



instituto par
ciências do comportamento

INSTITUTO PAR CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

DÉBORA ABENSUR

Estudo Exploratório: Criação E Avaliação de um
Plano de Intervenção Autoguiado para Prevenção do Transtorno Depressivo Maior (PIAP-D)

São Paulo
2024

DÉBORA ABENSUR

Estudo Exploratório: Criação E Avaliação de um
Plano de Intervenção Autoguiado para Prevenção do Transtorno Depressivo Maior (PIAP-D)

Dissertação de mestrado apresentada
como parte dos requisitos para obtenção do título
de Mestre Profissional em Análise do
Comportamento Aplicada, no Instituto Par
Educação, sob orientação do Prof. Dr. Jan Luiz
Leonardi.

São Paulo
2024

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação por processos fotocopiadores ou eletrônicos.

Local e data: São Paulo, 31 de março de 2024.



Débora Abensur

Débora Abensur

**Estudo Exploratório: Criação E Avaliação de um
Plano de Intervenção Autoguiado para Prevenção do Transtorno
Depressivo Maior (PIAP-D)**

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Fernanda Castanho Calixto

Instituição: Instituto Par de Ciências do Comportamento

Assinatura: _____

Prof. Dr. Ramiro Figueiredo Catelan

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. Jan Luiz Leonardi
Orientador

AGRADECIMENTOS

A jornada para a conclusão deste trabalho foi muito mais do que um percurso acadêmico; foi uma viagem profunda e desafiadora pelo meu próprio crescimento e resiliência. Inicialmente previsto para ser concluído em dois anos, este projeto me levou mais de cinco anos, uma jornada marcada por altos e baixos. Cada obstáculo, cada reviravolta inesperada, representou uma lição valiosa, fortalecendo a crença na grande importância do cuidado com a saúde mental. Neste contexto, torna-se imprescindível reconhecer e agradecer a todas as pessoas que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a minha jornada e para a realização deste trabalho.

Agradeço primeiramente aos meus queridos pais, **Henry Abensur e Iardena C. Abensur**. Vocês não foram apenas pilares de incentivo, mas a minha fortaleza, oferecendo apoio e compreensão nos momentos mais desafiadores.

Um agradecimento especial ao **Arthur Pugliese Goi**, meu companheiro, cuja presença e apoio foram inestimáveis. Sua motivação e assistência não foram apenas um suporte, mas uma inspiração constante.

Meu sincero agradecimento a **Giselle Levi e Natália Calegare**, duas amigas que desempenharam papéis essenciais em minha jornada. Giselle, minha amiga de longa data. Sua contagiante paixão foi uma fonte constante de energia e motivação. Natália, minha colega de profissão e amiga desde os tempos da faculdade, tem sido uma fonte inestimável de apoio. A ambas, minha profunda gratidão por suas amizades e apoio que se estendem além do âmbito acadêmico e profissional.

Quero expressar minha profunda gratidão à minha psicóloga, **Dra. Larissa Zeggio**, por ser uma fonte inestimável de ensinamentos. Seu comprometimento ao longo dos anos foi fundamental para minha jornada. Agradeço do fundo do coração por não apenas me auxiliar a enfrentar desafios, mas também por me ajudar a crescer e desenvolver habilidades essenciais

para a vida. Estou profundamente grata por ter sido atendida por uma profissional tão talentosa e dedicada.

Um agradecimento aos colegas **Rafael Ferreira e Thiago Montthez**, ambos da equipe da RFX, pelo extraordinário esforço e dedicação que demonstraram durante todo o processo de gravação e edição dos vídeos. Sem a contribuição de vocês, este trabalho não teria sido possível. Obrigado mais uma vez por sua incansável contribuição e pelo trabalho em equipe. Vocês são verdadeiros pilares deste projeto.

Quero também expressar minha sincera gratidão à **Dra. Fernanda Castanho Calixto e ao Dr. Ramiro Figueiredo Catelan**, cuja participação na minha banca de qualificação foi absolutamente fundamental. Além disso, sou profundamente grata por contar com a constante orientação e o valioso conhecimento desses profissionais exemplares, que vão além das expectativas ao oferecer supervisões e conversas enriquecedoras.

Gostaria de expressar minha sincera gratidão às professoras do Instituto Par, ao meu orientador, **Prof. Dr. Jan Luiz Leonardi**, e aos colegas de mestrado, que contribuíram de maneira significativa para minha formação acadêmica.

Aos amigos e professores do **Colégio I. L. Peretz**, quero expressar minha profunda gratidão por terem me proporcionado um aprendizado valioso sobre o judaísmo e o significado da nossa comunidade. As lições sobre solidariedade e apoio que recebi foram fundamentais em minha jornada e tiveram um impacto imenso na profissional que me tornei e no desenvolvimento deste projeto. Obrigada por terem sido parte fundamental da minha história.

E, finalmente, a cada pessoa que, direta ou indiretamente, teve um papel nesta incrível jornada, meu mais profundo agradecimento. Cada um de vocês contribuiu para minha resistência e crescimento. Este trabalho é um reflexo não apenas do conhecimento acadêmico, mas também da compreensão da importância da saúde mental e do apoio comunitário.

RESUMO

Este estudo aborda a urgência de desenvolver métodos preventivos eficientes contra a depressão, um transtorno que impacta significativamente a qualidade de vida. O objetivo da pesquisa foi desenvolver um Plano de Intervenção Autoguiado para Prevenção do Transtorno Depressivo Maior (PIAP-D) e avaliar sua efetividade. O programa de 12 semanas assistido por tecnologia combina componentes da Ativação Comportamental, *mindfulness* e psicoeducação, visando a prevenção e redução dos sintomas depressivos, a partir do fortalecimento dos fatores de proteção; por meio de uma metodologia que incorpora vídeos, atividades práticas, monitoramento contínuo e uma abordagem acessível e autoguiada. Contudo, o projeto enfrentou desafios significativos relacionados à adesão dos participantes, o que impossibilitou a realização de análises sobre a eficácia e custo-efetividade do programa. Entre as principais limitações estão o formato de disponibilização do programa, a falta de personalização e suporte ao usuário, uma seleção pouco diversificada de participantes, além de questões como a duração e a edição dos vídeos, que impactaram negativamente na adesão dos participantes. Esses resultados sugerem que, embora as intervenções autoguiadas suportadas por tecnologia tenham um grande potencial no tratamento e prevenção da depressão, é essencial superar as barreiras de adesão para aproveitar plenamente seus benefícios. Pesquisas futuras devem se concentrar em otimizar a entrega desses programas, valorizando interfaces amigáveis, conteúdo personalizado e suporte contínuo ao usuário, para melhorar a eficácia dessas intervenções no âmbito da saúde mental.

Palavras-chave: Depressão, Intervenção Autoguiado, Ativação Comportamental, *Mindfulness*, Psicoeducação, Intervenção Online

ABSTRACT

This study addresses the urgency of developing efficient preventive methods against depression, a disorder that significantly impacts quality of life. The research aimed to develop a Self-Guided Intervention Plan for the Prevention of Major Depressive Disorder (PIAP-D) and assess its effectiveness. The 12-week technology-assisted program combines components of Behavioral Activation, mindfulness, and psychoeducation, aiming to prevent and reduce depressive symptoms by strengthening protective factors through a methodology that incorporates videos, practical activities, continuous monitoring, and an accessible, self-guided approach. However, the project faced significant challenges related to participant adherence, which made it impossible to conduct analyses on the program's efficacy and cost-effectiveness. Among the main limitations were the program's format, lack of personalization and user support, a less diverse participant selection, and issues such as the duration and editing of videos, which negatively impacted participant adherence. These results suggest that although technology-supported self-guided interventions have great potential in treating and preventing depression, overcoming adherence barriers is essential to fully benefit from their advantages. Future research should focus on optimizing the delivery of these programs, valuing user-friendly interfaces, personalized content, and continuous user support to improve the efficacy of these interventions in the field of mental health.

Keywords: Depression, Self-Guided Intervention, Behavioral Activation, Mindfulness, Psychoeducation, Online Intervention

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Idades dos Participantes: do Formulário de Triagem aos Dados Gerais.....	27
Figura 2. Captura de tela: Página Inicial.....	36
Figura 3. Captura de tela: Página do Participante.....	36
Figura 4. Captura de tela: Cronograma do Programa.....	37
Figura 5. Captura de Tela: Módulo 4.....	37
Figura 6. Pontuações do Questionário de Saúde do Paciente-9 (PHQ-9) em T0	41
Figura 7. Horas visualizadas por Semana	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição Geográfica dos Participantes (Formulário de Dados Gerais)	28
Tabela 2. Visão geral do PIAP-D: Módulos, Relevância e Atividade Proposta.....	32
Tabela 3. Duração dos Vídeos, Atividades Propostas e Materiais Complementares.....	34
Tabela 4. Resumo das Atividades e quantidade de Dias e Horas respectivos para sua Conclusão	39
Tabela 5. Porcentagem Média de Visualizações por Vídeo e por módulo	44
Tabela 6. Número de Visualizações por Vídeo e por Módulo	46

SUMÁRIO

Introdução.....	12
1.2. Objetivos específicos.....	21
Método.....	22
2.1. Instrumentos.....	22
2.2. Procedimentos.....	23
2.3. Participantes.....	25
2.4. Plano de Intervenção PIAP-D.....	29
Resultados	31
3.1. O Programa: Conteúdo e Estrutura.....	31
3.2. O site.....	36
3.3. Custos Associados.....	39
3.4. Dados, escalas e formulários.....	40
Discussão.....	48
Considerações Finais.....	64
Referências.....	66
Anexos.....	77
Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	77
Anexo B - Formulário de Triagem.....	79
Anexo C - Formulário de Dados Gerais.....	82
Anexo D - Escala de Estilo de Vida.....	87
Anexo E - Questionário de Aceitabilidade.....	91
Anexo F - Questionário sobre a Saúde do/a Paciente (PHQ-9).....	93
Anexo G - Convite de Participação.....	94
Anexo H- Tabela 1A - <i>Checklist</i> dos Componentes de Custo.....	95
Anexo I - Mensagem para os interessados não selecionados.....	96
Anexo J - Lista de serviços oferecidos pelo SUS e como acessá-los.....	97
Anexo L - Mensagem para os interessados que foram selecionados.....	106
Anexo M- Tabela 2A - Trocas de E-mail Pesquisado e Participantes.....	108

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, aproximadamente um bilhão de pessoas sofrem de transtornos mentais, com a depressão sendo um dos mais prevalentes, afetando mais de 280 milhões de indivíduos globalmente (OMS, 2019; *Institute of Health Metrics and Evaluation*, 2021). A depressão é considerada a doença com o maior impacto global em termos de redução da expectativa e qualidade de vida (Murray *et al.*, 2012).

O Transtorno Depressivo Maior (TDM), conforme descrito na última edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edition (DSM-5-TR) (*American Psychiatric Association*, 2022), é caracterizado por uma combinação de sintomas emocionais e físicos que afetam profundamente a vida dos indivíduos, incluindo humor triste, irritabilidade, sensação de vazio, e alterações somáticas e cognitivas. A conexão entre depressão e suicídio é especialmente alarmante, dada a prevalência de sentimentos de desesperança e desamparo que podem levar a pensamentos suicidas.

No contexto brasileiro, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019) indicam que 10,2% dos adultos foram diagnosticados com depressão. A prevalência é maior em áreas urbanas, no sexo feminino, em indivíduos com nível de instrução mais elevado e em faixas etárias mais avançadas (IBGE, PNS, 2020).

Kessler e Bromet (2013) destacam que mulheres têm risco duas vezes maior de serem diagnosticadas com depressão em comparação aos homens. Contudo, a *Mental Health Foundation* (*World Health Organization*, 2001) sugere que a prevalência maior em mulheres pode ser parcialmente explicada pela menor tendência dos homens em buscar ajuda profissional para questões de saúde mental. Diversos fatores sociodemográficos, incluindo o nível de desenvolvimento econômico do país e eventos estressores, também estão relacionados ao risco aumentado de depressão (Kessler & Bromet, 2013).

A etiologia do TDM é multifatorial, envolvendo aspectos evolutivos, genéticos, neurobiológicos, psicológicos e culturais. Quanto aos aspectos evolutivos, padrões comportamentais intensos têm origem em processos biológicos e comportamentais adaptativos. A hipótese é de que a depressão tem origem a partir de explicações evolutivas de padrões comportamentais normais, tais como a conservação de recursos, a competição social e as interações sociais (Nesse, 2000). A tristeza, como outras emoções, desempenha um papel importante na nossa comunicação com outras pessoas e com nós mesmos. Comportamentos associados à tristeza também são encontrados em outros animais, o que reforça o valor adaptativo das emoções nas espécies. Do ponto de vista evolutivo, a depressão seria uma tentativa normal de adaptação que fracassa por sua persistência.

Em relação aos aspectos genéticos, estudos apontam que a influência genética é maior em indivíduos com histórico de episódios depressivos de início precoce e/ou recorrente (Sullivan & O'Donovan, 2012). Embora exista consenso sobre a existência de aspectos genéticos, ainda não está claro qual é a sua natureza, devido à heterogeneidade sintomática da depressão e ao estudo limitado dos casos.

Quando aos aspectos neurobiológicos, evidências apontam para uma relação entre o aumento de níveis de cortisol e citocinas e o TDM. Isso pode ocorrer em pessoas submetidas a estressores, especialmente abuso e violência na primeira infância, modificando o funcionamento normal do cérebro ao longo da vida (Burke *et al.*, 2005).

Fatores ambientais também são considerados importantes na etiologia da depressão. Evidências robustas apontam para uma ligação entre eventos estressantes e o desenvolvimento do TDM (Kaiser *et al.*, 2015). A intensidade do impacto psicológico varia de acordo com a gravidade, incontabilidade, quantidade sucessiva de eventos, cronicidade e a habilidade de lidar com esses eventos. Na categoria de estressores da infância, eventos precoces como abuso sexual, violência física, negligência e separação dos pais por morte ou divórcio estão

associados ao desenvolvimento da depressão. Já entre os estressores situacionais estão guerras, desastres naturais, perda de entes queridos, crimes, pobreza, problemas interpessoais e desemprego (Kaiser *et al.*, 2015).

A exposição a esses fatores de risco não determina necessariamente o desenvolvimento da depressão, pois há uma interação dinâmica com fatores de proteção (Kazdin *et al.*, 1997). A identificação e o fortalecimento de fatores de proteção são cruciais para a prevenção. Estes incluem tanto características pessoais, como autoestima elevada, capacidade de autorreflexão, altos níveis de atividade, boas habilidades interpessoais e capacidade de resolução de problemas (Shortt & Spence, 2006; Dumont & Provost, 1999), quanto ambientais, como um ambiente familiar coeso e relações de apoio com os pais, associadas à percepção de autoeficácia e autoestima elevada da criança (Schwartz *et al.*, 2000; Biglan, 2015).

No tratamento da depressão, particularmente em casos de severidade moderada a grave, a terapia farmacológica desempenha um papel crucial. De acordo com a revisão de 2009 (Fleck *et al.*) os psicotrópicos mais comuns incluem: (1) Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS), como fluoxetina, sertralina e escitalopram; (2) Antidepressivos Tricíclicos (ADT), incluindo imipramina e doxepina; (3) Inibidores da Recaptação de Serotonina-Norepinefrina (IRSN), como venlafaxina; (4) Moduladores dos Receptores 5-HT₂, a exemplo da trazodona; (5) Antidepressivos Tetracíclicos e Unicíclicos, como bupropiona; e (6) Inibidores da Monoaminoxidase (IMAO), como fenelzina. Embora eficazes em casos graves, os antidepressivos podem ter eficácia limitada em depressões leves a moderadas, comparável ao placebo (Fournier *et al.*, 2010). Além disso, há um risco aumentado de recaídas se os medicamentos são descontinuados sem acompanhamento psicológico. Isso ressalta a importância de uma abordagem de tratamento balanceada ou combinando com intervenções psicológicas, especialmente em casos menos severos de depressão.

Diversas abordagens psicoterapêuticas vêm sendo desenvolvidas e validadas cientificamente para o tratamento do TDM. Essas abordagens, testadas em ensaios clínicos randomizados controlados (RCTs) para atender aos padrões da *American Psychological Association* (APA, 2019), incluem a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), a Psicoterapia Interpessoal (IPT), a Terapia de Solução de Problemas (TSP), a Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* (MBCT) e a Ativação Comportamental (BA).

A TCC, reconhecida por sua eficácia no tratamento do TDM, é uma abordagem de curto prazo focada na transformação de pensamentos e comportamentos, com o objetivo de melhorar o humor e reduzir os sintomas depressivos. Estudos confirmam a eficácia da TCC na redução dos sintomas depressivos e demonstra eficácia comparável à dos medicamentos antidepressivos. Além de se basear na mudança de pensamentos, inclui estratégias como técnicas de relaxamento e treinamento de habilidades sociais, para melhoria do humor e prevenção de recaídas (Dimidjian *et al.*, 2014; DeRubeis *et al.*, 2005; Cuijpers *et al.*; 2013).

A IPT destaca o impacto das relações interpessoais no estado emocional e se concentra no aprimoramento dessas relações e habilidades sociais. Seu foco está em melhorar e compreender as habilidades interpessoais individuais, incluindo estratégias de comunicação e resolução de conflitos. O IPT foi considerado um tratamento eficaz para o TDM, com fortes evidências de sua eficácia na redução dos sintomas depressivos em diferentes faixas etárias (Weissman & Klerman, 2018).

A TSP concentra-se na identificação e resolução de problemas específicos, o que pode ser particularmente útil para aqueles com TDM com problemas específicos, como questões financeiras ou relacionamentos difíceis, que contribuem para seus sintomas depressivos (D'Zurilla & Nezu, 1971). Estudos revelaram sua eficácia na redução dos sintomas depressivos, sendo tão eficaz quanto a TCC e a IPT (Nezu *et al.*, 2007; Cuijpers *et al.*, 2008).

A MBCT combina estratégias de *Mindfulness* com a TCC e enfatiza o desenvolvimento de uma atenção consciente. Esta abordagem promove uma atitude mais receptiva e não julgadora do momento presente, dos pensamentos e sentimentos, facilitando o manejo de pensamentos, emoções e ações (Teasdale *et al.*, 2002). Estudos encontraram fortes evidências, com grande tamanho de efeito na redução dos sintomas depressivos e prevenção de recaídas, especialmente em casos de TDM recorrente (Khoury *et al.*, 2013; Kuyken *et al.*, 2008).

A BA é uma abordagem terapêutica que enfatiza a mudança de comportamentos para incrementar o envolvimento em atividades gratificantes e reduzir sintomas depressivos (Dimidjian *et al.*, 2011; Dimidjian *et al.*, 2014). Esta metodologia se baseia no conceito de que mudanças comportamentais podem levar a melhorias significativas no bem-estar emocional e cognitivo dos indivíduos. Um estudo pioneiro realizado por Jacobson *et al.* (1996) avaliou a eficácia da BA em indivíduos diagnosticados com TDM. Neste estudo, os participantes foram randomicamente designados para receber BA ou TCC durante um período de 20 semanas. Os resultados demonstraram uma eficácia comparável entre os dois tratamentos na redução dos sintomas depressivos, mas com uma taxa de recaída significativamente menor no grupo submetido à BA.

Em um estudo subsequente, Richards *et al.* (2010) examinaram a eficácia da BA em pacientes com TDM e transtornos de ansiedade ao longo de 16 semanas. Os resultados indicaram uma diminuição acentuada nos sintomas de depressão e ansiedade no grupo tratado com BA, em comparação com o grupo que recebeu tratamento usual. Adicionalmente, a pesquisa de Cuijpers *et al.* (2007) comparou a BA com a TCC, Terapia Interpessoal e tratamentos convencionais em participantes com TDM, com durações de intervenção variando entre 12 e 16 semanas. Este estudo concluiu que todas as abordagens eram eficazes na redução dos sintomas depressivos, sem diferenças significativas entre elas. Estes resultados são reforçados pela meta-análise de Ekers *et al.* (2014), que avaliou a eficácia da BA em

comparação com outros tratamentos ou controles não tratados, e a revisão de Kanter *et al.* (2010), que destacou a simplicidade e aplicabilidade prática da BA em diferentes contextos clínicos.

A psicoeducação (PE) surge como uma abordagem terapêutica adjuvante promissora. Esta metodologia consiste em oferecer informações sistemáticas, estruturadas e didáticas sobre os transtornos mentais e seus tratamentos, capacitando pacientes e familiares no manejo (Rummel-Kluge *et al.*, 2006). Estudos têm demonstrado sua eficácia, especialmente no contexto da depressão. A pesquisa de Chen *et al.* (2018) revelou melhoras significativas nos sintomas de depressão e na qualidade de vida de pacientes idosos submetidos à psicoeducação. De forma similar, Brunwasser *et al.* (2009) identificaram que esta abordagem pode funcionar como uma intervenção preventiva eficaz contra a depressão em adolescentes, promovendo redução de sintomas e aumento da resiliência emocional. Adicionalmente, um estudo de Tan *et al.* (2017) evidenciou que a psicoeducação contribui significativamente para a diminuição da recorrência de episódios depressivos em adultos. Esses achados reforçam a psicoeducação como uma estratégia valiosa, tanto no tratamento quanto na prevenção da depressão, complementando outras formas de intervenção terapêutica.

No que concerne a tratamentos complementares no controle de sintomas depressivos e de outros transtornos mentais, diversas abordagens têm sido exploradas. A prática de exercício físico regular apresenta resultados positivos. Uma perspectiva neurobiológica sugere que o exercício aeróbico regular pode impulsionar a neuroplasticidade e neurogênese em áreas cerebrais ligadas ao humor, como o hipocampo e o córtex pré-frontal, além de modular a resposta ao estresse (Daley, 2008; Stanton & Reaburn, 2014). A revisão de Stanton e Reaburn (2014) ressalta a eficácia dos exercícios físicos como tratamento único em casos de depressão, especialmente quando praticados de forma moderada a intensa, três a quatro vezes por semana, por 30 a 40 minutos e durante pelo menos 9 semanas. Outro estudo (Karatsoreos & McEwen,

2011) aponta a eficiência do exercício físico no tratamento de depressão leve a moderada, equiparando-se aos medicamentos antidepressivos e oferecendo proteção contra recaídas. Paralelamente, a prática de ioga e técnicas de relaxamento e meditação têm se demonstrado eficazes na redução de sintomas depressivos, desconfortos somáticos e melhora do humor (Woolery *et al.*, 2004; Manber *et al.*, 2002).

Dentre essas abordagens, o *mindfulness* emerge como uma ferramenta terapêutica particularmente promissora. Teasdale *et al.* (2000) destacam o seu papel na prevenção da depressão ao desenvolver habilidades de processamento emocional. Bishop (2004) descreve dois componentes fundamentais: a autorregulação da atenção e a orientação para o momento presente, promovendo um estado mental de percepção não julgadora da experiência atual. Esses componentes são essenciais para o manejo eficaz das emoções e para a tomada de decisões consciente. Uma revisão abrangente (Khoury *et al.*, 2013), envolvendo 209 RCTs e mais de 12 mil pacientes, reforça a eficácia do *mindfulness* na redução de sintomas psicológicos e médicos, superando outras abordagens como a psicoeducação e o treinamento de relaxamento. Apesar de algumas lacunas metodológicas na literatura, o *mindfulness* tem sido incorporado em terapias como a DBT e ACT (Creswell, 2017), demonstrando sua versatilidade e eficácia. Além disso, estudos como o de Shahar *et al.* (2010) mostram que programas baseados em *mindfulness* podem ser eficazes na redução dos sintomas depressivos em adultos jovens universitários. Esses dados reiteram o seu potencial como uma intervenção valiosa para a prevenção e tratamento da depressão em diferentes grupos populacionais.

A prática de exercício físico, ioga, técnicas de relaxamento e o *mindfulness*, representam estratégias complementares valiosas no tratamento e prevenção do TDM. Essas práticas não apenas oferecem alternativas aos tratamentos convencionais, mas refletem uma perspectiva mais integrativa no cuidado da saúde mental.

Além das estratégias complementares, há um crescente reconhecimento da importância de outras formas de entrega terapêutica. Em um mundo cada vez mais digital, onde a acessibilidade e a flexibilidade se tornam cruciais, as terapias realizadas via internet apresentam uma nova fronteira no campo da saúde mental. Essas modalidades não só ampliam o escopo das opções terapêuticas disponíveis, mas também atendem às necessidades de um público diversificado que pode se beneficiar de métodos alternativos. Nos últimos anos, as terapias via internet emergiram como alternativas valiosas às abordagens tradicionais, oferecendo benefícios como flexibilidade de ritmo, eliminação da necessidade de agendamento de consultas e redução de custos e tempo de deslocamento. Estudos recentes identificaram intervenções de baixa intensidade, como um complemento ou alternativa à psicoterapia presencial. Essas intervenções, menos intensivas e mais acessíveis, incluem a "intervenção autoguiada" ou "*guided self-help*", realizadas através de computadores, sites, e-mails, aplicativos ou livros, onde o paciente trabalha de forma independente sem ou com suporte limitado de um terapeuta (Soucy Chartier & Provencher, 2013; Cuijpers *et al.*, 2007; Cuijpers *et al.*, 2010).

A pesquisa de Titov *et al.* (2010) revelou que programas de TCC autoguiados via internet são tão eficazes quanto o presencial na redução de sintomas depressivos. Esses programas, frequentemente estruturados em módulos interativos, incluem técnicas como resolução de problemas e modificação de pensamentos, com suporte de terapeutas via e-mail ou telefone. Uma revisão sistemática confirmou a eficácia dessas intervenções autoguiadas em comparação com terapias presenciais, tanto para depressão quanto para transtornos de ansiedade (Cuijpers *et al.*, 2010). Outro estudo identificou 22 aplicativos¹ voltados para a

¹ Dentre os aplicativos avaliados estão: *Headspace*, com meditações guiadas e exercícios de respiração para relaxamento; *Moodfit*, oferecendo ferramentas para monitoramento de humor e gerenciamento de estresse; *MoodMission*, com tarefas para alteração de humor e pensamentos; *Daylio*, um diário de humor que registra sentimentos e atividades diárias; e *Talkspace*, para terapia online com mensagens de texto e vídeo com terapeutas licenciados.

redução dos sintomas depressivos. A análise principal evidenciou que as intervenções via *smartphone* têm um efeito positivo moderado nos sintomas depressivos. Em comparação direta entre aplicativos baseados em BA e *mindfulness*, não foi encontrada nenhuma diferença geral. No entanto, os resultados indicaram que pessoas com depressão grave experimentaram maiores benefícios com o aplicativo de BA, enquanto pessoas com depressão leve se beneficiaram mais com o aplicativo de *mindfulness* (Firth *et al.*, 2017).

O avanço e popularização da tecnologia, com o advento dos *smartphones*, abriu novos caminhos para a psicoterapia e intervenções em saúde mental. Segundo Helen Christensen, do *Black Dog Institute*², o futuro inclui a transformação digital e o atendimento combinado, com a utilização de aplicativos, intervenções online e telesaúde para ampliar o acesso ao tratamento e prevenção em saúde mental (*Black Dog Institute Annual Report 2019/20*, 2020).

Com o aumento do acesso global à internet – cerca de 56% da população mundial segundo o Banco Mundial (2019), e um crescimento de mais de 7% no número de usuários entre 2020 e 2021 (*Hootsuite*, 2021) – as intervenções digitais em saúde mental estão se tornando cada vez mais viáveis. No Brasil, o acesso à internet é ainda mais alto, com 75% da população conectada, majoritariamente via *smartphones*. Essas intervenções não apenas tratam condições como a depressão, mas também têm potencial preventivo. A prevenção, em contraste com o tratamento, foca em reduzir a probabilidade de desenvolvimento ou severidade de transtornos mentais, podendo ser oferecida à população em geral ou àqueles com fatores de risco conhecidos (O'Connell, Boat & Warner, 2009). Desse modo, tratamentos na área de saúde mental, via internet e de baixo custo estão sendo estudados e viabilizados. Embora a maioria das intervenções seja voltada para o tratamento da depressão, não há razão para supor que elas não possam ser usadas como intervenções preventivas.

² Instituto de pesquisa na Austrália que busca investigar a saúde mental ao longo da vida, com o objetivo de criar um mundo mentalmente mais saudável para todos. O Instituto realiza pesquisas e estudos, com objetivo de desenvolver programas de educação, ferramentas e aplicativos digitais, serviços clínicos e recursos públicos na busca de novas soluções no setor de saúde mental para impulsionar mudanças baseadas em evidências.

A partir desse contexto, o objetivo do presente estudo é construir uma intervenção fundamentada em estratégias baseadas em evidência, de caráter autoguiada, preventiva, de baixa intensidade e assistida por tecnologia, com o intuito de fortalecer fatores de proteção em adultos jovens que apresentam fatores de risco para TDM.

1.2. Objetivos específicos

Construir um plano de intervenção autoguiado para prevenção de TDM (PIAP-D) fundamentado em estratégias de ativação comportamental e *mindfulness*;

Elaborar material psicoeducativo para o plano de intervenção autoguiado assistido por tecnologia (site com todos os recursos do plano)

Avaliar a adesão dos participantes ao longo da intervenção;

Verificar a efetividade da intervenção em relação ao fortalecimento de fatores de proteção para depressão (tais como suporte social, frequência de atividades prazerosas, prática de atividade/exercício físico, satisfação com a rotina e quantidade e qualidade do sono) e mudança de hábitos dos participantes (tais como prática de atividade física, qualidade do sono, alimentação, estresse, conectividade social e outros);

Verificar a efetividade da intervenção para redução de sinais e sintomas depressivos;

Verificar efetividade do plano de intervenção PIAP-D em comparação com o mesmo plano sem o componente de *mindfulness* (PIAP-D parcial).

MÉTODO

2.1. Instrumentos

1. *Termo de Consentimento Livre Esclarecido* (TCLE): documento que detalha informações essenciais sobre a pesquisa, garantindo que os participantes estejam cientes e compreendam a natureza do estudo, as metodologias empregadas, os benefícios esperados, os possíveis riscos envolvidos e outros aspectos pertinentes. Sua finalidade é garantir um entendimento claro e assegurar que o consentimento dos participantes seja obtido de maneira informada e voluntária. (Anexo A)
2. *Formulário de Triage*: Questionário elaborado pela pesquisadora para a coleta de dados pessoais (idade, e-mail) e informações a cerca dos critérios de inclusão e exclusão. Este foi elaborado para a seleção de indivíduos que se enquadrem nos parâmetros do estudo. (Anexo B)
3. *Formulário de Dados Gerais*: Formulário elaborado pela pesquisadora solicitando informações pessoais, tais como características sociodemográficas. (Anexo C)
4. *Escala de Estilo de Vida*: Escala de autorrelato desenvolvida pela pesquisadora para avaliar a frequência, qualidade e satisfação dos participantes em relação aos hábitos e estilo de vida (como prática de atividade física, qualidade do sono, alimentação e outros aspectos) e fatores de proteção presentes. Escala do tipo *Likert* de 0 a 3 pontos com 13 questões, onde 0 indica uma prática insuficiente ou desfavorável, e 3 uma prática satisfatória e saudável. (Anexo D)
5. *Escala de Aceitabilidade*: Escala elaborada pela pesquisadora para uma análise qualitativa das visões subjetivas dos participantes em relação ao PIAP-D. A escala do tipo *Likert* de 0 a 4 pontos contendo oito questões relacionadas a aceitabilidade e impressões sobre o PIAP-D. Estes incluíam se o programa era compreensível, agradável e útil. (Anexo E)

6. *Questionário sobre a saúde do/a paciente (PHQ-9)*³: Questionário de autorrelato utilizada para avaliar a presença e intensidade dos sintomas depressivos. Os sintomas avaliados incluem humor deprimido, anedonia e sentimentos de culpa ou inutilidade nas últimas duas semanas. A escala utiliza uma pontuação do tipo *Likert* de 0 a 3 para cada sintoma, variando de "nenhuma vez" a "quase todos os dias". A pontuação total do PHQ-9 varia de 0 a 27, e os pontos de corte 5, 10, 15 e 20 representam pontos de corte para depressão leve, moderada, moderadamente grave e grave, respectivamente. O PHQ-9 é uma ferramenta de rastreio para identificar, monitorar e avaliar a severidade dos sintomas de depressão. É fundamental ressaltar que ele serve como uma ferramenta de triagem preliminar e não substitui um diagnóstico clínico formal. (Anexo F)

2.2. Procedimentos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP), cumprindo as normas éticas para pesquisas com seres humanos estipuladas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde, vinculado ao Ministério da Saúde. A divulgação do projeto ocorreu via redes sociais (*Instagram* e *WhatsApp*) e distribuição de panfletos em São Paulo (Anexo G).

Os interessados preencheram um Formulário de Triagem e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) através do *Google Forms*. Com base nestas respostas e obedecendo aos critérios de exclusão e inclusão específicos (exclusão de indivíduos em terapia ou atendimento psiquiátrico, em uso de medicação psicotrópica e risco de suicídio, e o de inclusão, ter entre 18 e 35 anos). Aqueles que atendiam a esses requisitos foram convidados para participar da intervenção e receberam um e-mail contendo links para o preenchimento do Formulário de Dados Gerais, o PHQ-9 e da Escala de Estilo de Vida, e informações para acessar

³ A versão traduzida para o português disponível online em <http://www.phqscreeners.com>.

o conteúdo do programa e a indicação do grupo ao qual pertenciam. Os não selecionados receberam um e-mail de agradecimento, com informações sobre acesso futuro aos materiais da pesquisa e uma lista de instituições e serviços que oferecem atendimento psicológico gratuito ou a custos acessíveis. (Anexo I e J respectivamente).

Após os procedimentos iniciais e a seleção dos participantes, estes foram randomicamente distribuídos em dois grupos: o grupo de intervenção completa (GI-M) e o grupo de intervenção parcial (GI-p). Utilizou-se a randomização estratificada para manter o equilíbrio entre os grupos, considerando variáveis como identidade de gênero, jornada dupla (trabalho e estudo) e fatores de risco para depressão (doença crônica, diagnóstico prévio, histórico familiar de doença mental). O objetivo dessa divisão era verificar a efetividade do plano de intervenção na sua forma integral comparativamente à sua versão parcial, que exclui o componente de *mindfulness*. Enquanto o grupo GI-M teve acesso ao programa completo, o grupo GI-p foi exposto ao mesmo plano, porém sem este componente.

O programa durou 12 semanas, com um novo módulo liberado semanalmente. Os participantes tinham suporte por e-mail para dúvidas e recebiam lembretes semanais para assistir aos vídeos, realizar as atividades propostas e serem informados sobre a disponibilidade de novos módulos.

A coleta de dados ocorreu em momentos específicos: antes da intervenção (T0), na quarta semana (T1), na oitava semana (T2), na décima segunda semana (T3) e quatro semanas após o término do programa (T4). O PHQ-9 e a Escala de Estilo de Vida foram aplicados em todas estas etapas (T0 a T4), enquanto a Escala de Aceitabilidade foi solicitada em T1, T2 e T3.

2.3. Participantes

A seleção dos participantes foi realizada com base nas respostas fornecidas no Formulário de Triagem, obedecendo aos critérios de exclusão e inclusão específicos⁴. As informações apresentadas neste item derivam de duas fontes: o Formulário de Triagem, preenchido por todos os interessados, e o Formulário de Dados Gerais, que contém detalhes mais aprofundados dos participantes selecionados.

Inicialmente, 261 indivíduos demonstraram interesse no programa PIAP-D. Contudo, seguindo os critérios previamente estabelecidos, o processo de seleção resultou na exclusão de 201. Dentre as razões para a exclusão, verificou-se que 30 pessoas já estavam envolvidas em terapia psicológica, nove faziam uso de medicamentos psicotrópicos, e 39 se enquadravam em ambas as categorias. Outras nove pessoas excederam o limite de idade.

Adicionalmente, um aspecto preocupante emergiu dos dados: entre os 261 inscritos, 93 relataram ter frequentemente pensamentos suicidas, o que corresponde a mais de 35% do total de interessados. Este percentual significativo destaca uma realidade alarmante entre os interessados no estudo. Uma análise detalhada dessa questão foi realizada na revisão de Medeiros *et al.* (2023), que investigou a ligação entre a pandemia de COVID-19 e o aumento da ideação suicida entre adultos no Brasil. Através da análise de nove estudos publicados entre 2020 e 2022, os autores evidenciaram uma associação notável entre o isolamento social, decorrente da pandemia, e o crescimento de pensamentos suicidas. Esse padrão é corroborado por pesquisas anteriores, como a conduzida por Chang, Stuckler e Gunnell (2013), que já haviam identificado um aumento nos distúrbios de saúde mental durante períodos de recessão econômica e crises globais.

⁴ Exclusão de indivíduos em terapia ou atendimento psiquiátrico, em uso de medicação psicotrópica e risco de suicídio, e inclusão, ter entre 18 e 35 anos.

Em relação ao total de interessadas, quase metade (141) relatou ter pelo menos um familiar de primeiro ou segundo grau com histórico de transtorno psiquiátrico. Este dado é particularmente relevante devido à influência genética e ambiental conhecida no desenvolvimento dessas condições (Sullivan & O'Donovan, 2012; Southwick & Charney, 2012). Adicionalmente, a saúde física surgiu como um fator importante, com cerca de 25% dos indivíduos indicando ter um diagnóstico de doença crônica. O desemprego também é uma preocupação, afetando quase 17% da amostra. Estudos como os de Kaiser *et al.* (2015) e Kessler e Bromet (2013) sugerem que essas condições podem estar associadas a um aumento do risco de estresse e ansiedade, e para o desenvolvimento de transtornos mentais. Igualmente importante, cerca de 30% das pessoas indicaram a ausência de uma rede de apoio, manifestada pela falta de alguém para conversar assuntos importantes. Esta é uma estatística preocupante, visto que o suporte social é um fator crucial na prevenção e no manejo de transtornos mentais (Shortt & Spence, 2006; Schwartz *et al.*, 2000; Biglan, 2015).

Somado a isso, 162 dos interessados já possuíam algum diagnóstico psiquiátrico, evidenciando uma alta prevalência de transtornos de saúde mental. Dentre estes, 104 estavam em uso de medicamentos psicotrópicos. Importante ressaltar que, deste total, 85 estavam sob supervisão psiquiátrica e 46 também recebiam acompanhamento psicológico. Entretanto, surge uma preocupação: 19 indivíduos utilizavam psicotrópicos sem supervisão psiquiátrica e outros 12 estavam sem qualquer tipo de acompanhamento profissional. Essas estatísticas destacam a importância do acompanhamento profissional na gestão eficaz de transtornos de saúde mental.

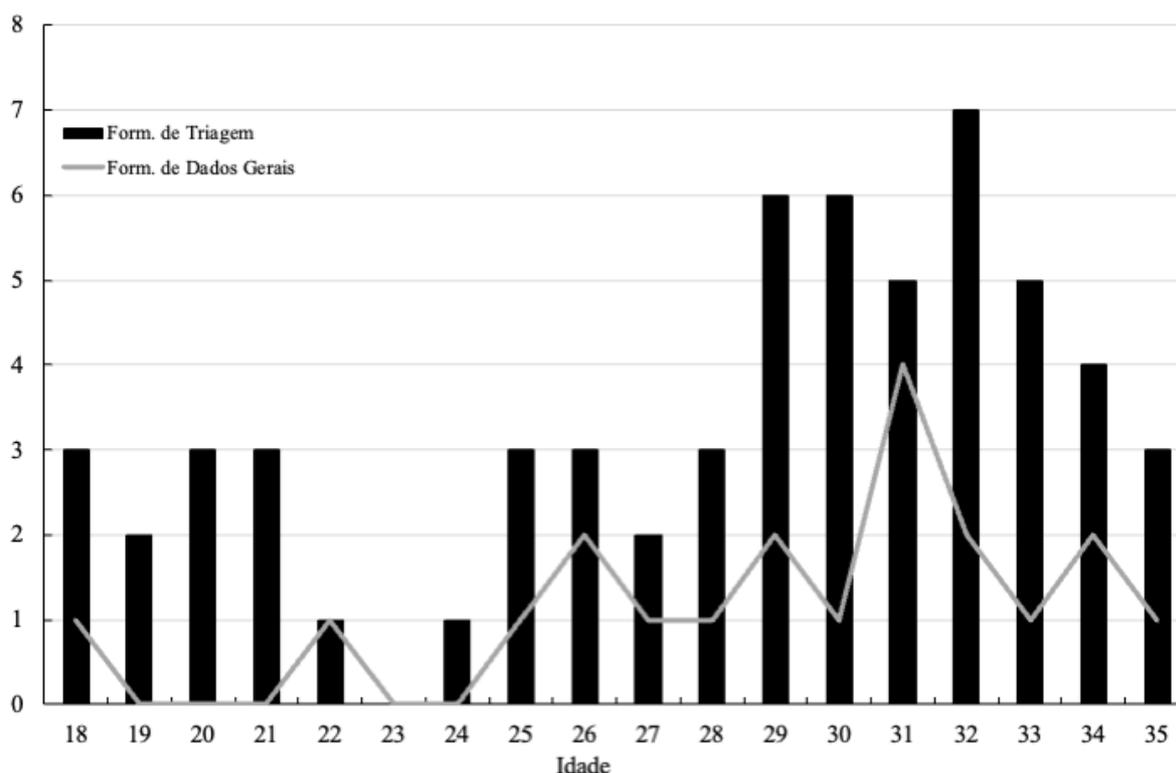
As informações apresentadas neste segmento, conforme já indicado, derivam de duas fontes distintas. O formulário de dados gerais, que foi encaminhado aos 60 participantes selecionados, obteve resposta de 20 deles. Essa discrepância no número de respostas resulta em variações nos totais exibidos nas tabelas e informações que se seguem.

Dos 60 indivíduos que preencheram todos os critérios, 19 já receberam um diagnóstico psiquiátrico. Destaca-se que, dentre estes, 18 buscaram acompanhamento psicológico em algum momento de suas vidas. No total, mais de 71% do grupo relatou ter experiência prévia com acompanhamento psicológico, embora os detalhes sobre tipo e duração desse acompanhamento não tenham sido especificados.

Entre os 20 indivíduos que completaram o formulário de dados gerais, constatou-se que 15 não tinham histórico de diagnósticos psiquiátricos. Dos remanescentes, dois foram diagnosticados com ansiedade, dois com depressão, e um apresentou comorbidade de depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático. Os que receberam diagnóstico já passaram por acompanhamento psicológico, mas atualmente não seguem em tratamento.

Figura 1.

Idades dos Participantes: do Formulário de Triagem aos Dados Gerais



Entre os participantes que responderam ao segundo questionário, 60% eram do sexo feminino. Um indivíduo, inicialmente registrado como do sexo masculino, atualmente se identifica como não-binário e quanto aos demais participantes, todos reafirmaram a identidade de gênero registrada.

Tabela 1.
Distribuição Geográfica dos Participantes (Formulário de Dados Gerais)

Estado/ País	Cidade	Número de participantes
Israel	Tel Aviv	1
Bahia	Rafael Jambeiro	1
Goiás	Goiânia	1
Minas Gerais	Belo Horizonte	1
Rio Grande do Norte	Parnamirim	1
Santa Catarina	Florianópolis	1
Paraná	Maringá	2
	Andradina	1
São Paulo	Guarulhos	1
	São Paulo - São Paulo	10

Em termos de formação educacional, dos vinte participantes, todos completaram, no mínimo, o ensino médio. Um pouco mais de um terço possui graduação universitária, enquanto uma fração equivalente avançou para cursos de especialização ou MBA. E um dos participantes se destaca por ter obtido um título de mestrado. Quanto à autodeclaração de cor/etnia, um participante se identifica como amarelo, três como negros, cinco como pardos, e onze como brancos, sendo que esses últimos representam 55% do total de participantes. Adicionalmente, as informações sobre a vida pessoal dos participantes revelam diferentes configurações familiares e estados civis. Apenas dois têm filhos. Em relação ao estado civil, cinco

participantes são casados, dois vivem em união estável ou morando junto, e treze são solteiros. Esses detalhes fornecem um panorama da composição e características dos participantes.

2.4. Plano de Intervenção PIAP-D

O Plano de Intervenção aplicado neste estudo, foi estruturado em um cronograma de 12 semanas, com cada semana representando um módulo específico. Este plano inclui um conjunto diversificado de materiais e atividades, organizados da seguinte forma:

1. Vídeos explicativos que abordam o tema da semana, instruções detalhadas para o preenchimento das fichas de automonitoramento, execução das atividades propostas, e lembretes a respeito do preenchimento dos instrumentos.
2. Fichas Complementares que fornecem informações adicionais e referências sobre os conceitos apresentados nos vídeos. Eles são desenhados para aprofundar o entendimento dos temas de cada módulo.
3. Fichas de Automonitoramento projetadas para auxiliar no monitoramento contínuo.
4. Fichas de Atividades, utilizadas em alguns módulos, inclui atividades práticas ou questões abertas, formuladas para reforçar os ensinamentos e aplicar as estratégias aprendidas.

Todo o material do PIAP-D foi elaborado com base em tratamentos com eficácia comprovada e fundamentados em evidências científicas. Estes recursos estão disponíveis no site⁵ do projeto, permitindo fácil acesso e utilização pelos participantes. A descrição completa do conteúdo e estrutura do programa é detalhadamente apresentada na seção de resultados.

⁵ <https://www.piap.online/>

RESULTADOS

Considerando os desafios na coleta de dados, principalmente devido ao não preenchimento das escalas pelos participantes, o estudo teve que revisar e adaptar suas estratégias de análise. Com um novo foco em informações qualitativas, dados disponíveis e descrições sobre o desenvolvimento do plano de intervenção, a estrutura de análise foi reajustada para contornar as limitações encontradas. A primeira fase do projeto envolveu a criação do Plano de Intervenção Autoguiado para Prevenção do Transtorno Depressivo Maior (PIAP-D). Essa etapa incluiu atividades cruciais como a elaboração de roteiros, gravação de vídeos, desenvolvimento de um site, e a criação de fichas de atividades e questionários. A análise descritiva do desenvolvimento e implementação do plano é parte integral dos resultados, fornecendo informações e discussões valiosas sobre as complexidades inerentes ao desenvolvimento e avaliação da eficácia de recursos terapêuticos digitais.

3.1. O Programa: Conteúdo e Estrutura

O PIAP-D, ancorado em modelos de BA (Dimidjian et al., 2011; 2014; Jacobson et al., 1996; Richards et al., 2010; Cuijpers et al., 2007; Ekers et al., 2014; Kanter et al., 2010), é um programa estruturado ao longo de 12 semanas. Destaca-se pela apresentação de módulos semanais, cada um visando aprofundar o entendimento dos comportamentos e sintomas associados à depressão, com ênfase na incorporação de atividades gratificantes na rotina diária e outros elementos cruciais para a prevenção e redução dos sintomas depressivos.

Adicionalmente, o PIAP-D enriquece sua abordagem ao integrar elementos de psicoeducação (Chen *et al.*, 2018; Brunwasser *et al.*, 2009; Tan *et al.*, 2017) e *mindfulness* (Teasdale *et al.*, 2000; Khoury *et al.*, 2013; Baer *et al.*, 2004), proporcionando uma abordagem mais ampla e integrativa. O programa está disponível em uma plataforma digital, concebida para oferecer uma experiência integrada e acessível aos participantes. Essa plataforma é o

ponto central onde todos os recursos são disponibilizados, incluindo os vídeos, atividades interativas por meio de Google Forms e a opção de baixar as atividades e os materiais complementares. Essa estrutura foi planejada para garantir que os participantes tenham acesso fácil e imediato a todos os recursos.

O conteúdo e outras informações do programa são detalhada nas Tabelas 2 e 3, permitindo uma compreensão mais clara dos temas e atividades abordados. Os módulos, assim como o programa, foi desenhado para combater sintomas depressivos através de mudanças diárias, guiando os participantes na modificação de comportamentos para promover experiências positivas. Ao concluir o programa, espera-se que os participantes sejam capazes de:

1. Identificar sintomas e sinais ligados ao TDM
2. Identificar os fatores de risco e proteção presentes na vida;
3. Ser capaz de identificar comportamentos relacionados aos sintomas depressivos;
4. Identificar e incorporar atividades gratificantes na rotina;
5. Planejar uma rotina equilibrada;
6. Reconhecer valores pessoais;
7. Compreender que a mudança é um processo gradual e comprometer-se a persistir apesar dos desafios;

A estrutura sequencial e cuidadosamente planejada dos módulos permite que os participantes construam sobre o conhecimento adquirido anteriormente, integrando conceitos que se tornam gradualmente mais complexos e inter-relacionados, promovendo um ambiente de aprendizagem dinâmico e interativo.

Tabela 2.

Visão geral do PIAP-D: Módulos, Relevância e Atividade Proposta.

Módulo	Descrição do Módulo	Relevância	Atividade Proposta e materiais extras
0: Introdução	Neste módulo introdutório, a pesquisadora se apresenta e delinea o escopo do projeto, guiando os participantes sobre como acessar o site e preencher os questionários necessários. O foco é garantir uma compreensão clara do processo de participação.	Estabelece a base para o engajamento e entendimento do programa.	
1: Entendendo a Depressão	Exploramos em profundidade o Transtorno Depressivo Maior (TDM), esclarecendo seus critérios diagnósticos e sintomas, e diferenciando-o da tristeza comum. Através de uma atividade reflexiva, incentivamos os participantes a examinarem suas experiências pessoais, promovendo um entendimento científico e empático da depressão.	Desmistifica o transtorno e promove a empatia.	Atividade de reflexão sobre sintomas pessoais.
2: Fatores de Risco e Proteção	Este módulo revisita a atividade anterior e introduz uma discussão sobre os fatores de risco e proteção no desenvolvimento do TDM. Propomos uma atividade para identificação desses fatores em nível individual, sublinhando sua importância na prevenção da depressão e no fortalecimento do bem-estar.	Ajuda na prevenção do desenvolvimento do TDM.	Autoavaliação para identificar fatores de risco e proteção.
3: Componentes do Comportamento	Abordamos a complexidade do comportamento humano, destacando a diferença entre comportamentos públicos e privados, e a prática do automonitoramento. Este módulo visa aprofundar a compreensão sobre como reagimos a diferentes estímulos e como isso afeta nosso comportamento e consequências.	Fundamental para reconhecimento de padrões comportamentais.	Prática de automonitoramento.
4: Reforço e Maestria	Continuamos a explorar o automonitoramento, introduzindo os conceitos de reforço na psicologia comportamental e a ideia de maestria.	Identificação e compreensão a cerca das atividades prazerosas e a necessidade de incluí-las no dia a dia.	Criação de uma lista de atividades prazerosas individuais e continuar com a atividade de automonitoramento.
Vídeo Extra	Um vídeo adicional enfatiza a importância do cuidado com a saúde mental, fornecendo recursos e orientações para acessar suporte em saúde mental no Brasil.	Oferece recursos adicionais para o suporte em saúde mental.	Lista de Serviços oferecidos pelo SUS e como acessá-los (Anexo J).
5: Ativação Comportamental e Depressão	Este módulo detalha a Ativação Comportamental, sua relação com a depressão, e como a mudança de comportamentos pode impactar positivamente estados emocionais e cognitivos.	Combate a inércia e apatia, sintomas comuns da depressão.	Continuar com a atividade de automonitoramento e incluir uma pontuação de motivação.
6: Rotina	Discutimos a importância de construir uma rotina estruturada, enfatizando seu papel na prevenção e redução de sintomas depressivos, e fornecemos orientações para o planejamento de uma rotina equilibrada.	Ajuda a criar estrutura, reduz o estresse e melhora sintomas.	Continuar com o automonitoramento e um passo a passo de como estruturar uma rotina equilibrada.
7: Tratamentos Complementares	Esclarecemos estratégias complementares para a redução e prevenção de sintomas depressivos, como atividade física, alimentação equilibrada, sono e relações sociais, incentivando a inclusão de informações sobre o sono no automonitoramento.	Fortalece a saúde mental geral, suportando a redução de sintomas.	Continuar com o automonitoramento e incluir informações sobre o sono.
A partir do módulo 8, o programa passa a oferecer duas opções de conteúdo: uma delas engloba o componente de <i>mindfulness</i> (GI-M), enquanto a outra não (GI-p). A diferença fundamental entre os dois caminhos reside nas revisões de conteúdo.			

8: Mindfulness (GI-M) e Revisão (GI-p)	Para o Grupo Verde, apresentamos o conceito de <i>mindfulness</i> , sua prática e benefícios. Para o Grupo Amarelo, realizamos uma revisão compreensiva dos conceitos abordados até o momento.	Melhora a atenção e consciência a partir da prática regular de <i>mindfulness</i> . Consolidar os temas abordados.	Continuar com a prática de automonitoramento.
9: Valores	Abordamos a importância dos valores pessoais, incentivando a identificação e reflexão sobre como estes se alinham com os objetivos de vida e ações conscientes.	Promove satisfação e propósito de vida.	Reflexão e definição de valores pessoais e continuar com o automonitoramento.
10: Ajuste da Rotina	Aborda a necessidade de avaliar e ajustar a rotina planejada inicialmente, baseando nas descobertas obtidos pelo automonitoramento, visando promover um estilo de vida equilibrado.	Permite a otimização do bem-estar e estilo de vida saudável.	Reavaliação e ajuste da rotina e continuar com o automonitoramento.
11: Superando Barreiras	Exploramos estratégias para superar barreiras na aderência à rotina estabelecida, proporcionando ferramentas para ajustes eficazes.	Promove a resiliência e a capacidade de manter mudanças positivas.	Identificação de desafios e desenvolvimento de estratégias e continuar com o automonitoramento.
12: Revisão e Encerramento	Concluimos com uma revisão geral do programa, incentivando uma reflexão sobre as mudanças percebidas desde o início.	Reforça o aprendizado e destaca o crescimento pessoal.	Refazer a atividade de reflexão sobre sintomas pessoais da primeira semana.

Tabela 3.*Duração dos Vídeos, Atividades Propostas e Materiais Complementares.*

Módulo	Vídeos e tempo	Atividade Proposta	Materiais Extras
1	1. 08:52 2. 3:44 3. 4:39	Atividade de Autorreflexão e perspectiva (via google forms)	
2	1. 01:07 2. 5:33 3. 01:39	Atividade: Identificando Fatores de Risco e Proteção em sua Vida (via google forms)	Lista de Fatores de Risco e Proteção (em pdf)
3	1. 00:58 2. 06:30 3. 04:07 4. 01:56	Automonitoramento 1 (em pdf)	Exemplo de automonitoramento preenchido (em pdf)
4	1. 01:52 2. 05:06 3. 02:58 4. 02:46	Automonitoramento 2 (em pdf)	Lista de Atividades Prazerosas (em pdf)
5	1. 02:06 2. 04:53 3. 03:22	Automonitoramento 3 (em pdf)	
6	1. 01:42 2. 04:52 3. 04:20	Automonitoramento 4 (em pdf)	Rotina: Planejamento (em pdf)
7	1. 01:59 2. 05:25 3. 08:29 4. 02:10	Automonitoramento 5 (em pdf)	Guia Alimentar Brasileiro (em pdf)
8	1. 02:06 2. 04:59 3. 07:34	Automonitoramento 5 (em pdf)	Mindfulness (em pdf)
8	1. 02:06 2. 10:00 3. 00:43		
9	1. 02:36 2. 03:22 3. 05:15	Automonitoramento 5 (em pdf) Descobrir seus valores pessoais (em pdf)	O que são valores (em pdf)
9	1. 01:23 2. 03:21 3. 05:16		
10	1. 01:30 2. 03:56 3. 05:10	Automonitoramento 5 (em pdf) Revisando a Rotina (em pdf)	Revisão Rotina (em pdf)
11	1. 01:01 2. 08:54	Automonitoramento 5 (em pdf)	Barreiras Comuns no Planejamento da Rotina e como superá-las (em pdf)
12	1. 09:27 2. 03:36	Atividade de Autorreflexão e perspectiva (via google forms)	

3.2. O site

A concepção do programa e sua fundamentação teórica foram componentes cruciais, assim como a criação de um website, veículo principal para a promoção dos recursos oferecidos pelo programa. Antes de se decidir pela plataforma digital⁶, foi realizada uma pesquisa comparativa, avaliando custos e a complexidade de diversas opções. A escolha final considerou um equilíbrio entre custo e facilidade de uso. A interface do site foi pensada para tornar o acesso às informações mais direto. Na página inicial, o visitante encontra uma breve introdução ao programa, em um layout simples e convidativo. Há uma seção dedicada a informações sobre a pesquisadora e outro sobre o projeto, e os detalhes de contato, como o e-mail, estão disponíveis em todas as páginas para facilitar a comunicação.

No âmbito deste projeto, foi crucial desenvolver uma ampla gama de competências nas áreas de tecnologia. Isso incluiu a capacidade de operar eficazmente uma plataforma digital e aprimorar habilidades relacionadas à Experiência do Usuário (UX), que envolvem o entendimento dos princípios básicos de design visual para criar um site atraente e de fácil navegação, assegurando assim uma experiência positiva para os usuários.

Abaixo, apresentamos algumas imagens da interface. Estas capturas de tela mostram como o conteúdo é organizado e dão uma ideia do design do site, permitindo ter uma noção da experiência online que o site oferece.

⁶ O Wix, a plataforma online escolhida para o projeto PIAP-D, conhecida por sua facilidade de uso e versatilidade. Com um editor intuitivo, modelos pré-projetados, hospedagem confiável e suporte ao cliente, o Wix oferece uma solução acessível para criar sites personalizados. Sua capacidade de tornar os sites responsivos em dispositivos móveis e oferecer opções gratuitas e pagas o tornam uma escolha popular para a criação de sites de forma eficaz. Para mais informações: <https://pt.wix.com/>.

Figura 2.
Captura de tela: Página Inicial



Figura 3.
Captura de tela: Página do Participante

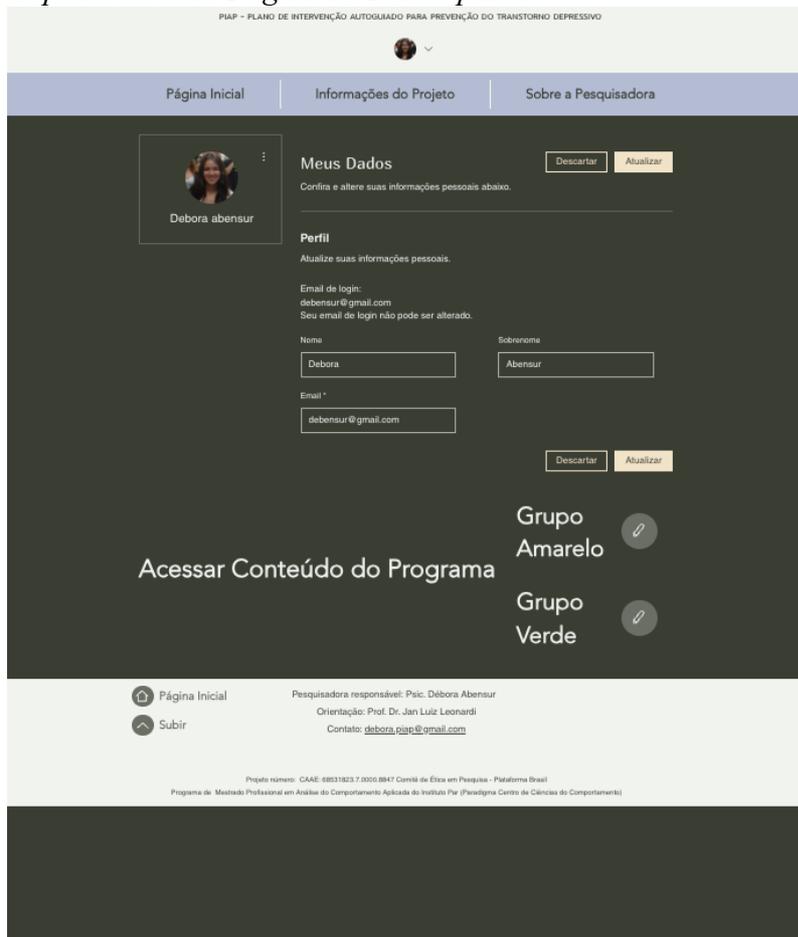
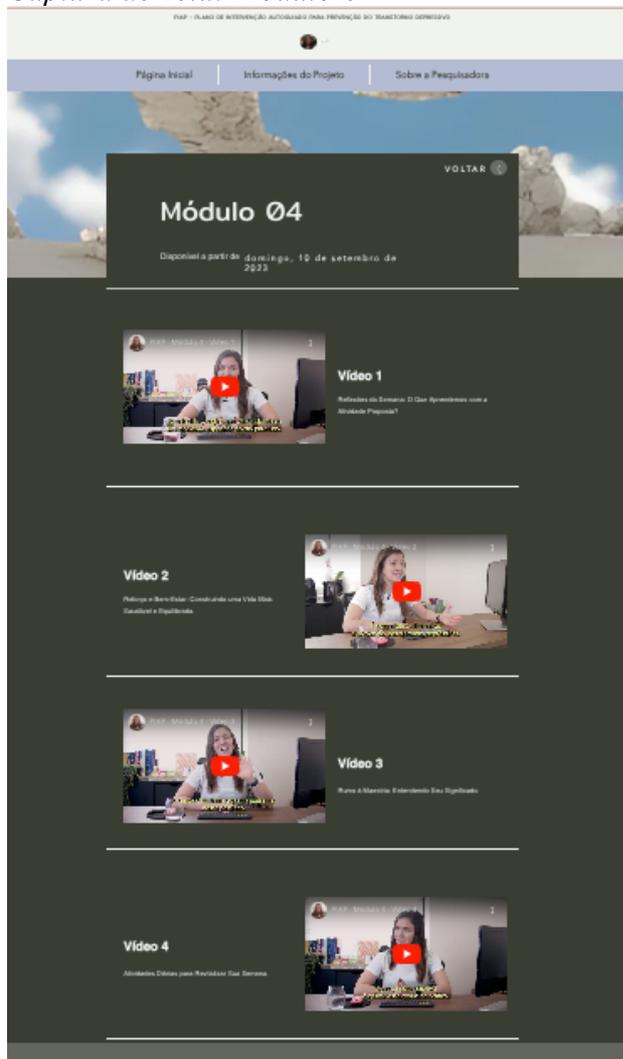


Figura 4.
 Captura de tela: Cronograma do Programa



Figura 5.
 Captura de Tela: Módulo 4



3.3. Custos Associados

A pesquisadora enfrentou desafios significativos na gestão de seu orçamento limitado devido à restrição de recursos financeiros, uma vez que este trabalho foi autofinanciado. O processo de criação do site envolveu a utilização de uma plataforma de construção de sites, bem como o registro do domínio 'piap.online' por um ano, resultando em um investimento total de cerca de R\$ 600. Além disso, para a produção dos vídeos, foi necessário alugar equipamentos técnicos, o que representou um gasto adicional significativo de R\$ 4.000, elevando ainda mais os custos associados ao projeto.

É fundamental sublinhar que a avaliação do custo total do projeto exige a consideração não apenas dos custos diretos já mencionados, mas também dos custos indiretos associados ao tempo investido em diversas atividades. Especificamente, o programa exigiu a alocação de seis meias diárias — cada uma equivalente a seis horas — para a gravação dos módulos. Embora o tempo dedicado à edição dos vídeos não tenha sido explicitamente contabilizado, a pesquisadora beneficiou-se da assistência de colegas⁷ para completar essa fase.

Adicionalmente, seis horas foram empregadas no desenvolvimento dos roteiros para cada módulo, uma tarefa que envolveu várias etapas. O processo de criação do site demandou cerca de cinco dias para sua conclusão e disponibilização online. Ao longo do programa, também foi necessário reservar uma hora semanal para a manutenção do site, o que incluiu o carregamento dos vídeos e demais materiais. Este panorama ressalta que o custo total do projeto é considerável, destacando a importância de uma análise detalhada de todos os custos implicados em cada fase e componente do projeto.

⁷ Para as gravações e edições dos vídeos, a pesquisadora contou com a colaboração de dois colegas experientes em produção de conteúdo online. Sua contribuição foi essencial, desempenhando papéis ativos na gravação e edição dos vídeos, elevando a qualidade do conteúdo. Isso destaca a relevância do trabalho em equipe e da interdisciplinaridade em projetos que exigem diversas habilidades. Além disso, ilustra como a colaboração entre profissionais de diferentes áreas pode enriquecer o trabalho de um psicólogo envolvido na criação de conteúdo terapêutico online, enfatizando a importância de construir redes de apoio e parcerias para abordar desafios complexos.

A análise dos custos, abarcando tanto o tempo despendido quanto os investimentos diretos, é crucial para determinar a custo-efetividade de um programa. Contudo, no caso do programa PIAP-D, a baixa adesão comprometeu a avaliação dessa relação. Importante notar, a Tabela 4 apresenta um resumo compreensivo das atividades executadas, além de documentar o tempo dedicado a cada uma delas. Este registro detalhado é fundamental para um entendimento mais aprofundado dos recursos empregados no desenvolvimento do projeto e, embora a eficácia do programa não possa ser precisamente mensurada devido à limitada participação, tal análise fornece insights valiosos para ajustes futuros e replanejamento orçamentário.

Tabela 4.
Resumo das Atividades e quantidade de Dias e Horas respectivos para sua Conclusão

Atividade	Dias	Horas por dia/semana	Total de Horas
Gravação dos Módulos	6	6 horas/dia	36
Elaboração de Roteiros	12	6 horas/dia	72
Criação do Site	5	4 horas/dia	20
Manutenção Semanal do Site	12	1 hora/semana	12
Edição de Vídeos		não quantificado	
Total	35 dias		140 horas

3.4. Dados, escalas e formulários

O Programa PIAP-D enfrentou desafios de engajamento ao longo de sua execução. Inicialmente, contávamos com 60 participantes selecionados após preencherem o Formulário de Triagem. A primeira etapa do estudo exigia o preenchimento do Formulário de Dados Gerais entre outros materiais. No entanto, constatou-se uma desistência de 66,67% nesta fase, evidenciando que dois em cada três participantes optaram por não prosseguir.

Ao concluir quatro semanas de intervenção, solicitou-se novamente que os participantes interagissem com materiais específicos, o que resultou numa taxa de abandono

de 90%. Isso sinaliza uma descontinuação substancial dos participantes remanescentes da Etapa 1 e marca um ponto crítico de desistência no processo.

De maneira conclusiva, a taxa de abandono atingiu 100% nas etapas subsequentes, impossibilitando a análise de mudanças ao longo do tempo. Um relato particularmente ilustrativo de descontinuidade veio de uma participante que, devido ao surgimento de um conflito armado em seu país, ficou impossibilitada de acessar o conteúdo e realizar as atividades propostas.

Na avaliação inicial (T0), 21 participantes responderam ao questionário PHQ-9. A análise dos dados revelou que todos manifestavam sintomas depressivos em diferentes níveis. A Figura 6 ilustra os escores obtidos, com fatias do gráfico representando o número de participantes por faixa de escore. Notavelmente, as menores fatias representam escores de uma pessoa, enquanto as maiores indicam escores compartilhados por dois ou três participantes.

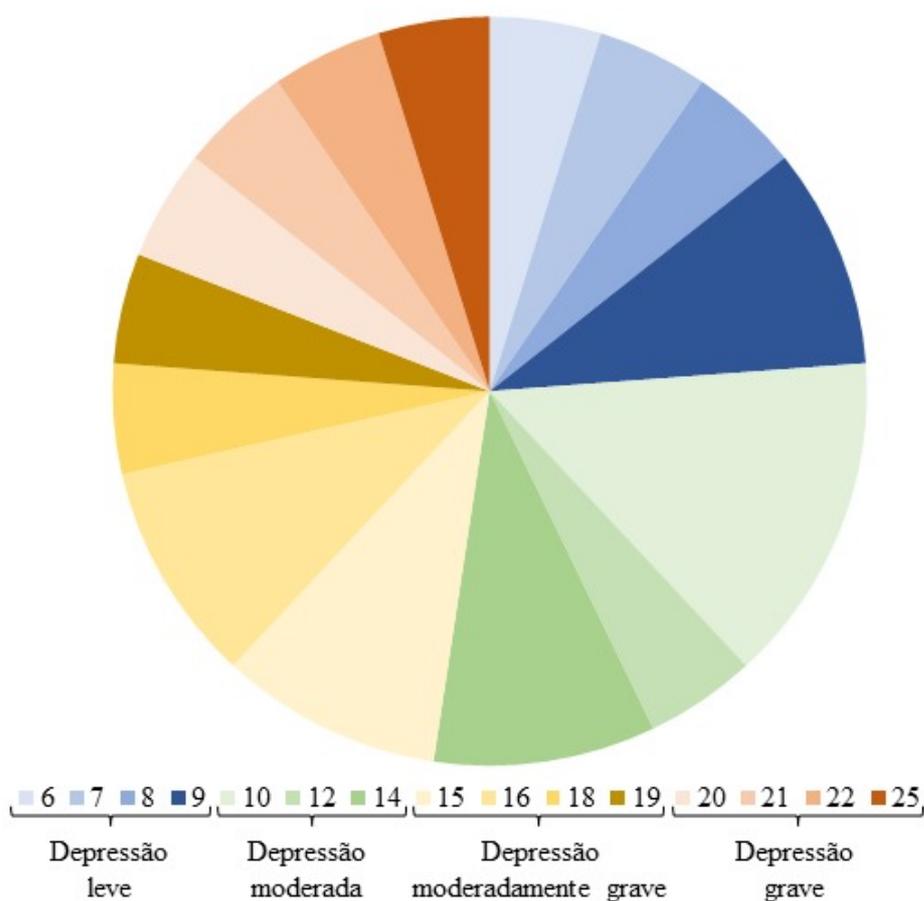
O gráfico destaca que os escores que correspondem a depressão moderada e moderadamente grave são mais comuns, com cerca de 28% dos participantes agrupadas em cada uma das categorias. Outros 19% alcançaram pontuações que apontam para depressão grave, evidenciando casos de alta severidade dentro do grupo e 23% para sintomas compatíveis com uma depressão leve. Esses dados ilustram a diversidade na gravidade dos sintomas entre os participantes.

O PHQ-9, ferramenta de rastreio para frequência e intensidade de sintomas depressivos, indicam que a maioria dos indivíduos avaliados experimenta impactos significativos em suas atividades cotidianas. A observação de que mais de três quartos dos respondentes apresentam níveis de depressão que requerem atenção destaca a urgência de disponibilizar apoio e tratamentos adequados. Isso é especialmente crítico para aqueles com condições mais graves, que enfrentam dificuldades consideráveis em várias esferas da vida, incluindo riscos elevados para sua saúde física e mental. Essa situação ressalta a necessidade crítica de implementar

estratégias de intervenção precoce e fornecer suporte contínuo para pessoas com sintomas depressivos.

Figura 6.

Pontuações do Questionário de Saúde do Paciente-9 (PHQ-9) em T0



O desenho original do estudo contemplava a aplicação do questionário em múltiplas etapas, visando acompanhar a evolução dos sintomas ao longo do tempo. Como mencionada, a alta taxa de abandono resultou em apenas dois participantes completando o PHQ-9 na segunda etapa (T1), e nenhum deles prosseguiu para as fases subsequentes. Apesar dessas restrições na coleta de dados, é relevante observar que ambos os participantes exibiram melhorias em seus escores de T0 para T1, indicando mudanças positivas em seus estados

depressivos. Esses resultados, embora limitados pela baixa taxa de resposta, fornecem indícios preliminares do potencial impacto positivo das intervenções aplicadas.

No caso do participante X, a avaliação inicial (T0) revelou sintomas que sugeriam uma depressão de intensidade leve. Na avaliação subsequente (T1), houve uma redução em sua pontuação para 4, indicativo de uma melhoria significativa em seu estado depressivo. Este progresso sugere uma resposta positiva à intervenção proposta, um achado que se torna particularmente relevante à luz do estudo de Mekonen *et al.* (2022), que aponta para a raridade da remissão de sintomas depressivos na ausência de tratamento específico.

Similarmente, o participante Y evidenciou uma redução nos sintomas na segunda avaliação (T1), sugerindo uma diminuição na severidade da depressão. No entanto, os sintomas permaneceram no espectro da depressão leve. Estas observações sublinham não somente a heterogeneidade na experiência de sintomas depressivos entre indivíduos, mas também a necessidade imperativa de uma investigação mais detalhada. É crucial explorar as trajetórias dos sintomas depressivos ao longo do tempo e entender as variações nas respostas individuais às intervenções. Tais resultados enfatizam a importância de valorizar as melhorias significativas nos sintomas, além da busca pela remissão total, como indicativos de sucesso na resposta à intervenção, reforçando a complexidade e a necessidade de abordagens personalizadas no tratamento da depressão.

Os dois participantes citados anteriormente também completaram o questionário de aceitabilidade e a escala de estilo de vida após as quatro primeiras semanas de intervenção (T1). Contudo, a escassez de dados resultante da participação limitada impede a realização de análises significativas relacionadas a essas medidas. A ausência de um conjunto de dados mais amplo dificulta a compreensão completa do impacto da intervenção na aceitabilidade e nas mudanças no estilo de vida dos participantes. Este desafio sublinha a importância de desenvolver estratégias eficazes para a coleta de dados em estudos futuros, incluindo

adaptações nos questionários ou a implementação de métodos de coleta de dados automatizados. Tais estratégias poderiam não apenas facilitar o processo de coleta de dados, mas também ajudar a monitorar o progresso e as mudanças de maneira mais eficiente e precisa. A adoção dessas abordagens inovadoras na coleta de dados é crucial para avançar nosso entendimento sobre a eficácia das intervenções em saúde mental e otimizar os tratamentos para atender às necessidades individuais.

3.6. Visualizações e análises

A análise sobre as visualizações dos vídeos ao longo das 12 semanas de intervenção evidenciam a tendência notável que se destaca, a gradual diminuição no número de visualizações. No entanto, é importante ressaltar que durante a primeira metade da intervenção, as visualizações dos vídeos se mantiveram consistentemente altas, alcançando uma média impressionante de 77,96% para os primeiros seis módulos. Isso indica que o conteúdo inicial cativou a audiência de forma eficaz e manteve o interesse dos espectadores até o final, com quase 80% do conteúdo sendo assistido.

Uma virada significativa ocorreu a partir da sétima semana, com a porcentagem de visualização caindo abruptamente para zero. Isso sugere uma perda substancial de interesse ou engajamento por parte do público após esse ponto crucial do programa. Essa diminuição pode ser atribuída a diversos fatores, como possível saturação de conteúdo, falta de motivação contínua ou simples desgaste ao longo do tempo.

A observação de um declínio acentuado no engajamento dos participantes com os vídeos a partir da sétima semana de intervenção ressalta a necessidade de investigações profundas para compreender as causas subjacentes dessa diminuição. Identificar os fatores que contribuem para a queda no interesse e engajamento é essencial para aprimorar a eficácia das intervenções digitais. Para tal, algumas hipóteses podem ser consideradas, incluindo a saturação de conteúdo, desafios na manutenção da motivação dos participantes ao longo do

tempo, ou até mesmo a duração e o formato dos vídeos que podem não sustentar a atenção dos usuários a longo prazo.

Tabela 5.

Porcentagem Média de Visualizações por Vídeo e por Módulo

Módulo	Porcentagem média de visualização (por módulo)	Vídeos	Porcentagem média de visualização (por vídeo)
1	75,81	1	75,58
		2	78,63
		3	73,23
2	92,67	1	88,66
		2	89,36
		3	100,00
3	87,59	1	100,00
		2	88,57
		3	80,27
		4	81,53
4	60,48	1	88,29
		2	85,06
		3	71,38
		4	57,69
		5	0,00
5	71,95	1	79,96
		2	76,66
		3	59,22
6	79,26	1	81,96
		2	97,42
		3	58,40
7	0,00	1	0,00
		2	0,00
		3	0,00
		4	0,00
8	0,00	1	0,00
		2 (Grupo Verde)	0,00
		2 (Grupo Amarelo)	0,00
		3 (Grupo Verde)	0,00
		3 (Grupo Amarelo)	0,00

9	0,00	1 (Grupo Verde)	0,00
		1 (Grupo Amarelo)	0,00
		2	0,00
		3	0,00
10	0,00	1	0,00
		2	0,00
		3	0,00
11	0,00	1	0,00
		2	0,00
12	0,90	1 (Grupo Verde)	0,70
		1 (Grupo Amarelo)	1,24
		2	0,77

Figura 7.

Horas visualizadas por Semana

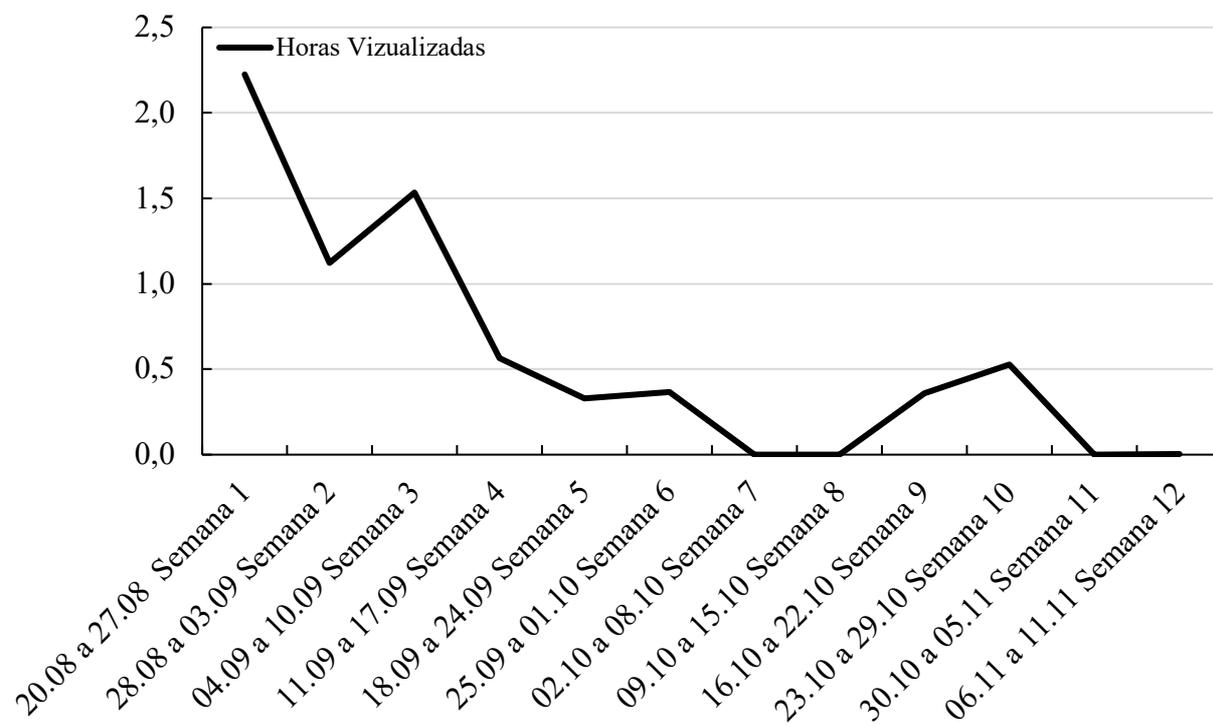


Tabela 6.
Número de Visualizações por Vídeo e por Módulo

Módulo	Número de Visualizações (por módulo)	Vídeo	Número de Visualizações (por vídeo)
1	55	1	21
		2	16
		3	18
2	26	1	10
		2	8
		3	8
3	21	1	7
		2	5
		3	5
		4	4
4	11	1	4
		2	3
		3	3
		4	1
		5	0
5	5	1	2
		2	2
		3	1
6	4	1	2
		2	1
		3	1
7	0	1	0
		2	0
		3	0
		4	0
8	0	1	0
		2 (Grupo Verde)	0
		2 (Grupo Amarelo)	0
		3 (Grupo Verde)	0
		3 (Grupo Amarelo)	0
9	0	1 (Grupo Verde)	0
		1 (Grupo Amarelo)	0

		2	0
		3	0
10	0	1	0
		2	0
		3	0
11	0	1	0
		2	0
12	4	1 (Grupo Verde)	1
		1 (Grupo Amarelo)	1
		2	2

DISCUSSÃO

4.1. Formação dos Psicólogos e a Era Digital

Durante o desenvolvimento do programa PIAP-D, surgiram diversos questionamentos sobre a formação de psicólogos. A criação de um site foi um elemento chave, atuando como a principal ferramenta de divulgação dos recursos do programa. A pesquisadora, já com algum conhecimento em tecnologia, viu-se diante da necessidade de ampliar suas habilidades, um aspecto importante do projeto. Essa experiência levantou questões importantes sobre os conteúdos programáticos e a estrutura dos cursos de Psicologia. A demanda por desenvolver novas competências e a reflexão sobre como integrá-las de maneira eficaz destaca desafios relacionados às lacunas existentes na formação.

A formação de psicólogos no Brasil é atualmente regida pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), um conjunto de orientações aprovado em 2004 (Brasil, 2004). As DCNs têm como objetivo orientar o planejamento, implementação e avaliação dos cursos de psicologia em todo o país. No entanto, é importante ressaltar que algumas das DCNs apresentam ambiguidades, e a necessidade de revisão periódica é evidente devido à constante evolução na área da psicologia, com novas teorias e técnicas surgindo regularmente, bem como as diversas áreas de atuação que se expandem constantemente.

Após a formação, o trabalho do psicólogo no Brasil é orientado pelos Conselhos Federal e Regionais de Psicologia, que constituem o Sistema Conselhos. O Conselho Federal de Psicologia (CFP) é a instância máxima, com jurisdição em todo o país. Suas atribuições abrangem a elaboração de regimentos, a orientação, disciplinamento e fiscalização da profissão, a emissão de resoluções para o cumprimento das leis, a definição dos limites de competência profissional, a elaboração do Código de Ética Profissional do Psicólogo, atuação como tribunal superior de ética, consultoria em assuntos de psicologia, julgamento de recursos

das decisões dos Conselhos Regionais e a publicação anual de relatórios de trabalho e listas de psicólogos registrados (CFP, 2000).

Os Conselhos Regionais, por sua vez, têm a responsabilidade de organizar seus regimentos, orientar, disciplinar e fiscalizar o exercício da profissão em suas respectivas áreas de competência, zelar pelo cumprimento do código de ética profissional, atuar como tribunais regionais de ética, sugerir medidas ao Conselho Federal, eleger delegados para assembleias, apresentar relatórios anuais e elaborar propostas orçamentárias (CFP, 2000). Coletivamente, essas entidades desempenham um papel crucial na regulamentação e no monitoramento da prática dos psicólogos no Brasil.

No contexto da psicoterapia online no Brasil, as regulamentações passaram por uma série de transformações ao longo do tempo. A incorporação das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) na prática terapêutica desempenhou um papel significativo, especialmente durante a pandemia de COVID-19. Essa evolução das regulamentações reflete a necessidade de adaptar a prática da terapia online à realidade tecnológica e social em constante mudança (Stoque *et al.*, 2016).

Inicialmente, o atendimento online estava restrito a fins de pesquisa, com rigorosas restrições, como a obrigação de registro de protocolos de pesquisa e a impossibilidade de receber honorários (CFP, 2000; CFP, 2003). A Resolução Nº 012/2005 ampliou a gama de serviços psicológicos online permitidos, introduzindo a necessidade de credenciais eletrônicas emitidas pelo CFP para profissionais que ofereciam esses serviços. Em 2012, a Resolução Nº 011/2012 regulamentou a prestação de serviços psicológicos por meios tecnológicos de comunicação à distância, abrangendo atendimentos síncronos e assíncronos. No entanto, também impôs requisitos, como a criação de um site exclusivo para a oferta de serviços online, limitação no número de sessões e especificação de recursos tecnológicos para garantir o sigilo das informações trocadas (CFP, 2012).

A Resolução N° 11/2018 reforçou o sigilo das informações nas sessões online e proibiu atendimentos em situações de urgência, emergência ou violação de direitos humanos, a menos que fosse para fornecer suporte técnico às equipes presenciais (CFP, 2018). Em 2020, em resposta à pandemia de COVID-19, Resolução N° 04/2020 permitiu que os psicólogos continuassem a prestar serviços psicológicos remotamente, mas impôs a obrigatoriedade de cadastro na plataforma e-Psi junto ao CRP e suspendeu temporariamente certas restrições da Resolução N° 11/2018 (CFP, 2018; CFP, 2020).

A última resolução tinha como objetivo primordial a adaptação à situação de isolamento social e distanciamento físico causada pela pandemia de COVID-19. Após mais de três anos desde sua implementação, a falta de orientações detalhadas deixa uma lacuna significativa na regulamentação da prática online. A Resolução N° 04/2020 (CFP) estabelece diretrizes para serviços psicológicos mediados por TICs, incluindo consultas e atendimentos psicológicos síncronos e assíncronos, processos de seleção de pessoal, aplicação de testes regulamentados online e supervisão técnica. No entanto, carece de especificidades cruciais ao limitar-se a definir os meios tecnológicos de forma generalizada⁸. Essa generalização pode levar a interpretações variadas e cria lacunas na regulamentação, especialmente em áreas de rápida evolução, como programas autoguiados mediados por tecnologia.

Isso se torna ainda mais crítico quando consideramos a formação do psicólogo em relação às tecnologias digitais. A formação em psicologia tradicionalmente não incorpora o uso de tecnologias digitais, o que pode deixar muitos profissionais despreparados para as demandas e especificidades do atendimento online e do uso de recursos digitais.

Portanto, surge uma questão fundamental: como a formação do psicólogo pode ser adaptada para incluir competências específicas relacionadas ao uso de tecnologias digitais, de

⁸ Todas as mediações informacionais e comunicativas com acesso à internet, por meio de televisão, aparelhos telefônicos, aparelhos conjugados ou híbridos, *websites*, aplicativos, plataformas digitais ou qualquer outro modo de interação que venha a ser implementado (CFP, 2020).

modo a preencher as lacunas deixadas pela regulamentação genérica e garantir uma prática online eficaz e segura? Esta questão é crucial para garantir que os profissionais estejam preparados para as exigências do atendimento psicológico na era digital.

No estudo conduzido por Bandeira *et al.* (2006), é destacado um aspecto relevante na formação em Psicologia: a tendência de dar uma ênfase excessiva ao desenvolvimento de competências técnicas, em detrimento das competências interpessoais, emocionais e éticas, bem como das habilidades de comunicação e sociais. Isso ressalta a importância não apenas de abordar essa questão nas diretrizes, mas também de integrar esses aspectos na própria formação em Psicologia, assegurando, desse modo, uma educação mais abrangente e equilibrada para os futuros psicólogos.

Desde 2017, as discussões sobre a formação de psicólogos têm ganhado significativa relevância, especialmente após o Conselho Nacional de Saúde solicitar a revisão das DCNs para as profissões de saúde. Em outubro de 2023, uma nova resolução foi promulgada com o objetivo de abordar as deficiências identificadas nas diretrizes anteriores (Ministério da Educação, 2023). A Resolução CNE/CES N° 1 estabeleceu um perfil de atuação profissional mais preciso para os estudantes de Psicologia, com foco na capacitação dos alunos para compreender as complexas demandas da prática profissional e adotar uma abordagem crítica, reflexiva e ética no uso de tecnologias digitais.

No entanto, a resolução não faz menção explícita à necessidade de desenvolver competências em tecnologia da informação e comunicação, habilidades que se tornam cada vez mais cruciais na prática profissional moderna. Isso é especialmente relevante no contexto do uso de tecnologias na psicoterapia, análise de dados, avaliação e na criação e seleção de recursos, como aplicativos e plataformas online.

Embora essas lacunas estejam sendo abordadas e mudanças tenham sido feitas, é crucial enfatizar a necessidade contínua do envolvimento ativo da comunidade acadêmica e

profissional. Isso inclui o reconhecimento da importância de uma formação equilibrada que não se limite apenas às competências técnicas, mas que também aborde aspectos interpessoais, éticos e sociais. Este é um passo fundamental para preparar os futuros psicólogos, capacitando-os a enfrentar os desafios em constante evolução de forma eficaz e ética.

A interconexão entre ciência, profissão e formação desempenha um papel crucial nesse processo, como enfatizado por Cruz (2016), que destaca a disseminação de conhecimento qualificado como um elemento fundamental para a formação e atuação dos psicólogos. Ademais, Cruz ressalta o papel fundamental dos Conselhos de Psicologia na regulamentação da profissão e os desafios na definição das competências científicas e profissionais relevantes, enfatizando a necessidade de promover o desenvolvimento de competências ético-profissionais sólidas.

No âmbito deste projeto, foi crucial desenvolver uma ampla gama de competências nas áreas de tecnologia. Isso incluiu a capacidade de operar eficazmente uma plataforma digital e aprimorar habilidades relacionadas à Experiência do Usuário (UX), que envolvem o entendimento dos princípios básicos de design visual para criar um site atraente e de fácil navegação, assegurando assim uma experiência positiva para os usuários. Além disso, para a elaboração de roteiros e produção de vídeos, foi identificada a necessidade de habilidades de comunicação em saúde. Que envolve o equilíbrio na transmissão de informações precisas com a capacidade de envolver o público (Coriolano, 2014). Outro aspecto fundamental deste projeto foi a seleção de conteúdos apropriados e relevantes para cada módulo. Isso exigiu a habilidade de identificar e escolher informações pertinentes e a capacidade de redigir e comunicar informações complexas de maneira clara e acessível. Essas competências são particularmente importantes na área de divulgação em saúde (Coriolano, 2014).

Nesse contexto, é relevante destacar estudos que têm investigado a eficácia da psicoeducação como parte dos tratamentos e intervenções preventivas voltadas para sintomas

depressivos. Pesquisas conduzidas por Chen *et al.* (2018), Tan *et al.* (2017) e Brunwasser *et al.* (2009) evidenciam os resultados positivos dessas intervenções na redução dos sintomas depressivos e no aprimoramento da resiliência emocional.

A interseção entre comunicação e saúde desempenha um papel crucial não apenas na produção de conhecimento em saúde, mas também na disseminação de informações sobre abordagens eficazes. No entanto, essa convergência enfrenta desafios significativos, especialmente no que diz respeito a tornar as informações produzidas no meio acadêmico acessíveis ao público em geral. Apesar desses desafios, também oferece oportunidades para facilitar o acesso à informação em saúde.

É fundamental reconhecer as diversas dificuldades que permeiam a comunicação em saúde e a necessidade de capacitar os profissionais desde a graduação. Isso contribui para uma disseminação efetiva do conhecimento e das práticas de saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população e promover uma sociedade mais saudável e bem-informada.

O desenvolvimento deste programa e a colaboração com profissionais da produção de conteúdo representaram marcos significativos nesta pesquisa. Essa experiência levanta questões relevantes sobre como os profissionais de psicologia estão sendo preparados para enfrentar os desafios da terapia online e da criação de recursos terapêuticos digitais, destacando a necessidade de desenvolver novas habilidades e compreender as demandas da prática terapêutica na era digital. Isso nos leva a refletir sobre a formação dos futuros profissionais e se estamos capacitando adequadamente os terapeutas para atender às demandas desse cenário em constante evolução.

4.2. Custos Envolvidos e Desistências

A questão dos custos em programas online voltados para a saúde mental frequentemente permanece obscura, conforme destacado (Mitchell *et al.*, 2021). Em uma revisão sistemática,

que abrangeu 33 estudos com o objetivo de analisar a literatura sobre intervenções via internet para transtornos de ansiedade e depressão e os custos associados a elas, foram observadas notáveis variações nos custos de entrega e nos diferentes componentes de custos. Essa variabilidade dificulta a comparação eficaz das intervenções devido às diversas condições de controle e à grande disparidade desses elementos.

Mitchell *et al.* (2021) descreve uma notável diversidade nos custos associados às intervenções digitais, refletindo a ampla gama de despesas envolvidas na sua implementação. Em certos casos, os custos para entregar intervenções foram incrivelmente baixos, chegando a ser nulos, particularmente quando fornecidos por entidades governamentais. Por outro lado, um estudo destacou que os custos totais das intervenções para um grupo de participantes, ao longo de um período de 12 meses, variaram significativamente, indo de US\$ 677 a um valor elevado de US\$ 30.160, evidenciando a extensa variação nos custos ligados a essas intervenções (Ruby *et al.*, 2013; Mitchell *et al.*, 2021). Essa variação nos custos sublinha a complexidade e a heterogeneidade das intervenções online, enfatizando a necessidade de uma análise cuidadosa para determinar sua eficácia e custo-efetividade.

Além disso, análises de custo-efetividade realizadas indicaram que algumas intervenções foram consideradas custo-efetivas, enquanto outras não cumpriram esse critério (Mitchell *et al.*, 2021). Os custos de desenvolvimento das intervenções também foram examinados, com valores variando de US\$ 14.368 a US\$ 157.131 (Mitchell *et al.*, 2021), demonstrando a ampla gama de investimentos necessários. Os custos por participante também mostraram variações significativas, indo de US\$ 124 a US\$ 1001 para intervenções focadas em transtornos de ansiedade e de US\$ 0 a US\$ 2842 para intervenções voltadas para a depressão. Uma lacuna observada em muitos estudos foi a ausência de descrições detalhadas sobre os componentes específicos dos custos ou sobre os investimentos no desenvolvimento das intervenções.

Estes resultados destacam a complexidade e a variabilidade encontradas no âmbito das intervenções digitais, evidenciando que a eficácia e os custos associados são determinantes cruciais para aferir o valor clínico e a viabilidade econômica destas abordagens. A análise de custo-efetividade das intervenções revelou-se desafiadora, devido à limitada disponibilidade de dados detalhados sobre o processo de desenvolvimento, incluindo o tempo investido e os custos diretos envolvidos. Esta lacuna na pesquisa sublinha a necessidade de uma maior transparência e documentação sobre os gastos relacionados ao desenvolvimento de intervenções em saúde mental digital, conforme apontado por Mitchell *et al.* (2021). A ausência de informações detalhadas sobre os componentes dos custos impede uma avaliação precisa da eficiência econômica destas intervenções, ressaltando a importância de abordar essa deficiência para melhorar a compreensão dos custos associados ao desenvolvimento de soluções digitais em saúde mental.

A literatura aponta que, de forma geral, as intervenções realizadas online tendem a ser mais custo-efetivas quando comparadas aos tratamentos presenciais convencionais (Titov *et al.*, 2010; Cuijpers *et al.*, 2010; Firth *et al.*, 2017). Contudo, a ausência de padronização nos estudos ressalta a urgência por metodologias de avaliação de custo-efetividade mais uniformes e por uma maior transparência na divulgação dos custos. Tal abordagem é crucial para possibilitar comparações precisas entre diferentes intervenções e para orientar de maneira informada as decisões relativas a políticas públicas e à definição de preços equitativos.

No âmbito desta discussão, Mitchell *et al.* (2021) sugerem a adoção de um *checklist* detalhado que enumera possíveis componentes de custo envolvidos em intervenções via internet. Este *checklist* inclui despesas relacionadas ao desenvolvimento do sistema, abarcando os custos de mão de obra de profissionais e voluntários envolvidos tanto no desenvolvimento quanto na implementação das intervenções digitais. Além disso, considera os custos vinculados aos equipamentos tecnológicos e ao *software* ou plataformas necessárias para a execução

eficiente da intervenção. O documento também contempla os custos incorridos pelos pacientes, que englobam o tempo investido na participação nas atividades propostas e as despesas relacionadas ao uso da internet e outros custos adicionais. Para uma visão detalhada dos componentes de custo propostos, recomenda-se a consulta ao Anexo H (Tabela *Checklist* dos Componentes de Custo).

No projeto em questão, não foi possível avaliar a relação custo-efetividade em vista da baixíssima adesão observada ao longo do programa PIAP-D. Apesar do grande interesse inicial, com 261 pessoas preenchendo o questionário de triagem, e da seleção de 60 participantes, nenhum deles conseguiu concluir todos os módulos e atividades propostas. Esse tipo de resultado levanta questões sobre como o cálculo da efetividade deve considerar também as desistências (*drop-outs*). A questão da desistência é uma preocupação constante, e para superar esse obstáculo, compreender os fatores relacionados à desistência em intervenções entregues por meio de TICs é essencial para avaliar sua eficácia e utilidade, assim como para encontrar maneiras de melhorar a retenção dos participantes.

Uma revisão abrangente focada na análise da desistência em intervenções baseadas na internet destacou uma abordagem multidimensional para entender as razões do abandono (Melville *et al.*, 2010). Esta análise revelou uma significativa diversidade nas taxas de desistência, indicando a complexidade do fenômeno e a necessidade de uma investigação aprofundada das variáveis que influenciam a decisão dos participantes de não continuar com a intervenção. Entre os estudos que preencheram os critérios de inclusão, o tamanho das amostras variou de 11 a 184 participantes, e as taxas de abandono abrangeram uma faixa de 2% a 83%. Notavelmente, apenas 10 dos 19 estudos analisados investigaram o abandono em diferentes estágios do processo de tratamento, com taxas de desistência antes de iniciar o tratamento variando de 4% a 52%, e desistências ocorrendo durante o tratamento com percentagens entre

0% e 78%. Essa revisão categorizou as variáveis de desistência em três principais grupos: sociodemográficas, relacionadas a problemas psicológicos e relacionadas ao tratamento.

O estudo em questão começou com 60 participantes selecionados na fase de triagem, que envolvia o preenchimento do Formulário de Triagem. A Etapa 1 se caracterizava pelo preenchimento do Formulário de Dados Gerais, e outros materiais. Nesta fase, foi observada uma taxa de abandono de 66,67%, indicando que dois terços dos indivíduos não prosseguiram no preenchimento do Formulário de Dados Gerais. Esta elevada taxa de desistência inicial sugere que a primeira barreira significativa para a continuidade no processo é o preenchimento do formulário. Vários fatores podem estar relacionados a essa alta taxa de abandono, incluindo a complexidade, a percepção do seu valor ou relevância pelos participantes, ou obstáculos práticos e psicológicos, como falta de tempo, desinteresse no conteúdo, dificuldades de compreensão ou questões emocionais desencadeadas pelo material.

Ao final da quarta semana de intervenção, foi solicitado novamente que os participantes respondessem a alguns materiais, resultando em uma taxa de abandono de 90%. Este número expressivo indica que a maioria dos remanescentes da Etapa 1 não prosseguiu, ressaltando um ponto crítico de desistência no processo. Possíveis hipóteses para esse aumento na taxa de abandono podem incluir a perda de interesse ao longo do tempo, a sensação de falta de progresso ou benefício percebido, a carga excessiva de questionários ou a interferência de compromissos pessoais ou profissionais.

Por fim, foi registrada uma taxa de abandono de 100%, significando que todos os participantes restantes não completaram os questionários nas etapas seguintes. Isso impossibilitou a verificação de mudanças e a comparação de respostas ao longo do tempo. Uma das participantes, ao explicar seu motivo para descontinuar, relatou que, devido ao início de um conflito armado no país em que residia, encontrava-se impossibilitada de assistir ao conteúdo e realizar as atividades e preenchimentos. Esse relato destaca fatores externos e

imprevisíveis, como crises políticas ou pessoais, que podem impactar significativamente a participação em estudos de longo prazo.

Esses dados evidenciam um padrão crescente de abandono ao longo das etapas, ressaltando a necessidade de avaliar cuidadosamente os fatores que influenciam a participação e o engajamento dos indivíduos em estudos dessa natureza. Para melhorar a retenção e o engajamento, pode ser benéfico simplificar os formulários, oferecer suporte adicional, criar incentivos para a conclusão das etapas, ou adaptar o estudo para ser mais flexível e adaptável às circunstâncias individuais.

Em relação às variáveis sociodemográficas, identificaram-se algumas tendências notáveis (Melville *et al.*, 2010). Notou-se que participantes mais jovens e, em alguns casos, do sexo masculino, apresentaram uma probabilidade ligeiramente maior de desistência do programa. Entretanto, outros fatores como nível educacional, renda e status de emprego não apresentaram associações consistentes com a taxa de desistência

No que diz respeito aos problemas psicológicos, a duração dos problemas não se mostrou um indicador consistente de desistência. Em vez disso, a gravidade atual do problema emergiu como um fator relevante, sugerindo que indivíduos com problemas menos graves podem ser mais propensos a abandonar o tratamento (Melville *et al.*, 2010). Outros fatores psicológicos, como traços de personalidade, motivação e expectativas em relação ao tratamento, também se relacionam a desistência.

A revisão de Melville *et al.* (2010) e a pesquisa conduzida por Karyotaki *et al.* (2015) detalha os preditores de desistência em intervenções autoguiadas online para depressão, juntas, iluminam a complexidade do fenômeno de abandono em tratamentos via internet. Enquanto a primeira oferece uma visão geral sobre as taxas variáveis de desistência, a segunda proporciona uma perspectiva aprofundada, identificando fatores específicos que contribuem para o risco de abandono. Os achados de Karyotaki *et al.* (2015) revelam que fatores como gênero masculino,

menor nível de educação, a presença de sintomas de ansiedade comórbida e o emprego de intervenções baseadas em TCC estão significativamente associados a uma maior probabilidade de desistência do tratamento. Esta compreensão sublinham a importância de considerar variáveis sociodemográficas e clínicas na concepção e implementação de intervenções online, visando minimizar as taxas de abandono e maximizar a eficácia do tratamento.

Para aprofundar a compreensão sobre a desistência e a eficácia das intervenções digitais em saúde mental, é crucial promover novas pesquisas e revisões. No entanto, é importante reconhecer que existem lacunas de dados e soluções efetivas para garantir uma alta adesão. Em um estudo distinto, com o objetivo de analisar as percepções em relação à aceitabilidade, usabilidade e aspectos valorizados das intervenções digitais (Patel *et al.*, 2020). Os achados revelam que a aceitabilidade e a usabilidade das intervenções online são fortemente influenciadas pelas primeiras impressões, suas motivações pessoais e o nível de acompanhamento e suporte oferecido. Um aspecto crucial identificado é a necessidade de personalização das intervenções, destacando que a adaptação ao perfil, preferências e necessidades específicas de cada indivíduo pode significativamente elevar a efetividade das taxas de adesão. A análise sublinha a importância do suporte humano e personalizado, que visa não apenas facilitar a compreensão e adesão à intervenção, mas também fortalecer o engajamento, a motivação e, por fim, promover uma experiência terapêutica mais profunda e benéfica.

Os resultados descritos apontam para a necessidade de adaptar as intervenções autoguiadas, visando atender de maneira mais eficaz a diferentes grupos, como homens, pessoas com baixa escolaridade e indivíduos com sintomas de ansiedade comórbida. Essas adaptações poderiam envolver a incorporação de elementos audiovisuais e estratégias de motivação específicas, direcionadas às necessidades individuais (Melville *et al.*, 2010; Karyotaki *et al.*, 2015; Patel *et al.*, 2020).

No contexto do programa PIAP-D, o suporte aos participantes estava inicialmente limitado ao fornecimento de um endereço de e-mail para contato e não previa qualquer tipo de suporte individual recorrente. A análise das interações por e-mail, conforme detalhado na Tabela de Trocas de E-mail (Anexo M), as mensagens trocas incluíram questões como dificuldades no acesso a módulos, atrasos em responder a questionários e problemas em localizar links, os participantes foram acolhidos com respostas cuidadosas e atenciosas. Esse suporte, embora não planejado, mostrou-se crucial, sublinhando a necessidade de incorporar mecanismos de apoio proativos e adaptáveis às intervenções autoguiadas para otimizar a experiência do usuário e fomentar a adesão.

A estratégia por trás da implementação do programa PIAP-D, inspirada em modelos prévios de intervenções autoguiadas (Meyer *et al.*, 2009; Spek *et al.*, 2007), visava explorar as vantagens do anonimato para reduzir o estigma associado à busca por ajuda em saúde mental. Esta decisão fundamenta-se na evidência apresentada por Cuijpers *et al.* (2011), cuja meta-análise destacou os efeitos positivos e estatisticamente significativos de tratamentos autoguiados. Além dos benefícios mencionados, a abordagem sem acompanhamento direto de profissionais foi escolhida por sua potencial acessibilidade e simplicidade operacional, o que contribui para uma implementação menos custosa e complexa. Importante, essa metodologia também visava avaliar a escalabilidade do programa, ou seja, sua capacidade de ser expandido e adaptado para atender a um número maior de usuários sem a necessidade de aumentar proporcionalmente os recursos empregados, abrindo caminho para uma solução potencialmente mais abrangente e inclusiva no campo da saúde mental digital.

Antes do lançamento do programa PIAP-D, foi esclarecido aos participantes que se tratava de um programa online e autoguiado, disponível para acesso a qualquer momento. Contudo, permanece incerto se todos os inscritos compreenderam plenamente que a intervenção ocorreria sem a mediação direta de profissionais. Levanta-se a hipótese de que a

adesão ao programa PIAP-D poderia ter sido diferente se houvesse a disponibilidade de mediação por um psicólogo ou outro profissional treinado em momentos específicos ou ao longo de todos os módulos.

Um estudo recente reforça a importância dessa consideração, evidenciando o impacto positivo da mediação profissional em intervenções digitais. A pesquisa sobre o CONEMO (nome do aplicativo que faz referência a expressão Controle Emocional), uma intervenção digital de baixa intensidade focada na psicoeducação para combater sintomas depressivos em pacientes com diabetes e/ou hipertensão, realizada em colaboração entre pesquisadores do Brasil e do Peru (Cavero *et al.*, 2022; Seward *et al.*, 2023), demonstra a eficácia dessa abordagem. Diferentemente do PIAP-D, o CONEMO incluía a mediação de enfermeiros e técnicos de enfermagem treinados, oferecendo um programa de seis semanas baseado em ativação comportamental que incentivava os usuários a se engajarem em atividades prazerosas, saudáveis e cotidianas através de um aplicativo móvel. Os resultados sublinham a importância de adaptar as intervenções às necessidades específicas dos usuários para maximizar a efetividade, destacando que a compreensão do conteúdo pelo usuário, a conclusão das atividades selecionadas e os níveis de ativação comportamental atuam como mediadores significativos na melhoria dos sintomas depressivos. Essas descobertas reafirmam o potencial das intervenções digitais mediadas por profissionais treinados em promover a saúde mental em contextos com recursos limitados, oferecendo evidências valiosas para a eficácia e necessidade de adaptação do CONEMO como uma estratégia sustentável de melhoria do bem-estar mental de indivíduos com condições crônicas.

A pesquisa sobre intervenções psicológicas via internet destaca como estas podem superar barreiras ao acesso terapêutico convencional, apresentando eficácia comparável à terapia face a face, conforme indicado por estudos significativos na área (Soucy Chartier & Provencher, 2013; Cuijpers *et al.*, 2007; Hollis *et al.*, 2015; Cuijpers *et al.*, 2010; Titov *et al.*,

2010; Firth *et al.*, 2017; Fuller-Tyszkiewicz *et al.*, 2018). No entanto, o desafio do abandono precoce em tratamentos autoguiados online se destaca, enfatizando a importância de incorporar suporte e orientação terapêutica para aumentar a adesão e a eficácia. A escassez de informações sobre os resultados negativos dos tratamentos psicológicos autoguiados levanta questões sobre sua escalabilidade e efetividade real, apontando para a necessidade de uma abordagem mais personalizada e com suporte humano para garantir resultados positivos.

A complexidade das intervenções digitais em saúde mental e a necessidade de um entendimento detalhado dos custos envolvidos exigem que os estudos ofereçam descrições completas de todos os processos e componentes, incluindo custos, para uma análise mais acurada de sua eficácia e custo-efetividade. A uniformização dos métodos de estudo e a transparência nos relatórios de custos são essenciais para permitir comparações adequadas entre as intervenções e para informar políticas públicas eficientes. A publicação de pesquisas com resultados negativos é igualmente crucial, pois fornece descobertas importantes para o campo, contribuindo para o aprimoramento de futuras intervenções digitais em saúde mental (Cuijpers *et al.*, 2010).

O avanço das tecnologias digitais no setor da saúde enfrenta desafios significativos, como a fragmentação e a inconsistência na qualidade das soluções disponíveis. A iniciativa *Open Digital Health*⁹ surge como resposta a esses desafios, com o objetivo de promover a qualidade, a transparência e o compartilhamento no desenvolvimento de soluções de saúde digital (Dominika *et al.*, 2022). No curto prazo, o foco é reforçar a comunidade de saúde digital, desenvolvendo uma plataforma dedicada à indexação e à avaliação criteriosa das ferramentas digitais existentes. Em médio prazo, empoderar pesquisadores e profissionais, facilitando o intercâmbio de conhecimento entre disciplinas e países. A longo prazo, colaborar na

⁹ Tradução livre: Saúde Digital Aberta (www.opendigitalhealth.org). Esta iniciativa busca promover o reuso de ferramentas de saúde digital com base em evidências e sua replicação em diferentes contextos, com o objetivo de reduzir custos e ampliar o alcance dessas ferramentas.

formulação de agendas comuns que orientem o desenvolvimento e a implementação de métodos de validação mais robustos e acessíveis, contribuindo para superar as barreiras atuais e maximizar o potencial das tecnologias digitais na saúde.

Este conjunto de dados evidencia a crescente importância e complexidade das intervenções digitais em saúde mental, enfrentando desafios que vão desde a necessidade de personalização e suporte humano até questões de acessibilidade e custo-efetividade. A combinação dessas abordagens indica uma direção para o futuro, onde a personalização, o suporte humano integrado e a validação rigorosa de ferramentas digitais possam conduzir a intervenções mais eficazes e acessíveis, contribuindo significativamente para o avanço da saúde mental digital. À medida que exploramos o potencial das tecnologias digitais, é crucial que continuemos a aprimorar nossas metodologias, ampliar o acesso e garantir a qualidade das intervenções, visando um impacto positivo duradouro na saúde mental da população global.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto destaca a jornada desafiadora e, ao mesmo tempo, enriquecedora, desde a concepção até a implementação prática do PIAP-D. Esta iniciativa surgiu como um meio de enfrentar o crescente desafio com o aumento do número de pessoas diagnosticadas com Transtorno Depressivo Maior (TDM), a dificuldade de acesso a tratamentos eficazes e ao novo cenário mundial, cada vez mais conectado.

A pesquisa destacou lacunas significativas na formação de psicólogos, especialmente em competências digitais, evidenciando a necessidade de uma rápida adaptação acadêmica e profissional às inovações tecnológicas. A mudança nas regulamentações para a prática online de psicologia no Brasil, precipitada pela pandemia de COVID-19, trouxe à tona a falta de diretrizes claras para o uso de tecnologia, aumentando a incerteza sobre como proceder de maneira ética e eficaz.

Ao desenvolver e implementar o PIAP-D, enfrentamos desafios significativos, como a criação de recursos terapêuticos digitais, a avaliação de sua eficácia e custo-efetividade, e as dificuldades em identificar e responder a situações de crise, como pensamentos suicidas ou deterioração da saúde mental do usuário. A baixa adesão e altas taxas de desistência destacaram a dificuldade em manter o engajamento dos usuários, exacerbada pela falta de suporte personalizado e interação humana, elementos cruciais para o sucesso de intervenções em saúde mental.

A natureza autoguiada do programa, apesar de inovadora, pode ter contribuído para uma sensação de isolamento. A falta de clareza na estrutura autoguiada do programa levou a desencontros entre expectativas e realidades, culminando em desistências. Outra limitação crítica foi a falta de personalização nas intervenções, que não conseguiam atender às necessidades únicas de saúde mental dos indivíduos, potencialmente diminuindo a eficácia do programa para aqueles com demandas específicas.

Adicionando às limitações discutidas, outros aspectos levantados incluem o tempo e os locais de divulgação do projeto, que podem ter limitado o público inscrito devido à divulgação concentrada em apenas 15 dias e nas redes sociais da pesquisadora, alcançando um público restrito. A duração e a edição dos vídeos, que podem não ter sido projetados em um formato suficientemente convidativo para garantir o engajamento dos participantes, e a forma de entrega do conteúdo, que não se baseou em um aplicativo, sugerem que um formato mais dinâmico poderia potencialmente aumentar a adesão.

Além disso, apesar de acessíveis, os programas autoguiados ainda requerem acesso a dispositivos digitais e à internet, o que pode ser uma barreira para certas populações, exacerbando as desigualdades no acesso à saúde mental. As questões financeiras também representaram uma barreira significativa, uma vez que o desenvolvimento de um aplicativo exige um investimento substancial, o que, se possível, poderia ter aumentado a adesão e facilitado o acompanhamento e a personalização das intervenções.

Diante dessas limitações, torna-se imperativo buscar estratégias para aprimorar a eficácia e a adesão às intervenções digitais em saúde mental. É essencial incorporar suporte humano personalizado, esclarecer as estruturas e expectativas dos programas, e adaptar as intervenções às necessidades individuais dos usuários. Além disso, a consideração de métodos de divulgação mais amplos, a utilização de formatos mais engajadores para a entrega de conteúdo e a superação das barreiras financeiras para o desenvolvimento de tecnologia podem ajudar a superar algumas das barreiras identificadas. Essas medidas não apenas alinharão melhor as expectativas, mas também promoverão uma experiência mais acolhedora e enriquecedora, maximizando os benefícios das intervenções digitais.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Association Publishing.
- American Psychological Association. (2019). *Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts*.
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of Mindfulness by Self-Report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11(3), 191-206.
<https://doi.org/10.1177/1073191104268029>
- Bandeira, M., Quaglia, M. A. C., Freitas, L. C., de Sousa, A. M., Costa, A. L. P., Gomides, M. M. P., & Lima, P. B. (2006). Habilidades interpessoais na atuação do psicólogo. *Interação em Psicologia*, 10(1). <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v10i1.5710>.
- Biglan, A. (2015). *The nurture effect: How the science of human behavior can improve our lives and our world*. New Harbinger Publications.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Black Dog Institute. (2020). *Annual Report 2019/20*. Disponível em: https://www.blackdoginstitute.org.au/wp-content/uploads/2020/12/Annual-Report_2020.pdf. Acesso em 29 de novembro de 2022.
- Brasil. (2004). Resolução CNE/CES nº 8, de 7 de maio de 2004. Diretrizes Curriculares para os cursos de Psicologia. Brasília, DF: Conselho Nacional de Educação. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces08_04.pdf.

- Brunwasser, S. M., Gillham, J. E., & Kim, E. S. (2009). A meta-analytic review of the Penn Resiliency Program's effect on depressive symptoms. *Journal of consulting and clinical psychology, 77*(6), 1042–1054. <https://doi.org/10.1037/a0017671>
- Burke, H. M., Davis, M. C., Otte, C., & Mohr, D. C. (2005). Depression and cortisol responses to psychological stress: A meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology, 30*(9), 846-856. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2005.02.010>.
- Cavero, V., Toyama, M., Castro, H. et al. Implementation and scalability of a digital intervention to reduce depressive symptoms in people with diabetes, hypertension or both in Brazil and Peru: a qualitative study of health system's stakeholders' perspectives. *Discov Ment Health 2, 12* (2022). <https://doi.org/10.1007/s44192-022-00015-0>
- Chang, S. S., Stuckler, D., Yip, P., & Gunnell, D. (2013). Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ (Clinical research ed.)*, 347, f5239. <https://doi.org/10.1136/bmj.f5239>
- Chen, R., & Li, X. (2018). The effectiveness of psychoeducation on depression in elderly people: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 240*, 130-145. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.025>
- Conselho Federal de Psicologia. (2000). Resolução CFP N° 003/2000. Disponível em <https://www.crprs.org.br/upload/legislacao/legislacao40.pdf>.
- Conselho Federal de Psicologia. (2003). Alterações na Resolução N° 003/2000. Disponível em <https://www.crprs.org.br/upload/legislacao/legislacao40.pdf>.
- Conselho Federal de Psicologia. (2005). Resolução CFP N° 012/2005. Disponível em https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2005/08/resolucao2005_12.pdf.
- Conselho Federal de Psicologia. (2012). Resolução CFP N° 011/2012. Disponível em <https://transparencia.cfp.org.br/wp-content/uploads/sites/15/2016/12/resolucao2012-11.pdf>.

- Conselho Federal de Psicologia. (2018). Resolução CFP N° 11/2018. Disponível em <https://e-psi.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/11/Resolucao-Comentada-Docemento-Final.pdf>.
- Conselho Federal de Psicologia. (2020). Resolução CFP N° 04/2020. Disponível em <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-4-2020-dispoe-sobre-regulamentacao-de-servicos-psicologicos-prestados-por-meio-de-tecnologia-da-informacao-e-da-comunicacao-durante-a-pandemia-do-covid-19?origin=instituicao&q=004/2020..>
- Coriolano-Marinus, M. W. de L., Queiroga, B. A. M. de ., Ruiz-Moreno, L., & Lima, L. S. de .. (2014). Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. *Saúde E Sociedade*, 23(4), 1356–1369. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400019>
- Creswell J. D. (2017). Mindfulness Interventions. *Annual review of psychology*, 68, 491–516. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-042716-051139>
- Cruz, E. M. (2016). Competências científicas e profissionais e exercício profissional do psicólogo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(2), 251-254. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003522016>
- Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J., & Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological medicine*, 40(12), 1943–1957. <https://doi.org/10.1017/S0033291710000772>
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 27(3), 318–326. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.11.001>
- Cuijpers, P., van Straten, A., Warmerdam, L., & Andersson, G. (2008). Psychological treatment of depression: a meta-analytic database of randomized studies. *BMC psychiatry*, 8, 36. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-36>
- D’Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2010). Problem-solving therapy. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*, 3, 197-225.

- Daley A. (2008). Exercise and depression: a review of reviews. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 15(2), 140–147. <https://doi.org/10.1007/s10880-008-9105-z>
- de Medeiros, G. Q., Ribeiro, I. G., Guessser, V. M., de Paiva, K. M., & Haas, P. (2023). Ideação Suicida em adultos residentes do Brasil no Contexto da Pandemia de Covid-19: Revisão Sistemática. *Revista Neurociências*, 31, 1-20.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., Lovett, M. L., Gladis, M. M., Brown, L. L., & Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of general psychiatry*, 62(4), 409–416. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.4.409>
- Dimidjian, S., Barrera, M., Jr, Martell, C., Muñoz, R. F., & Lewinsohn, P. M. (2011). The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annual review of clinical psychology*, 7, 1–38. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104535>
- Dimidjian, S., Martell, C. R., Addis, M. E., Herman-Dunn, R., & Dobson, K. S. (2014). Behavioral activation for depression. In: Barlow D, editor. *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual*. New York: Guilford Press; 2014:353-393.
- Dumont, M., & Provost, M. A. (1999). Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(3), 343–363. <https://doi.org/10.1023/A:1021637011732>
- Ekers, D., Webster, L., Van Straten, A., Cuijpers, P., Richards, D., & Gilbody, S. (2014). Behavioural activation for depression; an update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. *PloS one*, 9(6), e100100. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100100>
- Firth, J., Torous, J., Nicholas, J., Carney, R., Prata, A., Rosenbaum, S., & Sarris, J. (2017). The efficacy of smartphone-based mental health interventions for depressive symptoms: a meta-analysis of randomized controlled trials. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 16(3), 287–298. <https://doi.org/10.1002/wps.20472>

- Fleck, M. P., Berlim, M. T., Lafer, B., Sougey, E. B., Porto, J. A. D., Brasil, M. A., Juruena, M. F., & Hetem, L. A.. (2009). Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). *Brazilian Journal of Psychiatry*, 31, S7–S17. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000500003>
- Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., & Fawcett, J. (2010). Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA*, 303(1), 47–53. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1943>
- Fuller-Tyszkiewicz, M., Richardson, B., Klein, B., Skouteris, H., Christensen, H., Austin, D., Castle, D., Mihalopoulos, C., O'Donnell, R., Arulkadacham, L., Shatte, A., & Ware, A. (2018). A Mobile App-Based Intervention for Depression: End-User and Expert Usability Testing Study. *JMIR mental health*, 5(3), e54. <https://doi.org/10.2196/mental.9445>
- Haaga D. A. (2000). Introduction to the special section on stepped care models in psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(4), 547–548.
- Hollis, C., Morriss, R., Martin, J., Amani, S., Cotton, R., Denis, M., & Lewis, S. (2015). Technological innovations in mental healthcare: harnessing the digital revolution. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 206(4), 263–265. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.142612>
- Hootsuite. (2021). Digital 2022 Brazil. Disponível em: <https://datareportal.com/reports/digital-2022-brazil>
- Institute of Health Metrics and Evaluation. (2021). Global Health Data Exchange (GHDx). Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e88b>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2020). Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento.

- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E., & Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(2), 295–304. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.2.295>
- Kaiser, R. H., Andrews-Hanna, J. R., Wager, T. D., & Pizzagalli, D. A. (2015). Large-Scale Network Dysfunction in Major Depressive Disorder: A Meta-analysis of Resting-State Functional Connectivity. *JAMA psychiatry*, 72(6), 603–611. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0071>
- Kanter, J. W., Manos, R. C., Bowe, W. M., Baruch, D. E., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2010). What is behavioral activation? A review of the empirical literature. *Clinical psychology review*, 30(6), 608–620. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.001>
- Karatsoreos, I. N., & McEwen, B. S. (2011). Psychobiological allostasis: resistance, resilience and vulnerability. *Trends in cognitive sciences*, 15(12), 576–584. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2011.10.005>
- Karyotaki, E., Kleiboer, A., Smit, F., Turner, D. T., Pastor, A. M., Andersson, G., Berger, T., Botella, C., Breton, J. M., Carlbring, P., Christensen, H., de Graaf, E., Griffiths, K., Donker, T., Farrer, L., Huibers, M. J., Lenndin, J., Mackinnon, A., Meyer, B., Moritz, S., ... Cuijpers, P. (2015). Predictors of treatment dropout in self-guided web-based interventions for depression: an 'individual patient data' meta-analysis. *Psychological medicine*, 45(13), 2717–2726. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000665>
- Kazdin, A. E., Kraemer, H. C., Kessler, R. C., Kupfer, D. J., & Offord, D. R. (1997). Contributions of risk-factor research to developmental psychopathology. *Clinical psychology review*, 17(4), 375–406. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(97\)00012-3](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(97)00012-3)
- Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual review of public health*, 34, 119–138. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114409>

- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., Chapleau, M. A., Paquin, K., & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clinical psychology review, 33*(6), 763–771. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.005>
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., Watkins, E., Holden, E., White, K., Barrett, B., Byng, R., Evans, A., Mullan, E., & Teasdale, J. D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of consulting and clinical psychology, 76*(6), 966–978. <https://doi.org/10.1037/a0013786>
- Kwasnicka, D., Keller, J., Perski, O., Potthoff, S., Ten Hoor, G. A., Ainsworth, B., Crutzen, R., Dohle, S., van Dongen, A., Heino, M., Henrich, J. F., Knox, L., König, L. M., Maltinsky, W., McCallum, C., Nalukwago, J., Neter, E., Nurmi, J., Spitschan, M., Van Beurden, S. B., ... Sanderman, R. (2022). White Paper: Open Digital Health - accelerating transparent and scalable health promotion and treatment. *Health psychology review, 16*(4), 475–491. <https://doi.org/10.1080/17437199.2022.2046482>
- Lima, M. G. P., Silva, K. V. L. G., Santos, R. L., Martins, A. K. L., Bem, M. S. F., Leonel, A. C. G., Lima, A. K. A., Costa, C. A., Gondim, E. T., & Souza, L. C. D. (2022). Tecnologias para o cuidado em saúde mental e enfermagem: revisão integrativa. *Research, Society and Development, 11*(15), e484111537648. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i15.37648>
- Luxton D. D. (2020). Ethical implications of conversational agents in global public health. *Bulletin of the World Health Organization, 98*(4), 285–287. <https://doi.org/10.2471/BLT.19.237636>
- Manber, R., Allen, J. J., & Morris, M. E. (2002). Alternative treatments for depression: empirical support and relevance to women. *The Journal of clinical psychiatry, 63*(7), 628–640. <https://doi.org/10.4088/jcp.v63n0716>
- Mekonen, T., Ford, S., Chan, G. C. K., Hides, L., Connor, J. P., & Leung, J. (2022). What is the short-term remission rate for people with untreated depression? A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders, 296*, 17–25. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.046>

- Melville, K. M., Casey, L. M., & Kavanagh, D. J. (2010). Dropout from Internet-based treatment for psychological disorders. *The British journal of clinical psychology*, 49(Pt 4), 455–471. <https://doi.org/10.1348/014466509X472138>
- Ministério da Educação. (2023). Resolução CNE/CES Nº 1, de 11 de outubro de 2023. Diário Oficial da União. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-cne/ces-n-1-de-11-de-outubro-de-2023-518120795>
- Mitchell, L. M., Joshi, U., Patel, V., Lu, C., & Naslund, J. A. (2021). Economic Evaluations of Internet-Based Psychological Interventions for Anxiety Disorders and Depression: A Systematic Review. *Journal of affective disorders*, 284, 157–182. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.092>
- Murray, C. J., Ezzati, M., Flaxman, A. D., Lim, S., Lozano, R., Michaud, C., Naghavi, M., Salomon, J. A., Shibuya, K., Vos, T., & Lopez, A. D. (2012). GBD 2010: a multi-investigator collaboration for global comparative descriptive epidemiology. *Lancet (London, England)*, 380(9859), 2055–2058. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62134-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62134-5)
- Nesse R. M. (2000). Is depression an adaptation?. *Archives of general psychiatry*, 57(1), 14–20. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.1.14>
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & D'zurilla, T. J. (2007). *Solving life's problems*. New York, US.
- O'Connell, M. E., Boat, T., & Warner, K. E. (Eds.). (2009). *Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities*. National Academies Press (US).
- Organização Mundial da Saúde. (2019). *Saúde mental*. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/management/en/
- Patel, S., Akhtar, A., Malins, S., Wright, N., Rowley, E., Young, E., Sampson, S., & Morriss, R. (2020). *The Acceptability and Usability of Digital Health Interventions for Adults With Depression*,

Anxiety, and Somatoform Disorders: Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. *Journal of medical Internet research*, 22(7), e16228. <https://doi.org/10.2196/16228>

Richards, D. A., Ekers, D., McMillan, D., Taylor, R. S., Byford, S., Warren, F. C., Barrett, B., Farrand, P. A., Gilbody, S., Kuyken, W., O'Mahen, H., Watkins, E. R., Wright, K. A., Hollon, S. D., Reed, N., Rhodes, S., Fletcher, E., & Finning, K. (2016). Cost and Outcome of Behavioural Activation versus Cognitive Behavioural Therapy for Depression (COBRA): a randomised, controlled, non-inferiority trial. *Lancet (London, England)*, 388(10047), 871–880. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31140-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31140-0)

Rummel-Kluge, C., Pitschel-Walz, G., Bäuml, J., & Kissling, W. (2006). Psychoeducation in schizophrenia—results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland. *Schizophrenia bulletin*, 32(4), 765-775. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl006>

Saad, A., Bruno, D., Camara, B., D'Agostino, J., & Bolea-Alamanac, B. (2021). Self-directed Technology-Based Therapeutic Methods for Adult Patients Receiving Mental Health Services: Systematic Review. *JMIR mental health*, 8(11), e27404. <https://doi.org/10.2196/27404>

Schwartz, J. A., Kaslow, N. J., Seeley, J., & Lewinsohn, P. (2000). Psychological, cognitive, and interpersonal correlates of attributional change in adolescents. *Journal of clinical child psychology*, 29(2), 188–198. https://doi.org/10.1207/S15374424jccp2902_5

Seward, N., Loh, W. W., Miranda, J. J., Diez-Canseco, F., Claro, H. G., Menezes, P. R., ... & Araya, R. (2023). Understanding how a digital mental health intervention can be optimised to ensure effectiveness in the longer-term: findings from a causal mediation analyses of the CONEMO trials. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2023.01.18.23284711>

Shahar, B., Britton, W. B., Sbarra, D. A., Figueredo, A. J., & Bootzin, R. R. (2010). Mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy for depression: Preliminary evidence from a randomized controlled trial. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(4), 402–418. <https://doi.org/10.1521/ijct.2010.3.4.402>

- Shortt, A. L., & Spence, S. H. (2006). Risk and Protective Factors for Depression in Youth. *Behaviour Change*, 23(1), 1–30. <https://doi.org/10.1375/behc.23.1.1>
- Soucy Chartier, I., & Provencher, M. D. (2013). Behavioural activation for depression: efficacy, effectiveness and dissemination. *Journal of affective disorders*, 145(3), 292–299. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.07.023>
- Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2012). The science of resilience: implications for the prevention and treatment of depression. *Science (New York, N.Y.)*, 338(6103), 79–82. <https://doi.org/10.1126/science.1222942>
- Spek, V., Nyklíček, I., Smits, N., Cuijpers, P., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years old: a randomized controlled clinical trial. *Psychological medicine*, 37(12), 1797–1806. <https://doi.org/10.1017/S0033291707000542>
- Stanton, R., & Reaburn, P. (2014). Exercise and the treatment of depression: a review of the exercise program variables. *Journal of science and medicine in sport*, 17(2), 177–182. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2013.03.010>
- Stoque, Fabiana Maris Versuti, Scotton, Isabela Lamante, Lisboa, Carolina Saraiva de Macedo, & Neufeld, Carmem Beatriz. (2016). Tecnologias da informação e comunicação e formação do psicólogo clínico. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 12(2), 83-90. <https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20160015>
- Sullivan, P. F., Daly, M. J., & O'Donovan, M. (2012). Genetic architectures of psychiatric disorders: the emerging picture and its implications. *Nature reviews. Genetics*, 13(8), 537–551. <https://doi.org/10.1038/nrg3240>
- Tan, M. K., Chia, E. C., Tam, W. W., McIntyre, R. S., Zhang, Z., Dam, V. A., Nguyen, T. T., Do, H. T., Ho, R. C., & Ho, C. S. H. (2022). A Meta-Analysis of Group Cognitive Behavioral Therapy and Group Psychoeducation for Treating Symptoms and Preventing Relapse in People Living

with Bipolar Disorder. *Healthcare* (Basel, Switzerland), 10(11), 2288.
<https://doi.org/10.3390/healthcare10112288>

Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(2), 275–287. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.70.2.275>

Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(4), 615–623. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.68.4.615>

Titov, N., Andrews, G., Davies, M., McIntyre, K., Robinson, E., & Solley, K. (2010). Internet treatment for depression: a randomized controlled trial comparing clinician vs. technician assistance. *PloS one*, 5(6), e10939. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0010939>

Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2018). *The guide to interpersonal psychotherapy* (Updated and expanded ed.). Oxford University Press.

Woolery, A., Myers, H., Sternlieb, B., & Zeltzer, L. (2004). A yoga intervention for young adults with elevated symptoms of depression. *Alternative therapies in health and medicine*, 10(2), 60–63.

World Bank. (2019). Individuals using the Internet (% of population) Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicator/IT.NET.USER.ZS?end=2020&start=2000>.

World Health Organization. (2001). *The world health report 2001: Mental health: New understanding, new hope*.

ANEXOS

Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Pesquisadora responsável: Débora Abensur

O Sr(a) está sendo convidado(a) a participar do processo de triagem para integrar voluntariamente a pesquisa intitulada: "Criação e avaliação de um plano de intervenção autoguiado para prevenção do transtorno depressivo maior (PIAP-D)".

Justificativa, objetivos e o procedimento:

Sua participação será de 12 semanas a partir do início do plano de intervenção. A cada semana um novo conteúdo será apresentado ou fortalecido, configurando um módulo diferente. Cada módulo contará com um conjunto de vídeos, textos e fichas para automonitoramento e/ou perguntas a serem respondidas e/ou atividades. É sugerido que você disponibilize 10 minutos diários para assistir e realizar as atividades, pensando em um melhor aproveitamento e para não ficarem sobrecarregados. Os vídeos, e todo o material escrito estarão disponíveis em uma plataforma online. A cada semana um novo módulo será liberado. Além disso, ao final da 4ª, 8ª e 12ª semana você deverá preencher alguns questionários que serão utilizados para avaliar a efetividade deste programa. Durante toda a intervenção, você pode entrar em contato com a pesquisadora via e-mail caso tenha alguma dúvida, e os e-mails poderão ser respondidos em até 5 dias úteis. Semanalmente você receberá e-mails, as segundas e sextas-feiras, para lembrar de assistir os vídeos e realizar as atividades.

Desconfortos, riscos e benefícios:

Esse estudo acarretará riscos mínimos a você em decorrência do método utilizado na pesquisa. O procedimento visa ensinar habilidades relevantes para o seu dia a dia. Espera-se que os resultados deste trabalho possam contribuir para a prevenção e diminuição dos sintomas

depressivos e melhora na qualidade de vida. Você terá acesso aos dados e conclusões obtidas no estudo.

Garantia de esclarecimento, liberdade de recusa e garantia de sigilo:

O Sr(a) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O Sr(a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a sua recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de qualquer benefício. A pesquisadora irá tratar a sua identidade com respeito e seguirá padrões profissionais de sigilo, assegurando e garantindo o sigilo e confidencialidade dos dados pessoais dos participantes. Seu nome, ou qualquer material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. O Sr(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Declaração do participante da pesquisa:

Ao preencher os campos abaixo, eu declaro, que fui informada(o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações para motivar minha decisão, se assim o desejar. A pesquisadora Débora Abensur certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais e somente os pesquisadores terão acesso. Em caso de dúvidas poderei entrar em contato com a pesquisadora no e-mail: debora.piap@gmail.com.

Concordo em participar da pesquisa intitulada: “Criação e avaliação de um plano de intervenção autoguiado para prevenção do transtorno depressivo maior (PIAP-D)”.

Aceito participar da pesquisa

Não aceito participar da pesquisa

Após concluir o processo de análise, você receberá um e-mail com informações sobre a sua participação até o dia 19 de agosto. Agradeço o seu interesse e disposição em contribuir com o estudo.

Anexo B - Formulário de Triagem

Formulário de Triagem

Obrigada por se interessar em participar da pesquisa intitulada: “Criação e avaliação de um plano de intervenção autoguiado para prevenção do transtorno depressivo maior (PIAP-D)”. Por gentileza, **preencha o formulário** a seguir. Assim que avaliar todos os formulários, você receberá um **e-mail até o dia 19 de agosto** de 2023 a respeito da sua participação. Fique de olho na sua caixa de entrada, incluindo a pasta de spam. **As inscrições encerram no dia 18 de agosto!**

Projeto número: CAAE: 68531823.7.0000.8847 Comitê de Ética em Pesquisa - Plataforma Brasil

1. Endereço de e-mail: _____
2. Nome Completo: _____
3. Telefone celular com DDD: _____
4. RG: _____
5. Data de nascimento: _____
6. Tem ou já teve algum diagnóstico psiquiátrico?
 - a. Não
 - b. Sim
7. No momento, você faz acompanhamento com psiquiatra?
 - a. Não
 - b. Sim
8. Você já fez acompanhamento com psicólogo?
 - a. Não
 - b. Sim
9. No momento, você faz acompanhamento com psicólogo?

- a. Não
 - b. Sim
10. Faz uso de algum medicamento psicotrópico (conhecidas como medicamentos psiquiátricos)?
- a. Não
 - b. Sim
11. Tem algum familiar diagnosticado com algum transtorno psiquiátrico?
- a. Não
 - b. Sim
12. Qual o grau de parentesco?
- a. Irmãos
 - b. Avôs
 - c. Outros
 - d. Não tenho familiar diagnosticado com algum transtorno psiquiátrico
13. Tem o diagnóstico de alguma doença crônica?
- a. Não
 - b. Sim
14. Qual é sua principal ocupação? (Marque as opções que se referem ao seu dia, por exemplo, se estuda e cuida das tarefas domésticas, assinale estudante e do lar)
- a. Empregado (a)
 - b. Desempregado (a)
 - c. Estudante
 - d. Do lar
 - e. Desempregado (a) e não cuida das tarefas domésticas
15. Tenho alguém para conversar coisas que são importantes?

- a. Não
- b. Sim

16. Tenho pensamentos de “tirar a própria vida” de forma frequente ou intensa?

- a. Não
- b. Sim

Agradeço o seu interesse e disposição em contribuir com o estudo.

Se você ou alguém que conhece está enfrentando dificuldades emocionais ou lutando contra pensamentos suicidas, lembre-se de que não está sozinho. Há recursos disponíveis para ajudar e falar sobre o que você está passando pode fazer toda a diferença.

Se precisar de ajuda imediata, entre em contato com as linhas de apoio ou emergência locais. Lembre que o CVV (Centro de Valorização da Vida) também pode ser acessado pelo número: 188 ou entre no site: <https://www.cvv.org.br/>.

Anexo C - Formulário de Dados Gerais

Formulário de Dados Gerais

Endereço de e-mail: _____

Nome Completo: _____

Profissão ou ocupação

1. Descreva brevemente o que faz no seu dia a dia.

Exemplo 1: Sou engenheira civil e atuo principalmente no planejamento e supervisão de obras, dedicando cerca de 8 horas diárias ao trabalho. Paralelamente, estou cursando um mestrado em Engenharia Sustentável, ao qual dedico 3 horas diárias de estudo.

Exemplo 2: Sou empregada doméstica e trabalho 8 horas por dia. Ao chegar em casa, minha jornada não termina, pois preciso cuidar do meu filho, garantindo que suas necessidades sejam atendidas.

Exemplo 3: Estou no último ano de medicina e, atualmente, minha rotina é focada no internato. Passo a maior parte do dia no hospital, aprendendo e aplicando na prática os conhecimentos adquiridos ao longo do curso.

2. País de origem:
 - a. Brasil
 - b. Outro
3. Em qual estado mora?
4. Em qual cidade você mora?
5. Qual o seu estado civil?
 - a. Solteiro(a)
 - b. União estável/ Morando junto
 - c. Casado(a)
 - d. Divorciado(a)/ Separado
 - e. Viúvo(a)
6. Tem filhos?
 - a. Não
 - b. 1
 - c. 2
 - d. 3
 - e. 4

- f. Mais que 4
7. Como você se considera em relação a cor/etnia?
- a. Preto(a)
 - b. Branco(a)
 - c. Pardo(a)
 - d. Indígena
 - e. Amarelo(a)
 - f. Outro
8. Ao nascer, você teve seu sexo registrado como:
- a. Masculino
 - b. Feminino
9. Qual das alternativas a seguir descreve melhor sua atual identidade de gênero?
- a. Homem
 - b. Mulher
 - c. Pessoa não-binária
 - d. Travesti
 - e. Outra
10. Qual das alternativas a seguir descreve melhor sua orientação sexual?
- a. Heterossexual
 - b. Gay / lésbica / homossexual
 - c. Bissexual
 - d. Pansexual
 - e. Assexual
11. Neste momento, qual etapa do processo escolar você já completou?
- a. Nenhuma
 - b. Ensino fundamental (1º grau)
 - c. Ensino médio (2º grau)
 - d. Ensino superior (faculdade)
 - e. Pós-graduação (especialização ou MBA)
 - f. Pós-graduação (mestrado)
 - g. Pós-graduação (doutorado)
12. Você tem alguma religião?
- a. Católica
 - b. Espírita ou Kardecista

- c. Afro-brasileira (Candomblé, Umbanda, Batuque ou outra)
- d. Evangélica pentecostal (Assembleia de Deus, Evangelho Quadrangular, Deus é Amor, Congregação Cristã do Brasil ou outra)
- e. Evangélica neopentecostal (Universal do Reino de Deus, Internacional da Graça de Deus, Renascer em Cristo, Batista Nacional, Mundial do Poder de Deus ou outra)
- f. Evangélica protestante (Adventista, Anglicana, Batista, luterana, presbiteriana, metodista ou outra)
- g. Mórmon (Igreja de Jesus Cristo dos Últimos Dias)
- h. Asiática-oriental (Budista, Hinduísta, Hare Krishna ou outra)
- i. Judaica
- j. Muçulmana
- k. Pagãos ou Neopagãos (Xamanismo, Bruxaria, Wicca ou outra)
- l. Nenhuma / Ateísmo
- m. Nenhuma / Agnosticismo
- n. Outra

13. Qual é a sua renda mensal individual?

- a. Nenhuma renda
- b. Até 1 salário-mínimo (R\$ 1212,00)
- c. De 1 a 3 salários-mínimos (de R\$ 1212,00 até R\$ 3636,00)
- d. De 3 a 6 salários-mínimos (de R\$ R\$ 3636,01 até R\$ 7272,00)
- e. De 6 a 9 salários-mínimos (de R\$ 7272,01 até R\$ 10908,00)
- f. De 9 a 12 salários-mínimos (de R\$ 10908,01 até R\$ 14544,00)
- g. De 12 a 15 salários-mínimos (de R\$ 14544,01 até R\$ 18.180,00)
- h. Mais de 15 salários-mínimos (mais de R\$ 18.180,01)

14. Qual é a renda familiar mensal?

- a. Nenhuma renda
- b. Até 1 salário-mínimo (até R\$ 1212,00)
- c. De 1 a 3 salários-mínimos (de R\$ 1212,00até R\$ 3636,00)
- d. De 3 a 6 salários-mínimos (de R\$ R\$ 3636,01 até R\$ 7272,00)
- e. De 6 a 9 salários-mínimos (de R\$ 7272,01 até R\$ 10908,00)
- f. De 9 a 12 salários-mínimos (de R\$ 10908,01 até R\$ 14544,00)
- g. De 12 a 15 salários-mínimos (de R\$ 14544,01 até R\$ 18.180,00)
- h. Mais de 15 salários-mínimos (mais de R\$ 18.180,01)

15. Quantas pessoas moram com você?
- Moro sozinho(a)
 - Uma a três pessoas
 - Quatro a sete pessoas
 - Oito a dez pessoas
 - Mais de dez pessoas
16. Qual a situação legal da casa em que você mora?
- Própria
 - Alugada
 - Cedida/ Emprestada
 - De algum familiar
17. Sua casa está localizada em?
- Zona rural (campo, área agrícola, comunidade isolada)
 - Zona urbana (cidade, centro da cidade, bairro residencial)
 - Zona periurbana (área nos arredores da cidade, mas ainda com características urbanas)
 - Zona litorânea (próxima à praia ou ao mar)
18. Qual é o nível de escolaridade do seu pai?
- Não sei
 - Não estudou
 - Ensino fundamental (1º grau)
 - Ensino médio (2º grau)
 - Ensino superior (faculdade)
 - Pós-graduação (especialização ou MBA)
 - Pós-graduação (mestrado)
 - Pós-graduação (doutorado)
19. Qual é o nível de escolaridade da sua mãe?
- Não sei
 - Não estudou
 - Ensino fundamental (1º grau)
 - Ensino médio (2º grau)
 - Ensino superior (faculdade)
 - Pós-graduação (especialização ou MBA)
 - Pós-graduação (mestrado)

- h. Pós-graduação (doutorado)
20. Você já recebeu um diagnóstico de transtorno mental por um profissional de saúde (por exemplo, psiquiatra, psicólogo)?
- a. Sim
 - b. Não
21. Aos que responderam sim na pergunta anterior. Por favor, descreva brevemente qual foi o diagnóstico que recebeu e quando.
- Exemplo 1: Fui diagnosticado com depressão há 5 anos atrás.
- Exemplo 2: Recebi o diagnóstico de ansiedade cerca de 1 ano atrás.
22. Após receber o diagnóstico, o que você fez? Marque todas as opções que se aplicam.
- a. Iniciei acompanhamento com psicólogo ou psicoterapeuta.
 - b. Iniciei tratamento com medicamentos prescritos por psiquiatra.
 - c. Busquei apoio em grupos de ajuda ou terapia em grupo.
 - d. Não busquei nenhum tipo de tratamento ou acompanhamento.
23. Antes de finalizarmos, existe algum aspecto ou experiência significativa de sua vida que você gostaria de compartilhar e que não foi abordado neste questionário? Por favor, nos conte qualquer detalhe ou observação que considere relevante para que possamos compreender melhor sua trajetória e perspectivas.

Anexo D - Escala de Estilo de Vida

Escala De Estilo De Vida

Refleta atentamente sobre cada um dos pontos relacionados ao estilo de vida listados abaixo. Em cada item, selecione a alternativa que mais se alinha à sua realidade nas últimas 4 semanas. É fundamental que suas respostas sejam sinceras e precisas, levando em consideração seus hábitos, comportamentos e atitudes mais recentes.

Lembre-se: não há respostas certas ou erradas.

Sua sinceridade é o que permitirá que este programa possa lhe ajudar da melhor maneira possível.

E-mail: _____

Nome Completo: _____

1. Atividade física:

- a. Não faço exercícios regularmente
- b. Faço exercícios moderadamente uma ou duas vezes por semana
- c. Faço exercícios com frequência, três ou mais vezes por semana
- d. Sou ativo e faço exercícios diariamente

2. Qualidade do Sono:

- a. Tenho dificuldade para dormir bem e descansar na maioria dos dias
- b. Tenho algumas dificuldades para dormir e descansar
- c. Durmo bem a maioria das noites
- d. Durmo bem todas as noites e acordo descansado

3. Alimentação:

- a. Não me preocupo com minha alimentação e como comida processada regularmente, como hambúrgueres, refrigerante, alimentos congelados, biscoitos e salgadinhos
- b. Algumas vezes como comida saudável, como frutas e verduras frescas, grãos, nozes e sementes, peixe, carnes magras (frango, peru, carne de vaca sem gordura) e legumes
- c. Mantenho uma dieta equilibrada na maior parte do tempo incluindo alimentos saudáveis, por exemplo, quatro a seis dias na semana
- d. Sigo uma dieta saudável e evito comida processada diariamente

4. Estresse:

- a. Sinto-me estressado e ansioso com frequência e isso gera prejuízo na minha vida

- b. Sinto estresse moderado em situações específicas e, nesses momentos, percebo prejuízo na minha vida
 - c. Sou capaz de lidar com o estresse na maioria das situações, com pouco ou nenhum prejuízo na minha vida
 - d. Tenho boas estratégias para lidar com o estresse e não percebo prejuízos significativo na minha vida
5. Tempo livre:
- a. Não tenho tempo livre ou o uso para descansar/dormir
 - b. Algumas vezes tenho tempo livre, mas geralmente o uso para fazer tarefas
 - c. Equilíbrio tempo livre e tarefas de forma satisfatória
 - d. Tenho tempo livre suficiente e o uso para fazer atividades que gosto
6. Conectividade social:
- a. Não tenho uma rede de apoio forte e presente na minha vida, por exemplo, amigos e familiares que confio e me apoiam
 - b. Tenho algumas conexões sociais, mas não são profundas ou frequentes, por exemplo, nem sempre posso compartilhar minhas dificuldades e conquistas com eles
 - c. Tenho uma boa rede de apoio e me sinto conectado com as pessoas ao meu redor na maior parte do tempo
 - d. Tenho fortes vínculos sociais e me sinto conectado com as pessoas sempre que preciso
7. Hábito de fumar:
- a. Fumo de 15 ou mais cigarros em média por dia
 - b. Fumo de 5 a 14 cigarros em média por dia
 - c. Fumo até 5 cigarros em média por dia
 - d. Não fumo
8. Consumo de álcool (Uma dose equivale a uma cerveja de 340 ml ou um copo de vinho de 120 ml ou um shot de destilado de 45 ml):
- a. Consumo álcool de 8 ou mais doses por semana
 - b. Consumo álcool de 4 a 7 doses por semana
 - c. Consumo até 3 doses por semana
 - d. Não consumo álcool
9. Atividade mental:

- a. Não dedico tempo para atividades mentais como leitura, resolução de quebra-cabeças, palavras cruzadas, aprender uma nova habilidade, como tocar instrumento ou uma nova língua, escrever em um diário, atividades criativas etc.
- b. Pelo menos uma vez por semana dedico tempo para atividades mentais
- c. Me dedico para atividades mentais ao redor de três vezes por semana
- d. Dedico tempo diariamente para atividades mentais e me sinto mentalmente ativo e estimulado

10. Gestão do tempo:

- a. Tenho dificuldade em gerenciar meu tempo na maioria dos dias e percebo prejuízo na minha vida em razão disso
- b. Algumas vezes consigo gerenciar meu tempo, porém percebo alguns prejuízos na minha vida em razão disso
- c. Consigo gerenciar meu tempo de forma eficiente na maior parte do tempo e percebo pouco ou nenhum prejuízo na minha vida
- d. Tenho boas habilidades de gestão de tempo e me sinto organizado

11. Autocuidado:

- a. Não dedico tempo e esforço para cuidar de minha saúde mental e emocional e não pratico atividades que promovam o bem-estar, como por exemplo, passar tempo ao ar livre, fazer coisas que dão prazer, manter relacionamentos saudáveis, meditar, cultivar emoções agradáveis etc.
- b. De vez em quando pratico alguma atividade de autocuidado, mas não de forma consistente
- c. Costumo dedicar tempo na maior parte dos dias para cuidar de minha saúde mental e emocional
- d. Sou comprometido com meu bem-estar e pratico atividades de autocuidado diariamente

12. Realização Pessoal:

- a. Não tenho metas ou objetivos claros em minha vida
- b. Tenho algumas metas ou objetivos, mas não me sinto satisfeito com a forma como os busco ou com as minhas conquistas
- c. Tenho metas e objetivos claros e sinto alguma satisfação enquanto os busco e com as minhas conquistas
- d. Alcanço com frequência minhas metas e objetivos e sinto boa realização pessoal e satisfação com minha vida

13. Ambientes saudáveis

- a. Meu ambiente (familiares, amigos, colegas de trabalho e outras pessoas com quem convivo diariamente) NÃO é acolhedor em minhas necessidades e emoções, NÃO respeita meus limites e NÃO valoriza minhas ações e ideias
- b. Sinto que na maior parte do tempo, meu ambiente NÃO é acolhedor em minhas necessidades e emoções, NÃO respeita meus limites e NÃO valoriza minhas ações e ideias
- c. Sinto que em boa parte do tempo, meu ambiente é acolhedor em minhas necessidades e emoções, respeitador dos meus limites e valoriza minhas ações e ideias
- d. Sinto que meu ambiente é acolhedor em minhas necessidades e emoções, respeitador dos meus limites, e valoriza minhas ações e ideias

Anexo E - Questionário de Aceitabilidade**Questionário de Aceitabilidade**

E-mail: _____

Nome Completo: _____

1. Entendeu a maior parte do programa?
 - a. Sim, totalmente
 - b. Quase totalmente
 - c. Parcialmente
 - d. Não
2. Se sentiu confortável para participar do programa?
 - a. Sim, totalmente
 - b. Quase totalmente
 - c. Parcialmente
 - d. Não
3. O programa ajudou você?
 - a. Sim, totalmente
 - b. Quase totalmente
 - c. Parcialmente
 - d. Não
4. Aprendeu alguma informação ou habilidade nova com o programa?
 - a. Sim, totalmente
 - b. Quase totalmente
 - c. Parcialmente
 - d. Não
5. Foi dado tempo suficiente para assistir e colocar em prática os assuntos de cada etapa do programa?
 - a. Sim, totalmente
 - b. Quase totalmente
 - c. Parcialmente
 - d. Não
6. Participou do programa utilizando os 10 minutos diários como sugerido?
 - a. Sim, totalmente

- b. Quase totalmente
 - c. Parcialmente
 - d. Não
7. Ajudou alguém com as suas novas informações ou habilidades?
- a. Sim, totalmente
 - b. Quase totalmente
 - c. Parcialmente
 - d. Não
8. Recomendaria esse programa para um conhecido?
- a. Sim, totalmente
 - b. Quase totalmente
 - c. Parcialmente
 - d. Não
9. Você tem alguma sugestão ou observação sobre o programa que gostaria de compartilhar?
Por favor, compartilhe qualquer feedback ou sugestões que possa nos ajudar a aprimorar a experiência do plano de intervenção, assim como qualquer dificuldade que apresentou.

Anexo F - Questionário sobre a Saúde do/a Paciente (PHQ-9)

QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO/A PACIENTE - (PHQ-9)				
Durante as <u>últimas 2 semanas</u> , com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo? (Marque sua resposta com "✓")	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir "para baixo", deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Se sentir mal consigo mesmo/a — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

Se você assinalou qualquer um dos problemas, indique o grau de dificuldade que os mesmos lhe
causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as
pessoas?

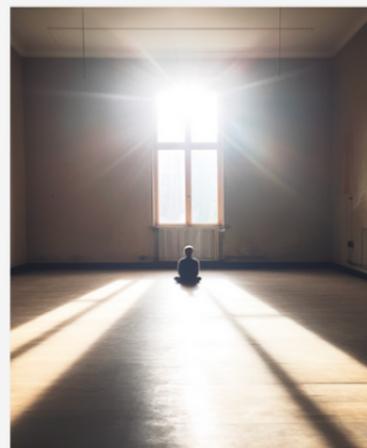
Nenhuma dificuldade <input type="checkbox"/>	Alguma dificuldade <input type="checkbox"/>	Muita dificuldade <input type="checkbox"/>	Extrema dificuldade <input type="checkbox"/>
--	---	--	--

Anexo G - Convite de Participação

PROJETO DE PESQUISA BUSCA VOLUNTÁRIOS PARA PROGRAMA CONTRA DEPRESSÃO

Programa de 12 semanas destinado a pessoas entre 18 e 35 anos, que esteja passando por momentos de estresse na vida, **ou** tenha familiar com transtorno psiquiátrico, **ou** pouco suporte social.

O objetivo do programa é **fortalecer os fatores de proteção contra a depressão** e promover mudanças de hábitos.



**ESCANEIE O QR CODE PARA
SE INSCREVER**



Todo o programa é **online, gratuito** e poderá ser acessado a qualquer momento.

Interessados devem responder ao **Formulário de triagem**. Basta escanear o QR-CODE.

**AS INSCRIÇÕES VÃO ATÉ
09 DE AGOSTO 2023**

Para mais informações acesse o site: **www.piap.online**

ESSA PESQUISA É PARTE DO MESTRADO DA PSICÓLOGA DÉBORA ABENSUR (06/129988), DO PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ANÁLISE DO COMPORTAMENTO APLICADA DO INSTITUTO PAR - PROJETO NÚMERO: CAAE: 68531823.7.0000.8847 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - PLATAFORMA BRASIL

Anexo H - Tabela 1A - Checklist dos Componentes de Custo¹⁰

Custos no nível do sistema de saúde	
Componentes	Exemplos
Recursos Humanos (Custos das pessoas envolvidas no desenvolvimento ou entrega de intervenções online, incluindo voluntários ou especialistas gratuitos)	Custos de treinamento de pessoal para a entrega de intervenções online Custos do tempo de pessoal médico na entrega de intervenções online Custos do tempo de técnicos para estabelecer e manter intervenções online Custos do tempo de supervisores para gerenciar a entrega
Informação em Saúde (equipamentos de tecnologia e software necessários para a entrega da intervenção, incluindo bens gratuitos)	Custos de uso de equipamentos de tecnologia novos ou usados (por exemplo, computadores, telefones) ou software Custos de acesso à internet Preço de mercado ou taxa de licenciamento da intervenção Custos de taxas de comunicação (por exemplo, uso de internet e telefone)
Outros custos relacionados à entrega de intervenções (incluindo bens gratuitos)	Custos de materiais de escritório Custos de impressão, cópia e digitalização
Custos no nível do paciente	
Componentes	Exemplos
Custos de participação na intervenção	Tempo gasto nas intervenções Outros custos (por exemplo, taxas de celular)
Pagamentos do próprio bolso por cuidados médicos recebidos	Cuidados ambulatoriais Cuidados hospitalares Medicamentos Exames laboratoriais
Custos não médicos relacionados aos cuidados médicos recebidos	Custos de viagem ou despesas com estacionamento Tempo de viagem Custos com alimentação Tempo de espera
Custos de oportunidade da doença	Desemprego Licença médica Perda de trabalho doméstico Cuidados informais prestados por membros da família

¹⁰ Esta tabela é uma adaptação/tradução de *'Economic Evaluations of Internet-Based Psychological Interventions for Anxiety Disorders and Depression: A Systematic Review'* por Mitchell et al. (2021).

Anexo I - Mensagem para os interessados não selecionados

Olá,

Sou a Débora, pesquisadora responsável pelo estudo intitulado: “Criação e avaliação de um plano de intervenção autoguiado para prevenção do transtorno depressivo maior (PIAP-D)”.

Primeiramente, quero agradecer o interesse e por você ter dedicado um tempinho para preencher o formulário de triagem. Isto mostra sua vontade genuína de buscar o melhor para sua saúde mental. No entanto, após uma análise dos formulários, infelizmente, você não atende aos critérios de inclusão para participar desta pesquisa. Isso não tem nada a ver com quem você é ou com suas habilidades. É só uma questão técnica relacionada ao perfil que precisamos para esse estudo.

A boa notícia é que em dezembro de 2023, todo o conteúdo do programa será aberto para todos; e enviarei um e-mail a você explicando como acessar gratuitamente o programa. Enquanto isso, anexeí algumas informações sobre o SUS e lugares onde pode encontrar tratamento psicológico com valores mais acessíveis ou até gratuitos.

E se você já estiver em acompanhamento com um psicólogo ou psiquiatra, talvez seja uma boa ideia compartilhar com ele seus sentimentos e seu interesse nesta pesquisa. Se ainda não estiver, quem sabe seja o momento de pensar nisso?

Se estiver passando por momentos difíceis, especialmente com pensamentos de machucar a si mesmo, é crucial buscar ajuda. O Centro de Valorização da Vida (CVV) está sempre disponível para conversar. Você pode ligar para eles no número 188 ou visitar o site www.cvv.org.br. Eles estão lá para apoiar em momentos como esse. Mais uma vez, obrigada pela disposição e pelo interesse no estudo!

Atenciosamente,

Psicóloga Débora Abensur (06/129988)
Pesquisadora Responsável pelo projeto PIAP

Anexo J - Lista de serviços oferecidos pelo SUS e como acessá-los

Lista de serviços oferecidos pelo SUS e como acessá-los

Se você estiver passando por uma situação que está fora do seu controle ou sentir que seus sintomas estão piorando, é crucial buscar a ajuda de um profissional de saúde mental o mais rápido possível. O SUS, nosso Sistema Único de Saúde, oferece diversos serviços voltados para a saúde mental, gratuitos e acessíveis a toda a população. Esses serviços incluem:

1. CAPS (Centro de Atenção Psicossocial): oferece atendimento psiquiátrico e psicológico, terapia ocupacional, grupos de apoio, atividades culturais e recreativas, entre outros.
2. CRAS (Centro de Referência de Assistência Social): oferece atendimento social e psicológico para famílias em situação de vulnerabilidade social.
3. NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família): oferece suporte para equipes de saúde da família na identificação e tratamento de casos de saúde mental.
4. UBS (Unidade Básica de Saúde): oferece atendimento médico e psicológico para casos de depressão, ansiedade e outros transtornos mentais leves.
5. Hospital-Dia: oferece tratamento intensivo para pacientes em crise ou que necessitam de acompanhamento mais frequente.
6. Hospital Psiquiátrico: oferece tratamento intensivo para casos mais graves de transtornos mentais, como esquizofrenia, transtorno bipolar, entre outros.

Para acessar os serviços de saúde mental oferecidos pelo SUS no Brasil, você pode seguir os seguintes passos:

1. Procure a unidade de saúde mais próxima de sua casa, como uma UBS (Unidade Básica de Saúde) ou UPA (Unidade de Pronto Atendimento).
2. Na unidade de saúde, informe a necessidade de atendimento em saúde mental. A equipe de saúde fará uma avaliação inicial e poderá encaminhá-lo para um dos serviços de

saúde mental disponíveis, como um CAPS, Hospital-Dia, Hospital Psiquiátrico ou outras unidades especializadas.

3. Se necessário, a equipe de saúde pode prescrever medicação e indicar o melhor tratamento para o seu caso.
4. Para acessar os serviços de saúde mental, é importante estar munido de um documento de identificação com foto e do cartão do SUS.
5. É possível também acessar os serviços de saúde mental por meio do aplicativo "Meu Digisus", que permite marcar consultas, acessar prontuários e verificar a disponibilidade de medicamentos.

Caso tenha dificuldades para encontrar um serviço de saúde mental ou para acessar o atendimento, você pode buscar orientação no próprio SUS ou nas secretarias de saúde dos municípios ou estados.

Além disso, há também organizações não governamentais que oferecem serviços de saúde mental gratuitos ou de baixo custo, como o CVV (Centro de Valorização da Vida). O contato com o CVV pode ser feito pelo telefone, discando: 188 (Atendimento 24 horas e sem custo de ligação) ou pelo site www.cvv.org.br, por chat e e-mail.

Lista de instituições que oferecem atendimento psicológico a baixo custo ou gratuito

Nacional

1. Instituto de Psicologia Viva (Nacional): A ONG oferece atendimento psicológico online a um custo acessível. Site: <https://www.psicologiaviva.com.br/>
2. Instituto Bem do Estar: ONG que conecta psicólogos voluntários a pessoas que não podem pagar por terapia.

3. Voz da Saúde: ONG que promove a saúde mental por meio de programas educativos e atendimento psicoterapêutico online gratuito ou a baixo custo. Site: <https://www.vozdasaude.org/>
4. Grupo de Estudo, Trabalho e Assistência ao Alcoolismo (GETA): ONG que oferece apoio a pessoas com problemas de alcoolismo e seus familiares. Site: <http://geta-geta.blogspot.com/>

São Paulo

1. São Paulo

- a. Universidade de São Paulo (USP): Oferece atendimento psicológico gratuito à comunidade através da sua clínica-escola. Site: <https://www.ip.usp.br/>
- b. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP): A Clínica Psicológica "Ana Maria Poppovic" é um espaço de formação, pesquisa e atendimento à comunidade. Site: <https://www.pucsp.br/>
- c. Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM): Possui uma clínica-escola de psicologia que atende a comunidade em geral. Site: <https://www.mackenzie.br/>
- d. Centro de Referência em Saúde Mental (CEREN): Oferece atendimento psicológico e é especializado em tratamentos para a saúde mental. Site: <http://ceren.org.br/>
- e. Clínica de Psicologia da Universidade Anhembi Morumbi: Clínica-escola onde estudantes sob supervisão oferecem atendimento psicológico à comunidade. Site: <https://portal.anhembi.br/a-universidade/clinicas-e-laboratorios/clinica-de-psicologia/>

- f. Clínica Psicológica da Universidade Santo Amaro (UNISA): Oferece atendimento psicológico à comunidade. Site: <https://www.unisa.br/servicos-a-comunidade/clinica-psicologica>
 - g. Associação SOS Ação Mulher e Família: Oferece atendimento psicológico e social a mulheres vítimas de violência. Site: <http://sosmulherfamilia.org.br/>
 - h. Instituto Vita Alere de Prevenção e Posvenção do Suicídio: A ONG presta apoio a pessoas em risco de suicídio e a pessoas que perderam alguém por suicídio. Site: <http://vitaalere.com.br/>
2. Campinas
- a. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP): Oferece atendimentos psicológicos através do seu Serviço de Atendimento Psicológico e Psiquiátrico ao Estudante (SAPPE). Site: <https://www.unicamp.br/>
3. São Carlos
- a. Universidade Federal de São Carlos (UFSCar): A UFSCar possui uma clínica-escola de psicologia onde são oferecidos serviços de atendimento ao público. Site: <https://www2.ufscar.br/>
4. Ribeirão Preto
- a. Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP): Oferece atendimento psicológico à comunidade por meio de sua clínica-escola. Site: <https://www.unaerp.br/>
5. Santos
- a. Universidade Católica de Santos (UNISANTOS): Oferece serviços de atendimento psicológico à comunidade. Site: <https://www.unisantos.br/>
6. São Bernardo do Campo
- a. Universidade Metodista de São Paulo (UMESP): Possui um Serviço de Psicologia Aplicada que oferece atendimento à comunidade. Site: <https://portal.metodista.br/>

7. Bauru

- a. Universidade do Sagrado Coração (USC): Possui um Serviço de Psicologia Aplicada que oferece atendimento à comunidade. Site: <https://www.usc.br/>

Rio de Janeiro

1. Rio de Janeiro

- a. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ): Possui uma clínica-escola que oferece atendimento psicológico à população. Site: <http://www.psicologia.ufrj.br/>
- b. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio): O Departamento de Psicologia da PUC-Rio oferece um serviço de atendimento à comunidade. Site: <https://www.puc-rio.br/>
- c. Centro de Estudos Victor Frankl (CEVF): Oferece atendimento psicológico à comunidade. Site: <http://www.estudosvictorfrankl.com.br/>
- d. Clínica de Psicologia da Universidade Estácio de Sá: Oferece serviços psicológicos à comunidade realizados por estudantes supervisionados. Site: <https://portal.estacio.br/quem-somos/campus-e-unidades/universidade-estacio-de-sa-campus-tom-jobim/>
- e. Associação Brasileira Superando o Luto: Oferece apoio psicológico a pessoas em processo de luto. Site: <http://www.superandooluto.com.br/>

2. Niterói

- a. Universidade Federal Fluminense (UFF): Oferece atendimento psicológico à comunidade através de sua clínica-escola. Site: <http://www.uff.br/Minas Gerais>

3. Belo Horizonte

- a. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG): Oferece atendimento psicológico à comunidade por meio do Serviço de Psicologia Aplicada (SPA). Site: <https://www.ufmg.br/>
- b. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas): A Clínica de Psicologia da PUC Minas oferece atendimento à comunidade. Site: <https://www.pucminas.br/>
- c. Centro de Psicologia Aplicada de Minas Gerais (CEPAM): Oferece atendimento psicológico à comunidade. Site: <https://www.cepam.com.br/>
- d. Clínica de Psicologia da Universidade FUMEC: Oferece atendimento psicológico à comunidade feito por estudantes supervisionados. Site: <https://www.fumec.br/graduacao/psicologia/laboratorios-e-nucleos-de-pesquisa/>

4. Brasília

- a. Universidade de Brasília (UnB): Possui o Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos que fornece atendimento psicológico à comunidade. Site: <https://www.unb.br/>
- b. Clínica de Psicologia da Universidade Paulista (UNIP): Oferece atendimento psicológico à comunidade, realizados por estudantes supervisionados. Site: https://www.unip.br/servicos/clinica_de_psicologia

5. Porto Alegre

- a. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS): Oferece atendimento psicológico através do Serviço de Psicologia Aplicada. Site: <https://www.ufrgs.br/>

- b. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS): Oferece atendimento à comunidade realizado por estudantes sob supervisão. Site: <https://www.pucrs.br/hospital/ensino-e-pesquisa/laboratorios-de-ensino/psicologia/>
- c. Instituto de Psicologia Social Pichon-Rivière: Oferece serviços de atendimento psicológico individual, de casal e em grupo a um custo acessível. Site: <https://www.pichon-riviere.com.br/>

6. Curitiba

- a. Universidade Federal do Paraná (UFPR): Possui o Serviço de Psicologia Aplicada que atende à comunidade. Site: <https://www.ufpr.br/>
- b. Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR): Oferece atendimento à comunidade através de seu Serviço de Atendimento Psicológico. Site: <https://www.pucpr.br/>
- c. Clínica de Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná: Realiza atendimento psicológico à comunidade feito por alunos sob supervisão. Site: <https://www.utp.edu.br/graduacao/psicologia/laboratorios/>

7. Florianópolis

- a. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC): Possui o Serviço de Atendimento Psicológico que atende à comunidade. Site: <https://sap.psi.ufsc.br/>
- b. Clínica Integrada de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL): Oferece serviços de atendimento psicológico à comunidade. Site: <https://www.unisul.br/wps/portal/home/a-unisul/unidades-universitarias/palhoca-unicidade-pedra-branca/laboratorios-e-clinicas/>

- c. Centro de Estudos, Pesquisa e Atendimento Psicológico e Social (CEPAS): Oferece atendimento psicológico a baixo custo para adultos, crianças, adolescentes e idosos.

Site: <http://cepas.org.br/>

8. Recife

- a. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE): Possui o Serviço de Psicologia Aplicada que atende à comunidade. Site: <https://www.ufpe.br/>

- b. Clínica de Psicologia da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP): Oferece serviços de psicologia à comunidade, realizados por estudantes sob supervisão.

Site: <https://www.unicap.br/graduacao/psicologia/>

9. Goiânia

- a. Universidade Federal de Goiás (UFG): Oferece atendimento psicológico à comunidade através do Serviço de Psicologia Aplicada. Site: <https://www.ufg.br/>

- b. Clínica de Psicologia da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO): Oferece atendimentos psicológicos à comunidade, realizados por estudantes sob supervisão.

Site: <https://www.universo.edu.br/clinica-escola/>

10. Belém

- a. Universidade Federal do Pará (UFPA): Possui o Serviço de Psicologia Aplicada que atende à comunidade. Site: <https://www.ufpa.br/>

- b. Clínica de Psicologia da Universidade da Amazônia (UNAMA): Oferece atendimento psicológico à comunidade, realizados por estudantes supervisionados.

Site: <https://www.unama.br/>

11. Fortaleza

- a. Universidade Federal do Ceará (UFC): Oferece atendimento psicológico à comunidade através do Serviço de Psicologia Aplicada. Site: <https://www.ufc.br/>
- b. Clínica de Psicologia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR): Oferece atendimento psicológico à comunidade, realizados por estudantes supervisionados. Site: <https://www.unifor.br/>

12. Salvador

- a. Universidade Federal da Bahia (UFBA): Possui o Serviço de Psicologia Aplicada que atende à comunidade. Site: <https://www.ufba.br/>

Anexo L - Mensagem para os interessados que foram selecionados

Olá,

Aqui é Débora, psicóloga e pesquisadora responsável pelo programa de prevenção à depressão. Tenho o prazer de informar que: Você foi selecionado para participar do Plano de Intervenção Autoguiado para Prevenção do Transtorno Depressivo (PIAP).

Importante: Para a pesquisa, os participantes foram divididos em dois grupos, Grupo Amarelo e Grupo Verde. Você foi designado para o Grupo Verde.

Antes de começar o programa, é essencial que você execute os seguintes passos:

- Responda os questionários abaixo até o dia 20 de agosto:
- Formulário de Dados Gerais: <https://forms.gle/nxinkLxMVw6JVnxp9>
- Escala de Estilo de Vida: <https://forms.gle/wsgMPZxP1gKR41Fg7>
- Questionário sobre a saúde do(a) paciente (PHQ-9):
<https://forms.gle/Qp14v1bHxC6ZSb8y9>

Criação de Login e Senha: A plataforma Wix, pela qual receberá o e-mail para criar seu login, utiliza o idioma inglês. No entanto, não se preocupe, é simples! Quando receber o e-mail da Wix, basta clicar em "CREATE NEW PASSWORD" e você será redirecionado para o site onde poderá definir sua senha de acesso.

Após criar seu login e senha, você terá acesso à área exclusiva destinada ao seu grupo, o Grupo Verde. Lá, você encontrará todos os recursos e o conteúdo do programa.

Caso não tenha encontrado o e-mail, verifique sua caixa de entrada, incluindo a pasta de spam.

Se tiver qualquer dificuldade, não hesite em entrar em contato através deste endereço de e-mail (debora.piap@gmail.com).

Estas informações são cruciais para a pesquisa e sua colaboração é essencial.

Todas as informações fornecidas são tratadas com o mais estrito sigilo e confidencialidade. Os dados coletados serão utilizados somente para fins acadêmicos, sem a divulgação da identidade de qualquer participante.

O primeiro módulo do programa estará disponível a partir do dia 20 de agosto, domingo.

Se tiver alguma dúvida ou precisar de qualquer tipo de assistência durante o processo, estou à disposição através deste e-mail: debora.piap@gmail.com. Nos vemos em breve!

Psicóloga Débora Abensur (06/129988)
Pesquisadora Responsável pelo projeto PIAP

Anexo M - Tabela 2A - Trocas de E-mail Pesquisado e Participantes

Data	Participantes	Conteúdo do e-mail	Respostas			
20/08 /2023	Participante F	Olá, boa tarde, respondi os questionários hoje e criei a senha, estou com uma dúvida, como faço para acessar o módulo? Em qual plataforma entro?	Olá, como está? Conseguiu acessar ao site e o módulo 1? (www.piap.online) Estou aqui para ajudá-la caso precise!			
20/08 /2023	Participante E	boa tarde, este módulo está em que site? se possível poderia mandar o link? obrigada	Atenciosamente Débora Abensur			
24/08 /2023	Participante D	Olá, Débora, boa noite. Espero que esteja bem. Sou Erik Rios e fui selecionado pela sua pesquisa, sendo designado ao Grupo Verde, porém infelizmente não consegui olhar o seu e-mail a tempo de responder os 3 primeiros questionários até o dia 20 de agosto. Eu já os respondi prontamente quando vi o e-mail, mas gostaria de saber se a minha participação na pesquisa será inviabilizada por isso. Desde já, obrigado pela atenção. Participante D	Olá, Participante D, Tudo bem? Aqui é a Débora. Primeiramente, quero agradecer a sua participação na pesquisa. Sei que às vezes a rotina é corrida e podemos perder algumas datas. Fica tranquilo! Estou te escrevendo para dizer que não há problemas com a resposta tardia dos questionários. A sua colaboração é realmente valiosa para o nosso trabalho e todas as suas respostas vão ser consideradas. Qualquer dúvida estou à disposição. Muito obrigada pelo seu envolvimento. Um abraço, Débora	Olá, Débora, boa noite. Tudo bem? Espero que sim. Eu ainda não recebi o link de acesso para poder criar uma conta no sistema e conseguir assistir o material. Peço desculpas pela demora em te contactar, mas tenho um grande desejo de participar da pesquisa ainda. Desde já agradeço, Participante D	Olá, Participante D, Você deve ter recebido outro e-mail agora, talvez esteja na sua caixa de SPAM, de qualquer forma, se você tentar entrar na área dos participantes com "erikgabriel@usp.br" e colocar que esqueceu a senha, você receberá novamente um e-mail para redefinição de senha. Se não conseguir, me avise que podemos conversar e verificar como resolver essa questão. Abraços, Débora +	Consegui!

24/08 /2023	Participante C	<p>Olá, Débora! Bom dia! Tudo bem?!</p> <p>Estou com dificuldades em acessar o programa. Respondi os questionários solicitados, porém não sei como fazer para acessar o conteúdo.</p> <p>Qual é o site para entrarmos?</p> <p>No aguardo.</p> <p>Att.</p>	<p>Olá,</p> <p>Tomei conhecimento de que alguns participantes têm encontrado dificuldades para acessar a área restrita do site.</p> <p>Para auxiliar na resolução desta situação, elaborei um vídeo explicativo detalhando o processo de criação de senha e acesso ao conteúdo exclusivo. Instruções em Vídeo:</p> <p>Endereço do Site: Todo o conteúdo deste e dos próximos módulos está disponível em: www.piap.online</p> <p>Precisa de Ajuda Adicional? Entendo que tecnologia pode ser um desafio às vezes, por isso, estou à disposição para ajudar. Se você enfrentar dificuldades, por favor, não hesite em entrar em contato comigo. Estou aqui para garantir que sua experiência seja a mais suave possível.</p> <p>Agradeço sua paciência e compreensão.</p>			
----------------	----------------	---	--	--	--	--

			<p>Espero que, com essas orientações, você possa desfrutar plenamente dos recursos e conteúdos!</p> <p>Atenciosamente,</p> <p>Psicóloga Débora Abensur (06/129988) Pesquisadora Responsável pelo projeto PIAP</p>			
27/08 /2023	Participante B	<p>Débora, boa noite! Tudo bem?</p> <p>Eu acabei não me atentando ao início do programa e consegui responder os questionários de dados gerais, estilo de vida e saúde apenas agora. Porém eles estavam com data limite até 20 de agosto. Enfim, não sei se isso causa algum prejuízo para o programa, mas eu quis posicioná-la apenas por conta deste atraso. Espero que contribua para o estudo.</p> <p>Desejo uma ótima noite e um ótimo final de semana!</p> <p>Atenciosamente, Participante B</p>	<p>Olá, Participante B,</p> <p>Tudo bem?</p> <p>Aqui é a Débora. Primeiramente, quero agradecer a sua participação na pesquisa. Sei que às vezes a rotina é corrida e podemos perder algumas datas. Fica tranquilo!</p> <p>Estou te escrevendo para dizer que não há problemas com a resposta tardia dos questionários. A sua colaboração é realmente valiosa para o nosso trabalho e todas as suas respostas vão ser consideradas.</p> <p>Qualquer dúvida estou à disposição.</p> <p>Muito obrigada pelo seu envolvimento.</p> <p>Um abraço,</p> <p>Débora</p>	<p>Olá, Débora! Tudo bem, sim!</p> <p>Muito obrigado pelo retorno e parabéns pelo trabalho que está realizando. Nunca fiz nenhum tipo de consulta psicológica então tenho certeza de que este estudo vai me ajudar muito a entender como está minha saúde mental.</p> <p>Grande abraço e ótima semana! Participante B</p>		
18/09 /2023	Participante A	<p>Bom dia,</p> <p>é possível participar ainda?</p>	<p>Olá, sim!</p> <p>No site tem até o quinto módulo já!</p>			

		Grata	<p>Fique à vontade para começar, assistir e realizar as atividades do programa!</p> <p>E qualquer dúvida pode entrar em contato comigo.</p> <p>Uma ótima semana!</p>			
17/10 /2023	Participante X	<p>Prezada Débora,</p> <p>Infelizmente terei que abandonar a pesquisa. Com o que aconteceu em Israel na última semana, não consigo mais focar em nada.</p> <p>Muito obrigada e desculpas,</p> <p>Participante X</p>	<p>Não precisa de desculpar de forma alguma, eu não consigo nem imaginar pelo que você está passando. Independente da pesquisa e da nossa relação, quero que saiba que você pode contar comigo para o que precisar.</p> <p>Conseguo imaginar o quão difícil está de fazer qualquer coisa neste momento, ao mesmo tempo, tente cuidar de você!</p> <p>Abraços e espero que tudo isso passe o quanto antes.</p>			