

Linhas de Orientação para a Prestação de Serviços de Psicologia Mediados por Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC)

Proposta do Grupo de Trabalho em Psicologia e eHealth da Ordem dos Psicólogos Portugueses

Renato Gomes Carvalho (CP 111) (Coord.)

Ana Dias da Fonseca (CP 12369)

Artemisa Rocha Dores (CP 1610)

Cristina Mendes Santos (CP 13914)

João Batista (CP 9466)

João Salgado (CP 4956)

Marlene Sousa (CP 11344)

Porto, 2019

Sumário Executivo

O surgimento de múltiplas ferramentas digitais e a possibilidade de prestação de serviços de psicologia mediados por tecnologias da informação e da comunicação (TIC) contribuíram para uma transformação do panorama da prestação de cuidados de saúde. A Organização Mundial de Saúde (2005) define eHealth como a utilização rentável e segura das TIC para apoiar os diferentes aspetos relacionados com os cuidados de saúde, incluindo os serviços de saúde, a vigilância, a educação, bem como o conhecimento e a investigação. Assumindo que as/os psicólogas/os e a psicologia como ciência e profissão têm um papel relevante no domínio da eHealth e que, por isso, importa discutir a prática neste domínio e promover a excelência profissional, a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) apresenta, neste documento, um enquadramento e um conjunto de Linhas de Orientação para a Prática Profissional (LOPP) das/os psicólogas/os que prestem serviços de psicologia mediados por TIC. Estas LOPP resultam da ação do Grupo de Trabalho da OPP em Psicologia e eHealth e correspondem a um conjunto de recomendações para a conduta profissional nesta área, tendo como objetivo promover o desenvolvimento da profissão, o autocuidado das/os profissionais e a prestação de serviços de elevada qualidade à comunidade.

As presentes LOPP foram desenvolvidas tendo por base o princípio geral de que a natureza do contexto de intervenção (presencial ou online, síncrono ou assíncrono) não altera a obrigatoriedade de cumprimento dos princípios e orientações éticas da profissão, pelo que, também no domínio da eHealth, as/os psicólogas/os devem respeitar o Código Deontológico da OPP. Num plano específico, as LOPP assinalam a importância do conhecimento e da competência das/os psicólogas/os na utilização de TIC e abordam as questões relacionadas com a identificação da/o psicóloga/o e da/o cliente, com a integridade e os limites da relação, e com o consentimento informado em serviços de psicologia mediados por TIC. São também exploradas as questões de confidencialidade e de segurança de dados que derivam da utilização de TIC na intervenção, assim como aspetos legais e de jurisdição. Considerando os múltiplos contextos de ação das/os psicólogas/os, são ainda apresentadas recomendações relativas à avaliação psicológica, à intervenção com populações específicas, à participação das/os psicólogas/os no desenvolvimento de ferramentas digitais, à intervenção em crise e à investigação. Relativamente a estas duas últimas dimensões, são apresentadas LOPP mais específicas em anexo. É também apresentado em anexo um resumo do conteúdo de cada uma das dimensões que caracterizam estas LOPP.

Índice

Introdução	4
Serviços de Psicologia Mediados por TIC.....	6
Enquadramento das Linhas de Orientação.....	11
Princípios Gerais	15
Linhas de Orientação para a Prática Profissional	16
Cumprimento dos Princípios Éticos e Deontológicos da Profissão	16
Conhecimento e Competência	16
Identificação da/o Psicóloga/o e da/o Cliente	17
Integridade e Limites da Relação	18
Consentimento Informado	18
Confidencialidade e Segurança no Registo e Transmissão de Dados.....	20
Aspetos Legais e de Jurisdição	22
Avaliação Psicológica	23
Investigação.....	24
Intervenção em Situações de Crise e Catástrofe	24
Intervenção com Populações Específicas	25
Desenvolvimento de Ferramentas Digitais de Intervenção	25
ANEXO A - Linhas de Orientação Específicas para a Realização e Relato de Investigação em Psicologia e eHealth.....	27
ANEXO B - Linhas de Orientação Específicas para a Intervenção em Situações de Crise .	35
ANEXO C - Resumo de Conteúdo das LOPP*	37
Referências	40

Introdução

A inovação tecnológica e a revolução digital que estamos a viver no mundo contemporâneo abriram possibilidades em vários domínios sociais, económicos e profissionais, com implicações importantes para a intervenção profissional e para a própria organização das profissões. A intensidade e a rapidez das transformações que se estão a verificar com a digitalização fazem com que as pessoas tenham hoje acesso a produtos e serviços diversificados, e em muitos casos personalizados, incluindo na área dos cuidados de saúde e da psicologia. Com efeito, o aparecimento de múltiplas ferramentas digitais e a possibilidade de prestação de serviços de psicologia mediados por tecnologias da informação e da comunicação (TIC) contribuíram para uma transformação do panorama da prestação de cuidados de saúde psicológica, numa trajetória que se intensificará nos próximos anos.

A **área da eHealth** tem sofrido uma crescente expansão nos últimos anos. Apesar de muitas definições terem sido propostas, não existe ainda uma que reúna totalmente o consenso, ou que indique de modo claro o que pode ser incluído ou excluído do seu âmbito (Showell & Nohr, 2012). Numa revisão sistemática da literatura sobre este tópico, Oh, Rizo, Enkin e Jadad (2005) concluíram que a ausência de uma definição consensual de eHealth tem subjacente a compreensão tácita do seu significado, embora a existência de uma definição universal seja apontada como uma necessidade para melhorar a comunicação entre os muitos interlocutores que utilizam este tipo de ferramentas. Em 2001, Eysenbach propõe uma definição do conceito de eHealth, definindo-o como um campo emergente da interseção entre os campos da informática médica, da saúde pública e do negócio/comércio, que inclui os serviços e informações de saúde fornecidos ou facilitados através da internet e tecnologias relacionadas (G. Eysenbach, 2001). Em 2005, a Organização Mundial de Saúde definiu eHealth como a utilização rentável e segura das TIC para apoiar os diferentes aspetos relacionados com os cuidados de saúde, incluindo os serviços de saúde, a vigilância, a educação, bem como o conhecimento e a investigação (WHO, 2005). De forma geral, as diferentes definições de eHealth apontam para a utilização da tecnologia – nomeadamente as TIC, que são uma combinação de tecnologias da informação (e.g., computadores e dispositivos relacionados) com as telecomunicações digitais (que incluem, por exemplo, os telefones, a internet, e outros dispositivos de rede) – para a prestação de cuidados em saúde.

A inovação tecnológica possibilita um acesso mais efetivo a serviços de saúde, incluindo de psicologia, sobretudo no caso de clientes que se encontrem limitados por questões de localização geográfica, condição física, restrições financeiras ou outras

barreiras. Não obstante, as vantagens da sua utilização não se esgotam na conveniência geográfica ou nas circunstâncias instrumentais; o recurso às TIC não é apenas uma forma de compensar potenciais limitações nem está circunscrito à sua utilização de forma complementar. A evolução do conhecimento, da investigação e, mais especificamente, dos estudos de custo-efetividade das intervenções em psicologia e na saúde tem levado à discussão sobre a amplitude do seu papel no quadro da prestação de cuidados de saúde e de saúde psicológica, quer em termos das suas potencialidades, quer das suas possíveis limitações e riscos, sobretudo em determinados quadros clínicos. Em suma, o debate científico e profissional não está somente colocado ao nível da utilidade e conveniência das tecnologias para suprir determinadas situações específicas, mas remete também para a definição do papel transversal que as tecnologias podem ter na prestação de serviços, não como exceção ou alternativa de recurso, mas como fazendo parte integrante e natural dos mesmos.

Reconhecendo que, por um lado, a transformação tecnológica trouxe formas de intervenção e ferramentas que devem ser colocadas ao serviço das pessoas e do desenvolvimento da sociedade, e que, por outro lado, importa discutir o impacto na prática profissional e mitigar potenciais riscos, a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) tem desenvolvido um conjunto de iniciativas neste domínio. Além da produção de informação e de criação de espaços de debate sobre o papel das tecnologias na prática profissional das/os psicólogas/os, de colaboração com instituições e integração em equipas de trabalho sobre este tema no âmbito da interface entre associações profissionais europeias e mundiais (e.g., Federação Europeia das Associações de Psicólogos, American Psychological Association), a OPP constituiu um **Grupo de Trabalho em Psicologia e eHealth**, cuja missão envolveu a discussão sobre a intervenção psicológica mediada por TIC e a definição de linhas de orientação para a prática profissional das/os psicólogas/os que recorram a TIC na sua intervenção.

No presente documento, são apresentados um enquadramento conceptual e um conjunto de Linhas de Orientação para a Prática Profissional (LOPP) das/os psicólogas/os que intervenham ou prestem serviços de psicologia mediados por TIC. Face a algumas especificidades, nomeadamente relativas à investigação e à intervenção em situações de crise e de emergência clínica, são também providenciadas linhas de orientação mais adaptadas (em anexo).

Serviços de Psicologia Mediados por TIC

A utilização da eHealth no contexto da Psicologia tem sido alvo de interesse e de investigação crescentes, apesar de esta área sofrer, tal como o campo mais vasto da eHealth, de escassez de padrões definidos, bem como de pouca sistematização de metodologias e conceitos (Barak, Klein, & Proudfoot, 2009). Neste contexto, a utilização das TIC para prestar serviços de psicologia tem sido designada por diferentes terminologias, como, por exemplo, eMental health, telepsicologia, ciberterapia, e-terapia, intervenções mediadas pelo computador/pela web, terapia/aconselhamento online, entre outros. Estes conceitos têm sido utilizados como sinónimos e de forma indiferenciada para designar o campo mais vasto de utilização da eHealth no contexto da Psicologia, apesar de alguns destes termos representarem apenas subcampos ou ferramentas específicas.

Neste documento, utilizaremos a designação mais vasta de **Serviços de Psicologia Mediados por TIC**, para descrever o recurso às TIC para prestar serviços de Psicologia, sendo que, como apresentado na Figura 1, são distinguidas as ferramentas disponíveis no âmbito das diferentes modalidades de intervenção.

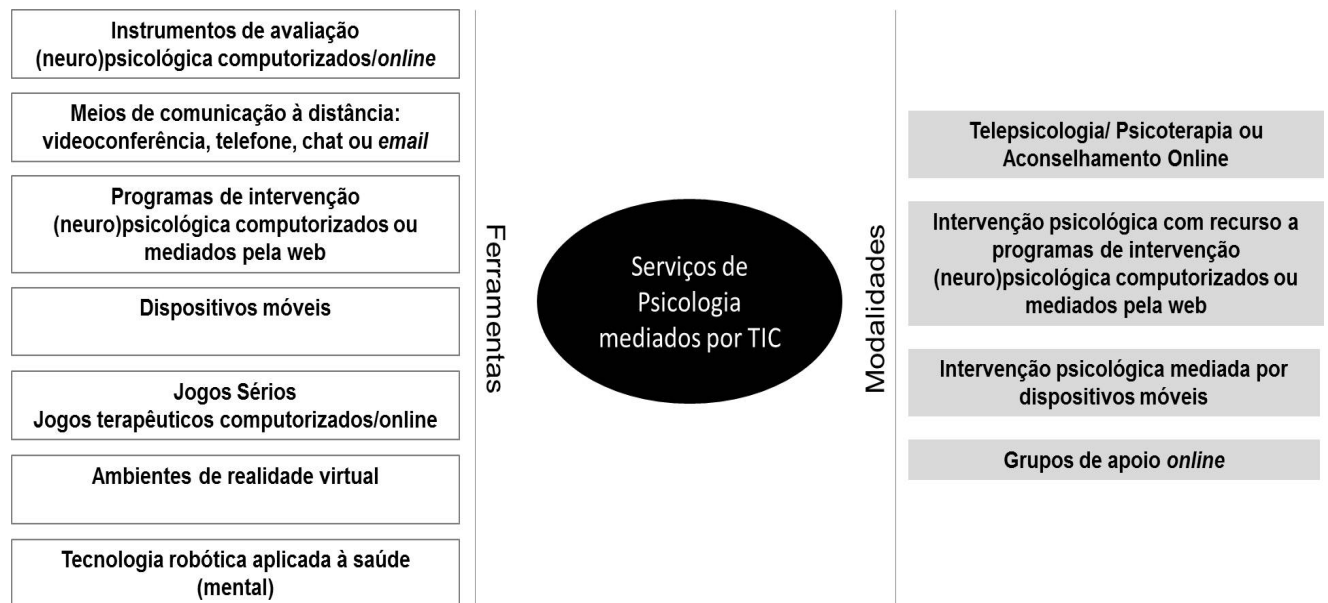


Figura 1. Serviços de psicologia mediados por TIC: ferramentas e modalidades de intervenção.

Assim, de forma geral, os serviços de psicologia mediados por TIC podem incluir diferentes tipos de *ferramentas*:

1. Instrumentos de avaliação (neuro)psicológica computadorizados/online

São instrumentos de avaliação (neuro)psicológica administrados com recurso a um *software*, que pode ou não estar disponível online (administração online vs. administração computadorizada, respetivamente) (Barak & English, 2002; Green, 1991). Alguns dos instrumentos de avaliação (neuro)psicológica administrados de forma computadorizada/online são uma adaptação da mesma versão do instrumento em formato “papel-e-lápis”, enquanto outros são originalmente desenvolvidos neste formato de administração. Independentemente da forma como são aplicados, as propriedades psicométricas dos instrumentos devem ser previamente estabelecidas (Ritterband, Andersson, Christensen, Carlbring, & Cuijpers, 2006). Existe ainda um outro formato de administração – *Teste Adaptado Computorizado* (CAT), que é uma abordagem para a avaliação que adapta a administração do teste às características do utilizador, selecionando os itens do teste (em termos de dificuldade e número de itens) de acordo com um determinado critério de seleção e considerando as respostas anteriores do utilizador. Neste caso, o utilizador não responde a todos os itens do instrumento, tornando o processo de avaliação mais eficiente e preciso (Segall, 2005).

2. Meios de comunicação à distância: videoconferência, telefone, chat ou email

O fornecimento de serviços de psicologia pode ser realizado através de meios tecnológicos de informação e comunicação, nomeadamente videoconferência, telefone, email ou mensagens instantâneas (*chat*), permitindo a comunicação remota (ou à distância) entre psicólogos/os e as/os suas/seus clientes. Esta comunicação pode ocorrer de forma síncrona (com as partes – terapeuta e cliente – a comunicar em tempo real; e.g., videoconferência, telefone) ou assíncrona (e.g., email, *chat*). Podem ainda ser combinados diferentes meios tecnológicos (e.g., videoconferência e email), com diferentes propósitos.

3. Programas de intervenção (neuro)psicológica computadorizados ou mediados pela web

Estes programas de intervenção (neuro)psicológica são operacionalizados e programados para o formato computadorizado (se acessível offline) ou online (Mohr, Burns, Schueller, Clarke, & Klinkman, 2013). Os programas de intervenção psicológica têm habitualmente como objetivos: 1) promover o conhecimento, a consciência e a compreensão acerca de uma situação ou problema específicos (e.g., condição de saúde

física ou mental) – quando esse é o objetivo principal, estamos perante intervenções de natureza educativa; e/ou 2) potenciar a mudança terapêutica no utilizador (e.g., a nível cognitivo, emocional e/ou comportamental) (Barak et al., 2009). Estes programas incluem habitualmente as seguintes componentes: a) informação didática; b) opções multimédia (e.g., figuras/gráficos, animações, vídeos); c) ferramentas interativas (apoiam a aprendizagem do conteúdo através de experiências interativas, como ferramentas de autoavaliação e automonitorização); d) ferramentas de feedback (permitem obter informação sobre o seu progresso); e f) ferramentas de apoio/orientação, que pode ser inexistente (programa completamente autoguiado) ou incluir um elevado nível de apoio/orientação; o apoio/orientação pode ser gerado por programação automática ou com recurso a suporte por parte de profissionais/técnicos (Barak et al., 2009; Ritterband et al., 2006). Pelo facto de poderem ser acedidos através de diferentes dispositivos (e.g., computador, tablet, smartphone), o desenvolvimento deste tipo de programas pode recorrer à utilização de design responsivo (isto é, adaptação do *layout* e da apresentação de conteúdos aos diferentes dispositivos). Além disso, para facilitar o envolvimento do utilizador com a plataforma/programa, podem ser utilizadas estratégias de gamificação, que correspondem à utilização de elementos do *design* de jogos, especialmente dos videojogos, em contextos da vida real e tendo em vista a mudança de comportamento. Estas estratégias de design responsivo e gamificação podem ser utilizadas no desenvolvimento de outras ferramentas, como os dispositivos móveis.

4. Dispositivos Móveis

Os serviços de psicologia também podem ser baseados ou apoiados em dispositivos móveis, como telemóveis (*smartphones*), dispositivos de monitorização pessoal, assistentes digitais pessoais (PDA) e outros dispositivos sem fio. As aplicações para dispositivos móveis (*apps*) podem ser desenvolvidas com fins de avaliação clínica, monitorização de sintomas, informação/psicoeducação, avaliação do progresso do tratamento, treino de competências e comunicação bidirecional com o terapeuta (Luxton, McCann, Bush, Mishkind, & Reger, 2011). Uma tendência crescente da utilização deste tipo de ferramentas diz respeito à monitorização das/os clientes em tempo real, já que estes dispositivos permitem a obtenção de uma variedade de dados (comportamentais – e.g., rotinas diárias; emocionais – e.g., estado de humor; fisiológicos – e.g., atividade cardíaca, padrões de sono) em tempo real de forma sofisticada, passiva e não-invasiva, o que potencialmente poderá melhorar a sensibilidade e fiabilidade da monitorização da/o cliente em contexto clínico (Gaglioli & Riva, 2013; Mohr, Burns, et al., 2013).

5. Jogos sérios / Jogos terapêuticos computadorizados/online

São jogos desenvolvidos com os princípios do *design* de jogo interativo, com o objetivo de transmitir conteúdo educacional, treinar competências ou promover a mudança comportamental, ao mesmo tempo que têm uma componente de entretenimento para o utilizador. Os jogos terapêuticos incluem jogos computadorizados (*offline*), bem como jogos terapêuticos *online* (Fleming et al., 2017; Lau, Smit, Fleming, & Riper, 2017; Mohr, Burns, et al., 2013).

6. Ambientes de realidade virtual

Consiste na utilização de ambiente de realidade virtual 3D (incluindo computação gráfica em tempo real, sons e outros *inputs* sensoriais) com o qual o utilizador pode interagir (explorar e navegar), como se estivesse fisicamente imerso no ambiente representado. As aplicações clínicas dos ambientes de realidade virtual têm sido particularmente usadas no tratamento de perturbações de ansiedade (e.g., fobias específicas; baseadas no princípio da exposição) ou para a avaliação e reabilitação cognitiva (Gregg & Tarrier, 2007). Mais recentemente, têm sido desenhados ambientes de realidade virtual disponíveis através da internet, permitindo às/aos terapeutas partilhar o espaço virtual com as/os suas/seus clientes (Barak et al., 2009; Mohr, Burns, et al., 2013). Esta partilha de espaço virtual pode ocorrer via *avatars* – personagens virtuais que cada cliente pode customizar para representar a sua identidade ou que representam uma personagem com o qual a/o cliente pode interagir (e.g., a/o terapeuta, outra pessoa). Este segundo formato pode ser particularmente útil para o treino de competências sociais (Rehm et al., 2016).

7. Tecnologia robótica aplicada à saúde (mental)

Consiste na utilização de tecnologia robótica (*robots* desenhados especificamente para fins terapêuticos, nomeadamente para treino de comunicação e assistência nas atividades de vida diária) para apoio na prestação de cuidados de saúde (mental). Tem sido particularmente utilizada no contexto da perturbação do espectro do autismo e da demência (Riek, 2015).

Estas ferramentas deverão ser sempre devidamente enquadradas de modo adequado numa intervenção psicológica sustentada em resultados empíricos que apoiem a sua utilização. O seu uso poderá percorrer potencialmente todo o espectro da intervenção psicológica. Salientamos as seguintes possibilidades de uso: a) no *screening*/rastreamento, avaliação e monitorização; b) na provisão de informação (psicoeducação); c) na intervenção psicológica (incluindo a promoção da saúde geral e mental, prevenção, tratamento, manutenção e prevenção da recaída, ou reabilitação); e d) o apoio social (e.g., grupos de discussão) (Lal & Adair, 2014). Sem sermos exaustivos/os, identificamos os seguintes

grandes grupos de modalidades distintas de fornecimento de serviços de psicologia mediados por TIC:

A. Telepsicologia/ Psicoterapia ou Aconselhamento Online (por videoconferência, telefone, *chat* ou email)

Consiste no fornecimento de serviços de aconselhamento ou psicoterapia através de meios tecnológicos de informação e comunicação, nomeadamente videoconferência, telefone, email ou mensagens instantâneas (*chat*). A provisão destes serviços pode ocorrer de forma síncrona (com as partes – terapeuta e cliente – a comunicar em tempo real; e.g., videoconferência, telefone) ou assíncrona (e.g., email, chat). Podem ainda ser combinados diferentes meios tecnológicos (e.g., videoconferência e email), com diferentes propósitos. Nestes casos, o processo terapêutico é estruturado à semelhança da terapia face-a-face e conduzido pela/o profissional (terapeuta), mas tem de ser adaptado ao tipo de pistas comunicacionais recebidas (Barak et al., 2009; Mohr, Burns, et al., 2013). Especificamente, a condução do processo terapêutico pode ocorrer de forma síncrona (comunicação em tempo real entre terapeuta e cliente, e.g., videoconferência) ou assíncrona (e.g., por email, chat) ou, ainda, conjugando os dois formatos com diferentes propósitos (e.g., videoconferência e chat).

B. Intervenção psicológica com recurso a programas de intervenção (neuro)psicológica computadorizados ou mediados pela web

A intervenção psicológica baseada em programas de intervenção computadorizados tem habitualmente a designação em inglês de Internet-delivered interventions, Web-based Psychological Interventions ou ainda eTherapy (quando *online*) ou de Computerized Psychological Interventions (quando *offline*). As intervenções deste tipo são frequentemente do tipo clínico e psicoterapêutico. Desejavelmente deverão ser assentes em protocolos terapêuticos estruturados e baseados na evidência empírica. O seu formato de aplicação também varia num conjunto diferente de variáveis (e.g., possibilidade e tipo de contacto com a/o psicóloga/o). Uma das distinções importantes neste domínio consiste no grau de apoio dado à/o cliente durante a intervenção, variando entre os seguintes formatos: intervenção com grau mínimo de apoio e sem contactos pessoais (formato não-guiado); intervenção com apoio regular pela/o psicóloga/o (e.g., contacto telefónico semanal e possibilidade de troca de mensagens escritas); e intervenção “combinada” (*blended* em inglês) onde são realizadas consultas presenciais face-a-face intermediadas por sessões através de um computador (*online* ou *offline*).

C. Intervenção psicológica mediada por dispositivos móveis

As intervenções com recurso a este tipo de tecnologia podem variar nos seus alvos e objetivos e estão também dependentes das características das aplicações móveis em causa. Algumas das aplicações existentes estão integradas na intervenção psicológica com recurso a programas de intervenção (neuro)psicológica computadorizados ou mediados pela *web* ou como meio de apoio a formas mais tradicionais de fornecimento de serviços (e.g., como apoio a psicoterapia realizada presencialmente).

D. Grupos de apoio *online*

São comunidades virtuais (entre pares) facilitadas por meios eletrónicos (e.g., fóruns de discussão, *chat rooms*, *mailing lists*), onde as pessoas com interesses comuns se reúnem virtualmente para partilhar experiências, colocar questões, ou para proporcionar apoio emocional mútuo. As comunidades virtuais podem ser moderadas (facilitadas por um moderador, que pode ser ou não profissional, que responde a questões e filtra mensagens de conteúdo inadequado) ou não moderadas. Podem ainda ter um formato síncrono (comunicação em tempo real) ou assíncrono (G. Eysenbach, Powell, Englesakis, Rizo, & Stern, 2004).

Destacamos, ainda, outras possibilidades em que as ferramentas digitais e de comunicação são importantes na intervenção das/os psicólogas/os, tais como apoio a situações de crise e prevenção de suicídio, apoio a problemas duradouros de saúde mental e psicoeducação para promoção da saúde. Refira-se, aliás, que toda e qualquer área de intervenção da psicologia poderá beneficiar da introdução deste tipo de tecnologias, tal como acontece com todas as áreas da vida social quotidiana, pelo que qualquer listagem será sempre meramente ilustrativa e nunca exaustiva.

Enquadramento das Linhas de Orientação

A utilização de TIC na intervenção psicológica tem acontecido frequentemente em complementaridade aos serviços presenciais (e.g., leitura de materiais psicoeducativos online após uma sessão terapêutica face-a-face), mas também como via única de acesso à intervenção psicológica (e.g., programas *de intervenção computadorizados ou mediados pela web*). Nos últimos anos, diversos ensaios aleatorizados e controlados, revisões sistemáticas e meta-análises têm vindo a ser publicados evidenciando a eficácia e efetividade das intervenções psicológicas mediadas por TIC (Andersson, 2016; Andersson & Cuijpers, 2009; Barak, Hen, Boniel-Nissim, & Shapira, 2008; Olthuis, Watt, Bailey, Hayden, & Stewart, 2016; Richards & Richardson, 2012).

Nestes trabalhos, tem-se verificado que estas são mais eficazes do que o tratamento habitual e tão eficazes como as intervenções face-a-face para o tratamento de um grupo alargado de alterações no funcionamento e perturbações psicológicas, nomeadamente a perturbação de ansiedade generalizada (Andersson et al., 2012; Per Carlbring et al., 2011; Paxling et al., 2011), a ansiedade social (P. Carlbring et al., 2007; Mansson et al., 2015), a perturbação de pânico (Hedman et al., 2013; Spence et al., 2011), a perturbação de stress pós-traumático (Ivarsson et al., 2014), o stress (Kien Hoa Ly, Asplund, & Andersson, 2014; Zetterqvist, Maanmies, Strom, & Andersson, 2003), a depressão (Andersson et al., 2013; T. Berger, Hämmerli, Gubser, Andersson, & Caspar, 2011; Per Carlbring et al., 2013; K. H. Ly, Carlbring, & Andersson, 2012; Mohr, Duffecy, et al., 2013; O'Mahen et al., 2014; Perini, Titov, & Andrews, 2009; Ruwaard et al., 2009; Vernmark et al., 2010; Wagner, Horn, & Maercker, 2014), o perfeccionismo (Arpin-Cribbie, Irvine, & Ritvo, 2012), o sofrimento associado à infertilidade (Haemmerli, Znoj, & Berger, 2010), as perturbações do comportamento alimentar (Loucas et al., 2014) e a procrastinação (Rozenal, Forsell, Svensson, Andersson, & Carlbring, 2015).

Além disso, as intervenções psicológicas mediadas por TIC também se têm revelado eficazes na promoção da adaptação a uma série de doenças físicas, em que se incluem a dor crónica (Buhrman, Faltenhag, Strom, & Andersson, 2004), o tinnitus (Andersson, Stromgren, Strom, & Lyttkens, 2002), as perturbações de sono (Blom et al., 2015), o síndrome do cólon irritável (Ljótsson et al., 2011), a diabetes (Hadjiconstantinou et al., 2016; Kitsiou, Paré, Jaana, & Gerber, 2017) e o cancro (Agboola, Ju, Elfiky, Kvedar, & Jethwani, 2015; Kim & Park, 2015; Kuijpers, Groen, Aaronson, & van Harten, 2013; McAlpine, Joubert, Martin-Sanchez, Merolli, & Drummond, 2015; Ryhänen, Siekkinen, Rankinen, Korvenranta, & Leino-Kilpi, 2010). O custo-efetividade deste tipo de intervenções tem sido também alvo de avaliação. Uma revisão sistemática recente concluiu que as intervenções psicológicas mediadas por TIC são custo-efetivas, quando comparadas com intervenções em grupo e grupos de controlo em lista de espera (Donker et al., 2015).

A prestação de serviços mediados por TIC apresenta diversas **vantagens** quando comparada com as intervenções face-a-face ou quando associada a este tipo de intervenções, designadamente: (1) acessibilidade (estando ao alcance de uma grande parte da população, particularmente, a indivíduos a residir em áreas rurais ou remotas, ou a indivíduos cuja sintomatologia ou condição física se traduza em dificuldades de mobilidade ou cujo ambiente hospitalar/clínico acarrete associações negativas que os impedem de receber os cuidados de que necessitam); (2) flexibilidade e conveniência (permitindo o acesso assíncrono aos cuidados de saúde, não dependendo do horário de funcionamento das unidades de saúde ou da disponibilidade de profissionais de saúde, eliminando tempos de espera e evitando deslocações que podem ser dispendiosas); (3) elevada adaptabilidade

(o conteúdo dos programas de intervenção e a forma como estes são apresentados podem ser facilmente adaptados às necessidades e limitações dos seus utilizadores); (4) a standardização e estrutura dos conteúdos (garantindo a fidelidade do programa de tratamento e diminuindo o impacto das competências da/o psicoterapeuta nos resultados do mesmo); (5) ritmo de utilização autodeterminado (as/os utilizadoras/es podem utilizar o programa de intervenção de acordo com a sua conveniência e rever os seus conteúdos quando necessário, o que facilita a retenção e a aprendizagem dos conceitos e técnicas apresentadas); (6) monitorização integrada do tratamento (a adesão e o progresso terapêutico podem ser facilmente monitorizados através da integração de questionários online, testes adaptados, pontuação automática e ferramentas de visualização dos resultados obtidos pelos utilizadores); (7) promoção da autoeficácia e empoderamento das/os utilizadoras/es; (8) privacidade e possibilidade de anonimato (contornando o possível estigma associado ao acesso a cuidados psicológicos); (9) tradutibilidade e adaptabilidade cultural; 9) baixo custo associado à prestação de serviços e elevado potencial de disseminação (um mesmo programa pode ser implementado em diversas unidades de saúde, prevenindo a duplicação de recursos e facilitando o treino e a supervisão) (Andersson, 2016; Andersson & Titov, 2014; Per Carlbring & Andersson, 2006; Schröder, Berger, Westermann, Klein, & Moritz, 2016; Wolvers, Bruggeman-Everts, Van der Lee, Van de Schoot, & Vollenbroek-Hutten, 2015).

Simultaneamente, a utilização de TIC na intervenção psicológica poderá apresentar ainda um conjunto de **desafios e limitações** que merecem ser ponderados (Andersson & Titov, 2014; Schröder et al., 2016), nomeadamente a falta de acesso a um computador ou dispositivos móveis, a baixa literacia informática e a inacessibilidade à internet; os problemas tecnológicos associados ao *login*, *download* ou decorrentes de ligações lentas; uma possível atitude negativa por parte das/os utilizadoras/es ou das/os profissionais de saúde face à intervenção psicológica mediada por TIC; as questões relativas à segurança, privacidade e confidencialidade que decorrem da utilização de TIC, incluindo mecanismos de gravação e rastreio das comunicações ou o acesso indevido por terceiros ao conteúdo das intervenções. Além disso, a escassez de legislação relativa à prestação de serviços e, particularmente aos serviços de psicologia mediados por TIC, coloca dificuldades de regulação e de mitigação de riscos relacionados com a qualidade dos serviços e com a credibilidade das intervenções. A facilidade de acesso e transação instantânea de mensagens poderá desafiar a integridade da relação, as fronteiras profissionais e as expectativas dos seus utilizadores, por exemplo, da/o cliente em relação à prontidão de resposta da/o psicólogo às suas solicitações. Por fim, não obstante as crescentes evidências relativamente à eficácia de diversos serviços de psicologia mediados por TIC, é necessária mais investigação que permita informar e validar a utilização de novas

ferramentas e programas de prestação de serviços de saúde psicológica, produzindo dados sobre a sua eficácia e resultados terapêuticos.

Assim, considerando as particularidades, desafios e potencialidades da utilização de TIC na intervenção psicológica e, particularmente, que:

- (1) estão a ocorrer transformações significativas na sociedade, no quadro da digitalização e da amplificação da utilização de TIC, com estas a serem crescentemente utilizadas na prestação de diversos serviços, incluindo na área da psicologia e da saúde;
- (2) os recursos tecnológicos que permitem intervenções em psicologia e eHealth estão a expandir-se de forma significativa, estando cada vez mais acessíveis à população ferramentas de intervenção que apresentam indicadores de validade e de utilidade;
- (3) é importante que as/os psicólogas/os continuem a desenvolver novas formas de providenciar serviços de modo acessível, seguro e capaz de promover o bem-estar das pessoas e o desenvolvimento das comunidades;
- (4) as/os psicólogas/os e a ciência psicológica tem um papel relevante na construção e desenvolvimento de ferramentas digitais de intervenção em saúde e saúde mental;
- (5) a utilização de TIC na prestação de serviços de psicologia apresenta potencialidades, mas também especificidades e limitações, o que implica uma discussão sobre as implicações para a prática profissional das/os psicólogos;

então, torna-se necessário **informar a prática das/os psicólogas/os, através da definição de linhas orientadoras para a prática profissional** (LOPP, *professional guidelines*) das/os psicólogas/os que prestem serviços mediados por TIC. Estas LOPP procuram facilitar a excelência e o desenvolvimento da profissão, o autocuidado das/os profissionais e garantir que estas/estes prestam serviços de elevada qualidade à comunidade. Não correspondendo a normas legais que se revestem de obrigatoriedade e de mecanismos de aplicação, as presentes linhas orientadoras correspondem a um conjunto de recomendações para a conduta profissional das/os psicólogas/os que utilizem TIC como um meio para prestarem os seus serviços.

A elaboração das presentes LOPP, fruto da dinâmica desenvolvida pelo Grupo de Trabalho em Psicologia e eHealth, teve também em consideração as propostas pré-

existentes, desenvolvidas por diversas associações profissionais a nível internacional, e entre as quais se incluem a American Psychological Association (2013), a Australian Psychological Society (2011), a British Psychological Society (2009), o Consejo General de la Psicología de Espanha (2017), a Federação Europeia das Associações de Psicólogos (2001) e a New Zealand Psychologists Board (2011).

Princípios Gerais

Para além do trabalho de revisão de literatura, quer ao nível dos trabalhos empíricos neste domínio, quer das *guidelines* a nível internacional, o desenvolvimento destas linhas de orientação para a prática profissional baseou-se nos seguintes princípios gerais:

- (1) Em qualquer intervenção profissional, quer presencial ou à distância, as/os psicólogas/os devem respeitar os Princípios Éticos e o Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses. A natureza do contexto de interação não altera a necessidade de os princípios e orientações éticas da profissão serem integralmente cumpridos.
- (2) As/os psicólogas/os que prestem serviços mediados por TIC, quer na interação com as/os clientes, quer na construção e desenvolvimento de ferramentas digitais de intervenção, devem desenvolver competências técnicas nos respetivos domínios.
- (3) O recurso a TIC na prestação de serviços de psicologia deve ser ponderado para cada quadro específico, nomeadamente em relação à sua adequabilidade, à existência ou não de benefícios da sua utilização, à sua validade clínica e à sua complementaridade ou integração com intervenções face-a-face.
- (4) A utilização de ferramentas digitais de forma generalizada e a respetiva disponibilização à comunidade na qualidade de ferramentas de intervenção psicológica, particularmente no que se refere a aplicações para *smartphone* e *tablet*, sítios *web* e realidade virtual, deve decorrer de evidências suficientes de eficácia, obtidas através de ensaios clínicos aleatorizados e estudos de validade.

Linhas de Orientação para a Prática Profissional

Cumprimento dos Princípios Éticos e Deontológicos da Profissão

Linha de orientação 1. As/Os psicólogas/os que prestem serviços de psicologia mediados por TIC estão obrigadas/os a agir em consonância com os princípios éticos e normas deontológicas consagrados no Código Deontológico que regula a profissão e que se encontra publicado em Diário da República, 2ª série, nº 246/2, de 26 de dezembro de 2016. Os contextos e a natureza das ferramentas utilizadas para a prestação deste tipo de serviços não alteram a obrigatoriedade de cumprimento dos princípios éticos e orientações deontológicas da profissão.

Conhecimento e Competência

Linha de orientação 2. As/Os psicólogas/os que prestem serviços de psicologia mediados por TIC asseguram-se que possuem as competências necessárias a nível técnico, ético e legal, para a provisão segura destes serviços, designadamente através de treino e formação. Especificamente, as/os psicólogas/os garantem que possuem:

- a) Conhecimento e recursos necessários para lidar com os aspetos práticos e tecnológicos associados ao uso desta modalidade de serviços;
- b) Conhecimento sobre os aspetos interpessoais e comunicacionais necessários (e.g., competências para promover a relação terapêutica, mesmo na ausência de pistas visuais).
- c) Conhecimento e competências culturais necessárias para a prestação adequada, segura e eficaz destes serviços.

É ainda da responsabilidade das/os psicólogas/os monitorizar de forma contínua a sua competência técnica e profissional na provisão desta modalidade de serviços, designadamente através de atividades de supervisão.

Linha de orientação 3. As/Os psicólogas/os que prestem serviços de psicologia mediados por TIC asseguram-se que possuem o conhecimento prévio e atualizado sobre a eficácia desta modalidade de prestação de serviços, bem como dos seus potenciais riscos para uma determinada condição clínica. É importante que as/os psicólogas/os considerem esse conhecimento no desenho de novas ofertas de serviços e que avaliem, para cada cliente, se esta opção de tratamento é a mais eficaz e que a/o cliente possui os recursos necessários (e.g., literacia digital) para a aplicação desta modalidade de serviços.

Identificação da/o Psicóloga/o e da/o Cliente

Linha de orientação 4. As/Os psicólogas/os que prestem serviços de psicologia mediados por TIC fornecem informação que assegura a sua competência e permite às/aos clientes verificar, de forma clara, a sua identidade profissional, nomeadamente os seguintes dados: o seu nome, a especificação da sua certificação profissional (formação académica, outra formação relevante, número de cédula profissional e especialidade) e a especificação de uma localização/morada física.

Linha de orientação 5. A identificação clara da/o cliente que pretende aceder a serviços de psicologia mediados por TIC deve ser considerada a boa prática. Para assegurar a verificação da identidade da/o cliente, bem como para a obtenção de consentimento livre e informado pela/o cliente, as/os psicólogas/os podem utilizar algumas medidas como, por exemplo, o agendamento de um contacto prévio presencial ou por videoconferência, a validação de um endereço de e-mail, ou a utilização de outros sistemas de código. No entanto, as/os psicólogas/os devem estar conscientes de que estes métodos não permitem assegurar completamente a identidade da/o cliente.

Linha de orientação 6. As/Os clientes que usam os serviços de psicologia mediados por TIC podem querer fazê-lo de forma anónima, embora isso nem sempre seja possível, realista ou ético. Para cada situação que envolva o pedido de anonimato por parte da/o cliente, as/os psicólogas/os devem considerar os riscos e as questões éticas envolvidas, tendo em conta a natureza do serviço (e.g., pode ser adequado se se tratar de um aconselhamento mais geral sobre desenvolvimento de carreira ou promoção da saúde, mas ser contra indicado em situações clínicas que envolvem um acompanhamento mais individualizado e, particularmente, se envolver grupos de risco). Nas situações em que se verifica o anonimato da/o cliente, as/os psicólogas/os asseguram-se que: (a) discutem as limitações desta opção com a/o cliente; (b) a forma como prestam serviços de nenhuma

forma quebra o anonimato, caso tenham concordado com ele (e.g., assegurando formas de pagamento que não impliquem a identificação da/o cliente); (c) estão atentas/os a possíveis discrepâncias na informação (informação incorreta ou falsa) apresentada pela/o cliente, procurando clarificar a fonte e natureza da informação apresentada; e (d) têm bem definidas, com a/o cliente, as circunstâncias em que o anonimato deixa de ser uma opção sustentável (e.g., situações de risco acrescido para a/o própria/o ou para terceiros), definindo um plano de ação caso isso aconteça.

Integridade e Limites da Relação

Linha de orientação 7. As/Os psicólogas/os reconhecem a necessidade de manter uma relação profissional com as/os seus clientes e estão conscientes do potencial para quebras na integridade da relação, no contexto de serviços de psicologia mediados pelas TIC. Nesse contexto, as/os psicólogas/os reconhecem o *setting* terapêutico como variável relacional, que pode ter impacto nos resultados da intervenção, pelo que se recomenda que analisem com a/o cliente os limites quanto à utilização de tecnologia no contexto da relação terapêutica, estabelecendo a assimetria e não-similaridade do par terapeuta-cliente. Estes elementos estruturantes da relação incluem o uso de linguagem profissional no contacto escrito, a definição da extensão e dos momentos em que será esperada a comunicação (as)síncrona, nomeadamente por *chat* ou email, a clarificação dos períodos do dia/semana nos quais a/o cliente pode esperar uma resposta e sua duração, bem como a criação de um espaço profissional visionado através de videoconferência.

Linha de orientação 8. As/Os psicólogas/os procuram assegurar-se da proteção da sua privacidade, separando as páginas profissionais *online* das suas páginas pessoais e perfis em redes sociais, as quais devem ser de acesso restrito a clientes. Sublinha-se o cuidado que deve ser tido na partilha de informação pessoal, clínica ou outra informação sensível através de meios que não sejam informaticamente seguros (e.g., redes sociais) ou que não sejam objeto de uma contratualização prévia.

Linha de orientação 9. As/Os psicólogas/os não devem procurar informação *online* sobre a/o sua/seu cliente (e.g., pesquisa em motores de busca ou redes sociais), a não ser no melhor interesse da/o mesma/o, por exemplo em situações em que a/o própria/o ou outras pessoas possam estar em risco, devendo esse ato de pesquisa ser comunicado, ou em situações em que foi dado consentimento para tal.

Consentimento Informado

Linha de orientação 10. As/Os psicólogas/os deverão compreender os princípios da sua prática, de modo a que, quando relevante, solicitem consentimento informado assinado para o uso de meios digitais durante os serviços prestados – como, por exemplo, a prestação de serviços *online* de terapia, mas também qualquer forma de contacto por meio digital (e.g., email). A obtenção do consentimento informado implicará sempre que a/o psicóloga/o tenha conhecimento dos enquadramentos legais e éticos de tal prática, como será o caso, atualmente, do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016 e do Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses.

Linha de orientação 11. O uso de meios digitais no contacto com a/o cliente acarreta, frequentemente, riscos específicos adicionais que deverão ser considerados na obtenção de tal consentimento. Por exemplo, existem potencialmente maiores dificuldades de verificação da identidade das pessoas, o que, por sua vez, pode acarretar maiores problemas em determinar se a pessoa tem uma idade apropriada para dar o seu consentimento ou se se encontra num estado que limita a capacidade de o dar (e.g., comprometimento ao nível do funcionamento intelectual que limite a sua compreensão do consentimento). Deverão, assim, ser tomadas medidas adequadas que estabeleçam se será necessário consentimento por parte de terceiros, como pais ou outras pessoas e entidades que legalmente representem a/o cliente, para que o trabalho se possa desenvolver; e, se assim for, garantir que este é apropriadamente obtido. Isto poderá requerer procedimentos adicionais de verificação da identidade, como mencionado na linha de orientação 5.

Linha de orientação 12. O consentimento informado, tendo em conta a natureza dos dados que poderão ser registados de modo digital, deverá compreender informação clara e compreensível pela/o cliente. Este consentimento informado, para lá do habitual consentimento dado em situações de contacto face-a-face, deverá também incluir informações detalhadas sobre o registo e manipulação da informação obtida. A este nível, isto implicará, no mínimo, a descrição dos seguintes elementos: o conteúdo das informações registadas; o(s) objetivo(s) que norteiam a sua realização; os meios e formas de armazenamento; os procedimentos de segurança e de proteção e de destruição adotados; o período de tempo durante o qual serão mantidos; o direito das/os clientes de acederem aos mesmos e/ou de solicitarem a sua destruição; e os procedimentos que serão utilizados caso exista alguma violação da segurança dos dados, incluindo a necessária comunicação dessa falha à/ao cliente ou sua/seu representante legal. Deverão ainda ser explicitados o nível de segurança e riscos que poderão ocorrer em situações específicas

pelo uso, por parte da/o psicóloga/o ou pela/o cliente, destas tecnologias. O preço e faturação dos serviços prestados deverá ser sempre clarificado antes do fornecimento dos mesmos. Como tal, o consentimento informado deverá ainda discriminar os serviços prestados e os pagamentos devidos, de modo discriminado e claro, incluindo o tipo de comunicação online estabelecida, os serviços prestados, e o respetivo preço para cada serviço em causa, e o meio de pagamento. Também poderão aqui ser acordados aspetos variados, tais como os seguintes: eventuais tarifas, reembolsos ou indemnizações por interrupção do serviço ou falhas encontradas, reduções de tarifas por falhas na tecnologia, ou outros custos.

Confidencialidade e Segurança no Registo e Transmissão de Dados

Linha de Orientação 13. As/Os psicólogas/os devem assegurar-se que detêm um conhecimento atualizado sobre os desafios e riscos associados ao uso de tecnologia nos serviços de psicologia, de forma a adotar, nas suas práticas, medidas de segurança que minorem esses riscos e protejam a confidencialidade das informações das/os suas/seus clientes. Para tal, recomenda-se que as/os psicólogas/os que prestam serviços de psicologia mediados por TIC se mantenham informadas/os relativamente aos avanços na área e consultem regularmente especialistas em tecnologia para assessoria ao nível da segurança das ferramentas informáticas.

Linha de Orientação 14. As/Os psicólogas/os devem informar as/os suas/seus clientes sobre os pressupostos e os limites da confidencialidade associados a cada serviço prestado (e.g., em caso de risco para a/o cliente ou terceiros), mecanismos de segurança a adotar e os problemas de segurança inerentes ao uso de tecnologia. Neste último ponto, devem informar sobre: (a) a possibilidade de acesso por pessoas não autorizadas a emails, mensagens e/ou vídeos e, provável, divulgação de informação confidencial; (b) possíveis avarias no sistema e consequentes implicações para a segurança das ferramentas tecnológicas utilizadas; (c) a possibilidade de acesso a emails, mensagens e/ou vídeos excluídos/apagados, mas que permaneceram armazenados em cópias de segurança e, provável, divulgação de informação confidencial. Recomenda-se que as/os psicólogas/os que prestam serviços de psicologia mediados por TIC usem criptografia de ponta a ponta nos seus dispositivos tecnológicos e que informem as/os suas/seus clientes sobre como devem proceder para aumentarem a sua segurança. A criptografia de ponta a ponta permite codificar a mensagem de forma a que só o emissor e o recetor consigam decifrá-la, garantindo, à partida, um maior nível de segurança e confidencialidade da informação. O

recurso a este tipo de encriptação deve ser mantido e os procedimentos de segurança devem ser regularmente atualizados por parte da/o psicólogo e da/do cliente. Além disso, deverão usar senhas de acesso, pessoais e intransmissíveis, em todos os seus dispositivos informáticos e alterá-las regularmente para impedir o acesso alheio a emails, mensagens, vídeos e/ou registos com informações confidenciais.

Linha de Orientação 15. As/Os psicólogas/os devem apenas revelar a informação obtida através de serviços psicológicos *online* quando: (1) há obrigação legal ou judicial para o fazer; (2) há um risco elevado ou imediato de as/os clientes fazerem mal a si próprias/os ou a outros; (3) em casos de supervisão, sob consentimento expresso das/os clientes, e disponibilizando apenas a informação relevante para o entendimento do caso (omitindo o nome, por exemplo).

Linha de Orientação 16. As/Os psicólogas/os que prestam serviços de psicologia mediados por TIC em contexto de grupo devem requerer um compromisso por parte das/dos clientes em relação a manterem a confidencialidade sobre os conteúdos partilhados, respeito e seriedade pelos restantes elementos do grupo. Não obstante, devem informar também as/os clientes que, dado o número elevado de pessoas envolvidas neste tipo de intervenção, não podem garantir a segurança e a confidencialidade da informação.

Linha de Orientação 17. As/Os psicólogas/os devem estar cientes que, quando interagem eletronicamente com clientes, o registo e o armazenamento de informações podem ser realizados por ambas as partes. Assim, é importante que, a par das/os psicólogas/os, as/os clientes estejam também conscientes de que a recolha, divulgação ou cedência a terceiros de informação considerada como dados pessoais, nomeadamente voz ou imagem, deve ser somente efetuada com o consentimento informado escrito de ambas as partes.

Linha de orientação 18: As/Os psicólogas/os que prestam serviços de psicologia mediados por TIC devem ter cópias de segurança das informações relevantes das/dos clientes para que permaneçam disponíveis mesmo que ocorram problemas ou falhas nos *hardwares*, *softwares* e/ou dispositivos de armazenamento. No caso de ser necessário, por solicitação da/o cliente ou finalização do serviço psicológico prestado, as/os psicólogas/os realizarão esforços para garantir a destruição efetiva dos dados e informações guardadas nos *softwares*, dispositivos e plataformas informáticas. Para tal, recomenda-se que estejam devidamente informadas/os sobre as políticas de registo, armazenamento e destruição de cada ferramenta informática, de forma a analisarem e ponderarem as potencialidades e os riscos associados a cada uma e, assim, selecionarem as alternativas mais credíveis e

seguras. Nos casos em que se verificar uma falha de segurança e/ou o acesso indevido a informação confidencial, as/os psicólogas/os devem informar de imediato as/os suas/seus clientes e as autoridades competentes para mitigar os efeitos danosos de tais atos.

Aspetos Legais e de Jurisdição

Linha de orientação 19. A prestação de serviços de psicologia mediada por TIC envolve contextos e instrumentos de interação que apresentam particularidades, o que significa que, para além da legislação aplicável à prestação de serviços de psicologia em geral, se poderão aplicar também enquadramentos legais específicos. Assim, face a estas especificidades, as/os psicólogas/os devem conhecer a legislação que regula a prestação de serviços de psicologia através de TIC. Esta legislação poderá incluir os seguintes aspetos:

- a) Requisitos legais para exercer psicologia, incluindo quando a intervenção à distância ultrapassa fronteiras jurisdicionais (regiões, estados, países);
- b) Regulamentação específica para diferentes serviços de psicologia mediados por TIC;
- c) Informação que deve ser obrigatoriamente apresentada para que a/o cliente possa dar o consentimento livre e informado (cf. linhas de orientação relativas ao Consentimento Informado);
- d) Confidencialidade e situações de quebra de confidencialidade;
- e) Responsabilidade civil;
- f) Domínios, marcas e patentes;
- g) *Spam*.

Linha de orientação 20. A prestação de serviços de psicologia que ultrapassa jurisdições é cada vez mais frequente. Os serviços de psicologia podem ser acedidos à distância e em qualquer parte do mundo, o que significa que poderão prevalecer diferentes requisitos legais conforme o país ou jurisdição em que a/o psicóloga/o ou cliente está. Esta prestação de serviços pode variar entre a/o psicóloga/o ou a/o cliente estar deslocada/o temporariamente (num outro país, estado, região com regulamentação ou legislação diferentes) e a/o psicóloga/o prestar os serviços para além de fronteiras físicas (e, conseqüentemente, para diferentes enquadramentos jurídicos). Assim, as/os psicólogas/os que providenciam serviços mediados por TIC que ultrapassem jurisdições (noutra região, espaço económico ou país) devem conhecer a legislação e a regulamentação aplicável (cf. linha de orientação anterior), procurando antecipar e resolver potenciais conflitos. É recomendável que, em situações em que a/o psicóloga/o se encontra deslocada/o, ainda

que temporariamente da sua área habitual de residência ou região/estado/país em que tem licença para exercer, sobretudo aquando da saída do Espaço Económico Europeu, se informe previamente de potenciais diferenças ou requisitos para exercer numa outra jurisdição, incluindo através do contacto junto da entidade que regula a profissão no destino, caso exista.

Avaliação Psicológica

Linha de orientação 21. É fundamental que as/os psicólogas/os que prestam serviços de psicologia mediados por TIC rejam os processos de avaliação psicológica pelos princípios elencados no Código Deontológico da OPP, assegurando, assim, uma prática profissional ética, informada e responsável. As/Os psicólogas/os que prestam serviços de psicologia mediados por TIC devem: (a) reconhecer as limitações associadas a processos de avaliação psicológica conduzidos através das TIC e implementá-los apenas quando as condições mínimas estiverem asseguradas, de forma a garantir processos de avaliação rigorosos, transparentes e fidedignos; (b) procurar perceber e explicar, se necessário, às/aos clientes as diferenças entre resultados obtidos a partir da aplicação presencial versus *online* dos instrumentos; (c) serem conhecedoras/es dos requisitos tecnológicos necessários (por exemplo, em termos de *software* e *hardware*) para garantir uma aplicação adequada e fiável dos instrumentos.

Linha de orientação 22. Face aos desafios e às especificidades da condução de avaliação psicológica através de TIC, é importante que as/os psicólogas/os sejam capazes de reconhecer a necessidade de adequar as condições de administração dos instrumentos, de forma a preservar as suas propriedades psicométricas, nomeadamente a sua fiabilidade e validade. Deste modo, recomenda-se que as/os psicólogas/os assegurem, por exemplo, que é efetivamente a/o cliente a responder ou a preencher o instrumento, que esta/este não acedeu previamente aos resultados do instrumento e que não há a interferência de terceiros durante a avaliação psicológica. As/Os psicólogas/os devem estar conscientes da presença de outros distratores não existentes no contacto face-a-face e adotar medidas que previnam o seu impacto nos resultados dessa mesma avaliação. Aconselha-se que utilizem, sempre que possível, instrumentos que estejam validados para aplicação e uso via *online* para garantir a obtenção de resultados válidos. É fundamental que o juízo clínico não se baseie apenas nos resultados de um único instrumento formal, mas sim num conjunto de ferramentas formais e informais de avaliação. Importa realçar ainda que a avaliação psicológica diferencia-se da recolha de indicadores (realizada, por exemplo, através de aplicações móveis, realidade virtual).

Investigação

Linha de orientação 23. As/Os psicólogas/os que desenvolvam ou participem em projetos de investigação no âmbito da Psicologia e eHealth, independentemente de estes se centrarem na análise qualitativa ou quantitativa dos dados ou recorrerem a *big data*, devem assegurar a qualidade, comparabilidade e generalização dos resultados obtidos, garantir que os requisitos éticos aplicáveis são cumpridos e obedecer às normas de relato para estudos desta natureza. Face à especificidade desta temática, são apresentadas linhas orientadoras específicas para realização e relato de investigação em Psicologia e eHealth no Anexo A.

Intervenção em Situações de Crise e Catástrofe

Linha de Orientação 24. As/Os psicólogas/os que prestam serviços de psicologia mediados por TIC devem familiarizar-se com as leis e regras na jurisdição da/o cliente na forma como lidar com situações de crise e de risco para a/o cliente e/ou para outras pessoas. De igual forma, é aconselhável identificar potenciais situações de crise e definir, antecipadamente, quais os mecanismos a implementar nessas situações. Perante situações de risco elevado ou iminente para as/os clientes ou para outros (e.g., risco de suicídio, surtos psicóticos, violência), as/os psicólogas/os devem manter-se em contacto com as/os mesmas/os, de modo a obterem as informações necessárias para atuar diretamente e/ou encaminhá-las/los para serviços de saúde mais adequados e, assim, diminuir o nível de risco. Nestes casos, pode ser útil recorrer a uma das pessoas próximas e/ou ao contacto da unidade de saúde local (cf., linhas de orientação relativas ao Consentimento Informado). Pode também ser vantajoso consultarem outros colegas para obterem auxílio na tomada de decisões.

Linha de orientação 25. Em situações de catástrofe (e.g., desastres naturais), a prestação de serviços de psicologia mediada por TIC poderá ser relevante, devendo assegurar-se as condições necessárias para a sua realização adequada. Neste tipo de intervenção, pode não ser possível a obtenção de um consentimento informado completo, pelo que o mesmo incidirá sobre os aspetos considerados imprescindíveis.

Face à especificidade desta temática, são apresentadas linhas orientadoras específicas para a gestão de situações de crise em Psicologia e eHealth no Anexo B.

Intervenção com Populações Específicas

Linha de orientação 26. Devido às suas características de conveniência e acessibilidade, as TIC poderão ser utilizadas na prestação de serviços de psicologia com populações específicas. Estas populações podem incluir menores não acompanhados, cuja utilização das TIC é frequente e as atitudes face às mesmas tendem a ser favoráveis. No quadro dos movimentos migratórios e demográficos a nível mundial, estas populações específicas podem incluir ainda pessoas que procuram asilo (requerentes de asilo) e refugiadas/os. Assim, as/os psicólogas/os que trabalhem com estas populações devem reconhecer o potencial das TIC na sua prática, de forma isolada ou combinada com sessões presenciais. A sua utilização pode permitir ultrapassar limitações associadas a estas populações, como a barreira da língua ou a dificuldade de acesso aos serviços no formato tradicional. No entanto, devem respeitar as linhas orientadoras expressas neste documento, sendo a sua intervenção neste formato guiada pelos mesmos princípios éticos e deontológicos que as intervenções tradicionais face-a-face, dando especial atenção às questões de consentimento (e.g., no caso de menores não acompanhados, devem requerer o consentimento informado explícito por parte da pessoa com a autoridade legal, bem como facultar um documento com todas as informações sobre a confidencialidade e limites à confidencialidade e segurança a todos os intervenientes), situações de emergência e de crise (e.g., necessidade de prever a possibilidade de referenciação) e de confidencialidade (e.g., no caso de crianças, ter em conta a necessidade da presença de um adulto para ajudar a lidar com a tecnologia).

Desenvolvimento de Ferramentas Digitais de Intervenção

Linha de orientação 27. O crescimento do número e tipologia de ferramentas digitais tem-se verificado também no domínio da saúde e da saúde mental. Neste âmbito, as/os psicólogas/os têm vindo a participar de forma cada vez mais significativa na criação e no desenvolvimento de ferramentas digitais de intervenção, em que se incluem aplicações para *smartphone* e *tablet*, em *sites web* e realidade virtual. Assim, as/os psicólogas/os que desenvolvam ou participem em tarefas de programação ou de sistematização e utilização de *big data* devem ter consciência do impacto das aplicações e outras ferramentas digitais que sejam desenvolvidas na saúde e na saúde mental dos potenciais utilizadores das mesmas. Deverão orientar a sua ação considerando se esses produtos vão ao encontro das necessidades e desejos da população e, particularmente, das pessoas com problemas de saúde mental. Deverão ainda considerar que qualquer ferramenta digital de intervenção, para ser considerada uma ferramenta clínica e/ou de intervenção psicológica, deve ser

construída com base no conhecimento das ciências psicológicas e apresentar evidências suficientes de eficácia, obtidas através de ensaios clínicos aleatorizados e estudos de validade. Somente devem ser disponibilizadas à comunidade como ferramentas clínicas e/ou de intervenção psicológica aquelas que apresentem evidência de eficácia ou que, em caso de ainda não terem, estejam contingentes a um compromisso nesse sentido. Aquando do desenvolvimento de ferramentas digitais de intervenção, os/as psicólogos/as deverão ainda procurar facilitar a adesão dos utilizadores a tais ferramentas recorrendo, para isso e quando pertinente, a estratégias como o design persuasivo e motivacional ou a ludificação/*gamification*.

ANEXO A - Linhas de Orientação Específicas para a Realização e Relato de Investigação em Psicologia e eHealth

Dado o carácter emergente e elevada heterogeneidade no que concerne à terminologia de referência, materiais e métodos utilizados na investigação em Psicologia e eHealth, afigura-se pertinente definir linhas orientadoras que assegurem a qualidade, comparabilidade e generalização dos resultados obtidos. As presentes linhas orientadoras baseiam-se nos trabalhos desenvolvidos por Proudfoot et al. (2011) e Eysenbach e grupo CONSORT-EHEALTH (2011) e incidem sobre as especificidades deste tipo de investigação.

Objeto

Linha orientadora específica 1. Considera-se investigação em Psicologia e eHealth, qualquer avaliação qualitativa ou quantitativa de uma intervenção psicológica mediada por TIC.

Dados de Autoria

Linha orientadora específica 2. Informação relativa aos dados de autoria, tais como, a identidade dos promotores do estudo, criadores da intervenção, suas credenciais e afiliação, direitos de autoria e propriedade intelectual, país de origem, versão do programa utilizado e data da última atualização, deverá ser providenciada, de modo a que a fiabilidade e validade da intervenção possam ser atestadas. Quando as/os investigadoras/es detenham *software* em avaliação, esta informação deverá ser tornada pública e ser mencionada na secção “Conflitos de Interesse” dos documentos do estudo.

Título e Resumo

Linha orientadora específica 3. O título do projeto de investigação/relatório de investigação deverá identificar claramente a população-alvo da intervenção, a metodologia de investigação e o modo de implementação da mesma (e.g., “*web-based*/mediado ou suportado pela web”; “*mobile*/telemóvel”; “*serious game*/jogo sério”). Termos ambíguos, tais como “*online*”, “interativo” e “virtual”, deverão ser evitados, estando este último conceito reservado a projetos que incluam realidade virtual, i.e., realidades 3D. O termo “*internet-based*/suportado pela internet” deverá ser utilizado apenas quando a intervenção inclua componentes/funcionalidades que sejam baseadas na web (e.g., e-mail). Deverá utilizar-se

a denominação “*computer-based/computorizado*” ou “*electronic/eletrónico*” apenas se a intervenção incluir funcionalidades *offline*. A terminologia adotada deverá ser abrangente no que respeita à classe de produtos utilizados, evitando a nomeação de marcas (e.g., telemóvel ou *smartphone* em oposição a iPhone), especialmente se o programa operar em diferentes plataformas.

Linha orientadora específica 4: O resumo deverá estruturar-se em torno dos objetivos, métodos, resultados e conclusões do estudo. Este deverá fazer alusão, quando possível, aos seguintes aspetos: funcionalidades/componentes da intervenção e respetivos comparadores; grau de envolvimento humano (e.g., “*fully automated ou unguided*/totalmente automatizado” vs. “*guided*/assistido/guido por uma/um profissional de saúde”); estratégia de recrutamento das/os participantes (e.g., *online* vs. *offline*; *open access website* vs. contexto clínico); se a avaliação e/ou intervenção ocorreram exclusivamente via web/dispositivos móveis ou se incluíram componentes face-a-face; se os indicadores em estudo foram alvo de autoavaliação através de questionários; e se se verificou ou não ocultação. Aquando da descrição dos resultados, os dados de utilização deverão também ser descritos (e.g., taxas de atrição e adesão, utilização ao longo do tempo, número de logins). As conclusões deverão centrar-se na discussão das variáveis primárias. Quando se verifique a não eficácia da intervenção, deverá discutir-se se os resultados obtidos se devem ou não à não utilização/adesão das/os participantes ao programa experimental.

Métodos

Linha orientadora específica 5: O desenho do estudo deverá ser descrito, justificando-se qualquer alteração efetuada após o início do mesmo. Dado o dinamismo dos sistemas em eHealth afigura-se necessário reportar quaisquer alterações efetuadas ao nível dos métodos de investigação, critérios de seleção das/os participantes, intervenção e comparadores (e.g., atualização dos sistemas, alteração de funcionalidades ou conteúdo dos módulos).

Participantes

Linha orientadora específica 6: Os critérios de elegibilidade das/os participantes deverão ser criteriosamente listados descrevendo-se, para o efeito e quando relevante, o diagnóstico/quadro nosológico em apreço, dados sociodemográficos, índices psicológicos aplicáveis (e.g., ponto de corte utilizado no instrumento previamente validado para a população em estudo), entrevista diagnóstica estruturada ou formulação de caso que identifique o problema ou sintomatologia associada. O facto de as/os participantes

conseguirem utilizar um computador/dispositivo móvel e a internet deverá ser explicitado enquanto critério de inclusão.

Linha orientadora específica 7: O modo como as/os participantes são recrutadas/os (e.g., *online vs. offline*; *open access website vs.* contexto clínico) deverá ser claramente definido. Nos estudos que ocorram exclusivamente em ambiente *online*, deverão ser especificados quais os mecanismos utilizados para prevenir que uma/um participante assuma múltiplas identidades (e.g., cookies, email de confirmação do registo, contactos telefónicos). Informação adicional acerca de outras fontes e recursos de apoio disponíveis deverá ser providenciada em caso de desistência/término prematuro da participação no estudo.

Intervenção Experimental

Linha orientadora específica 8: O processo de desenvolvimento da intervenção deverá ser descrito (e.g., grupos focais, testes de usabilidade), uma vez que a metodologia de desenvolvimento da intervenção poderá ter impacto nas taxas de utilização/adesão ao programa e auxiliar a interpretação de resultados.

Linha orientadora específica 9: A versão do programa de intervenção estudado deverá ser mencionada e no caso de esta ter sofrido alterações ao longo do estudo, tal deve ser especificado.

Linha orientadora específica 10: Deverá ser fornecida informação acerca da metodologia utilizada para validação e garantia da qualidade dos conteúdos da intervenção.

Linha orientadora específica 11: A intervenção em estudo deverá basear-se em modelos /informados por evidência científica. O modelo psicoterapêutico que sustenta a intervenção deverá ser enunciado e os indicadores terapêuticos que lhes estão associados deverão ser identificados. O mecanismo de mudança a ser testado deverá, sempre que possível, ser evidenciado.

Linha orientadora específica 12: O tipo de intervenção (e.g., psicoeducação, prevenção, intervenção precoce, tratamento, autocuidado, autoavaliação, customizado ou não customizado, de monitorização do progresso terapêutico) e duração da mesma (número de sessões ou módulos de tratamento prescritos/previstos e/ou intervalo de tempo em que a intervenção se encontra acessível às/aos participantes) deverão ser discriminados. Sempre que se antecipe a administração de instrumentos psicométricos, deverá ser clarificado se a administração computadorizada se encontra validada.

Linha orientadora específica 13: As/Os investigadores deverão clarificar se as intervenções em análise são guiadas ou não guiadas, i.e., dotadas ou não de

apoio/seguimento por parte de profissionais de saúde. Para intervenções que prevejam o apoio por parte de profissionais de saúde os seguintes aspetos deverão ser especificados: tipo e qualificações das/os profissionais de saúde a prestar apoio, tipo de apoio prestado, intervalo de tempo e frequência em que ocorre esse apoio, como é que este apoio é iniciado e qual o meio/veículo utilizado para prestação do mesmo (e.g., email, fórum, chat, teleconferência, SMS, apoio face-a-face).

Linha orientadora específica 14: Deverá indicar-se se as intervenções em estudo preveem o apoio por parte de outros elementos que não profissionais de saúde (e.g., assistentes de investigação, progenitores, professoras/es, técnicas/os). As características, qualificações, papel a desempenhar, tipo de assistência prestada, sua frequência, carácter anónimo ou não, assim como o canal/veículo utilizado para prestação desse apoio deverão ser especificados. A metodologia implementada para supervisão destas/destes profissionais deverá também ser clarificada.

Linha orientadora específica 15: As modalidades, frequência e duração das interações entre as/os participantes e o programa de intervenção deverão ser discriminadas, assim como as componentes (e.g., questionários, exercícios, planeamento de ações, automonitorização, contacto com terapeutas, chats, fóruns, jogos) e funcionalidades (e.g., lembretes, emails, SMS) utilizadas para esse efeito. A opção por um determinado tipo de interação em detrimento de outro deverá ser justificada/sustentada teórica e/ou empiricamente.

Linha orientadora específica 16: O canal de comunicação utilizado no âmbito da intervenção experimental deverá ser amplamente descrito e a sua seleção justificada.

Linha orientadora específica 17: As/Os investigadores deverão especificar se a comunicação/interação entre as/os participantes e os elementos da equipa de investigação que lhes prestam apoio é: síncrona – a comunicação ou apoio/suporte é imediata (e.g., chat em tempo real), assíncrona – esta interação ocorre em diferido (e.g., email, fóruns) ou ocorre aleatoriamente, de forma periódica ou a pedido da/o participante. O intervalo de tempo ocorrido entre contactos deverá também ser especificado, quando relevante.

Linha orientadora específica 18: Sempre que se recorra à implementação de uma co-intervenção, tal deve ser especificado.

Linha orientadora específica 19: A replicabilidade da intervenção deverá ser assegurada através de uma completa descrição dos conteúdos e componentes da intervenção e publicação de *screenshots*, demos, vídeo, algoritmos utilizados, entre outros.

Linha orientadora específica 20: O endereço URL da intervenção deverá ser publicado e a intervenção deverá ser digitalmente arquivada em webcitation.org de modo a garantir a preservação e acesso à mesma a longo prazo.

Variáveis em Estudo

Linha orientadora específica 21: As variáveis primárias e secundárias em análise, bem como os instrumentos utilizados para sua monitorização e plano de avaliação/seguimento deverão ser claramente definidos. Quando utilizados instrumentos psicométricos *online/computadorizados*, deverá ser reportado se estes se encontram ou não validados para administração via computador/dispositivos móveis.

Linha orientadora específica 22: Os dados de usabilidade e aceitabilidade do programa/intervenção deverão ser comunicados e o modo como estes dados foram obtidos caracterizado (e.g., através de email, formulários de avaliação, entrevistas, grupos focais).

Tamanho da Amostra

Linha orientadora específica 23: O tamanho e características da amostra, bem como a metodologia utilizada para efetuar o cálculo amostral devem ser explicitados. O modo como a taxa de atrição prevista influenciou o cálculo amostral deverá ser descrito.

Análise Estatística

Linha orientadora específica 24: Os métodos estatísticos utilizados para análise dos dados experimentais deverão ser identificados, justificando-se a seleção efetuada. O modo como a atrição e valores omissos foram tratados deverá ser especificado.

Aspetos Éticos

Linha orientadora específica 25: O procedimento de explicação e obtenção do consentimento informado deverá ser descrito. Os procedimentos inerentes ao estudo, potenciais riscos e benefícios, medidas de prevenção face aos potenciais riscos, procedimentos a cumprir em caso de emergência e entidades a prestar apoio, sobretudo quando se trate da prestação de serviços psicológicos mediados por TIC em modo *open access*, em que o registo e identificação da/o participante não é solicitada, devem ser detalhados. Nos casos em que se proceda ao registo das/os participantes, a estas/estes deverá ser facultado um único nome de utilizador e senha de acesso que proteja a sua

privacidade. Em qualquer dos casos, as/os participantes deverão consentir em participar no estudo e concordar com os termos e condições do mesmo.

Resultados

Linha orientadora específica 26: Os dados sociodemográficos e clínicos das/os participantes; o número de participantes alocadas/os a cada braço de tratamento; a descrição das/os participantes excluídos após inclusão no estudo e razões subjacentes ao término da participação no estudo (um diagrama de atrição poderá ser incluído); o número de participantes incluído em cada análise; e os resultados referentes às variáveis primárias e secundárias deverão ser alvo de apresentação e interpretação.

Segurança e Armazenamento de Dados de Investigação

Linha orientadora específica 27: O *website*, o *software*, e o processo de armazenamento e transmissão de dados deverão operar sob a forma encriptada, sendo essencial que se utilize um protocolo de criptografia de ponta a ponta. O modo e período durante o qual os dados serão utilizados e armazenados deverá ser descrito e do conhecimento das/os participantes. Os direitos e responsabilidades das/os participantes deverão ser listados, assim como quaisquer fragilidades que a intervenção em estudo possa apresentar. Caso seja utilizado um serviço de email ou outro procedimento de comunicação síncrono ou assíncrono externo, i.e., que não esteja integrado numa plataforma eletrónica que cumpra os requisitos de segurança e privacidade de dados previamente enumerados, as/os participantes deverão ser informadas/os de que este serviço não cumpre todos os requisitos de segurança.

Linha orientadora específica 28: Os estudos neste domínio deverão operar em observância com a legislação nacional e internacional aplicável e que se encontre em vigor aquando da sua realização.

Avaliação de Programas de Intervenção Experimental

Linha orientadora específica 29: A avaliação de intervenções mediadas por TIC poderá ser efetuada por via de análise quantitativa ou qualitativa. Recomenda-se a realização de ensaios clínicos/estudos clínicos aleatorizados com intervenção quando a avaliação de resultados ou indicadores clínicos seja priorizada.

Linha orientadora específica 30: A padronização de instrumentos de medida é desejável de modo a poder garantir-se a comparabilidade entre estudos. A administração computadorizada de testes psicológicos deverá ser ou estar validada.

Linha orientadora específica 31: Aquando do relato da eficácia das intervenções, as/os investigadores deverão descrever: o tamanho e características da amostra; a metodologia utilizada para cálculo amostral, alocação e ocultação, quando aplicável; os braços do estudo/grupos experimental e de controlo; as propriedades psicométricas dos instrumentos de medida utilizados; os procedimentos de recolha de dados; o cronograma de avaliações/seguimento das/os participantes; e o tipo de análise estatística efetuada, especificando se esta é efetuada por protocolo ou pelo método de intenção de tratar. Informação relativa à adesão à intervenção, causas da não-adesão, taxas de atrição em cada um dos momentos do estudo e os métodos de análise utilizados para enquadrar dropouts/participantes que sejam prematuramente descontinuados da intervenção deverá ser facultada, quando apropriado. Os resultados do estudo e suas conclusões devem também ser reportados.

Linha orientadora específica 32: Os estudos que reportem dados acerca da efetividade das intervenções em contexto real deverão detalhar: o tamanho e características da amostra; os instrumentos de medida aplicados; os planos de avaliação/seguimento das/os participantes e a adesão das/os participantes à intervenção. O perfil das/os utilizadoras/es que beneficiam da intervenção e os efeitos da intervenção passíveis de generalização deverão ser descritos.

Linha orientadora específica 33: Os estudos analisem o custo-efetividade das intervenções deverão, para além dos aspetos supramencionados, incluir informação relativa à possibilidade de disseminação do programa.

Discussão e Conclusões

Linha orientadora 34: As limitações inerentes ao estudo, as potenciais fontes de viés, imprecisões e, se relevante, a multiplicidade de análises efetuadas, deverão ser descritas. Na investigação em eHealth os vieses de seleção e resultantes da potencial não utilização da intervenção por parte de algumas/alguns participantes assumem especial destaque e deverão ser alvo de discussão.

Linha orientadora específica 35: A possibilidade de generalização dos resultados deverá ser analisada, particularmente, se os resultados obtidos são válidos em contexto de vida real e na população em geral. Deverá discutir-se se alguma das componentes e funcionalidades da intervenção teria, necessariamente, de ser diferente fora do contexto de investigação (e.g., lembretes, maior envolvimento humano, sessões de formação) e qual o impacto que a omissão desses elementos teria na utilização, adoção e resultados da intervenção.

ANEXO B - Linhas de Orientação Específicas para a Intervenção em Situações de Crise

Gestão de crise psicológica em eHealth

Linha orientadora específica 1. Ao oferecer serviços de psicologia mediados por TIC a clientes em risco, as/os psicólogas/os devem assegurar mecanismos a utilizar em situações de crise e que devem constar de um plano, elaborado antecipadamente. O mesmo se aplica aos serviços a clientes que, não estando em risco, podem vir a ter situações de crise no decurso dos serviços oferecidos (e.g., terapia com pessoas que podem ver agravados os seus sintomas e/ou ter ideação suicida).

Linha orientadora específica 2. Os mecanismos a implementar para lidar com situações de crise devem ser definidos de antemão e passam pelos seguintes aspetos: (a) definir a situação de crise em causa; (b) pedir à/ao cliente para facultar contactos alternativos (e.g. contacto telefónico); (c) conhecer os recursos familiares e institucionais (e.g., outras/os profissionais de saúde mental, serviços locais) do local de residência da/o cliente; (d) encaminhar as pessoas em situações de crise para serviços de saúde na sua zona de residência; (e) estabelecer um acordo prévio com a/o cliente de como lidar com possíveis crises; (f) informar a/o cliente da possível perda de anonimato/confidencialidade numa situação de crise; (g) consultar colegas experientes na utilização de TIC com vista à obtenção de indicações de como lidar com a situação de crise.

Linha orientadora específica 3. Quando confrontadas/os com uma situação de crise, as/os psicólogas/os devem, se possível, manter a comunicação com a/o cliente com vista à obtenção de informações que ajudem a resolver a crise.

Linha orientadora específica 4. Situações em que o serviço mediado por TIC é interrompido podem ser consideradas de crise e incluídas naquelas em que os mecanismos previstos sejam implementados. As/Os psicólogas/os podem, por exemplo, combinar com a/o cliente estabelecer um contacto telefónico após 5 minutos da interrupção e não insistir caso a pessoa não responda. Se a/o psicóloga/o considerar que a pessoa pode estar em risco, deve ativar os mecanismos inicialmente contemplados.

Confidencialidade e crise

Linha orientadora específica 6. Do ponto de vista da gestão de situações de risco, as/os psicólogas/os devem conhecer, sempre que possível, a identidade e a localização da/o cliente.

Linha orientadora específica 7. Os mecanismos para lidar com situações de crise podem implicar a perda de anonimato e/ou confidencialidade da/o cliente. As/Os psicólogas/os asseguram-se que a informação facultada a terceiros é a necessária para lidar com a crise, não facultando outro tipo de informações.

Referenciação em situações de crise

Linha orientadora específica 8. Situações em que a/o cliente que usufrui de serviços de psicologia mediados por TIC se possa encontrar em risco devem ser referidos para os serviços competentes da residência geográfica da pessoa. As/Os psicólogas/os devem conhecer de antemão quais os recursos disponíveis.

Linha orientadora específica 9. Quando as situações de crise são recorrentes com uma/um cliente, a/o psicóloga/o deve avaliar o benefício de continuar o serviço mediado por TIC. Nestas situações, pode ser mais adequado o encaminhamento para serviços presenciais.

ANEXO C - Resumo de Conteúdo das LOPP*

***Este resumo de informação não substitui a consulta das LOPP e serve somente para a identificação de categorias de conteúdo.**

Linha de orientação global

Independentemente da ferramenta ou do contexto de interação utilizado para a intervenção psicológica, a/o psicóloga/o deverá orientar o seu trabalho pelos mesmos princípios éticos e respeitar as mesmas normas deontológicas e legais a que está vinculada/o numa intervenção face-a-face. A natureza do contexto ou ferramenta de intervenção não altera a necessidade de cumprimento dos princípios éticos e normas deontológicas da profissão.

Linhas de orientação

Conhecimento e Competência

As/Os psicólogas/os asseguram-se que possuem as competências necessárias a nível científico, técnico, ético, legal e cultural para a provisão segura de serviços de psicologia mediados por TIC, designadamente através de treino e formação específica, bem como da contínua monitorização através de atividades de supervisão.

Identificação da/o Psicóloga/o e da/o Cliente

As/Os psicólogas/os fornecem informação que assegura à/ao cliente a sua competência para o exercício desta modalidade de serviços. Além disso, a identificação clara da/o cliente que pretende aceder a serviços de psicologia mediados por TIC deve ser considerada a boa prática.

Integridade e Limites da Relação

As/Os psicólogas/os reconhecem a necessidade de manter uma relação profissional com as/os suas/seus clientes (considerando o setting terapêutico como variável relacional) e estão conscientes do potencial para quebras na integridade da relação, no contexto de serviços de psicologia mediados por TIC.

Consentimento Informado

As/Os psicólogas/os reconhecem que o uso de meios digitais no contacto com a/o cliente acarreta riscos específicos adicionais que deverão ser considerados na obtenção do consentimento livre e informado. Este consentimento deverá compreender informação clara

e compreensível pela/o cliente, tendo em conta a natureza dos dados que poderão ser registados de modo digital.

Confidencialidade e Segurança no Registo e Transmissão de Dados

As/Os psicólogas/os asseguram-se que possuem o conhecimento informático necessário para a provisão segura e responsável de serviços de psicologia mediados por TIC. Informam as/os suas/seus clientes acerca dos limites de confidencialidade, mecanismos de segurança e potenciais problemas decorrentes do uso de tecnologia, e certificam-se que, tanto elas/eles, como as/os suas/seus clientes, adotam os procedimentos de segurança necessários para impedir o acesso a informações confidenciais.

Aspetos Legais e de Jurisdição

As/Os psicólogas/os devem considerar que, para além da legislação aplicável à prestação de serviços de psicologia em geral, a prestação desses serviços mediada por TIC pode envolver enquadramentos jurídicos específicos, decorrentes, por exemplo, de diferentes jurisdições ou de questões associadas à segurança e proteção de dados.

Avaliação Psicológica

As/Os psicólogas/os devem reconhecer as limitações associadas a processos de avaliação psicológica conduzidos através das TIC e implementá-los apenas quando as condições mínimas estiverem asseguradas, cruzando diferentes instrumentos formais e informais, de forma a garantir processos de avaliação rigorosos, transparentes e fidedignos, que estejam de acordo com os princípios elencados no Código Deontológico da OPP.

Investigação

As/Os psicólogas/os que desenvolvam ou participem em projetos de investigação no âmbito da Psicologia e eHealth, independentemente de estes se centrarem na análise qualitativa ou quantitativa dos dados ou recorrem a *big data*, devem assegurar a qualidade, comparabilidade e generalização dos resultados obtidos, garantir que os requisitos éticos aplicáveis são cumpridos e obedecer às normas de relato específicas para estudos desta natureza.

Intervenção em crise

As/Os psicólogas/os devem identificar potenciais situações de risco e estabelecer, antecipadamente, os mecanismos a implementar para lidar com estas. Em situações de crise, crises recorrentes e/ou catástrofe as/os psicólogas/os devem avaliar a exequibilidade da utilização de serviços de psicologia mediados por TIC.

Intervenção com populações específicas

Os/As psicólogas/os que trabalhem com pessoas que procuram asilo e refugiadas devem reconhecer o potencial das TIC na sua prática, de forma isolada ou combinada com sessões presenciais, incluindo ultrapassar limitações como a barreira da língua ou a dificuldade de acesso aos serviços no formato tradicional. Devem ter a consciência que, nestas situações, continuam a aplicar-se os mesmos princípios éticos e as recomendações contidas nas presentes LOPP.

Desenvolvimento de ferramentas digitais de intervenção

As/Os psicólogas/os devem conhecer potenciais impactos das aplicações e outras ferramentas digitais na saúde mental e ter consciência que somente podem ser consideradas ferramentas de intervenção psicológica aquelas que apresentem evidências de eficácia obtidas através de métodos técnicos e científicos.

Referências

- Agboola, S. O., Ju, W., Elfiky, A., Kvedar, J. C., & Jethwani, K. (2015). The Effect of Technology-Based Interventions on Pain, Depression, and Quality of Life in Patients With Cancer: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *J Med Internet Res*, 17(3), e65. doi:10.2196/jmir.4009
- Andersson, G. (2016). Internet-Delivered Psychological Treatments. *Annu Rev Clin Psychol*, 12, 157-179. doi:10.1146/annurev-clinpsy-021815-093006
- Andersson, G., & Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta-analysis. *Cogn Behav Ther*, 38. doi:10.1080/16506070903318960
- Andersson, G., Hesser, H., Veilord, A., Svedling, L., Andersson, F., Sleman, O., . . . Carlbring, P. (2013). Randomised controlled non-inferiority trial with 3-year follow-up of internet-delivered versus face-to-face group cognitive behavioural therapy for depression. *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 986-994. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.022>
- Andersson, G., Paxling, B., Roch-Norlund, P., Ostman, 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. *Psychother Psychosom*, 81(6), 344-355. doi:10.1159/000339371
- Andersson, G., Stromgren, T., Strom, L., & Lyttkens, L. (2002). Randomized controlled trial of internet-based cognitive behavior therapy for distress associated with tinnitus. *Psychosom Med*, 64(5), 810-816.
- Andersson, G., & Titov, N. (2014). Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry*, 13(1), 4-11. doi:10.1002/wps.20083
- APA. (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. *American Psychological Association*, 68(9), 791-800. doi:10.1037/a0035001
- APS. (2011). *Guidelines for providing psychological services and products using the internet and telecommunications technologies*. The Australian Psychological Society. Melbourne.
- Arpin-Cribbie, C., Irvine, J., & Ritvo, P. (2012). Web-based cognitive-behavioral therapy for perfectionism: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 22(2), 194-207. doi:10.1080/10503307.2011.637242
- Barak, A., & English, N. (2002). Prospects and limitations of psychological testing on the internet. *Journal of Technology in Human Services*, 19, 65-89. doi:10.1300/J017v19n02_06
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. a. (2008). A Comprehensive Review and a Meta-Analysis of the Effectiveness of Internet-Based Psychotherapeutic Interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2-4), 109-160. doi:10.1080/15228830802094429
- Barak, A., Klein, B., & Proudfoot, J. (2009). Defining internet-supported therapeutic interventions. *Annual Behavioral Medicine*, 38, 4-17. doi:10.1007/s12160-009-9130-7
- Berger, M., & Skinner, A. (2009). *The provision of psychological services via the internet and other non-direct means*. 2nd Edition. © The British Psychological Society, Leicester, UK.
- Berger, T., Hämmerli, K., Gubser, N., Andersson, G., & Caspar, F. (2011). Internet-based treatment of depression: a randomized controlled trial comparing guided with unguided self-help. *Cogn Behav Ther*, 40. doi:10.1080/16506073.2011.616531
- Blom, K., Tarkian Tillgren, H., Wiklund, T., Danlycke, E., Forssen, M., Soderstrom, A., . . . Kaldo, V. (2015). Internet-vs. group-delivered cognitive behavior therapy for insomnia: A randomized controlled non-inferiority trial. *Behav Res Ther*, 70, 47-55. doi:10.1016/j.brat.2015.05.002

- Buhrman, M., Faltenhag, S., Strom, L., & Andersson, G. (2004). Controlled trial of Internet-based treatment with telephone support for chronic back pain. *Pain*, *111*(3), 368-377. doi:10.1016/j.pain.2004.07.021
- Carlbring, P., & Andersson, G. (2006). Internet and psychological treatment. How well can they be combined? *Computers in Human Behavior*, *22*(3), 545-553. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2004.10.009>
- Carlbring, P., Gunnarsdóttir, M., Hedensjö, L., Andersson, G., Ekselius, L., & Furmark, T. (2007). Treatment of social phobia: randomised trial of internet-delivered cognitive-behavioural therapy with telephone support. *Br J Psychiatry*, *190*. doi:10.1192/bjp.bp.105.020107
- Carlbring, P., Hägglund, M., Luthström, A., Dahlin, M., Kadowaki, Å., Vernmark, K., & Andersson, G. (2013). Internet-based behavioral activation and acceptance-based treatment for depression: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, *148*(2-3), 331-337. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.12.020>
- Carlbring, P., Maurin, L., Törngren, C., Linna, E., Eriksson, T., Sparthan, E., . . . Andersson, G. (2011). Individually-tailored, Internet-based treatment for anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, *49*(1), 18-24. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2010.10.002>
- CGP. (2017). *Guía para la práctica de la Telepsicología*. Consejo General de la Psicología. España.
- Donker, T., Blankers, M., Hedman, E., Ljotsson, B., Petrie, K., & Christensen, H. (2015). Economic evaluations of Internet interventions for mental health: a systematic review. *Psychol Med*, *45*(16), 3357-3376. doi:10.1017/s0033291715001427
- EFPA. (2001). *The provision of psychological services via the Internet and other non-direct means*. Retrieved from Standing Committee on Ethics. European Federation of Psychologists Associations. London:
- Eysenbach, G. (2001). What is e-health? *Journal of Medical Internet Research*, *3*(2), e20. doi:10.2196/jmir.3.2.e20: 10.2196/jmir.3.2.e20
- Eysenbach, G., & Group, C.-E. (2011). CONSORT-EHEALTH: Improving and Standardizing Evaluation Reports of Web-based and Mobile Health Interventions. *Journal of Medical Internet Research*, *13*(4), e126. doi:10.2196/jmir.1923
- Eysenbach, G., Powell, J., Englesakis, M., Rizo, C., & Stern, A. (2004). Health related virtual communities and electronic support groups: Systematic review of the effects of online peer to peer interactions. *British Medical Journal*, *328*, 1166. doi:10.1136/bmj.328.7449.1166
- Fleming, T., Bavin, L., Stasiak, K., Hermansson-Webb, E., Merry, S., Cheek, C., . . . Hetrick, S. (2017). Serious games and gamification for mental health: Current status and promising directions. *Frontiers in Psychiatry*, *7*, 215. doi:10.3389/fpsy.2016.00215
- Gaggioli, A., & Riva, G. (2013). From mobile mental health to mobile wellbeing: Opportunities and challenges. *Studies in Health Technology and Informatics*, *184*, 141-147. doi:10.3233/978-1-61499-209-7-141
- Green, B. (1991). Guidelines for computer testing. In T. Gutking & S. Wise (Eds.), *The computer and the decision-making process* (pp. 245-273). USA: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Gregg, L., & Tarriner, N. (2007). Virtual reality in mental health: A review of the literature. *Social of Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *42*, 343-354. doi:10.1007/s00127-007-0173-4
- Hadjiconstantinou, M., Byrne, J., Bodicoat, D. H., Robertson, N., Eborall, H., Khunti, K., & Davies, M. J. (2016). Do Web-Based Interventions Improve Well-Being in Type 2 Diabetes? A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Med Internet Res*, *18*(10), e270. doi:10.2196/jmir.5991
- Haemmerli, K., Znoj, H., & Berger, T. (2010). Internet-based support for infertile patients: a randomized controlled study. *Journal of Behavioral Medicine*, *33*(2), 135-146. doi:10.1007/s10865-009-9243-2

- Hedman, E., Ljótsson, B., Rück, C., Bergström, J., Andersson, G., Kaldo, V., . . . Lindefors, N. (2013). Effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for panic disorder in routine psychiatric care. *Acta Psychiatr Scand*, *128*. doi:10.1111/acps.12079
- Ivarsson, D., Blom, M., Hesser, H., Carlbring, P., Enderby, P., Nordberg, R., & Andersson, G. (2014). Guided internet-delivered cognitive behavior therapy for post-traumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *Internet Interventions*, *1*(1), 33-40. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.invent.2014.03.002>
- Kim, A. R., & Park, H. A. (2015). Web-based Self-management Support Interventions for Cancer Survivors: A Systematic Review and Meta-analyses. *Stud Health Technol Inform*, *216*, 142-147.
- Kitsiou, S., Paré, G., Jaana, M., & Gerber, B. (2017). Effectiveness of mHealth interventions for patients with diabetes: An overview of systematic reviews. *PLoS ONE*, *12*(3), 1-16. doi:10.1371/journal.pone.0173160
- Kuijpers, W., Groen, W. G., Aaronson, N. K., & van Harten, W. H. (2013). A Systematic Review of Web-Based Interventions for Patient Empowerment and Physical Activity in Chronic Diseases: Relevance for Cancer Survivors. *J Med Internet Res*, *15*(2), e37. doi:10.2196/jmir.2281
- Lal, S., & Adair, C. (2014). E-mental health: A rapid review of the literature. *Psychiatric Services*, *65*, 24-32. doi:10.1176/appi.ps.201300009
- Lau, H., Smit, J., Fleming, T., & Riper, H. (2017). Serious games for mental health: Are they accessible, feasible, and effective? A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, *7*, 209. doi:10.3389/fpsy.2016.00209
- Ljótsson, B., Andersson, G., Andersson, E., Hedman, E., Lindfors, P., Andréewitch, S., . . . Lindefors, N. (2011). Acceptability, effectiveness, and cost-effectiveness of internet-based exposure treatment for irritable bowel syndrome in a clinical sample: a randomized controlled trial. *BMC Gastroenterology*, *11*(1), 110. doi:10.1186/1471-230x-11-110
- 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
- Luxton, D., McCann, R., Bush, N., Mishkind, C., & Reger, G. (2011). mHealth for mental health: Integrating smartphone technology in behavioral healthcare. *Professional Psychology: Research and Practice*, *42*, 505-512. doi:10.1037/a0024485
- Ly, K. H., Asplund, K., & Andersson, G. (2014). Stress management for middle managers via an acceptance and commitment-based smartphone application: A randomized controlled trial. *Internet Interventions*, *1*(3), 95-101. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.invent.2014.06.003>
- Ly, K. H., Carlbring, P., & Andersson, G. (2012). Behavioral activation-based guided self-help treatment administered through a smartphone application: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *13*. doi:10.1186/1745-6215-13-62
- Mansson, K. N. T., Frick, A., Boraxbekk, C. J., Marquand, A. F., Williams, S. C. R., Carlbring, P., . . . Furmark, T. (2015). Predicting long-term outcome of Internet-delivered cognitive behavior therapy for social anxiety disorder using fMRI and support vector machine learning. *Transl Psychiatry*, *5*, e530. doi:10.1038/tp.2015.22
- McAlpine, H., Joubert, L., Martin-Sanchez, F., Merolli, M., & Drummond, K. J. (2015). A systematic review of types and efficacy of online interventions for cancer patients. *Patient Education and Counseling*, *98*(3), 283-295. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2014.11.002>
- Mohr, D. C., Burns, M. N., Schueller, S. M., Clarke, G., & Klinkman, M. (2013). Behavioral intervention technologies: evidence review and recommendations for future research in mental health. *Gen Hosp Psychiatry*, *35*(4), 332-338. doi:10.1016/j.genhosppsych.2013.03.008

- Mohr, D. C., Duffecy, J., Ho, J., Kwasny, M., Cai, X., Burns, M. N., & Begale, M. (2013). A randomized controlled trial evaluating a manualized TeleCoaching protocol for improving adherence to a web-based intervention for the treatment of depression. *PLoS One*, *8*(8), e70086. doi:10.1371/journal.pone.0070086
- NZPB. (2011). *Psychology services delivered via the internet and other electronic media*. New Zealand Psychologists Board. New Zealand.
- O'Mahen, H. A., Richards, D. A., Woodford, J., Wilkinson, E., McGinley, J., Taylor, R. S., & Warren, F. C. (2014). Netmums: a phase II randomized controlled trial of a guided Internet behavioural activation treatment for postpartum depression. *Psychol Med*, *44*(8), 1675-1689. doi:10.1017/s0033291713002092
- Oh, H., Rizo, C., Enkin, M., & Jadad, A. (2005). What is eHealth: A systematic review of published definitions *Journal of Medical Internet Research*, *7*, e1. doi:10.2196/jmir.7.1.e1
- Olthuis, J. V., Watt, M. C., Bailey, K., Hayden, J. A., & Stewart, S. H. (2016). Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3). doi:10.1002/14651858.CD011565.pub2
- Paxling, B., Almqvist, J., Dahlin, M., Carlbring, P., Breitholtz, E., Eriksson, T., & Andersson, G. (2011). Guided internet-delivered cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Cogn Behav Ther*, *40*(3), 159-173. doi:10.1080/16506073.2011.576699
- Perini, S., Titov, N., & Andrews, G. (2009). Clinician-assisted Internet-based treatment is effective for depression: randomized controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry*, *43*(6), 571-578. doi:10.1080/00048670902873722
- Proudfoot, J., Klein, B., Barak, A., Carlbring, P., Cuijpers, P., Lange, A., . . . Andersson, G. (2011). Establishing Guidelines for Executing and Reporting Internet Intervention Research. *Cognitive Behaviour Therapy*, *40*(2), 82-97. doi:10.1080/16506073.2011.573807
- Rehm, I., Foenander, E., Wallace, K., Abbott, J., Kyrios, M., & Thomas, N. (2016). What role can avatars play in e-mental health interventions? Exploring new models of client-therapist interaction. *Frontiers in Psychiatry*, *7*, 186. doi:10.3389/fpsy.2016.00186
- 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:<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2012.02.004>
- Riek, L. (2015). Robotics technology in mental healthcare. In D. Luxton (Ed.), *Artificial Intelligence in Behavioral Health and Mental healthcare*: Elsevier.
- Ritterband, L., Andersson, G., Christensen, H., Carlbring, P., & Cuijpers, P. (2006). Directions for the International Society for Research on Internet Interventions (ISRII). *Journal of Medical Internet Research*, *8*, e23. doi:10.2196/jmir.8.3.e23
- Rozental, A., Forsell, E., Svensson, A., Andersson, G., & Carlbring, P. (2015). Internet-based cognitive—behavior therapy for procrastination: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *83*(4), 808-824. doi:10.1037/ccp0000023
- Ruwaard, J., Schrieken, B., Schrijver, M., Broeksteeg, J., Dekker, J., Vermeulen, H., & Lange, A. (2009). Standardized web-based cognitive behavioural therapy of mild to moderate depression: a randomized controlled trial with a long-term follow-up. *Cogn Behav Ther*, *38*(4), 206-221. doi:10.1080/16506070802408086
- Ryhänen, A. M., Siekkinen, M., Rankinen, S., Korvenranta, H., & Leino-Kilpi, H. (2010). The effects of Internet or interactive computer-based patient education in the field of breast cancer: A systematic literature review. *Patient Education and Counseling*, *79*(1), 5-13. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2009.08.005>
- Schröder, J., Berger, T., Westermann, S., Klein, J. P., & Moritz, S. (2016). Internet interventions for depression: new developments. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *18*(2), 203-212.

- Segall, D. (2005). Computerized Adaptive Testing In *Enciclopedia of Social Measurement* Academic Press.
- Showell, C., & Nohr, C. (2012). How should we define eHealth, and does the definitio matter? In J. Mantas, S. Andersen, M. C. Mazzoleni, B. Blobel, S. Quaglini, & A. Moen (Eds.), *Quality of Life through Quality of Information* (pp. 881-884). Amsterdam: IOS Press.
- Spence, J., Titov, N., Dear, B. F., Johnston, L., Solley, K., Lorian, C., . . . Schwenke, G. (2011). Randomized controlled trial of Internet-delivered cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *Depress Anxiety, 28*(7), 541-550. doi:10.1002/da.20835
- Vernmark, K., Lenndin, J., Bjarehed, J., Carlsson, M., Karlsson, J., Oberg, J., . . . Andersson, G. (2010). Internet administered guided self-help versus individualized e-mail therapy: A randomized trial of two versions of CBT for major depression. *Behav Res Ther, 48*(5), 368-376. doi:10.1016/j.brat.2010.01.005
- Wagner, B., Horn, A. B., & Maercker, A. (2014). Internet-based versus face-to-face cognitive-behavioral intervention for depression: a randomized controlled non-inferiority trial. *J Affect Disord, 152-154*, 113-121. doi:10.1016/j.jad.2013.06.032
- Resolution WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. In: Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 16–25 May 2005. Resolutions and decisions annex. Geneva: World Health Organization; 2005 (WHA58/2005/REC/1; [http:// apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/english/A58_2005_REC1-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/english/A58_2005_REC1-en.pdf), accessed 26 October 2016). (2005).
- Wolvers, M., Bruggeman-Everts, F. Z., Van der Lee, M. L., Van de Schoot, R., & Vollenbroek-Hutten, M. M. (2015). Effectiveness, Mediators, and Effect Predictors of Internet Interventions for Chronic Cancer-Related Fatigue: The Design and an Analysis Plan of a 3-Armed Randomized Controlled Trial. *JMIR Res Protoc, 4*(2), e77. doi:10.2196/resprot.4363
- Zetterqvist, K., Maanmies, J., Strom, L., & Andersson, G. (2003). Randomized controlled trial of internet-based stress management. *Cogn Behav Ther, 32*(3), 151-160. doi:10.1080/16506070302316