ***Allan Abbass*** *<Allan.Abbass@Dal.Ca>*
Para: Cláudia Catão <claudiacatao@usp.br>
Enviadas: Wed, 27 Apr 2016 13:09:20 -0300 (BRT)
Assunto: Re: Call for ongoing Psychotherapy Researches

Hi Claudia:

Here are 2. Please tell me what you find later?

I was thinking that a review of all dynamic therapy online studies should be done. Not just depression but for all disorders.

All the Best,

Allan

Allan Abbass MD, FRCPC
Professor and Director of Centre for Emotions & Health
Faculty of Medicine, Dalhousie University
Rm 7510, 5909 Veterans Memorial Lane
Halifax, NS, Canada, B3H 2E2
Phone: 1-902-473-2514
Email: allan.abbass@dal.ca
Twitter @istdp
www.istdp.ca

www.allanabbass.com

From: *Cláudia Catão <claudiacatao@usp.br>*
Date: *Sunday, 01 May 2016 18:49 pm*
To: E. Driessen *<e.driessen@vu.nl>*
Subject: *Call for ongoing Psychotherapy Researches*

Dear Dr. Driessen,

I would like to thank for your attention and consideration about this e-mail.
We will consider your findings from STPP meta-analysis.
As soon we have results, we will share with you.

Best regards,
Claudia Catao
University of Sao Paulo/Brazil

----- Mensagem original -----
De: E. Driessen <e.driessen@vu.nl>
Para: Cláudia Catão <claudiacatao@usp.br>
Enviadas: Fri, 29 Apr 2016 04:46:17 -0300 (BRT)
Assunto: RE: Call for ongoing Psychotherapy Researches

Dear Dr. Catao,

Thank you for your email. Please find attached a meta-analysis update we recently conducted concerning short-term psychodynamic psychotherapy for depression. There are a couple of internet trial included (Johanson, 2012 and Lemma, 2013).
I do not know of any other published or unpublished psychodynamic psychotherapy for depression internet studies, but you might want to contact
Drs. Johanson and Lemma in this regard.

Best wishes,

Ellen Driessen

E. (Ellen) Driessen, Ph.D.
Post-doctoral research associate
Vrije Universiteit Amsterdam | Faculty of Psychology and Education | Department of Clinical Psychology
Van der Boechorststraat 1 (room 2B-57), 1081 BT Amsterdam, The Netherlands
T: + 31 20 59 88973 | F: +31 20 59 88758 | E:
e.driessen@vu.nl

From: *Cláudia Catão <claudiacatao@usp.br>*
Date: *Sunday, 01 May 2016 18:56 pm*
To: Agostinho Leite d'Almeida *<agostinhoa36@gmail.com>*
Subject: *Call for ongoing Psychotherapy Researches*

Dear Dr. Agostinho Leite d'Almeida,
I would like to thank for your attention and consideration about this e-mail.
As soon we have results, we will share with you.

Best regards,
Claudia Catao
University of Sao Paulo/Brazil

----- Mensagem original -----
De: ***Agostinho Leite d'Almeida*** *<agostinhoa36@gmail.com>*
Para: claudiacatao@usp.br
Cc: João Manuel Castro Faria Salgado <jsalgado@docentes.ismai.pt>, Ana Catarina Nunes da Silva <anacatarinans@gmail.com>, list@psychotherapyresearch.org
Enviadas: Sat, 30 Apr 2016 05:48:39 -0300 (BRT)
Assunto:

Hi,
Thanks for you message; let me salute you for your interest and effort in doing research in Psychotherapy. I have been in psychotherapy both in terms of practicing it as well as researching for about 30 years. Over the last 10 years or so I've been more focused on psychotherapy integration matters and psychotherapists training.
Drs João Salgado and Ana Catarina Silva, two other national coordinators, are I am sure more updated and better informed than I as far as Portuguese researchers are concerned. The data I was able to collect so far is very scanty and unreliable.I am sure they will be able to help you out much better than I.

Wish you the best with your research.
Have a nice day.

Agostinho Leite d'Almeida

From: *Cláudia Catão <claudiacatao@usp.br>*
Date: *Sunday, 01 May 2016 18:56 pm*
To: Raphael Schuster *<Raphael.Schuster@stud.sbg.ac.at>*
Subject: *Call for ongoing Psychotherapy Researches*

Dear Raphael and Laireiter,

I would like to thank for your and consideration about this e-mail.
Yes, we are familiar with this article. Even so, we thank you for your attention.
Best regards,

Claudia Catao
University of Sao Paulo/Brazil
----- Mensagem original -----
De: ***Raphael Schuster*** *<Raphael.Schuster@stud.sbg.ac.at>*
Para: ***Laireiter Anton*** *<Anton.Laireiter@sbg.ac.at>, claudiacatao@usp.br*
Enviadas: Sun, 01 May 2016 05:35:05 -0300 (BRT)
Assunto: Re: Call for ongoing Psychotherapy Researches

Dear Claudia,

I only know one article - you surely are familiar with:
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24283446
Kind regards,
Raphael Schuster

2016-04-30 13:07 GMT+02:00 Laireiter Anton <Anton.Laireiter@sbg.ac.at>:
Lieber Herr Schuster,
können Sie damit was anfangen? Wenn nein, bitte verwerfen.
Schöne Grüße
A.-R. Laireiter
==========
Anton-Rupert Laireiter, Univ.-Prof. Dr.phil.
Gastprofessur
Klinische Psychologie & Psychotherapie
Fakultät für Psychologie, Universität Wien
FB Psychologie, Universität Salzburg
AG Psychotherapie & Gerontopsychologie
Hellbrunnerstraße 34
Therapiezentrum & Ambulanz
Kaigasse 28
A-5020 Salzburg
Österreich
T +43 (0)662 8044-5122
F +43 (0)43 662 8044-5126
M +43 (0)664 432 3018
anton.laireiter@sbg.ac.at
http://www.uni-salzburg.at/psy/people/laireiter

An:list@psychotherapyresearch.org
Betreff: SPRList FW: Call for ongoing Psychotherapy Researches
Wichtigkeit: Hoch

Apêndice C – Palavras-chave e Descritores específicos para cada base de dados – NTIC[51]

	Base de Dados[52]	BVS-Psi	EBSCO-CINAHL Cochrane Library PubMED	PsycNET (PsycINFO, PsycARTICLES, APA Books)	EMBASE	ScienceDirect
	Descritor / Palavra-chave NTIC[53]	**Medical Subject Headings (MeSH)**		**Thesaurus of Psychological Index Terms**	**Emtree**	**Reference Works Encyclopedia of Psychotherapy**
1	*Distance technology*	***	***	***	***	***
2	*E-therapy*	***	Distance Counseling *Unique ID: D000068237*	Online Therapy	***	Online or E-Therapy *(Zebulon Taintor)*
3	Internet	Internet *Ident. Único: D020407*	Internet *Unique ID: D020407*	Internet	Internet	Tele-Psychotherapy *(Ann Oberkirch)*
4	Online	Sistemas em Linha *Ident. Único: D009862*	Online System *Unique ID: D009862*	***	Online system	***
5	*Online therapy (Terapia pela internet)*	***	***	Online Therapy	***	Online or E-Therapy *(Zebulon Taintor)* Tele-Psychotherapy *(Ann Oberkirch)*
6	*Real-time telepsychology*	Sistema de Computação *Ident. Único: D003199*	Computer System *Unique ID: D003199*	***	***	***
7	*Remote*	Consulta Remota *Ident. Único: D003199*	Remote Consultation *Unique ID: D019114*	***	Teleconsultation	***
8	Telecommunications	Telecomunicações *Ident. Único: D013685*	Telecommunications *Unique ID: D013685*	Telecommunication media	Telecommunication	Tele-Psychotherapy *(Ann Oberkirch)*
9	Telehealth	Telemedicina *Ident. Único: D017216*	Telemedicine *Unique ID: D017216*	Telemedicine	Telehealth	Online or E-Therapy *(Zebulon Taintor)*

[51] Novas tecnologias de informação e comunicação em associação à psicologia e à medicina.
[52] Para a base de dados Scopus, os descritores MeSH e Emtree podem ser utilizados.
[53] As palavras-chave Skype, Messenger, Facetime e Viber são nomes comerciais de programas de videoconferência e foram utilizadas na busca.
*** Não foi encontrado nenhum descritor correspondente.

Cont.:

Apêndice C – Palavras-chave e Descritores específicos para cada base de dados – NTIC[54]

	Base de Dados	BVS-Psi	EBSCO-CINAHL Cochrane Library PubMED	PsycNET (PsycINFO, PsycARTICLES, APA Books)	EMBASE	ScienceDirect
	Descritor / Palavra-chave NTIC	**Medical Subject Headings (MeSH)**		**Thesaurus of Psychological Index Terms**	**Emtree**	**Reference Works Encyclopedia of Psychotherapy**
10	Telemedicine	Telemedicina *Ident. Único: D017216*	Telemedicine *Unique ID: D017216*	Telemedicine	Telemedicine	Tele-Psychotherapy *(Ann Oberkirch)*
11	Telepsychiatry	***	***	***	Telepsychiatry	***
12	Telepsychology	***	***	Telemedicine	***	***
13	Videoconference ou Videoconferencing	Videoconferência *Ident. Único: D049269*	Videoconferencing *Unique ID: D049269*	***	Videoconferencing	Tele-Psychotherapy *(Ann Oberkirch)*
14	Videoconferencing-based	***	***	***	***	***
15	Audiovisual technology	***	***	Audiovisual Communications Media	Audiovisual equipment	***
16	Computer	Computadores *Ident. Único: D003201*	Computers *Unique ID: D003201*	Computer Assisted Therapy	Computer	***
17	Teleconference	*Telecomunicações* *Ident. Único: D013685*	Telecommunications *Unique ID: D013685*	Teleconferencing	Teleconference	Online or E-Therapy *(Zebulon Taintor)*
18	Telemental	***	***	***	***	***
19	Interactive-video	***	***	***	***	***
20	Video-mediated communication	***	***	***	***	***

[54] Novas tecnologias de informação e comunicação em associação à psicologia e à medicina.
*** Não foi encontrado nenhum descritor correspondente.

Apêndice D – Palavras-chave e Descritores específicos para cada base de dados – Psicoterapia Psicodinâmica

	Base de Dados[55]	BVS-Psi	EBSCO-CINAHL Cochrane Library PubMED	PsycNET (PsycINFO, PsycARTICLES, APA Books)	EMBASE	ScienceDirect
	Descritor / Palavra-chave Psicoterapia Psicodinâmica	**Medical Subject Headings (MeSH)**		**Thesaurus of Psychological Index Terms**	**Emtree**	**Reference Works International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (2001)**
1	Brief psychoanalytic psychotherapy	***	***	***	***	Psychotherapy, Brief Psychodynamic *(J.P. Barber, R. Stratt)*
2	Brief psychodynamic psychotherapy	***	***	***	***	Psychotherapy, Brief Psychodynamic *(J.P. Barber, R. Stratt)*
3	Brief psychotherapy	Psicoterapia Breve *Ident. Único: D011614*	Psychotherapy, Brief *Unique ID: D011614*	Brief Psychotherapy	Psychotherapy	Interpersonal Psychotherapy *(D.E. Wilfley)*
4	Psychoanalysis	Psicanálise *Ident. Único: D011572*	Psychoanalysis *Unique ID: D011572*	Psychoanalysis	Psychoanalysis	Psychoanalysis in Clinical Psychology *(P. Fonagy)*
5	Psychoanalytic psychotherapy	Terapia Psicanalítica *Ident. Único: D011575*	Psychoanalytic Therapy *Unique ID: D011575*	Psychoanalysis	Psychoanalysis	Psychoanalysis in Clinical Psychology *(P. Fonagy)*
7	Psychodynamic psychotherapy	Psicoterapia Psicodinâmica *Ident. Único: D064889*	Psychotherapy, Psychodynamic *Unique ID: D064889*	Psychodynamic Psychotherapy	Psychodynamic Psychotherapy	Psychoanalysis in Clinical Psychology *(P. Fonagy)*
8	Short psychoanalytic psychotherapy	***	***	***	***	Psychotherapy, Brief Psychodynamic *(J.P. Barber, R. Stratt)*
9	Short psychodynamic psychotherapy	***	***	***	***	Psychotherapy, Brief Psychodynamic *(J.P. Barber, R. Stratt)*

[55] Para a base de dados Scopus, descritores MeSH e Emtree podem ser utilizados.
*** Não foi encontrado nenhum descritor correspondente.

Cont.: **Apêndice D – Palavras-chave e Descritores específicos para cada base de dados – Psicoterapia Psicodinâmica**

	Base de Dados	BVS-Psi	EBSCO-CINAHL Cochrane Library PubMED	PsycNET (PsycINFO, PsycARTICLES, APA Books)	EMBASE	ScienceDirect
	Descritor / Palavra-chave Psicoterapia Psicodinâmica[56]	Medical Subject Headings (MeSH)		Thesaurus of Psychological Index Terms	Emtree	Reference Works International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (2001)
10	Short-term psychoanalytic psychotherapy	***	***	***	***	Psychotherapy, Brief Psychodynamic *(J.P. Barber, R. Stratt)*
11	Short-term psychodynamic psychotherapy	***	***	***	***	Psychotherapy, Brief Psychodynamic *(J.P. Barber, R. Stratt)*
12	Short-term dynamic psychotherapy	***	***	***	Psychodynamic Psychotherapy	Psychotherapy, Brief Psychodynamic *(J.P. Barber, R. Stratt)*
13	Time-limited psychodynamic psychotherapy	Psicoterapia Breve Ident. Único: D011614	Psychotherapy, Brief Unique ID: D011614	Brief Psychotherapy	***	Time-Limited Dynamic Psychotherapy *(H. Levenson, T. E. Schacht, H. H. Strupp)*

[56]Apesar de não serem descritores específicos para as bases de dados, no resultado das buscas foram encontrados outros termos presentes na literatura, tais como: *brief psychodynamic therapy, dynamically oriented individual psychotherapy, shortterm psychodynamic, shortterm dynamic, alliance-focused, transference-focused psychotherapy, dynamic therapy, dynamic psychotherapy, psychoanalytic therapy, solution-focused therapy, brief psychodynamic psychotherapy, short-term treatment psychotherapy/therapy*, brief dynamic psychotherapy, psicoterapia psicodinâmica de tempo limitado.

*** Não foi encontrado nenhum descritor correspondente.

Apêndice E – Palavras-chave e Descritores específicos para cada base de dados – Ensaio Clínico Randomizado

	Base de Dados[57]	BVS-Psi	EBSCO-CINAHL Cochrane Library PubMED	PsycNET (PsycINFO, PsycARTICLES, APA Books)	EMBASE	ScienceDirect
	Palavra-chave Ensaio Clínico Randomizado / Descritor	**Medical Subject Headings (MeSH)**		**Thesaurus of Psychological Index Terms**	**Emtree**	**Reference Works International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (2001)**
1	*Controlled Clinical Trial(s)*	*Controlled Clinical Trial*	*Controlled Clinical Trial*	***	*Controlled Clinical Trial*	*Psychological Treatments: Randomized Controlled Clinical Trials (W.S. Agras)*
2	Randomis(z)ed Controlled Trial(s)[58]	Ensaio Clínico Controlado Aleatório *Ident. Único: D016449*	Randomized Controlled Trial(s) *Unique ID: D016449*	***	Randomized Controlled Trial	*Psychological Treatments: Randomized Controlled Clinical Trials (W.S. Agras)*
3	*RCT* ou ECR	***	***	***	***	***
4	*Randomis(z)ed Clinical Trial(s)* ou Ensaio Clínico Randomizado	Ensaio Clínico Controlado Aleatório *Ident. Único: D016449*	Randomized Controlled Trial(s) *Unique ID: D016449*	***	Randomized Controlled Trial	*Psychological Treatments: Randomized Controlled Clinical Trials (W.S. Agras)*
6	*Randomis(z)ed Trial(s)*	Ensaio Clínico Controlado Aleatório *Ident. Único: D016449*	Randomized Controlled Trial(s) *Unique ID: D016449*	***	Randomized Controlled Trial	*Psychological Treatments: Randomized Controlled Clinical Trials (W.S. Agras)*
7	*Randomized Pilot Investigation*	***	***	***	***	***

[57] Para a base de dados Scopus, descritores MeSH e Emtree podem ser utilizados.
[58] Utilizou-se na busca randomized (EUA) e randomised (Reino Unido).
*** Não foi encontrado nenhum descritor correspondente.

Apêndice F – Documentação das buscas às bases de dados bibliográficas

Base de dados bibliográfica:	BVS-Psi	**Data da última pesquisa:**	29/04/2016
Acesso em:	http://www.bvs-psi.org.br/	**Idioma da pesquisa:**	Todos
Período coberto pela busca:	Até o presente	**Tempo estipulado:**	Todos os anos

Nº	**ESTRATÉGIA**
#1	psicoterapia OR "psicoterapia breve" OR "Interpretação Psicanalítica" OR "Psicoterapia Psicodinâmica" OR (EX F04.754.709$) OR "psicoterapia psicanalítica" OR "psicoterapia dinâmica" OR "teoria psicanalítica" OR "psicanálise" OR "terapia psicanalítica" OR "psicoterapia de orientação analítica"
#2	"ensaio clínico" OR "ensaio clínico randomizado" OR "ensaio clinico controlado" OR "ensaio controlado aleatório" OR "ensaio clínico controlado aleatório" OR "ensaio aleatório"
#3	telemedicina OR "consulta remota" OR "videoconferência" OR "computado$" OR "sistemas em linha" OR "on-line" OR online OR internet OR "terapia online" OR "psicoterapia online" OR “psicoterapia pela internet” OR “terapia pela internet” OR telessaúde OR telepsicologia OR skype OR webconferência OR web-conferência OR teleconferência OR "tele-conferência" OR "a distância" OR remot$ OR telepsiquiatria OR "tele-psiquiatria" OR web OR "assistid$ por computador" OR video OR telefone OR celular OR "mensagem de texto" OR teleconsulta OR "tele-consulta" OR TIC OR NTIC OR "informação e comunicação" OR informática OR computadorizad$ or "terapia assistida por computador" OR virtual)
#4	#1 AND #2 AND #3

TOTAL DE REGISTROS IDENTIFICADOS PARA AVALIAÇÃO: 0

Base de dados bibliográfica:	SciELO	**Data da última pesquisa:**	29/04/2016
Acesso em:	http://www.scielo.br	**Idioma da pesquisa:**	Todos
Período coberto pela busca:	Até o presente	**Tempo estipulado:**	Todos os anos

Nº	**ESTRATÉGIA Todas as palavras (AND) – Formulário Livre**
#1	psicoterapia psicodinâmica ensaio clínico randomizado internet
#2	psicoterapia breve ensaio clínico randomizado internet
#3	psicoterapia psicanalítica ensaio clínico randomizado internet
#4	psicoterapia psicodinâmica ensaio clínico internet
#5	psicoterapia breve ensaio clínico internet
#6	psicoterapia psicanalítica ensaio clínico internet
#7	psicoterapia psicodinâmica ensaio clínico randomizado videoconferência
#8	psicoterapia breve ensaio clínico randomizado videoconferência
#9	psicoterapia psicanalítica ensaio clínico randomizado videoconferência
#10	psicoterapia psicodinâmica ensaio clínico videoconferência
#11	psicoterapia breve ensaio clínico videoconferência
#12	psicoterapia psicanalítica ensaio clínico videoconferência
#13	psicoterapia psicodinâmica ensaio clínico computador
#14	psicoterapia breve ensaio clínico computador
#15	psicoterapia psicanalítica ensaio clínico computador
#16	psicoterapia psicodinâmica ensaio clínico terapia online
#17	psicoterapia breve ensaio clínico terapia online
#18	psicoterapia psicanalítica ensaio clínico terapia online
#19	psicoterapia psicodinâmica ensaio clínico a distância
#20	psicoterapia breve ensaio clínico a distância
#21	psicoterapia psicanalítica ensaio clínico a distância
#22	psicoterapia psicodinâmica ensaio clínico skype
#23	psicoterapia breve ensaio clínico skype
#24	psicoterapia psicanalítica ensaio clínico skype
#25	psicoterapia psicodinâmica ensaio clínico online
#26	psicoterapia breve ensaio clínico online
#27	psicoterapia psicanalítica ensaio clínico online

TOTAL DE REGISTROS IDENTIFICADOS PARA AVALIAÇÃO: 0

Base de dados bibliográfica:	LILACS	**Data da última pesquisa:**	29/04/2016
Acesso em:	http://lilacs.bvsalud.org/	**Idioma da pesquisa:**	Todos
Período coberto pela busca:	Até o presente	**Tempo estipulado:**	Todos os anos

Nº	**ESTRATÉGIA**
#1	"psicoterapia psicodinâmica" AND "ensaio clínico randomizado" AND internet
#2	"psicoterapia breve" AND "ensaio clínico randomizado" AND internet
#3	"psicoterapia psicanalítica" AND "ensaio clínico randomizado" AND internet
#4	"psicoterapia psicodinâmica" AND "ensaio clínico" AND internet
#5	"psicoterapia breve" AND "ensaio clínico" AND internet
#6	"psicoterapia psicanalítica" AND "ensaio clínico" AND internet
#7	"psicoterapia psicodinâmica" AND "ensaio clínico randomizado" AND videoconferência
#8	"psicoterapia breve" AND "ensaio clínico randomizado" AND videoconferência
#9	"psicoterapia psicanalítica" AND "ensaio clínico randomizado" AND videoconferência
#10	"psicoterapia psicodinâmica" AND "ensaio clínico" AND videoconferência
#11	"psicoterapia breve" AND "ensaio clínico" AND videoconferência
#12	"psicoterapia psicanalítica" AND "ensaio clínico" AND videoconferência
#13	"psicoterapia psicodinâmica" AND "ensaio clínico" AND computador
#14	"psicoterapia breve" AND "ensaio clínico" AND computador
#15	"psicoterapia psicanalítica" AND "ensaio clínico" AND computador
#16	"psicoterapia psicodinâmica" AND "ensaio clínico" AND "terapia online"
#17	"psicoterapia breve" AND "ensaio clínico" AND "terapia online"
#18	"psicoterapia psicanalítica" AND "ensaio clínico" AND "terapia online"
#19	"psicoterapia psicodinâmica" AND "ensaio clínico" AND "a distânica"
#20	"psicoterapia breve" AND "ensaio clínico" AND "a distânica"
#21	"psicoterapia psicanalítica" AND "ensaio clínico" AND "a distânica"
#22	"psicoterapia psicodinâmica" AND "ensaio clínico" AND "skype"
#23	"psicoterapia breve" AND "ensaio clínico" AND "skype"
#24	"psicoterapia psicanalítica" AND "ensaio clínico" AND "skype"
#25	"psicoterapia psicodinâmica" AND "ensaio clínico" AND "online"
#26	"psicoterapia breve" AND "ensaio clínico" AND "online"
#27	"psicoterapia psicanalítica" AND "ensaio clínico" AND "online"

TOTAL DE REGISTROS IDENTIFICADOS PARA AVALIAÇÃO: 0

Base de dados bibliográfica:	Redalyc	**Data da última pesquisa:**	29/04/2016
Acesso em:	http://www.redalyc.org/	**Idioma da pesquisa:**	Todos
Período coberto pela busca:	Até o presente	**Tempo estipulado:**	Todos os anos

Nº	**ESTRATÉGIA**	**RESULTADO**
#1	"psicoterapia psicodinâmica" AND "ensaio clínico randomizado" AND internet	1
#2	"psicoterapia breve" AND "ensaio clínico randomizado" AND internet	1
#3	"psicoterapia psicanalítica" AND "ensaio clínico randomizado" AND internet	1
#4	"psicoterapia psicodinâmica" AND "ensaio clínico" AND internet	1
#5	"psicoterapia breve" AND "ensaio clínico" AND internet	1
#6	"psicoterapia psicanalítica" AND "ensaio clínico" AND internet	2
#7	"psicoterapia psicodinâmica" AND "ensaio clínico randomizado" AND videoconferência	0
#8	"psicoterapia breve" AND "ensaio clínico randomizado" AND videoconferência	0
#9	"psicoterapia psicanalítica" AND "ensaio clínico randomizado" AND videoconferência	0
#10	"psicoterapia psicodinâmica" AND "ensaio clínico" AND videoconferência	0
#11	"psicoterapia breve" AND "ensaio clínico" AND videoconferência	0
#12	"psicoterapia psicanalítica" AND "ensaio clínico" AND videoconferência	0
#13	"psicoterapia psicodinâmica" AND "ensaio clínico" AND computador	1
#14	"psicoterapia breve" AND "ensaio clínico" AND computador	1
#15	"psicoterapia psicanalítica" AND "ensaio clínico" AND computador	1
#16	"psicoterapia psicodinâmica" AND "ensaio clínico" AND "terapia online"	0
#17	"psicoterapia breve" AND "ensaio clínico" AND "terapia online"	0
#18	"psicoterapia psicanalítica" AND "ensaio clínico" AND "terapia online"	0
#19	"psicoterapia psicodinâmica" AND "ensaio clínico" AND "a distância"	0
#20	"psicoterapia breve" AND "ensaio clínico" AND "a distância"	1
#21	"psicoterapia psicanalítica" AND "ensaio clínico" AND "a distância"	1
#22	"psicoterapia psicodinâmica" AND "ensaio clínico" AND "skype"	0
#23	"psicoterapia breve" AND "ensaio clínico" AND "skype"	0
#24	"psicoterapia psicanalítica" AND "ensaio clínico" AND "skype"	0
#25	"psicoterapia psicodinâmica" AND "ensaio clínico" AND "online"	0
#26	"psicoterapia breve" AND "ensaio clínico" AND "online"	1
#27	"psicoterapia psicanalítica" AND "ensaio clínico" AND "online"	1

TOTAL DE REGISTROS IDENTIFICADOS PARA AVALIAÇÃO: 14

Base de dados bibliográfica:	Cochrane Library	**Data da última busca:**	29/04/2016
Acesso em:	http://www.cochranelibrary.com	Idioma da pesquisa:	Todos
Período coberto pela busca:	Até o presente	**Tempo estipulado:**	Todos os anos

Nº	**ESTRATÉGIA**	**RESULTADO**
#1	MeSH descriptor: [Psychotherapy, Psychodynamic] explode all trees	33
#2	Psychodynamic Psychotherapy	538
#3	MeSH descriptor: [Psychoanalytic Therapy] explode all trees	175
#4	Psychoanalytic Therapy or Psychoanalytic Psychotherapy	290
#5	MeSH descriptor: [Psychoanalytic Theory] explode all trees	1.521
#6	Psychoanalytic Theory	68
#7	dynamic psychotherapy or interpersonal psychotherapy	1.348
#8	MeSH descriptor: [Psychoanalysis] explode all trees	16
#9	psychoanalysis	126
#10	psychoanalytic or psycho-dynamic or affect-focused	331
#11	(luborsky or hobson or malan or (mann near/2 james) or (mann near/2 psychotherapy) or (mann near/2 therapy) or davanloo).tw.	43
#12	#1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 (Word variations have been searched)	3.359
#13	MeSH descriptor: [Adult] explode all trees	1.515
#14	#12 and #13	882
#15	MeSH descriptor: [Internet] explode all trees	2.545
#16	(Internet or web or blog* or "social media" or online or www or email* or e-mail*) .tw.	3.895
#17	MeSH descriptor: [Telecommunications] explode all trees	4.403
#18	(telemedicine or tele-medicine) .tw.	67
#19	telehealth or tele-health	505
#20	ehealth or e-health	496
#21	"mobile health" or mhealth or m-health	368
#22	(ICT).tw.	19
#23	(inform* or communicat* or interact*) near/6 (computer* or technolog* or software)	3.271
#24	(health* or treat* or therap* or intervention* or assist* or selfmanag* or self-manag*) near/6 (computer* or technolog* or software)	45.762
#25	"world wide web" .tw.	28
#26	(virtual reality or augmented reality or VR or AR) .tw.	281
#27	e-therapy or etherapy or skype or facetime or viber or messenger or facebook or telepsychology or tele-psychology or telepsychiatry or tele-psychiatry or telemental or tele-mental or real-time or videoconferenc* or video-conferenc* or web-based or webconferenc* or web-conferenc* or "Distance Counseling" or "Online Systems" or "Computer Systems" or "Remote Consultation" or "Computer Communication Networks"	9.538
#28	MeSH descriptor: [Distance Counseling] explode all trees	2

Nº	ESTRATÉGIA	RESULTADO
#29	"online therapy"	19
#30	MeSH descriptor: [Online Systems] explode all trees	489
#31	MeSH descriptor: [Computer Systems] explode all trees	3.838
#32	MeSH descriptor: [Remote Consultation] explode all trees	381
#33	MeSH descriptor: [Videoconferencing] explode all trees	127
#34	"interactive-video" or "video-mediated communication" or "video-based" or "videoconferencing-based"	355
#35	telephone* or phone* or mobile* or cellphone* or cell-phone* or apps or text* or SMS or "short message service" or smartphone*	31.006
#36	internet-delivered or internet-based	1817
#37	#16 or #17 or #18 or #19 or #20 or #21 or #22 or #23 or #24 or #25 or #26 or #27 or #28 or #29 or #30 or #31 or #32 or #33 or #34 or #35 or #36	83.397
#38	randomized controlled trial.pt.	3.784
#39	controlled clinical trial.pt.	3.822
#40	randomi*ed.ab.	2.243
#41	placebo.ab.	2.660
#42	drug therapy.fs.	1.290
#43	randomly.ab.	2.650
#44	trial*.ab.	1.789
#45	"randomi* controlled trial*" .mp.	7.984
#46	RCT.mp	14
#47	#38 or #39 or #40 or #41 or #42 or #43 or #44 or #45 or #46	10.095
#48	MeSH descriptor: [Animals] explode all trees	7.439
#49	#48 not humans.sh.	7.438
#50	#47 not #49	10.030
#51	#14 and #37 and #50	166
TOTAL DE REGISTROS IDENTIFICADOS PARA AVALIAÇÃO: 166		

Base de dados bibliográfica:	EBSCO-CINAHL	**Data da última busca:**	28/04/2016
Acesso em:	https://search.ebscohost.com/login.asp	**Idioma da pesquisa:**	Todos
Período coberto pela busca:	1937 até Abril/2016	**Tempo estipulado:**	Todos os anos

Nº	**ESTRATÉGIA**
#1	TX (MM "Psychotherapy, Psychodynamic") OR (MH "Psychoanalytic Theory") OR "psychoanalytic" OR "psychodynamic psychotherap*" OR (MH "Psychoanalysis") OR "psychoanalysis" OR "interpersonal psychotherapy" OR "dynamic psychotherapy" OR luborsky OR hobson OR malan OR (mann N2 james) OR (mann N6 psychotherapy) OR davanloo OR "affect-focused"
#2	(MH "Randomized Controlled Trials") OR (MH "Clinical Trial Registry") OR (MH "Clinical Trials") OR "randomized clinical trial" OR trial OR randomly OR placebo OR "controlled clinical trial"
#3	(MM "Telepsychiatry") OR "distance counseling" OR (MH "Internet") OR (MH "World Wide Web") OR (MH "Online Services") OR (MH "Instant Messaging") OR (MH "Therapy, Computer Assisted") OR (MH "Online Systems") OR (MM "Telemedicine") OR (MM "Telehealth") OR (MH "Videoconferencing") OR (MH "Telecommunications") OR (MH "Teleconferencing") OR (MM "Remote Consultation") OR (MH "Computer Systems") OR (MH "Electronic Mail") OR ((technolog* N4 (distance OR internet* OR audiovisual OR online OR video OR remote)) OR (internet N2 (delivered OR supported OR based OR through OR assisted)) OR (computer N2 (delivered OR supported OR based OR through OR assisted)) OR "online therapy" OR "etherapy" OR skype OR facetime OR viber OR messenger OR facebook OR telemedicine OR telehealth OR telepsychology OR telepsychiatry OR OR telecommunicatio* OR realtime OR videoconferenc* OR "video-conferenc*" OR (web NEAR/2 (delivered OR supported OR based OR through OR assisted)) OR web OR technology OR online OR internet OR "teleconsultation" OR "audiovisual equipment" OR computer OR "teleconference" OR "remote consultation" OR "interactive-video" OR "video-mediated communication" OR "video-based" OR "videoconferencing-based" OR telephone OR phon* OR mobil* OR cellphon* OR " OR apps OR text* OR sms OR "short message service" OR smartphon*)
#4	#1 AND #2 AND #3

TOTAL DE REGISTROS IDENTIFICADOS PARA AVALIAÇÃO: 52

Base de dados bibliográfica:	EMBASE	**Data da última busca:**	29/04/2016
Acesso em:	https://www.embase.com/login	**Idioma da pesquisa:**	Todos
Período coberto pela busca:	1947 até Abril/2016	**Tempo estipulado:**	Todos os anos

Nº	**ESTRATÉGIA**	**RESULTADO**
#1	'psychodynamic psychotherapy'/exp OR 'psychodynamic psychotherap*' OR 'psycho dynamic' OR 'dynamic psychotherap*' OR 'psychoanalytic theory'/exp OR 'psychoanalytic* theory' OR 'psychoanalysis'/exp OR 'psychoanalysis' OR 'psychoanalytic* treatment' OR 'psychoanalytic* therap*' OR 'psycho analytic*' OR 'analytic psychotherapy' OR luborsky:ab OR hobson:ab OR malan:ab OR (mann NEAR/2 james):ab OR (mann NEAR/6 psychotherapy):ab OR davanloo:ab OR 'affect focused' OR 'interpersonal psychotherapy'	50.439
#2	technolog* NEAR/4 (distance OR internet* OR audiovisual OR online OR video OR remote) OR internet NEAR/2 (delivered OR supported OR based OR through OR assisted) OR computer NEAR/2 (delivered OR supported OR based OR through OR assisted) OR 'online near/2 therapy' OR 'e therapy' OR skype OR facetime OR 'face time' OR viber OR messenger OR facebook OR telemedicine OR 'tele medicine' OR telehealth OR 'tele health' OR telepsychology OR 'tele psychology' OR telepsychiatry OR 'tele psychiatry' OR telecommunication* OR 'tele communication*or' AND realtime OR 'real time' OR videoconferenc* OR 'video conferenc*' OR web NEAR/2 (delivered OR supported OR based OR through OR assisted) OR web:de,ab,ti OR technology:de,ab,ti OR online:de,ab,ti OR internet:de,ab,ti	833.654
#3	'internet'/exp OR 'online system'/exp OR 'teleconsultation'/exp OR 'telecommunication'/exp OR 'telehealth'/exp OR 'telemedicine'/exp OR 'telepsychiatry'/exp OR 'videoconferencing'/exp OR 'audiovisual equipment'/exp OR 'computer'/exp OR 'teleconference'/exp	338.841
#4	'mobile health' OR m?health OR blog* OR 'social media' OR www OR email* OR e?health OR telemental OR ict OR 'world wide web' OR 'virtual reality' OR 'augmented reality' OR vr OR ar	2.770.020
#5	(inform* OR communicat* OR interact*) NEAR/6 (computer* OR technolog* OR software)	120.715
#6	(health* OR treat* OR therap* OR intervention* OR assist* OR selfmanag* OR 'self manag*') NEAR/6 (computer* OR technolog* OR software)	849.711
#7	'remote consultation' OR 'interactive-video' OR 'video-mediated communication' OR 'video-based' OR 'videoconferencing-based' OR telephone* OR phone* OR mobile* OR cellphone* OR 'cell phone*' OR apps OR text* OR sms OR 'short message service' OR smartphone*	375.855
#8	#2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7	4.538.922
#9	'controlled clinical trial'/exp OR 'controlled clinical trial' OR 'randomized controlled trial'/exp OR 'randomized controlled trial'	633.155

Nº	ESTRATÉGIA	RESULTADO
#10	controlled:pt AND clinical:pt AND trial:pt OR 'randomized':ab OR placebo:ab OR trial*:ab OR 'randomi?ed controlled trial*'	1.343.178
#11	#10 OR #11	535.158
#12	'animal'/exp	21.722.118
#13	'human'/exp	17.057.449
#14	#12 NOT #13	4.664.669
#15	#11 NOT #14	526.636
#16	#1 AND #8 AND #15	212
TOTAL DE REGISTROS IDENTIFICADOS PARA AVALIAÇÃO: 212		

Base de dados bibliográfica:	PsycNET	**Data da última busca:**	27/04/2016
Acesso em:	http://psycnet.apa.org/	**Idioma da pesquisa:**	Todos
Período coberto pela busca:	1967 até Abril/2016	**Tempo estipulado:**	Todos os anos

Nº	ESTRATÉGIA
#1	Any Field : { Psychoanalysis} OR { Psychodynamic Psychotherapy} OR { Psychodynamics} OR { Freudian Psychoanalytic School} OR { Psychoanalytic Interpretation} OR { Psychoanalytic Theory} OR "psychodynamic psychotherapy" OR "psychoanalytic therapy" or "Psychoanalytic Psychotherapy" or "psychoanalytic theory" or "dynamic psychotherapy" OR "interpersonal psychotherapy" OR luborsky OR hobson OR malan OR mann OR davanloo or "affected-focused" *AND* Any Field : {Telecommunications Media} OR {Teleconferencing} OR {Telemedicine} OR {Computer Mediated Communication} OR {Computers} OR {Digital Video} OR {Online Therapy} OR {Skype} OR {Facetime} OR {Viber} OR {Messenger} OR {Telepsychology} OR {Telehealth} OR {Telemental} or telemental OR {Telepsychiatry} OR {E-therapy} OR {Real-time} OR {Videoconference} OR {Video-conference} OR {Videoconferencing} OR {Video-conferencing} OR {Webconference} OR {Web- conference} OR {Webconferencing} OR {Web-conferencing} OR (telemedicine or tele-medicine or telehealth or tele-health or ehealth or e-health or "mobile health" or mhealth or m-health or "virtual reality" or "augmented reality" or VR or AR or "remote consultation" or web-based or "interactive-video" or "video-mediated communication" or "video-based" or "videoconferencing-based" or telephone or phone or mobile or cellphone or cell-phone or apps or text or SMS or "short message service" or smartphone) *AND* Any Field : {Clinical Trials} OR {Randomized Clinical Trial} OR {Controlled Clinical Trial} OR {Controlled Trial} or randomized.ab. OR placebo.ab. OR drug therapy.fs. OR randomly.ab. OR trial.ab. OR randomised.ab.
TOTAL DE REGISTROS IDENTIFICADOS PARA AVALIAÇÃO: 20	

Base de dados bibliográfica: MEDLINE (Ovid)	**Data da última busca:** 29/04/2016
Acesso em: ovidsp.ovid.com/autologin.cgi	Idioma da pesquisa: Todos
Período coberto pela busca: 1946 até Abril/2016	**Tempo estipulado:** Todos os anos

Nº	**ESTRATÉGIA**	**RESULTADOS**
1	psychodynamic psychotherapy.mp. or exp *Psychotherapy, Psychodynamic/	732
2	exp *Psychoanalytic Therapy/ or Psychoanalytic Psychotherapy.mp. or exp *Psychoanalytic Theory/ or exp *Psychoanalysis/	49.513
3	dynamic psychotherapy.mp.	355
4	interpersonal psychotherapy.mp.	603
5	psychoanalysis.mp.	11.663
6	(luborksy or hobson or (malan adj2 david) or (malan adj2 psychotherapy) or davanloo or (mann adj2 james) or (mann adj2 psychotherapy)).mp.	115
7	(analytic or psycho-dynamic or psycho-analytic or affected-focused).mp.	27.677
8	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7	78.276
9	exp Adult/	6.008.390
10	8 and 9	27.173
11	exp Internet/	58.617
12	(Internet or web or blog* or "social media" or online or www or email* or e-mail*).tw.	117.315
13	exp Telecommunications/	70.429
14	(telemedicine or tele-medicine).tw.	6.219
15	(telehealth or tele-health).tw.	1.775
16	(ehealth or e-health).tw.	1.905
17	("mobile health" or mhealth or m-health).tw.	935
18	ICT.tw.	2.641
19	((inform* or communicat* or interact*) adj6 (computer* or technolog* or software)).tw.	27.989
20	((health* or treat* or therap* or intervention* or assist* or selfmanag* or self-manag*) adj6 (computer* or technolog* or software)).tw.	64.303
21	"world wide web".tw.	2.640
22	(virtual reality or augmented reality or VR or AR).tw.	37.229
23	(e-therapy or etherapy or skype or facetime or viber or messenger or facebook or telepsychology or tele-psychology or telepsychiatry or tele-psychiatry or telemental or tele-mental or real-time or videoconferenc* or video-conferenc* or web-based or webconferenc* or web-conferenc* or "Distance Counseling" or "Online Systems" or "Computer Systems" or "Remote Consultation" or "Computer Communication Networks" or "Videoconferencing").mp.	553.906
24	Distance Counseling.mp. or exp *Distance Counseling/	10
25	Online Therapy.mp.	33
26	Online System.mp. or exp Online Systems/	14.137
27	Computer System.mp. or exp Computer Systems/	151.119
28	Remote Consultation.mp. or exp *Remote Consultation/	3.968

Nº	ESTRATÉGIA	RESULTADOS
29	exp *Videoconferencing/	779
30	("interactive-video" or "video-mediated communication" or "video-based" or "videoconferencing-based").mp.	1.552
31	(telephone* or phone* or mobile* or cellphone* or cell-phone* or apps or text* or SMS or "short message service" or smartphone*).tw.	191.817
32	(internet-delivered or internet-based).mp.	5.089
33	or/11-32	1.050.550
34	randomized controlled trial.pt.	414.002
35	controlled clinical trial.pt.	90.566
36	randomized.ab.	311.005
37	placebo.ab.	157.860
38	drug therapy.fs.	1.850.002
39	randomly.ab.	219.773
40	trial?.mp.	1.258.094
41	"randomi* controlled trial*".mp.	535.968
42	or/33-40	2.818.874
43	exp animals/ not humans.sh.	4.232.607
44	41 not 42	2.527.723
45	10 and 33 and 44	208
TOTAL DE REGISTROS IDENTIFICADOS PARA AVALIAÇÃO: 208		

Base de dados bibliográfica:	MEDLINE (PubMED)	**Data da última busca:**	28/04/2016
Acesso em:	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed	Idioma da pesquisa:	Todos
Período coberto pela busca:	1946 até Abril/2016	**Tempo estipulado:**	Todos os anos

Nº	**ESTRATÉGIA**
1	(((((((("Psychotherapy, Psychodynamic"[Mesh]) OR "Psychoanalysis"[Mesh]) OR "Psychoanalytic Therapy"[Mesh]) OR "Psychoanalytic Theory"[Mesh]) OR "Psychoanalytic Interpretation"[Mesh]) OR (((((((davanloo) OR hobson) OR STPP) OR "mann *therapy") OR malan) OR ISTDP)) AND ((((dynamic[Text Word]) OR psychodynamic[Text Word]) OR analytic[Text Word]) OR psychoanalytic[Text Word]))))) OR ("psychoanalytic theory"[Text Word]) OR ("psychoanalytic"[Text Word]) OR ("psychodynamic psychotherap*"[Text Word]) OR ("psychoanalysis"[Text Word]) OR ("interpersonal psychotherapy"[Text Word]) OR ("dynamic psychotherapy"[Text Word]) OR (luborsky[Text Word] OR ("affect-focused"[Text Word])
2	((((((((((((((("Internet"[Mesh]) OR (((Internet[Text Word] OR web[Text Word] OR blog*[Text Word] OR "social media"[Text Word] OR online[Text Word] OR www[Text Word] OR email*[Text Word] OR e-mail*))) OR "Telecommunications"[Mesh]) OR (((telehealth OR tele-health) AND .tw.))) OR ICT.tw.) OR "world wide web" AND .tw.) OR (((telephone* OR phone* OR mobile* OR cellphone* OR apps OR text* OR SMS OR "short message service" OR smartphone*) AND .tw.))) OR ((((((health OR treat* OR psychotherap* OR intervention* OR assist* OR selfmanag* OR self-manag*) AND NEAR/6 AND (computer* OR technolog* OR software)) AND .tw.))))) OR (((((information OR communicat* OR interact*) AND NEAR/6 AND (computer* OR technolog* OR software)) AND .tw.)))) OR ((((mobile health OR mhealth OR m-health) AND .tw.)))) OR ((((ehealth OR e-health) AND .tw.)))) OR ((("Telemedicine"[Mesh]) OR ((telemedicine OR tele-medicine) AND .tw.)))) OR ((("virtual reality" OR "augmented reality" OR VR OR AR) AND .tw.))) OR ((((((((((((((((((((((((e-therapy) OR skype) OR facetime) OR viber) OR messenger) OR facebook) OR telepsychology) OR tele-psychology) OR telepsychiatry) OR tele-psychiatry) OR telemental) OR tele-mental) OR real-time) OR videoconferenc*) OR video-conferenc*) OR web-based) OR webconferenc*) OR web-conferenc*))))) OR ((((((((("Distance Counseling"[Mesh]) OR "Online Systems"[Mesh]) OR "Computer Systems"[Mesh]) OR "Remote Consultation"[Mesh]) OR "Computer Communication Networks"[Mesh]) OR "Videoconferencing"[Mesh]))))))))
3	((((((((((randomi* AND controlled trial) AND .pt.) OR (controlled clinical trial) AND .pt.) OR (((randomized OR randomised) AND .ab.))) OR placebo.ab.) OR (drug therapy) AND .fs.) OR randomly.ab.) OR (trial*) AND .ab.)) NOT ((exp animals/ NOT humans.sh.)))

TOTAL DE REGISTROS IDENTIFICADOS PARA AVALIAÇÃO: 36

Base de dados bibliográfica:	ScienceDirect	**Data da última busca:**	29/04/2016
Acesso em:	www.sciencedirect.com/	**Idioma da pesquisa:**	Todos
Período coberto pela busca:	1823 até Abril/2016	**Tempo estipulado:**	Todos os anos

Nº	**ESTRATÉGIA**
#1	("e-therapy" OR skype OR facetime OR viber OR messenger OR facebook OR telemedicine OR telehealth OR telepsychology OR telepsychiatry OR telecommunication OR telemental OR "real-time" OR videoconference OR videoconferencing OR "video-conference" OR "video-conferencing" OR "web-based videoconferencing" OR webconference OR webconferencing OR ehealth OR mhealth OR "internet-delivered" OR "internet-supported" OR "internet-based" OR "internet-assisted" OR "computer-delivered" OR "computer-supported" OR "computer-based" OR "computer-assisted" OR "online therapy") AND ("psychoanalytic theory" OR "psychoanalytic" OR "psychodynamic psychotherapy" OR "psychoanalysis" OR "interpersonal psychotherapy" OR "dynamic psychotherapy") AND ("randomized controlled trial" OR "controlled trial" OR trial OR randomly OR placebo OR "controlled clinical trial")[Journals(Medicine and Dentistry,Neuroscience,Nursing and Health Professions,Pharmacology, Toxicology and Pharmaceutical Science,Psychology,Social Sciences) [Journals(Medicine and Dentistry,Neuroscience,Nursing and Health Professions,Pharmacology, Toxicology and Pharmaceutical Science,Psychology,Social Sciences)].

TOTAL DE REGISTROS IDENTIFICADOS PARA AVALIAÇÃO: 246

Base de dados bibliográfica:	Scopus	**Data da última busca:**	28/04/2016
Acesso em:	www.scopus.com/	**Idioma da pesquisa:**	Todos
Período coberto pela busca:	1960 até Abril/2016	**Tempo estipulado:**	Todos os anos

Nº	**ESTRATÉGIA**
#1	TITLE-ABS-KEY("psychoanalytic theory" OR "psychoanalytic" OR "psychodynamic psychotherap*" OR "psychoanalysis" OR "interpersonal psychotherapy" OR "dynamic psychotherapy" OR luborsky OR hobson OR malan OR (james W/2 mann) OR (mann W/2 psychotherapy) OR davanloo OR "affect-focused") AND ("randomized clinical trial" OR trial OR randomly OR placebo OR "controlled clinical trial") AND ((etherapy OR skype OR facetime OR "face-time" OR viber OR messenger OR facebook OR telemedicine OR "tele-medicine" OR telehealth OR "tele-health" OR ehealth OR mhealth OR "telepsychology" OR "tele-psychology" OR "telepsychiatry" OR "tele-psychiatry" OR telecommunication* OR "tele-communication" OR realtime OR "real-time" OR videoconference OR videoconferencing OR "video-conference" OR "video-conferencing" OR "web-based videoconferencing" OR webconference OR webconferencing) OR (internet-delivered) OR (internet-supported) OR (internet-based) OR (internet-assisted) OR (computer-delivered) OR (computer-supported) OR (computer-based) OR (computer-assisted) OR (online therapy) OR (web W/2 delivered) OR (web W/2 supported) OR (web W/2 based) OR (web W/2 through) OR (web W/2 assisted) OR web OR technolog* OR online OR internet OR "teleconsultation" OR "audiovisual equipment" OR computer OR teleconference OR "remote consultation" OR "interactive-video" OR "video-mediated communication" OR "video-based" OR "videoconferencing-based" OR telephone OR phone OR mobile OR cellphone OR "cell-phone" OR apps OR text OR sms OR "short message service" OR smartphone)

TOTAL DE REGISTROS IDENTIFICADOS PARA AVALIAÇÃO: 122

Base de dados bibliográfica:	Web of Science	**Data da última busca:**	28/04/2016
Acesso em:	https://webofknowledge.com/	**Idioma da pesquisa:**	Todos
Período coberto pela busca:	1864 até Abril/2016	**Tempo estipulado:**	Todos os anos

Nº	**ESTRATÉGIA**
#1	TS=("psychodynamic psychotherap*" OR psychoanalytic* OR "dynamic psychotherap*" OR "psychoanalytic theory" OR "psychoanalysis" OR "psychoanalytic* treatment" OR "psychoanalytic* therap*" OR "psycho-analytic*" OR "analytic psychotherapy" OR luborsky OR hobson OR malan OR (mann NEAR/2 james) OR (mann NEAR/6 psychotherapy) OR davanloo OR "affect focused" OR "interpersonal psychotherapy")
	Tipo de documento=Todos os tipos de documentos; Idioma=todos os idiomas;
#2	TS=("controlled clinical trial" OR "randomized controlled trial" OR "randomized" OR "placebo" OR "trial*" OR "randomi?ed controlled trial*")
	Tipo de documento=Todos os tipos de documentos; Idioma=todos os idiomas;
#3	TS=(technolog* NEAR/4 (distance OR internet* OR audiovisual OR online OR video OR remote) OR internet NEAR/2 (delivered OR supported OR based OR through OR assisted) OR computer NEAR/2 (delivered OR supported OR based OR through OR assisted) OR "online near/2 therapy" OR "e-therapy" OR skype OR facetime OR "face-time" OR viber OR messenger OR facebook OR telemedicine OR "tele-medicine" OR telehealth OR "tele-health" OR telepsychology OR "tele-psychology" OR telepsychiatry OR "tele-psychiatry" OR telecommunication* OR "tele-communication" OR realtime OR "real-time" OR videoconferenc* OR "video-conferenc*" OR web NEAR/2 (delivered OR supported OR based OR through OR assisted) OR web OR technolog*OR online OR internetOR "teleconsultation" OR videoconferenc* OR "video-conferenc*" OR "audiovisual equipment" OR computer OR teleconference OR "remote consultation" OR "interactive-video" OR "video-mediated communication" OR "video-based" OR "videoconferencing-based" OR telephone* OR phone* OR mobile* OR cellphone* OR "cell-phone*" OR apps OR text* OR sms OR "short message service" OR smartphone*)
	Tipo de documento=Todos os tipos de documentos; Idioma=todos os idiomas;
#4	#1 AND #2 AND #3
	Tipo de documento=Todos os tipos de documentos; Idioma=todos os idiomas;

TOTAL DE REGISTROS IDENTIFICADOS PARA AVALIAÇÃO: 95

Artigos excluídos e motivos da exclusão após avaliação do texto completo

						CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE			
						VIDEOCONFERÊNCIA PELA INTERNET	PSICOTERAPIA BREVE PSICODINÂMICA	DEPRESSÃO	ECR
Bases de dados	**Origem da pesquisa**	**Autor[a]**	**Ano**	**Revista**	**Título[b]**	**Tecnologia Aplicada**	**Abordagem da Intervenção**	**Diagnóstico**	**Desenho do Estudo**
Web of Science	Estados Unidos	Aburizik et al.	2013	Journal of Affective Disorders	A pilot randomized controlled trial of a depression and disease management program delivered by phone	Telefone	1. Interpessoal SEM orientação psicodinâmica[c] + Ativação Comportamental	Depressão	ECR Piloto
EMBASE	Suécia	Andersson et al.	2012	Psychotherapy and Psychosomatics	Internet-based psychodynamic versus cognitive behavioral guided self-help for generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial	Programa de computador hospedado na internet	1. Psicodinâmica 2. Cognitiva Comportamental	Ansiedade	ECR
EMBASE	Estados Unidos	Beeber et al.	2013	Nursing Research	Parenting enhancement, interpersonal psychotherapy to reduce depression in low-income mothers of infants and toddlers: A randomized trial	Presencial (sem tecnologia)	1. Interpessoal SEM orientação psicodinâmica[c]	Depressão (sintomas depressivos)	ECR não controlado
EMBASE	Irã	Chavooshi, Mohammadkhani & Dolatshahee	2016	Psychotherapy and Psychosomatics	Efficacy of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for Medically Unexplained Pain: A Pilot Three-Armed Randomized Controlled Trial Comparison with Mindfulness-Based Stress Reduction	Presencial (sem tecnologia)	1. Breve Psicodinâmica	Dor Inespecífica	ECR Piloto
PubMED	Irã	Chavooshi, Mohammadkhani & Dolatshahee[d]	2016	Psychosomatics	Telemedicine vs. in-person delivery of intensive short-term dynamic psychotherapy for patients with medically unexplained pain: A 12-month randomized, controlled trial	Videoconferência pela internet (Skype)	1. Breve Psicodinâmica	Dor Inespecífica	ECR
Science Direct	Irã	Chavooshi, Mohammadkhani & Dolatshahee[d]	2016	Journal of Telemedicine and Telecare	A Randomized Double-Blind Controlled Trial Comparing Davanloo Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy as Internet-Delivered Vs Treatment as Usual for Medically Unexplained Pain: A 6-Month Pilot Study	Videoconferência pela internet (Skype)	1. Breve Psicodinâmica	Dor Inespecífica	ECR Piloto

LEGENDAS:

ECR = Ensaio Clínico Randomizado.

*ECR não controlado = Ensaio Clínico Randomizado sem grupo controle.

[a] Os autores estão dispostos em ordem alfabética.

[b] Todos os estudos possuem amostras de população adulta (> 18 anos).

[c] Abordagem interpessoal, por definição de Weissman e colaboradores, não é comportamental, nem é psicodinâmica (Stuart, 2006).

[d] As duas publicações se referem ao mesmo estudo.

[e] Texto em alemão. Obtido pelo COMUT e posteriormente traduzido.

[f] Optou-se por reunir os estudos brasileiros seguidamente.

Artigos excluídos e motivos da exclusão após avaliação do texto completo (continuação)

						CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE			
						VIDEOCONFERÊNCIA PELA INTERNET	PSICOTERAPIA BREVE PSICODINÂMICA	DEPRESSÃO	ECR
Bases de dados	**Origem da pesquisa**	**Autor[a]**	**Ano**	**Revista**	**Título[b]**	**Tecnologia Aplicada**	**Abordagem da Intervenção**	**Diagnóstico**	**Desenho do Estudo**
EMBASE	Suécia	Dagöö et al.	2014	Journal of Anxiety Disorders	Cognitive behavior therapy versus interpersonal psychotherapy for social anxiety disorder delivered via smartphone and computer: A randomized controlled trial	Programa de computador hospedado na internet	1. Interpessoal SEM orientação psicodinâmica[c] 2. Cognitivo Comportamental	Ansiedade	ECR
EMBASE	Canadá	Dennis et al.	2015	Archives of Women's Mental Health	A multi-site randomized controlled trial to evaluate the effect of telephone-based interpersonal psychotherapy by trained nurses for the treatment of postpartum depression	Telefone	1. Interpessoal SEM orientação psicodinâmica[c]	Depressão Puerperal	ECR
EMBASE	Alemanha	Dinger et al.	2014	Psychotherapy and Psychosomatics	Day-clinic and inpatient psychotherapy for depression (DIP-D): A randomized controlled pilot study in routine clinical care	Presencial (sem tecnologia)	1. Psicodinâmica + Psicodinâmica em Grupo+Terapias não-verbais+ trein. de competências sociais	Depressão	ECR Piloto
EMBASE	Austrália	Donker et al.	2013	Journal of Medical Internet Research	Internet-delivered interpersonal psychotherapy versus internet-delivered cognitive behavioral therapy for adults with depressive symptoms: randomized controlled noninferiority trial	Programa de computador hospedado na internet	1. Interpessoal SEM orientação psicodinâmica[c] 2. Cognitivo Comportamental	Depressão	ECR
PsycINFO	Austrália	Donkin et al	2013	Journal of Medical Internet Research	Rethinking the dose-response relationship between usage and outcome in an online intervention for depression: Randomized controlled trial	Programa de computador hospedado na internet	1. Cognitivo Comportamental	Depressão	ECR
Ovid MEDLINE	Estados Unidos	Graham et al.	2015	Nicotine & Tobacco Research	Internet and Telephone Treatment for smoking cessation: mediators and moderators of short-term abstinence	Programa de computador hospedado na internet	1. Aconselhamento para cessação de tabagismo	Tabagismo	ECR

LEGENDAS:

ECR = Ensaio Clínico Randomizado.

*ECR não controlado = Ensaio Clínico Randomizado sem grupo controle.

[a] Os autores estão dispostos em ordem alfabética.

[b] Todos os estudos possuem amostras de população adulta (> 18 anos).

[c] Abordagem interpessoal, por definição de Weissman e colaboradores, não é comportamental, nem é psicodinâmica (Stuart, 2006).

[d] As duas publicações se referem aos mesmo estudo.

[e] Texto em alemão. Obtido pelo COMUT e posteriormente traduzido.

[f] Optou-se por reunir os estudos brasileiros seguidamente.

Artigos excluídos e motivos da exclusão após avaliação do texto completo (continuação)

						CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE			
						VIDEOCONFERÊNCIA PELA INTERNET	PSICOTERAPIA BREVE PSICODINÂMICA	DEPRESSÃO	ECR
Bases de dados	**Origem da pesquisa**	**Autor[a]**	**Ano**	**Revista**	**Título[b]**	**Tecnologia Aplicada**	**Abordagem da Intervenção**	**Diagnóstico**	**Desenho do Estudo**
CINAHL	Estados Unidos	Greist, Osgood-Hynes, Baer & Marks	2000	Disease Management & Health Outcomes	Technology-Based Advances in the Management of Depression: Focus on the COPE[TM] Program	Programa de computador hospedado na internet	1. Cognitivo Comportamental	Depressão	Revisão de Literatura
EMBASE	Estados Unidos	Grote et al.	2015	Depression and Anxiety	Collaborative care for perinatal depression in socioeconomically disadvantaged women: a randomized trial	Telefone	1. Interpessoal SEM orientação psicodinâmica[c]	Depressão Puerperal	ECR
EMBASE	Suécia	Johansson et al.	2012	PLoS ONE	Psychodynamic guided self-help for adult depression through the internet: A randomised controlled trial	Programa de computador hospedado na internet	1. Psicodinâmica 2. Controle Ativo+Psicoeducação	Depressão	ECR
EMBASE	Suécia	Johansson et al.	2013	PeerJ	Affect-focused psychodynamic psychotherapy for depression and anxiety through the internet: A randomized controlled trial	Programa de computador hospedado na internet	1. Psicodinâmica 2. Lista de Espera	Depressão e Ansiedade	ECR
Cochrane	Austrália	Jones & McCabe	2013	The Journal of Sexual Medicine	The effectiveness of an Internet-based psychological treatment program for female sexual dysfunction	Programa de computador hospedado na internet	1. Cognitivo Comportamental	Sexual Dysfunction	ECR
Ovid MEDLINE	Holanda	Ketelaar et al.	2013	PLoS ONE	Effect of an E-mental health approach to workers' health surveillance versus control group on work functioning of hospital employees: a cluster-RCT	Programa de computador hospedado na internet	1. Cognitivo Comportamental	Sem diagnóstico específico	*cluster*-ECR

LEGENDAS:

ECR = Ensaio Clínico Randomizado.

*ECR não controlado = Ensaio Clínico Randomizado sem grupo controle.

[a] Os autores estão dispostos em ordem alfabética.

[b] Todos os estudos possuem amostras de população adulta (> 18 anos).

[c] Abordagem interpessoal, por definição de Weissman e colaboradores, não é comportamental, nem é psicodinâmica (Stuart, 2006).

[d] As duas publicações se referem ao mesmo estudo.

[e] Texto em alemão. Obtido pelo COMUT e posteriormente traduzido.

[f] Optou-se por reunir os estudos brasileiros seguidamente.

Artigos excluídos e motivos da exclusão após avaliação do texto completo (continuação)

						CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE			
						VIDEOCONFERÊNCIA PELA INTERNET	PSICOTERAPIA BREVE PSICODINÂMICA	DEPRESSÃO	ECR
Bases de dados	**Origem da pesquisa**	**Autor[a]**	**Ano**	**Revista**	**Título[b]**	**Tecnologia Aplicada**	**Abordagem da Intervenção**	**Diagnóstico**	**Desenho do Estudo**
EMBASE	Alemanha	Leichsenring et al.[e]	2009	Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie	SOPHO-NET - A research network on psychotherapy for social phobia	Presencial (sem tecnologia)	1. Psicodinâmica 2. Cognitivo Comportamental	Fobia Social	ECR
PsycINFO	Reino Unido	Lemma & Fonagy	2013	Psychoanalytic Psychology	Feasibility study of a psychodynamic online group intervention for depression	Fórum de Discussão pela internet	1. Psicodinâmica	Depressão	Estudo de Viabilidade
Web of Science	Estados Unidos	Miller & Weissman	2002	Depression and Anxiety	Interpersonal psychotherapy delivered over the telephone to recurrent depressives a pilot study	Telefone	1. Interpessoal SEM orientação psicodinâmica[c]	Depressão	ECR
EMBASE	Estados Unidos	Neugebauer et al.	2007	Depression and Anxiety	Preliminary open trial of interpersonal counseling for subsyndromal depression following miscarriage	Telefone	1. Interpessoal SEM orientação psicodinâmica[c]	Depressão	Protocolo de ECR
CINAHL	Estados Unidos	Ransom et al.	2008	Psychiatric Services	Telephone-delivered, interpersonal psychotherapy for HIV-infected rural persons with depression: a pilot trial	Telefone	1. Interpessoal SEM orientação psicodinâmica[c]	Depressão	ECR Piloto
PubMED	Austrália	Sawyer et al.	2014	BMC Pediatrics	An equivalence evaluation of a nurse-moderated group-based internet support program for new mothers versus standard care: a pragmatic preference randomised controlled trial	Mensagem Instântanea (chat)	1. Suportiva	Sem diagnóstico específico	ECR

LEGENDAS:

ECR = Ensaio Clínico Randomizado.

*ECR não controlado = Ensaio Clínico Randomizado sem grupo controle.

[a] Os autores estão dispostos em ordem alfabética.

[b] Todos os estudos possuem amostras de população adulta (> 18 anos).

[c] Abordagem interpessoal, por definição de Weissman e colaboradores, não é comportamental, nem é psicodinâmica (Stuart, 2006).

[d] As duas publicações se referem ao mesmo estudo.

[e] Texto em alemão. Obtido pelo COMUT e posteriormente traduzido.

[f] Optou-se por reunir os estudos brasileiros seguidamente.

Artigos excluídos e motivos da exclusão após avaliação do texto completo (continuação)

						CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE			
						VIDEOCONFERÊNCIA PELA INTERNET	PSICOTERAPIA BREVE PSICODINÂMICA	DEPRESSÃO	ECR
Bases de dados	**Origem da pesquisa**	**Autor[a]**	**Ano**	**Revista**	**Título[b]**	**Tecnologia Aplicada**	**Abordagem da Intervenção**	**Diagnóstico**	**Desenho do Estudo**
Science Direct	Holanda	van der Houwen et al.	2010	Behaviour Research and Therapy	The efficacy of a brief internet-based self-help intervention for the bereaved	Programa de computador hospedado na internet	1. Cognitivo Comportamental	Luto	ECR*
ESTUDOS BRASILEIROS ADICIONADOS MANUALMENTE[f]									
	Brasil	Donnamaria & Terzis	2011	Revista da SPAGESP	Experimentando o dispositivo terapêutico de grupo via internet: primeiras considerações de manejo e desafios éticos	Videoconferência pela internet	1. Psicodinâmica 2. Psicodinâmica Presencial	Sem diagnóstico específico	Estudo Qualitativo
	Brasil	Pieta, Siegmund, Gomes & Gauer	2015	Contextos Clínicos	Desenvolvimento de protocolos para acompanhamento de psicoterapia pela Internet	Videoconferência pela internet (Skype)	1. Psicodinâmica 2. Psicodinâmica Presencial de Longa Duração	Sem diagnóstico específico	Estudo Qualitativo e Quantitativo
	Brasil	Prado & Meyer	2006	Psicologia em Estudo	Avaliação da relação terapêutica na terapia assíncrona via internet	Fórum de discussão pela internet	Múltiplas	Sem diagnóstico específico	Estudo Qualitativo e Quantitativo
	Brasil	Rodrigues	2014	Tese não publicada em formato de artigo	Aliança terapêutica na psicoterapia breve online	Videoconferência pela internet (Skype)	1. Breve Psicodinâmica	Sem diagnóstico específico	Estudo Qualitativo
	Brasil	Siegmund, Nonohay & Gauer	2016	Temas em Psicologia	Ensaio de Usabilidade de uma Intervenção Psicoeducacional Computadorizada sobre Transtorno Obsessivo-Compulsivo	Programa de computador NÃO hospedado na internet	1. Psicoeducação	Transtorno Obssessivo-Compulsivo	Ensaio aberto

LEGENDAS:

ECR = Ensaio Clínico Randomizado.

*ECR não controlado = Ensaio Clínico Randomizado sem grupo controle.

[a] Os autores estão dispostos em ordem alfabética.

[b] Todos os estudos possuem amostras de população adulta (> 18 anos).

[c] Abordagem interpessoal, por definição de Weissman e colaboradores, não é comportamental, nem é psicodinâmica (Stuart, 2006).

[d] As duas publicações se referem aos mesmos estudos.

[e] Texto em alemão. Obtido pelo COMUT e posteriormente traduzido.

[f] Optou-se por reunir os estudos brasileiros seguidamente.

Apêndice H – Referências dos artigos excluídos após avaliação do texto completo

Aburizik, A., Dindo, L., Kaboli, P., Charlton, M., Klein, D., & Turvey, C. (2013). A pilot randomized controlled trial of a depression and disease management program delivered by phone. *Journal of Affective Disorders, 151*(2), 769-774. doi:10.1016/j.jad.2013.06.028

Andersson, G., Paxling, B., Roch-Norlund, P., Östman, G., Norgren, A., Almlöv, J., . . . Silverberg, F. (2012). Internet-Based Psychodynamic versus Cognitive Behavioral Guided Self-Help for Generalized Anxiety Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 81*(6), 344-355.

Beeber, L. S., Schwartz, T. A., Holditch-Davis, D., Canuso, R., Lewis, V., & Hall, H. W. (2013). Parenting enhancement, interpersonal psychotherapy to reduce depression in low-income mothers of infants and toddlers: A randomized trial. *Nursing Research, 62*(2), 82-90.

Chavooshi, B., Mohammadkhani, P., & Dolatshahee, B. (2016a). A Randomized Double-Blind Controlled Trial Comparing Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy as Internet-Delivered Versus Treatment as Usual for Medically Unexplained Pain: A Six-Month Pilot Study. *Psychosomatics*. doi:10.1016/j.psym.2016.01.001

Chavooshi, B., Mohammadkhani, P., & Dolatshahee, B. (2016b). Efficacy of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for Medically Unexplained Pain: A Pilot Three-Armed Randomized Controlled Trial Comparison with Mindfulness-Based Stress Reduction. *Psychotherapy and Psychosomatics, 85*(2), 123-125.

Chavooshi, B., Mohammadkhani, P., & Dolatshahee, B. (2016c). Telemedicine vs. in-person delivery of intensive short-term dynamic psychotherapy for patients with medically unexplained pain: A 12-month randomized, controlled trial. *Journal Of Telemedicine And Telecare*.

Dagöö, J., Asplund, R. P., Bsenko, H. A., Hjerling, S., Holmberg, A., Westh, S., . . . Andersson, G. (2014). Cognitive behavior therapy versus interpersonal psychotherapy for social anxiety disorder delivered via smartphone and computer: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders, 28*(4), 410-417.

Dennis, C. L., Ravitz, P., Grigoriadis, S., Jovellanos, M., Hodnett, E., Ross, L., & Zupancic, J. (2015). A multi-site randomized controlled trial to evaluate the effect of telephone-based interpersonal psychotherapy by trained nurses for the treatment of postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health, 18*(2), 288-289.

Dinger, U., Klipsch, O., Köhling, J., Ehrenthal, J. C., Nikendei, C., Herzog, W., & Schauenburg, H. (2014). Day-clinic and inpatient psychotherapy for depression (DIP-D): A randomized controlled pilot study in routine clinical care. *Psychotherapy and Psychosomatics, 83*(3), 194-195.

Donker, T., Bennett, K., Bennett, A., Mackinnon, A., van Straten, A., Cuijpers, P., . . . 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*(5), e82.

Donkin, L., Hickie, I. B., Christensen, H., Naismith, S. L., Neal, B., Cockayne, N. L., & Glozier, N. (2013). Rethinking the dose-response relationship between usage and outcome in an online intervention for depression: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research, 15*(10), 67-80. doi:10.2196/jmir.2771

Donnamaria, C. P., & Terzis, A. (2011). Experimentando o dispositivo terapêutico de grupo via internet: primeiras considerações de manejo e desafios éticos. *Revista da SPAGESP, 12*(2), 17-26.

Graham, A. L., Papandonatos, G. D., Cobb, C. O., Cobb, N. K., Niaura, R. S., Abrams, D. B., & Tinkelman, D. G. (2015). Internet and Telephone Treatment for smoking cessation: mediators and moderators of short-term abstinence. *Nicotine & Tobacco Research, 17*(3), 299-308. doi:http://dx.doi.org/10.1093/ntr/ntu144

Greist, J., Osgood-Hynes, D., Baer, L., & Marks, I. (2000). Technology-Based Advances in the Management of Depression: Focus on the COPE[TM] Program. *Disease Management & Health Outcomes, 7*(4), 193-200 198p.

Grote, N. K., Katon, W. J., Russo, J. E., Lohr, M. J., Curran, M., Galvin, E., & Carson, K. (2015). Collaborative care for perinatal depression in socioeconomically disadvantaged women: a randomized trial. *Depression and Anxiety, 32*(11), 821-834. doi:10.1002/da.22405

Johansson, R., Björklund, M., Hornborg, C., Karlsson, S., Hesser, H., Ljótsson, B. L., . . . Andersson, G. (2013). Affect-focused psychodynamic psychotherapy for depression and anxiety through the internet: A randomized controlled trial. *PeerJ, 2013*(1).

Johansson, R., Ekbladh, S., Hebert, A., Lindström, M., Möller, S., Petitt, E., . . . Andersson, G. (2012). Psychodynamic guided self-help for adult depression through the internet: A randomised controlled trial. *PLoS ONE, 7*(5). doi:10.1371/journal.pone.0038021

Jones, L. M., & McCabe, M. P. (2011). The effectiveness of an Internet-based psychological treatment program for female sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine, 8*(10), 2781-2792. Recuperado de http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clcentral/articles/607/CN-00810607/frame.html doi:10.1111/j.1743-6109.2011.02381.x

Ketelaar, S. M., Nieuwenhuijsen, K., Gartner, F. R., Bolier, L., Smeets, O., & Sluiter, J. K. (2013). Effect of an E-mental health approach to workers' health surveillance versus control group on work functioning of hospital employees: a

cluster-RCT. *PLoS ONE [Electronic Resource], 8*(9), e72546. doi:http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0072546

Leichsenring, F., Salzer, S., Beutel, M. E., Von Consbruch, K., Herpertz, S., Hiller, W., . . . Leibing, E. (2009). SOPHO-NET - A research network on psychotherapy for social phobia. *PPmP Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 59*(3-4), 117-123.

Lemma, A., & Fonagy, P. (2013). Feasibility study of a psychodynamic online group intervention for depression. *Psychoanalytic Psychology, 30*(3), 367-380. doi:10.1037/a0033239

Miller, L., & Weissman, M. (2002). Interpersonal psychotherapy delivered over the telephone to recurrent depressives. A pilot study. *Depression and Anxiety, 16*(3), 114-117. doi:10.1002/da.10047

Neugebauer, R., Kline, J., Bleiberg, K., Baxi, L., Markowitz, J. C., Rosing, M., . . . Keith, J. (2007). Preliminary open trial of interpersonal counseling for subsyndromal depression following miscarriage. *Depression and Anxiety, 24*(3), 219-222.

Pieta, M. A. M., Siegmund, G., Gomes, W. B., & Gauer, G. (2015). Desenvolvimento de protocolos para acompanhamento de psicoterapia pela Internet. *Contextos Clínicos, 8*(2). doi:http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/ctc.2015.82.02

Prado, O. Z., & Meyer, S. B. (2006). Avaliação da relação terapêutica na terapia assíncrona via internet. *Psicologia em Estudo, 11*(2), 247-257.

Ransom, D., Heckman, T. G., Anderson, T., Garske, J., Holroyd, K., & Basta, T. (2008). Telephone-delivered, interpersonal psychotherapy for HIV-infected rural persons with depression: a pilot trial. *Psychiatric Services, 59*(8), 871-877 877p.

Rodrigues, C. G. (2014). *Aliança terapêutica na psicoterapia breve online.* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília – UnB, Brasília, Brasil). Recuperado de http://repositorio.unb.br/handle/10482/16596

Sawyer, A. C., Lynch, J., Bowering, K., Jeffs, D., Clark, J., Mpundu-Kaambwa, C., & Sawyer, M. G. (2014). An equivalence evaluation of a nurse-moderated group-based internet support program for new mothers versus standard care: a pragmatic preference randomised controlled trial. *BMC Pediatrics, 14*, 119. doi:10.1186/1471-2431-14-119

Siegmund, G., Nonohay, R. G. d., & Gauer, G. (2016). Ensaio de usabilidade de uma intervenção psicoeducacional computadorizada sobre transtorno obsessivo-compulsivo. *Temas em Psicologia, 24*(1), 261-276. doi:10.9788/TP2016.1-18

van der Houwen, K., Schut, H., van den Bout, J., Stroebe, M., & Stroebe, W. (2010). The efficacy of a brief internet-based self-help intervention for the bereaved.

Behaviour Research and Therapy, 48(5), 359-367. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2009.12.009

Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

DETALHAR NOTIFICAÇÃO

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

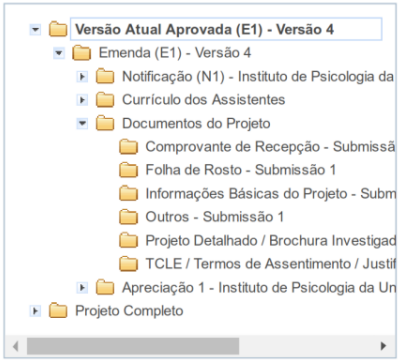
Título da Pesquisa: A EFETIVIDADE DA PSICOTERAPIA BREVE OPERACIONALIZADA ONLINE: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO.
Pesquisador Responsável: Cláudia Catão Alves Siqueira
Área Temática:
Versão: 4
CAAE: 40796215.3.0000.5561
Submetido em: 16/09/2015
Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Comprovante de Recepção: PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_593186

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório de Início do Projeto
Detalhe:
Justificativa: Segue, em anexo, a Notificação de Comunicação de Início do Projeto de Pesquisa, A Efetividade da Psicoterapia Breve Operacionalizada. Att.,
Data do Envio: 29/10/2015
Situação da Notificação: Notificação aceita

DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA



Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações

HISTÓRICO DE TRÂMITES

Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
N1	16/11/2015 16:35:40	Aceitação do PP	4	Secretária	PESQUISADOR	Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo	
N1	29/10/2015 10:30:35	Notificação enviada	4	Pesquisador	PESQUISADOR	Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo	Segue, em anexo, a Notificação de Comunicação de I Ver mais >>

Anexo B – Exemplo de alerta semanal enviado pela base de dados PubMED

From: My NCBI <efback@ncbi.nlm.nih.gov>
Date: 17 October 2016 09:41:39 GMT-2
To: claudiacatao@usp.br
Subject: What's new for '((((((((((((((((((((((((((e-therapy) OR skype) OR facetime) OR viber) OR messenger) OR facebook) OR telemedicine) OR telehealth) OR telepsychology) OR telepsychiatry) OR telecommunication) OR telemental) OR real-time) OR videoconference) OR videoconferencing) OR video-conference) OR video-conferencing) OR web-based videoconferencing) OR webconference) OR webconferencing)) OR (((((((((("Distance Counseling"[Mesh]) OR "Internet"[Mesh]) OR "Online Systems"[Mesh]) OR "Computer Systems"[Mesh]) OR "Remote Consultation"[Mesh]) OR "Telecommunications"[Mesh]) OR "Computer Communication Networks"[Mesh]) OR "Telemedicine"[Mesh]) OR "Videoconferencing"[Mesh])))) AND ((((((((((brief psychotherapy) OR brief psychoanalytic psychotherapy) OR brief psychodynamic psychotherapy) OR short-term psychotherapy) OR short-term psychodynamic psychotherapy) OR short-term psychoanalytic psychotherapy) OR short psychotherapy) OR short psychodynamic psychothe...' in PubMed
Reply-To: claudiacatao@usp.br

This message contains My NCBI what's new results from the National Center for Biotechnology Information (NCBI) at the U.S. National Library of Medicine (NLM).
Do not reply directly to this message.

Sender's message:

Sent on Monday, 2016 October 17
Search: **((((((((((((((((((((((((((e-therapy) OR skype) OR facetime) OR viber) OR messenger) OR facebook) OR telemedicine) OR telehealth) OR telepsychology) OR telepsychiatry) OR telecommunication) OR telemental) OR real-time) OR videoconference) OR videoconferencing) OR video-conference) OR video-conferencing) OR web-based videoconferencing) OR webconference) OR webconferencing)) OR (((((((((("Distance Counseling"[Mesh]) OR "Internet"[Mesh]) OR "Online Systems"[Mesh]) OR "Computer Systems"[Mesh]) OR "Remote Consultation"[Mesh]) OR "Telecommunications"[Mesh]) OR "Computer Communication Networks"[Mesh]) OR "Telemedicine"[Mesh]) OR "Videoconferencing"[Mesh])))) AND ((((((((((brief psychotherapy) OR brief psychoanalytic psychotherapy) OR brief psychodynamic psychotherapy) OR short-term psychotherapy) OR short-term psychodynamic psychotherapy) OR short-term psychoanalytic psychotherapy) OR short psychotherapy) OR short psychodynamic psychotherapy) OR short psychoanalytic psychotherapy)) OR ((((("Psychotherapy, Brief"[Mesh]) OR "Psychoanalytic Therapy"[Mesh]) OR "Psychotherapy, Psychodynamic"[Mesh]) OR "Psychotherapeutic Processes"[Mesh]))**

View complete results in PubMed (results may change over time).

Edit saved search settings, or unsubscribe from these e-mail updates.

PubMed Results

Item 1 of 1

1. Diabetes telemonitoring reduces the risk of hypoglycaemia during Ramadan: a pilot randomized controlled study.

   Lee JY, Lee SW, Nasir NH, How S, Tan CS, Wong CP.

   Diabet Med. 2015 Dec;32(12):1658-61. doi: 10.1111/dme.12836.

   PMID: 26103794 [PubMed - indexed for MEDLINE]

   Similar articles

Anexo C – Ficha de extração de dados (Cochrane Collaboration)

Study ID *(surname of first author and year first full report of study was published*

Report IDs of other reports of this study *(e.g. duplicate publications, follow-up studies)*

Notes:

General Information

Date form completed *(dd/mm/yyyy)*	
Name/ID of person extracting data	
Report title *(title of paper/ abstract/ report that data are extracted from)*	
Report ID *(ID for this paper/ abstract/ report)*	
Reference details	
Report author contact details	
Publication type *(e.g. full report, abstract, letter)*	
Study funding sources *(including role of funders)*	
Possible conflicts of interest *(for study authors)*	
Notes:	

Study Eligibility

Study Characteristics	**Eligibility sriteria** *(Insert eligibility criteria for each characteristic as defined in the Protocol)*	Yes	No	Unclear	**Location in text** *(pg &¶/fig/table)*
Type of study	Randomised Controlled Trial	☐	☐	☐	
	Controlled Clinical Trial *(quasi-randomised trial)*	☐	☐	☐	
Participants		☐	☐	☐	
Types of intervention		☐	☐	☐	
Types of outcome measures		☐	☐	☐	
INCLUDE ☐ **EXCLUDE** ☐					
Reason for exclusion					
Notes:					

DO NOT PROCEED IF STUDY EXCLUDED FROM REVIEW

Population and setting

	Description *Include comparative information for each group (i.e. intervention and controls) if available*	**Location in text** *(pg & ¶/fig/table)*
Population description *(from which study participants are drawn)*		
Setting *(including location and social context)*		
Inclusion criteria		
Exclusion criteria		
Method/s of recruitment of participants		
Informed consent obtained	☐ Yes ☐ No ☐ Unclear	
Notes:		

Methods

	Descriptions as stated in report/paper	**Location in text** *(pg & ¶/fig/table)*
Aim of study		
Design *(e.g. parallel, crossover, cluster)*		
Unit of allocation *(by individuals, cluster/ groups or body parts)*		
Start date		
End date		
Total study duration		
Ethical approval needed/ obtained for study	☐ Yes ☐ No ☐ Unclear	
Notes:		

Risk of Bias assessment

See Chapter 8 of the Cochrane Handbook

Domain	**Risk of bias** Low risk ☐	High risk ☐	Unclear ☐	**Support for judgement**	**Location in text** *(pg & ¶/fig/table)*
Random sequence generation *(selection bias)*	☐	☐	☐		
Allocation concealment *(selection bias)*	☐	☐	☐		
Blinding of participants and personnel *(performance bias)*	☐	☐	☐	**Outcome group: All/**	
(if required)	☐	☐	☐	**Outcome group:**	
Blinding of outcome assessment *(detection bias)*	☐	☐	☐	**Outcome group: All/**	
(if required)	☐	☐	☐	**Outcome group:**	
Incomplete outcome data *(attrition bias)*	☐	☐	☐		
Selective outcome reporting? *(reporting bias)*	☐	☐	☐		
Other bias	☐	☐	☐		
Notes:					

Participants

Provide overall data and, if available, comparative data for each intervention or comparison group.

	Description as stated in report/paper	**Location in text** (*pg & ¶/fig/table)*
Total no. randomised *(or total pop. at start of study for NRCTs)*		
Clusters *(if applicable, no., type, no. people per cluster)*		
Baseline imbalances		
Withdrawals and exclusions *(if not provided below by outcome)*		
Age		
Sex		
Race/Ethnicity		
Severity of illness		
Co-morbidities		
Other treatment received *(additional to study intervention)*		
Other relevant sociodemographics		
Subgroups measured		
Subgroups reported		
Notes:		

Intervention groups

Copy and paste table for each intervention and comparison group

Intervention Group 1

	Description as stated in report/paper	**Location in text** *(pg & ¶/fig/table)*
Group name		
No. randomised to group *(specify whether no. people or clusters)*		
Theoretical basis *(include key references)*		
Description *(include sufficient detail for replication, e.g. content, dose, components)*		
Duration of treatment period		
Timing *(e.g. frequency, duration of each episode)*		
Delivery *(e.g. mechanism, medium, intensity, fidelity)*		
Providers *(e.g. no., profession, training, ethnicity etc. if relevant)*		
Co-interventions		
Economic variables *(i.e. intervention cost, changes in other costs as result of intervention)*		
Resource requirements to replicate intervention *(e.g. staff numbers, cold chain, equipment)*		
Notes:		

Outcomes

Copy and paste table for each outcome.

Outcome 1

	Description as stated in report/paper	**Location in text** *(pg & ¶/fig/table)*
Outcome name		
Time points measured		
Time points reported		
Outcome definition *(with diagnostic criteria if relevant)*		
Person measuring/reporting		
Unit of measurement *(if relevant)*		
Scales: upper and lower limits *(indicate whether high or low score is good)*		
Is outcome/tool validated?	☐ Yes ☐ No ☐ Unclear	
Imputation of missing data *(e.g. assumptions made for ITT analysis)*		
Assumed risk estimate (*e.g. baseline or population risk noted in Background)*		
Power		
Notes:		

Results

Copy and paste the appropriate table for each outcome, including additional tables for each time point and subgroup as required.

Dichotomous outcome

	Description as stated in report/paper				**Location in text** *(pg & ¶/fig/table)*
Comparison					
Outcome					
Subgroup					
Timepoint *(specify whether from start or end of intervention)*					
Results	**Intervention**		**Comparison**		
	No. events	No. participants	No. events	No. participants	
No. missing participants and reasons					
No. participants moved from other group and reasons					
Any other results reported					
Unit of analysis *(by individuals, cluster/groups or body parts)*					
Statistical methods used and appropriateness of these methods *(e.g. adjustment for correlation)*					
Reanalysis required? *(specify)*	☐ Yes ☐ No ☐ Unclear				
Reanalysis possible?	☐ Yes ☐ No ☐ Unclear				
Reanalysed results					
Notes:					

Continuous outcome

	Description as stated in report/paper						**Location in text** *(pg & ¶/fig/table)*
Comparison							
Outcome							
Subgroup							
Timepoint *(specify whether from start or end of intervention)*							
Post-intervention or change from baseline?							
Results	**Intervention**			**Comparison**			
	Mean	SD (or other variance)	No. participants	Mean	SD (or other variance)	No. participants	
No. missing participants and reasons							
No. participants moved from other group and reasons							
Any other results reported							
Unit of analysis *(individuals, cluster/ groups or body parts)*							
Statistical methods used and appropriateness of these methods *(e.g. adjustment for correlation)*							
Reanalysis required? *(specify)*	☐ Yes ☐ No ☐ Unclear						
Reanalysis possible?	☐ Yes ☐ No ☐ Unclear						
Reanalysed results							
Notes:							

Other outcome

	Description as stated in report/paper				**Location in text** *(pg & ¶/fig/table)*
Comparison					
Outcome					
Subgroup					
Timepoint *(specify whether from start or end of intervention)*					
Results	Intervention result	SD (or other variance)	Control result	SD (or other variance)	
	Overall results		SE (or other variance)		
No. participants	Intervention		Control		
No. missing participants and reasons					
No. participants moved from other group and reasons					
Any other results reported					
Unit of analysis *(by individuals, cluster/groups or body parts)*					
Statistical methods used and appropriateness of these methods					
Reanalysis required? *(specify)*	☐ Yes ☐ No ☐ Unclear				
Reanalysis possible?	☐ Yes ☐ No ☐ Unclear				
Reanalysed results					
Notes:					

Applicability

Have important populations been excluded from the study? *(consider disadvantaged populations, and possible differences in the intervention effect)*	☐ Yes ☐ No ☐ Unclear	
Is the intervention likely to be aimed at disadvantaged groups? *(e.g .lower socioeconomic groups)*	☐ Yes ☐ No ☐ Unclear	
Does the study directly address the review question? *(any issues of partial or indirect applicability)*	☐ Yes ☐ No ☐ Unclear	
Notes:		

Other information

	Description as stated in report/paper	**Location in text** *(pg & ¶/fig/table)*
Key conclusions of study authors		
References to other relevant studies		
Correspondence required for further study information *(from whom, what and when)*		
Notes:		