

Intervenções digitais baseadas na terapia cognitivo-comportamental transdiagnóstica para ansiedade e depressão: uma revisão sistemática

Digital Interventions Based on Transdiagnostic Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression: A Systematic Review

Intervenciones digitales basadas en la Terapia Cognitivo-Conductual transdiagnóstica para la ansiedad y la depresión: Una Revisión Sistemática

Carolina Possato Braga Barros¹, Gabriel Talask², Carlos Augusto Silva Cardoso Diogo², Marcele Regine Carvalho¹

¹ Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia – IP – Rio de Janeiro – RJ – Brasil.

² Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB) – Rio de Janeiro – RJ – Brasil.

RESUMO

Sintomas de depressão e ansiedade frequentemente coexistem, impulsionando o desenvolvimento de tratamentos transdiagnósticos. A terapia cognitivo-comportamental por meio de intervenções digitais (iTCC) emerge como uma alternativa de baixa intensidade para reduzir custos e ampliar o acesso ao tratamento. Esta revisão sistemática analisou 16 estudos publicados até outubro de 2024, abrangendo 5.631 participantes de diversos países. Os achados indicam que a iTCC apresenta eficácia promissora, com efeitos moderados a grandes na comparação pré e pós-tratamento, mantendo-se nos acompanhamentos. No entanto, a adesão ainda representa um desafio, com altas taxas de abandono precoce. Estratégias para aumentar o engajamento têm sido exploradas, mas seus impactos ainda não são totalmente compreendidos. A análise do risco de viés apontou preocupações, especialmente quanto a dados faltantes e à mensuração dos desfechos. Apesar dos resultados promissores, são necessárias mais pesquisas, especialmente sobre possíveis efeitos adversos e sobre adaptação transcultural.

Palavras-chave: Intervenção Baseada em Internet. Depressão. Ansiedade.

ABSTRACT

Symptoms of depression and anxiety often coexist, driving the development of transdiagnostic treatments. Internet-based Cognitive Behavioral Therapy (iCBT) emerges as a low-intensity alternative to reduce costs and expand treatment access. This systematic review analyzed 16 studies published up to October 2024, encompassing 5,631 participants from various countries. Findings indicate that iCBT shows promising efficacy, with moderate to large effects in pre- and post-treatment comparisons, maintaining improvements over follow-ups. However, adherence remains a challenge, with high dropout rates. Strategies to enhance engagement have been explored, but their impacts are not yet fully understood. The risk of bias analysis highlighted concerns, particularly regarding missing data and outcome measurement. Despite promising results, further research is needed, especially on potential adverse effects and cross-cultural adaptation.

Keywords: Internet-Based Intervention. Depression. Anxiety.

Correspondência:

Carolina Possato Braga Barros

E-mail: carolbraga_ime@yahoo.com.br | carolina.cpb@pf.gov.br



RESUMEN

Los síntomas de depresión y ansiedad frecuentemente coexisten, impulsando el desarrollo de tratamientos transdiagnósticos. La Terapia Cognitivo-Conductual a través de intervenciones digitales (iTCC) surge como una alternativa de baja intensidad para reducir costos y ampliar el acceso al tratamiento. Esta revisión sistemática analizó 16 estudios publicados hasta octubre de 2024, abarcando 5,631 participantes de diversos países. Los hallazgos indican que la iTCC presenta una eficacia prometedora, con efectos moderados a grandes en la comparación pre y post-tratamiento, manteniéndose en los seguimientos. Sin embargo, la adherencia sigue siendo un desafío, con altas tasas de abandono temprano. Se han explorado estrategias para aumentar el compromiso, pero sus impactos aún no se comprenden completamente. El análisis del riesgo de sesgo señaló preocupaciones, especialmente en relación con la falta de datos y la medición de los resultados. A pesar de los resultados prometedores, se necesitan más investigaciones, especialmente sobre posibles efectos adversos y la adaptación transcultural.

Palabras clave: Intervención basada en la Internet. Depresión. Ansiedad.

Destaques de impacto clínico

- A terapia cognitivo-comportamental transdiagnóstica por meio de intervenções digitais (iTCC) representa uma solução promissora para reduzir a lacuna de tratamento em saúde mental, especialmente em países com recursos limitados.
- Esta revisão sistemática demonstrou eficácia de moderada a grande da iTCC para ansiedade e depressão, com manutenção dos ganhos terapêuticos.
- Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento e adaptações transculturais permanecem como desafios prioritários para implementação clínica efetiva.

Embora os transtornos mentais sejam uma causa significativa de incapacidade, apenas uma minoria das pessoas recebe tratamento, especialmente em países de baixa renda *per capita*, onde a lacuna de tratamento chega a 86,3% (Côté-Allard *et al.*, 2023; Domhardt *et al.*, 2019; Păsărelu *et al.*, 2017; Titov *et al.*, 2011). Essa discrepância foi denominada de “*treatment gap*” (Evans-Lacko *et al.*, 2018). Segundo Benjet *et al.* (2023), intervenções escaláveis são necessárias, por exemplo, para estudantes de baixa e média rendas da América Latina, onde as barreiras para o tratamento podem ser altas (Benjet *et al.*, 2023).

Os transtornos mentais apresentam alta taxa de comorbidade (McGrath *et al.*, 2020; Steffen *et al.*, 2020), impulsionando o desenvolvimento de programas terapêuticos transdiagnósticos que abordem elementos comuns a diferentes condições (Batterham *et al.*, 2021). Terapias digitais, como a terapia cognitivo-comportamental aplicada por meio de intervenções digitais (iTCC), oferecem vantagens como flexibilidade, baixo custo e acessibilidade, demonstrando resultados promissores em diferentes culturas e grupos demográficos (Fleming *et al.*, 2019). Consistem em programas desenvolvidos em plataformas seguras, que podem funcionar em *sites*, aplicativos de celular ou como assistentes virtuais, acessadas pela internet, em estrutura e duração análoga às terapias convencionais. Esses programas contam com um mínimo de interação direta com terapeutas, a qual, na maior parte das vezes, é realizada por escrito e sem contato em tempo real entre terapeuta e cliente (Andersson *et al.*, 2019).

No caso da iTCC, a base teórica do tratamento proposto se ancora nas premissas da TCC de que cognições como crenças e pressupostos sobre si, sobre o futuro e sobre o mundo contribuem para a manutenção de desequilíbrio emocional e problemas comportamentais (Hofmann *et al.*, 2012). Conforme a definição proposta por Shafran *et al.* (2021), quando não contam com o apoio de terapeutas face a face (seja presencialmente ou em chamada de vídeo) e os contatos realizados empregam no máximo 30 minutos do profissional treinado, essas intervenções se classificam como de baixa intensidade (Shafran *et al.*, 2021). Elas têm o potencial de reduzir as barreiras de custo e ampliar o acesso ao tratamento, especialmente em áreas com escassez de profissionais da saúde mental (Domhardt *et al.*, 2019; Hadjistavropoulos *et al.*, 2022), apresentando-se como uma possível solução de apoio ao “*treatment gap*” (Andersson *et al.*, 2019; Benjet *et al.*, 2023).

A maioria dos estudos vem demonstrando a eficácia da iTCC para transtornos específicos isolados (Schaeuffele *et al.*, 2022), não levando em consideração a presença de comorbidades, as quais demandariam uma abordagem transdiagnóstica. As pesquisas iniciais demonstram que os tratamentos transdiagnósticos aplicados por meio de intervenções digitais vêm se mostrando eficazes para o tratamento de ansiedade e de depressão, contudo, seu potencial ainda não está totalmente compreendido (Andersson *et al.*, 2019; Batterham *et al.*, 2021). Além disso, a adesão ao tratamento por meio das intervenções digitais e as taxas de

abandono precoce desse tipo de programa ainda são desafios a serem pesquisados (Fleming *et al.*, 2019; Titov *et al.*, 2013). Os resultados dos estudos parecem indicar que a integração de suporte humano aumenta a adesão, mas também os custos e a demanda por recursos humanos treinados (Hadjistavropoulos *et al.*, 2017; Schueller *et al.*, 2017).

Nesse contexto, uma revisão sistemática foi realizada para avaliar a eficácia dos ensaios clínicos que utilizaram a abordagem transdiagnóstica por meio de iTCC no tratamento de ansiedade e de depressão, bem como para entender em que medida os participantes aderem a esse tipo de tratamento.

MÉTODO

O presente trabalho seguiu as recomendações do Prisma Statement (Galvão *et al.*, 2015) sobre a inclusão de artigos para revisão sistemática. Os critérios de inclusão foram os seguintes: a) estudos clínicos randomizados; b) amostra com adultos (> 18 anos); c) tratamento transdiagnóstico para transtornos de ansiedade e/ou depressão; d) base em TCC de baixa intensidade; e e) tratamento por meio de internet ou com auxílio de aplicativos. Foram excluídos: a) artigos que tratavam de ansiedade e depressão como decorrência de doenças primárias; b) pesquisas realizadas com amostra não clínica; e c) literatura cinza.

As buscas foram realizadas nas bases de dados PubMed, SCOPUS, PsycInfo e Web Of Science, em outubro de 2024, sendo utilizados os seguintes descritores: (“online cbt” OR “internet-based cbt” OR “internet-based cognitive behavioral therapy” OR “online cognitive behavioral therapy” OR “icbt”) AND (“rct” OR “randomized controlled trial”) AND (“transdiagnostic” OR “emotional disorders”) AND (“depression” OR “depressive” OR “anxiety”). A primeira seleção excluiu os artigos duplicados. Os títulos e os resumos encontrados foram inicialmente examinados a fim de identificar quais estudos seriam lidos na íntegra. Os que satisfizeram os critérios de seleção foram lidos na íntegra para extração dos resultados de interesse da pesquisa. As buscas e a seleção foram realizadas por três revisores, que discutiram possíveis discrepâncias. A falta de acordo foi resolvida com a consulta a um especialista. Os dados extraídos foram inseridos em uma planilha Excel, incluindo nome dos autores, ano de publicação, tamanho da amostra, faixa etária dos participantes, tipo de controle, duração do tratamento, período de avaliação de retorno (*follow-up*), tipo e duração de suporte terapêutico, escalas utilizadas para avaliar os resultados e experiência dos terapeutas que forneceram suporte à intervenção digital.

O risco de viés de cada estudo foi avaliado utilizando-se a ferramenta revisada da Cochrane para avaliar o risco de viés em ensaios randomizados (RoB2) (Sterne *et al.*, 2019). A avaliação dos resultados dos estudos se baseia em cinco domínios: i) processo de randomização; ii) desvios das intervenções pretendidas; iii) dados faltantes de desfecho; iv)

mensuração do desfecho; e v) seleção do resultado relatado. O risco de viés pode ser avaliado como “baixo risco”, “algumas preocupações” e “alto risco”. O risco geral (*overall*) de cada estudo sempre será representado pelo maior risco entre os domínios avaliados daquele estudo.

RESULTADOS

Como resultado da pesquisa bibliográfica, foram encontradas 169 publicações nas buscas realizadas nas bases de dados com os descritores escolhidos, além de três estudos citados nas demais pesquisas que atenderam aos critérios de seleção. Após a remoção de 88 duplicatas, 84 artigos foram analisados por meio do título e 27 foram selecionados para a leitura dos resumos, quando foram excluídos aqueles que não eram estudos clínicos controlados randomizados.

Dos 23 artigos selecionados para a leitura integral, três foram excluídos por apresentarem resultados de transtornos específicos que não puderam ser isolados dos resultados de ansiedade e depressão, um por tratar de abordagem diferente da TCC transdiagnóstica, um por avaliar resultados de fatores isolados (e não diretamente os resultados de ansiedade e depressão), um por incluir jovens com menos de 18 anos e um por ainda não ter a versão completa disponível em publicação integral. O fluxograma apresentado na Figura 1 descreve o processo de seleção dos artigos.

Os dados estão resumidos na Tabela 1. Os 16 estudos analisados incluíram 5.631 participantes de Austrália, Canadá, Holanda e Suíça. Além de avaliar a eficácia da iTCC para ansiedade e depressão, os estudos também se concentraram em mudanças na metodologia e suas implicações nos resultados do tratamento. Os principais achados foram as melhorias na ansiedade e na depressão após o tratamento, comparadas aos grupos-controle. Além disso, foram considerados resultados secundários como adesão ao tratamento e satisfação dos pacientes após a conclusão dos módulos, aspectos relevantes para avaliar a eficácia do tratamento.

RESULTADOS PRIMÁRIOS

A pesquisa de Batterham *et al.* (2021) utilizou o programa *FitMindKit*, que consistia em 12 módulos de seis minutos de duração por quatro semanas. O programa envolvia psicoeducação, reestruturação cognitiva, resolução de problemas, *mindfulness*, exposição, gestão de relacionamento, higiene do sono, educação sobre alimentação e práticas de exercício. Ao final de cada módulo, os participantes recebiam uma tarefa para aplicação. Os indivíduos no grupo-controle de atenção receberam um programa de saúde *on-line* chamado *HealthWatch*, composto por 12 módulos relacionados à saúde geral, em vez de saúde mental. Os módulos envolviam texto com informações sobre vírus, saúde do coração, saúde óssea, higiene alimentar, exposição ao sol, suplementos dietéticos, saúde dos rins, queimaduras domésticas, alérgenos, saúde do pâncreas e postura.

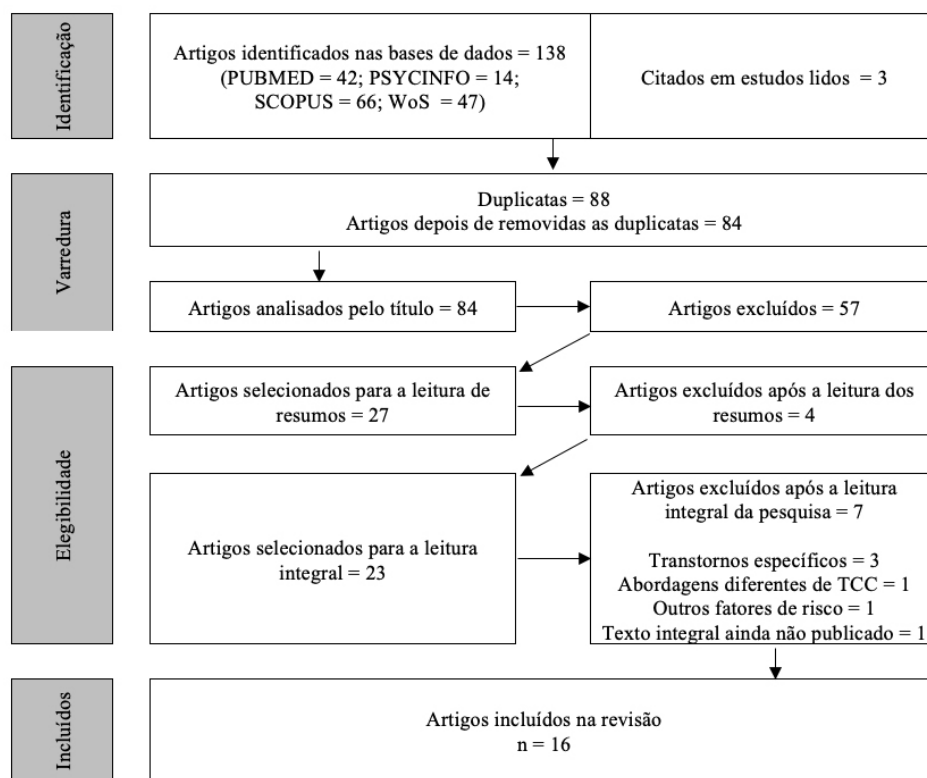


Figura 1. Fluxograma de seleção de estudos via bases de dados.

O estudo mostrou diferença estatisticamente significativa nos resultados do Patient Health Questionnaire (PHQ-9) pré e pós-tratamento, enquanto os resultados da Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) não foram significativamente diferentes em comparação com o grupo-controle. A amostra foi grande (1.986 pacientes) e teve baixa adesão, possivelmente afetando os resultados.

Berger *et al.* (2017) investigaram se um programa transdiagnóstico de iTCC autoguiado (*Velibra*) é eficaz em ambientes de cuidado primário. O programa foi dividido em seis módulos que envolviam psicoeducação, identificação de distorções cognitivas, reestruturação cognitiva, práticas de relaxamento, *mindfulness*, exposição e fortalecimento de vínculos sociais. O conteúdo era apresentado por meio de textos breves, ilustrações, gravações de áudio, documentos para *download* (resumos e folhas de exercícios) e mensagens de texto automatizadas enviadas diariamente. O grupo de intervenção participava do *Velibra* após o atendimento de cuidado primário, enquanto o grupo-controle recebia apenas o atendimento de cuidado primário. Quando comparado ao controle, o grupo de intervenção apresentou diferença estatisticamente significativa em relação à redução dos sintomas de depressão (Beck Depression Inventory [BDI-II]: $d = 0,61$ IC 95% [0,27, 0,74]; Beck Anxiety Inventory [BAI]: $d = 0,41$, IC 95% [0,07, 0,95]; Depression Anxiety and Stress Scale-21 [DASS-21]: $d = 0,47$, IC 95% [0,13, 0,81]).

Dear *et al.* (2018) avaliaram a eficácia do *Mood Mechanic Course* comparando um grupo que recebia suporte clínico e um grupo que não recebia suporte. Ao longo das cinco semanas de duração do programa, os participantes receberam quatro lições que consistiam em: psicoeducação, formulação do problema, monitoramento de pensamento, reestruturação cognitiva, relaxamento e exposição gradual. O programa incluía materiais didáticos (*slides* e texto) e exemplos de casos. Participantes do grupo com suporte clínico recebiam contato semanal, com duração de até 15 minutos, em que os clínicos eram instruídos a responder às perguntas, resumir o conteúdo, incentivar a prática das habilidades, resolver dificuldades na aplicação das habilidades e reforçar o progresso. Tanto o grupo com suporte clínico (PHQ-9: $d = 1,58$ IC 95% [1,19, 1,84]; GAD-7: $d = 1,41$, IC 95% [1,09, 1,72]) quanto o grupo sem suporte clínico (PHQ-9: $d = 1,28$ IC 95% [0,96, 1,58]; GAD-7: $d = 1,65$, IC 95% [1,31, 1,97]) apresentaram diferença estatisticamente significativa na redução dos sintomas de depressão e de ansiedade, mas não houve diferença entre os grupos.

Hadjistavropoulos *et al.* (2017) avaliaram a eficácia do programa *Wellbeing Course* (WBC), aplicado por oito semanas e acessado em um *website*, que envolvia: psicoeducação, reestruturação cognitiva, resolução de problemas, ativação comportamental e exposição gradual. O programa incluía materiais didáticos (*slides* e texto) e exemplos de casos.

Tabela 1. Detalhes dos estudos revisados.

Estudo	Amostra	Objetivos	Média de idade (faixa etária)	Tipo de grupo-controle	Duração	Follow-up	Duração do suporte terapêutico	Adesão	Escalas dos resultados primários	Experiência do terapeuta
(Batterham et al., 2021)	1986	Eficácia de iTCC para ansiedade e depressão	(18-66)	Programa de saúde geral	12M/4S	-	Sem suporte	7,1%	PHQ-9, GAD-7	Não se aplica
(Berger et al., 2017)	139	Eficácia de iTCC autoguiada para ansiedade	42	Tratamento usual	6M/9S	6 meses	Sem suporte	81%	DASS-21, BAI, BDI-II,	Não se aplica
(Dear et al., 2018)	191	Eficácia de iTCC para ansiedade e depressão com e sem suporte terapêutico	21,46 (18-24)	(a) iTCC autoguiada; (b) iTCC com suporte terapêutico	4M/5S	3 e 12 meses	(a) Sem suporte; (b) 15 min/semana	61%-67%	PHQ-9, GAD-7	Psicólogos especialistas
(Hadjistavropoulos et al., 2017)	174	Eficácia de iTCC para ansiedade e depressão com acompanhamento semanal opcional ou garantido, por terapeuta	38,19 (20-68)	(a) Suporte terapêutico opcional; (b) Suporte garantido	5M/8S	3 meses	15-20 min/semana	56,6%-84,4%	PHQ-9, GAD-7,	Psicólogos especialistas e alunos de graduação sob supervisão
(Hadjistavropoulos et al., 2020a)	632	Eficácia de iTCC para ansiedade e depressão com (a) presença ou não de questionários como tarefa de casa; (b) apoio do profissional em 1 ou 2 dias na semana; e (c) Terapeuta especialista em iTCC ou terapeuta da comunidade	37,23 (18-88)	(a) Presença ou não de questionários como tarefa de casa; (b) Apoio do profissional em 1 ou 2 dias na semana; e (c) Terapeuta especialista em iTCC ou terapeuta da comunidade	5M/8S	8, 12 e 24 semanas	Contato por e-mail semanal ou 2 vezes na semana	73,7%	PHQ-9, GAD-7	(a) Psicólogos especialistas em iTCC; (b) Sem experiência em iTCC

continua...

Estudo	Amostra	Objetivos	Média de idade (faixa etária)	Tipo de grupo-controle	Duração	Follow-up	Duração do suporte terapêutico	Adesão	Escalas dos resultados primários	Experiência do terapeuta
(Hadjistavropoulos et al., 2020b)	675	Eficácia da iTCC para ansiedade e depressão com apoio de terapeuta 1 ou 2 vezes por semana	36,92 (18-84)	(a) Terapeutas especialistas com ou sem experiência em iTCC; (b) Suporte com ou sem resposta por e-mail	5M/8S	12, 24 e 52 semanas	15 min/semana contato por e-mail	69%-73%	PHQ-9, GAD-7	(a) Especialistas em iTCC; (b) Sem experiência em iTCC
(Karyotaki et al., 2022)	100	Eficácia de iTCC para tratamento de ansiedade e depressão em estudantes de graduação	21,91	Tratamento usual	7S + 1S extra	7S, 6 e 12 meses	Suporte assíncrono – menos de 30 min/semana	54,2%	PHQ9, GAD-7	Psicólogos (mestrandos) treinados
(Kladnitski et al., 2020)	158	Eficácia de iTCC para ansiedade e depressão com ou sem adição de <i>mindfulness</i>	39,2 (19-71)	Tratamento usual	6M/14S	3 meses	Sem suporte	67%-65%	PHQ-9, GAD-7	Não se aplica
(Mullin et al., 2015)	55	Eficácia de iTCC para ansiedade e depressão em estudantes de graduação	28,6 (19-55)	Lista de espera	3M/6S 6M/6S 5M/5S	3 meses	Mensagem /e-mail semanal (5-10 min)	43%	PHQ-9, GAD-7, K10, SDS	Psicólogos (doutorandos)
(Newby et al., 2015)	99	Eficácia de iTCC para tratamento de ansiedade e depressão	44,3	Lista de espera	6M/10S	3 meses	23,37 min	89%	PHQ-9, GAD-7, BDI-II	Não se aplica
(Robichaud et al., 2020)	63	Eficácia de programa de iTCC traduzido para francês no tratamento de ansiedade e depressão	35,19 (19-58)	Lista de espera	5M/8S	3 meses	5 a 10 min/semana	50%	PHQ-9, GAD-7	Psicólogos especialistas

continua...

...continuação

Estudo	Amostra	Objetivos	Média de idade (faixa etária)	Tipo de grupo-controle	Duração	Follow-up	Duração do suporte terapêutico	Adesão	Escala dos resultados primários	Experiência do terapeuta
(Soucy et al., 2021)	480	Eficácia de iTCC para ansiedade e depressão com ou sem entrevista motivacional <i>on-line</i>	37,67 (18-76)	iTCC com e sem entrevista motivacional no pré-tratamento	5M/8S	13 e 25 semanas	Contato por e-mail	68%-65%	PHQ-9, GAD-7	Psicólogos especialistas
(Titov et al., 2010)	86	Eficácia de iTCC para ansiedade	39,5 (20-45)	Lista de espera	6M/8S	3 meses	46 min	75%	PHQ-9, GAD-7, SPSQ, PDSS-SR, PSWQ	Psicólogos especialistas
(Titov et al., 2011)	77	Eficácia de iTCC para ansiedade e depressão	43,9 (18-74)	Lista de espera	8M/10S	3 meses	84,76 min	81%	PHQ-9, GAD-7, PSWQ, PDSS-SR	Psicólogos especialistas
(Titov et al., 2013)	257	Eficácia de iTCC para ansiedade e depressão com ou sem envio de e-mails automatizados	41,30 (18-59)	Lista de espera	8S	3 meses	Sem suporte	35,8%-58%	PHQ-9, GAD-7	Não se aplica
(Titov et al., 2016)	459	Eficácia de iTCC autoguiada ou com suporte terapêutico para adultos com mais de 60 anos	66 (60-93)	(a) Apoio de terapeuta + entrevista; (b) Apoio de terapeuta; (c) Autoguiada	5M/8S	3 meses	Contato telefônico 10/20 min/semana	95%	PHQ-9, GAD-7	Psicólogos especialistas

Nota: BAI – Beck Anxiety Inventory; BDI-II – Beck Depression Inventory; DASS-21 – Depression Anxiety and Stress Scale-21; GAD-7 – Generalized Anxiety Disorder (7-item); M – Módulo(s); PDSS-SR – Panic Disorder Severity Scale – Self Rating; PHQ-9 – Patient Health Questionnaire (9-item); PSWQ – Penn State Worry Questionnaire; S – Semana(s); SDS – Sheham Disability Scales; SPSQ – Social Phobia Screening Questionnaire; iTCC – Terapia cognitivo-comportamental aplicada por meio de intervenções digitais.

Os participantes foram divididos em dois grupos, que se diferenciavam pela quantidade de suporte clínico oferecido: i) suporte padrão, em que os terapeutas entravam em contato semanalmente com o participante; e ii) suporte opcional, em que os terapeutas entravam em contato caso solicitado pelo participante. Os profissionais dedicavam 20 minutos por semana no contato com os participantes e foram instruídos a demonstrar acolhimento, perguntar sobre a compreensão do material, fornecer *feedback*, reforçar o progresso e a prática das habilidades, lidar com quaisquer riscos e esclarecer e relembrar as instruções do programa. Tanto o grupo com suporte clínico padrão (PHQ-9: $d = 0,87$ IC 95% [0,57, 1,17]; GAD-7: $d = 1,30$, IC 95% [0,98, 1,62]) quanto o grupo com suporte clínico opcional (PHQ-9: $d = 0,68$ IC 95% [0,37, 0,99]; GAD-7: $d = 1,25$, IC 95% [0,92, 1,59]) apresentaram uma diferença estatisticamente significativa na redução dos sintomas de depressão e de ansiedade, mas não houve diferença entre os grupos.

Hadjistavropoulos et al. (2020a) conduziram um ensaio clínico randomizado fatorial (2x2x2). Os grupos participaram do WBC e as tarefas envolviam preencher questionários de reflexão sobre tarefas de casa ou não (fator 1), receber suporte terapêutico uma ou duas vezes por semana (fator 2) e receber esse suporte de terapeutas de uma clínica de iTCC ou de uma clínica comunitária de saúde mental (fator 3). Todos apresentaram redução dos sintomas de depressão e de ansiedade entre o pré e o pós-tratamento, mas não foram observadas diferenças estatisticamente significativas nos resultados entre os grupos.

De forma semelhante, o estudo de Hadjistavropoulos et al. (2020b) também utilizou o WBC e comparou os benefícios entre: i) suporte oferecido por terapeutas especialistas em uma clínica de iTCC uma vez por semana; ii) suporte oferecido por especialistas uma vez por semana, além de resposta a todos os *e-mails* dos pacientes dentro de um dia útil; e iii) suporte oferecido por terapeutas de uma clínica comunitária. Todos os grupos apresentaram redução dos sintomas de ansiedade e de depressão nos resultados de pré e pós-tratamento, o que se manteve no *follow-up*. Não houve diferença estatisticamente significativa entre eles, com exceção do *follow-up* de 52 semanas, em que houve diferença em relação ao PHQ-9 entre o grupo com suporte de especialistas e resposta em até um dia útil e o grupo com suporte de terapeutas da clínica comunitária ($d = 0,21$, IC 95% = [0,02, 0,40]).

No estudo de Karyotaki et al. (2022), o programa *ICare Prevent* consistia em sete lições *on-line*, semanais, que envolviam: introdução, identificação de problemas e ativação comportamental, psicoeducação, reestruturação cognitiva, resolução de problemas ou exposição na vida diária e planejamento para o futuro. Cada sessão era autoguiada, com duração de 45 a 60 minutos. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Kladnitski et al. (2020) avaliaram três grupos de intervenção: i) WBC; ii) WBC com práticas de *mindfulness*;

e iii) programa de *mindfulness on-line*. Todos apresentaram diferenças estatisticamente significativas na redução dos sintomas de depressão (WBC: $g = 0,89$, IC 95% [0,37, 1,40]; WBC com *mindfulness*: $g = 1,53$, IC 95% [0,97, 2,09]; *Mindfulness*: $g = 0,90$, IC 95% [0,37, 1,43]) e ansiedade (WBC: $g = 1,32$, IC 95% [0,78, 1,86]; WBC com *mindfulness*: $g = 1,40$, IC 95% [0,85, 1,95]; *Mindfulness*: $g = 1,14$, IC 95% [0,60, 1,69]). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos de intervenção. Além disso, todos foram superiores ao grupo-controle de tratamento usual.

Mullin et al. (2015) e Karyotaki et al. (2022) investigaram o uso da iTCC para ansiedade e depressão em universitários. No estudo de Mullin et al. (2015), o WBC foi adaptado para o contexto do ensino superior, com imagens e exemplos de caso modificados. Foi verificada diferença estatisticamente significativa nos resultados de pré e pós-tratamento para ansiedade e depressão, mantidas no *follow-up*, apenas no grupo de tratamento (PHQ-9: $d = 0,81$ IC 95% [0,27, 1,32]; GAD-7: $d = 0,66$, IC 95% [0,13, 1,17]), porém, não houve diferença estatisticamente significativa em relação à depressão entre o grupo de tratamento e controle. Em relação a uma parcela clínica da amostra (com alta pontuação no PHQ-9 e na GAD-7), observou-se maior tamanho de efeito (PHQ-9 ≥ 10 : $d = 1,33$ IC 95% [0,062, 1,99]; GAD-7 ≥ 8 : $d = 1,59$, IC 95% [0,81, 2,30]).

Newby et al. (2015) avaliaram a eficácia do *Worry and Sadness Program* para participantes com transtorno depressivo maior (TDM) e/ou transtorno de ansiedade generalizada (TAG). O programa consistia em seis aulas com 10 semanas de duração, cujo conteúdo era apresentado por meio da história de dois personagens que experienciavam depressão e ansiedade, envolvendo psicoeducação, exercícios de respiração, monitoramento de pensamentos, reestruturação cognitiva, exposição gradual, solução de problemas e prevenção de recaída. Quando comparado ao controle, o grupo de intervenção apresentou diferença estatisticamente significativa em relação à redução dos sintomas de depressão (PHQ-9: $g = 1,00$ IC 95% [0,59, 0,40]; BDI-II: $g = 1,13$, IC 95% [0,72, 1,53]; GAD-7: $g = 1,40$, IC 95% [0,99, 1,80]).

Robichaud et al. (2020) também utilizaram o programa WBC, dessa vez, traduzido para o francês. Quando comparado ao controle, o grupo de intervenção apresentou diferença estatisticamente significativa na redução dos sintomas de depressão (PHQ-9: $d = 0,34$) e de ansiedade (GAD-7: $d = 0,37$).

Soucy et al. (2021) avaliaram a eficácia do WBC com e sem entrevista motivacional antes do início do programa. Participantes do grupo com entrevista motivacional receberam acesso a exercícios interativos envolvendo: clareza de valores, régua de importância, reflexão sobre o passado, régua de confiança e projeção para o futuro. Tanto o grupo com entrevista motivacional (PHQ-9: $g = 0,81$ IC 95% [0,7, 0,9]; GAD-7: $g = 1,08$, IC 95% [1,0, 1,2]) quanto o grupo sem entrevista motivacional (PHQ-9: $g = 0,92$ IC 95% [0,8, 1,0]; GAD-7: $g = 1,18$, IC 95% [1,1, 1,3]) apresentaram diferenças estatisticamente significativas

nos resultados pré-intervenção e *follow-up*. No entanto, não houve diferença estatisticamente significativa entre eles.

Titov et al. (2010) investigaram a eficácia de um programa de iTCC transdiagnóstico (*Anxiety Program*) em indivíduos que atendiam aos critérios diagnósticos para TAG, transtorno do pânico e/ou fobia social. O programa consistia em seis aulas *on-line*, um resumo/tarefa de casa para cada aula e um fórum de discussão *on-line* para cada aula, incluindo conteúdos sobre psicoeducação, estilo de vida, princípios básicos da terapia cognitiva, exposição gradual, habilidades de comunicação e assertividade e prevenção de recaídas. Parte do conteúdo era apresentado na forma de histórias ilustradas sobre pessoas com TAG, pânico ou fobia social, que, com a ajuda de um psicólogo clínico, passavam a manejar seus sintomas. O grupo de intervenção obteve escores pós-tratamento significativamente mais baixos do que o grupo-controle de lista de espera nas medidas PHQ-9, GAD-7, Social Phobia Screening Questionnaire (SPSQ) e Panic Disorder Severity Scale – Self Rating (PDSS-SR). No entanto, não houve diferença na medida Penn State Worry Questionnaire (PSWQ).

Titov et al. (2011) examinaram a eficácia do WBC em indivíduos que atendiam aos critérios diagnósticos para TDM, TAG, transtorno do pânico e/ou fobia social. Apesar de os autores afirmarem que o grupo de intervenção apresentou escores pós-tratamento significativamente mais baixos do que o grupo-controle de lista de espera, nas medidas PHQ-9, GAD-7, PSWQ e PDSS-SR, os dados com o intervalo de confiança indicaram o contrário (PHQ-9: $d = 0,58$, IC 95% [-1,06, 2,51]; GAD-7: $d = 0,52$, IC 95% [-0,96, 2,15]; PDSS-SR: $d = -0,03$, IC 95% [-1,70, 2,33]; PWSQ: $d = 0,47$, IC 95% [-2,80, 4,27]).

No estudo de Titov et al. (2013), os participantes também tiveram acesso ao programa WBC. Os indivíduos que receberam a intervenção foram divididos em dois grupos: i) os que tinham acesso ao programa; e ii) aqueles que, além do acesso, recebiam semanalmente *e-mails* automatizados relembrando sobre as atividades, reforçando o progresso e validando as possíveis dificuldades. Comparado ao controle, ambos os grupos de intervenção, com *e-mail* (PHQ-9: $d = 0,68$, IC 95% [0,33, 1,03]; GAD-7: $d = 0,58$, IC 95% [0,23, 0,92]) e sem *e-mails* automatizados (PHQ-9: $d = 0,55$, IC 95% [0,21, 0,89]; GAD-7: $d = 0,38$, IC 95% [0,04, 0,72]), apresentaram redução nos sintomas de depressão e de ansiedade. Não houve diferença entre os grupos de intervenção. No entanto, ao realizarem uma análise apenas com os participantes que apresentaram comorbidade, ambos os grupos de intervenção também apresentaram redução nos sintomas de depressão e de ansiedade. Contudo, dessa vez, houve diferença entre o grupo que recebia *e-mails* e o grupo que não recebia mensagens (PHQ-9: $d = 0,56$, IC 95% [0,14, 0,96]; GAD-7: $d = 0,65$, IC 95% [0,22, 1,06]).

Titov et al. (2016) examinaram a eficácia do WBC em idosos acima de 60 anos. Os grupos envolviam: i) entrevista

inicial e suporte terapêutico; ii) entrevista inicial sem suporte terapêutico; e iii) sem entrevista inicial e sem suporte terapêutico. A entrevista inicial consistia em uma ligação de 20 minutos a fim de discutir os objetivos do tratamento, instaurar esperança, enfatizar a importância da prática consistente e tirar dúvidas. O suporte terapêutico consistia em um contato por telefone ou por um sistema de *e-mail* seguro, de até 15 minutos, para responder às perguntas dos participantes, resumir o conteúdo, incentivar a prática das habilidades, ajudar na resolução de dificuldades na aplicação das habilidades e reforçar o progresso. Houve diferença estatisticamente significativas na redução dos sintomas de ansiedade e de depressão pré e pós-tratamento nos três grupos: i) entrevista com suporte (PHQ-9: $d = 1,45$, IC 95% [1,20, 1,70]; GAD-7: $d = 1,33$, IC 95% [1,08, 1,57]); ii) entrevista sem suporte (PHQ-9: $d = 1,44$, IC 95% [1,17, 1,70]; GAD-7: $d = 1,36$, IC 95% [1,09, 1,61]); e iii) sem entrevista e sem suporte (PHQ-9: $d = 1,30$, IC 95% [1,04, 1,56]; GAD-7: $d = 1,29$, IC 95% [1,03, 1,54]). No entanto, não houve diferença entre eles.

ADESÃO E SATISFAÇÃO

A intervenção de iTCC utilizando o WBC ou sua versão para universitários (UWBC) foi examinada em várias pesquisas (Hadjistavropoulos et al., 2017, 2020a, 2020b; Mullin et al., 2015; Robichaud et al., 2020; Soucy et al., 2021; Titov et al., 2010, 2011, 2013, 2016). Os estudos utilizaram a mesma base de tratamento, com alterações controladas em variáveis como o número de módulos e a presença de suporte terapêutico. As mudanças no programa não afetaram significativamente sua eficácia, embora tenham influenciado a adesão ao tratamento. A duração e a intensidade do suporte terapêutico não mostraram diferenças significativas na adesão ao tratamento em vários estudos (Hadjistavropoulos et al., 2020a, 2020b; Hadjistavropoulos, 2017; Mullin et al., 2015). No entanto, a adição de uma entrevista inicial pareceu aumentar a adesão (Titov et al., 2016).

Outras intervenções de iTCC também foram estudadas, com resultados variados em relação à adesão. Programas como o *Velibra* (Berger et al., 2017) e o *Worry and Sadness Program* (Newby et al., 2015) alcançaram altas taxas de adesão, enquanto o *iCare Prevent* (Karyotaki et al., 2022) e *FitMindKit* (Batterham et al., 2021) tiveram adesão de média a baixa.

A satisfação dos participantes com os diferentes programas foi geralmente alta, independentemente das variações nas intervenções (Berger et al., 2017; Karyotaki et al., 2022; Kladnitski et al., 2020; Newby et al., 2015; Titov et al., 2010, 2011, 2013, 2016).

RISCO DE VIÉS

As Figuras 2 e 3 foram geradas pela ferramenta *robvis* (McGuinness & Higgins, 2021) e apresentam uma representação gráfica do risco de viés dos estudos incluídos.

Domínio 1: processo de randomização

Com exceção de Hadjistavropoulos *et al.* (2017), todos os estudos descreveram métodos de geração de sequência aleatória por programas de computador. Nenhum deles apresentou diferenças de linha de base entre os grupos de intervenção que sugira um problema com o processo de randomização. Entre os 16 estudos incluídos, seis (Hadjistavropoulos *et al.*, 2017, 2020a, 2020b; Karyotaki *et al.*, 2022; Robichaud *et al.*, 2019; Soucy *et al.*, 2021) foram avaliados com “algumas preocupações” por não descreverem o processo de ocultação da alocação; os demais foram avaliados como sendo de “baixo risco”.

Domínio 2: desvios das intervenções pretendidas

Todos os estudos incluídos foram avaliados como sendo de “baixo risco”. Nenhum desvio da intervenção pretendida foi especificado. Ademais, todos utilizaram análise por intenção de tratar.

Domínio 3: dados faltantes de desfecho

Foi levado em conta a orientação da RoB2 de considerar uma proporção de mais de 5% dos dados faltantes como potenciais implicações para maior risco de viés. Três estudos

(Newby *et al.*, 2015; Titov *et al.*, 2011, 2016) foram avaliados com “baixo risco”, pois o número de participantes com dados faltantes foi suficientemente baixo. Em relação aos demais, ainda que tenham utilizado métodos adequados de imputação de dados, estes podem não ser suficientes na redução do viés quando os dados faltantes do desfecho dependem do seu valor verdadeiro (isto é, o que deveria ter sido medido, mas não foi) (Sterne *et al.*, 2019). Por exemplo, os desfechos de interesse da presente revisão são os níveis de depressão e de ansiedade, porém, é coerente inferir que os participantes mais deprimidos e ansiosos serão menos propensos a voltar para o *follow-up*. Ademais, as razões de desistência dos participantes não foram relatadas. Assim, sete estudos (Dear *et al.*, 2018; Hadjistavropoulos *et al.*, 2020a, 2020b; Kladnitski *et al.*, 2020; Soucy *et al.*, 2021; Titov *et al.*, 2010, 2013) foram avaliados com “algumas preocupações” por apresentarem pequena diferença na proporção de dados faltantes entre os grupos. Os outros seis estudos (Batterham *et al.*, 2021; Berger *et al.*, 2017; Hadjistavropoulos *et al.*, 2017; Karyotaki *et al.*, 2022; Mullin *et al.*, 2015; Robichaud *et al.*, 2019) foram avaliados como sendo de “alto risco” por apresentarem grande diferença na proporção de dados faltantes entre os grupos.

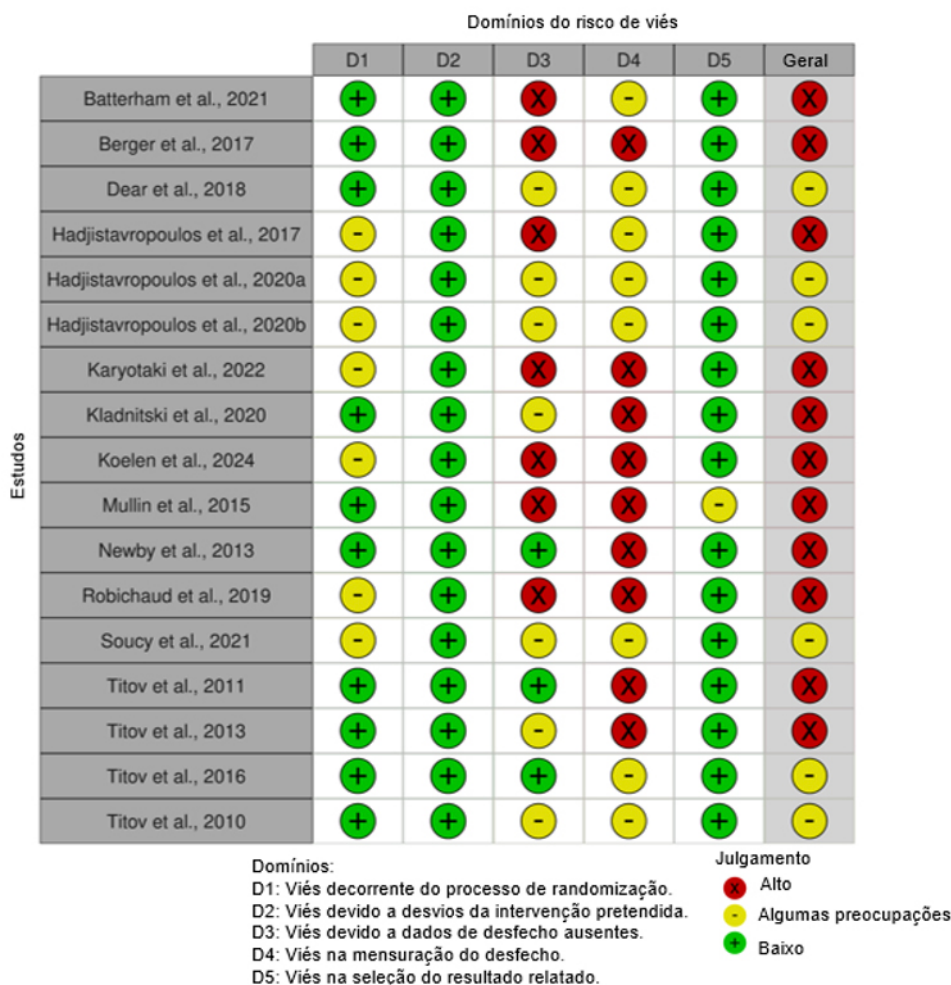


Figura 2. Resumo do risco de viés: revisão de cada item de risco de viés para cada estudo incluído.

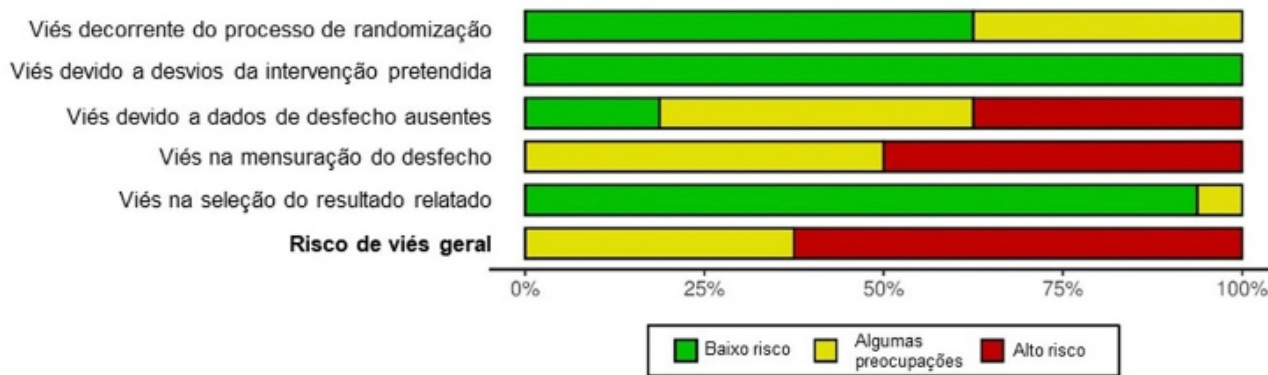


Figura 3. Gráfico de risco de viés: revisão do item de risco de viés apresentado como porcentagens em todos os estudos incluídos.

Domínio 4: mensuração do desfecho

Todos os estudos utilizaram instrumentos adequados para avaliação do desfecho pretendido. Nenhum deles apresentou discrepâncias em relação aos instrumentos e aos tempos de mensuração entre os grupos. Os instrumentos utilizados foram medidas de autorrelato, o que significa que o próprio participante atuou como avaliador. Apesar de ser adequado para o contexto do ensaio, não permite o cegamento do avaliador, tornando esses estudos mais vulneráveis a vieses. Quando existem fortes níveis de crença nos efeitos benéficos ou prejudiciais da intervenção, é provável que o desfecho tenha sido influenciado pelo conhecimento da intervenção recebida (Higgins et al., 2019). Dessa forma, estudos com grupo-controle não ativo podem sinalizar um risco de viés ainda maior. Assim, foram avaliados com “algumas preocupações” os oito estudos (Batterham et al., 2021; Dear et al., 2018; Hadjistavropoulos et al., 2017, 2020a, 2020b; Soucy et al., 2021; Titov et al., 2010, 2016) que utilizaram grupos-controle ativos, enquanto os demais foram avaliados como “alto risco” por utilizarem lista de espera (Mullin et al., 2015; Newby et al., 2015; Robichaud et al., 2019; Titov et al., 2011, 2013) ou *care-as-usual* (Berger et al., 2017; Karyotaki et al., 2022; Kladnitski et al. 2020).

Domínio 5: seleção do resultado relatado

Todos os estudos reportaram o registro de seus respectivos ensaios. A pesquisa de Mullin et al. (2015) foi avaliada com “algumas preocupações”, pois algumas medidas descritas no seu registro não foram relatadas na publicação final, o que pode significar um viés no relato. No entanto, é importante destacar que as medidas e a análise relacionadas ao desfecho de interesse desta revisão foram reportadas adequadamente. Os demais estudos foram avaliados como sendo de “baixo risco”, uma vez que os resultados foram analisados de acordo com um plano de análise pré-especificado no registro.

DISCUSSÃO

Esta revisão sistemática examinou 16 estudos clínicos controlados sobre os resultados da iTCC para depressão e

ansiedade. Todas as intervenções eram de baixa intensidade, sem contar com interação face a face com terapeutas e mantendo o nível de suporte, quando havia, baseado apenas em contatos que demandavam no máximo 30 minutos semanais de um profissional treinado para a tarefa. Em 10 pesquisas (Hadjistavropoulos et al., 2017, 2020a, 2020b; Mullin et al., 2015; Robichaud et al., 2020; Soucy et al., 2021; Titov et al., 2010, 2011, 2013, 2016), foi utilizado o programa *Wellbeing Course* (WBC/UWBC) como base de tratamento, com modificações em variáveis como duração da intervenção, treinamento dos terapeutas, tipo e dose de suporte terapêutico, e intervenções auxiliares. Os demais estudos avaliaram outros programas de iTCC e investigaram a eficácia do tratamento, a adesão e a satisfação dos participantes. A maioria das pesquisas (Dear et al., 2018; Hadjistavropoulos et al., 2017, 2020a, 2020b; Mullin et al., 2015; Newby et al., 2015; Robichaud et al., 2020; Soucy et al., 2021; Titov et al., 2010, 2011, 2013, 2016) utilizou algum tipo de suporte terapêutico durante as intervenções. A eficácia da iTCC para ansiedade e depressão foi consistente na maioria das pesquisas, com diferenças de médio a grande tamanho de efeito e manutenção dos ganhos no *follow-up*.

Os resultados obtidos estão alinhados com os observados em revisões anteriores sobre o tema (Newby et al., 2015; Păsărelu et al., 2017). Newby et al. (2015) avaliaram, por meio de revisão sistemática, a eficácia do tratamento transdiagnóstico para ansiedade e depressão em diversos formatos, incluindo iTCC, obtendo resultados de significância estatística em favor do tratamento transdiagnóstico, quando comparados aos grupos-controle. Os autores reforçam que pode haver vantagem na abordagem transdiagnóstica para tratamento dos sintomas de depressão quando experimentados junto a sintomas ansiosos (Newby et al., 2015). Pesquisas baseadas exclusivamente em intervenções digitais não mostram diferenças significativas entre o tratamento transdiagnóstico e as intervenções direcionadas a transtornos específicos, mas ambas as metodologias apresentaram diferenças quando comparadas aos grupos-controle (Păsărelu et al., 2017).

Um estudo observacional recente (Hadjistavropoulos et al., 2022) corrobora os achados sobre a eficácia da iTCC transdiagnóstica como tratamento para ansiedade e depressão, além de citar que os bons resultados também podem ser generalizados para transtornos associados ao abuso de álcool, doenças crônicas e depressão pós-parto.

O estudo de Batterham et al. (2021) apresentou resultados com pequeno tamanho de efeito em comparação ao grupo-controle. Embora a amostra inicial fosse consideravelmente grande, houve um alto índice de abandono precoce, resultando em uma baixa taxa de adesão, suscitando a discussão sobre o impacto da adesão ao tratamento nos resultados primários, destacando-a como um desafio significativo no uso da iTCC (Côté-Allard et al., 2023; Koelen et al., 2024; Saleem et al., 2021). Embora a adição de *e-mails* automatizados tenha sido associada a uma melhor adesão, outros estudos que investigaram o suporte terapêutico não encontraram diferenças estatisticamente significativas nessa taxa (Hadjistavropoulos et al., 2017; Titov et al., 2013) ou na eficácia do tratamento (Koelen et al., 2024).

É importante notar que o suporte terapêutico oferecido nos estudos revisados envolveu encorajamento ou apoio para dúvidas em poucos minutos semanais, sem representar uma intervenção de alta intensidade. Isso está em linha com a visão apresentada por Schueller et al. (2017), que argumentam que o aumento do suporte terapêutico pode resultar em maiores custos e exigir mais recursos humanos, podendo até mesmo diminuir a autonomia dos pacientes. Provoost et al. (2020) propuseram um protocolo alternativo de iTCC com suporte terapêutico fornecido por assistente virtual, buscando um equilíbrio entre a iTCC autoguiada e aquela com suporte humano.

Investigações sobre estratégias para aumentar a adesão ao tratamento têm sido conduzidas em várias intervenções digitais, nas quais altas taxas de abandono precoce são observadas (Saleem et al., 2021). Em um estudo experimental, Perski et al. (2019) examinaram o impacto do aumento do engajamento em uma intervenção digital para tratamento da dependência de nicotina, o aplicativo *Smoke Free*, por meio da inclusão de suporte por assistente virtual. Os participantes que tiveram acesso ao assistente virtual apresentaram o dobro do engajamento no tratamento, o que foi medido pelo número de *logins* realizados em um mês. Embora a medida utilizada nesse estudo seja diferente da adesão e da taxa de abandono precoce, ambas estão relacionadas à continuidade do tratamento, cada uma de acordo com a expectativa das intervenções.

Saleem et al. (2021) enfatizam que o engajamento nos programas é crucial para sua eficácia, mas ainda não está claro quais estratégias aumentam o engajamento nas intervenções digitais. Em uma revisão de escopo, os autores identificaram várias estratégias, incluindo *feedback* personalizado, suporte humano, fóruns de discussão, interação entre pares, gamificação, lembretes via mensagem e facilidade de uso

do programa. Os achados sugerem que a personalização, o suporte humano e outras estratégias promovem maior engajamento nas intervenções digitais para saúde mental, o que vai ao encontro da avaliação do impacto de suporte terapêutico humano investigado na maior parte dos estudos incluídos nesta revisão (Dear et al., 2018; Hadjistavropoulos et al., 2017, 2020a, 2020b; Mullin et al., 2015; Newby et al., 2015; Robichaud et al., 2020; Soucy et al., 2021; Titov et al., 2010, 2011, 2013, 2016). Uma série de estratégias de aumento de adesão citadas por Saleem et al. (2021) não apareceram como possibilidades nos estudos selecionados no presente artigo, indicando potencial de investigação nessa direção.

Batterham et al. (2021) conduziram um estudo com 1.986 participantes iniciais, dos quais apenas 7,1% completaram os 12 módulos do programa de iTCC. Apesar da baixa adesão, a metodologia escalável e de baixo custo permitiu o acesso a uma proporção significativa da população, especialmente em áreas com pouco acesso a psicólogos clínicos. No entanto, o estudo não considerou os possíveis resultados adversos para os participantes que abandonaram prematuramente a terapia. Paveltchuk et al. (2021) alertam para a necessidade de considerar os potenciais danos causados pelas intervenções terapêuticas, enfatizando a importância de avaliar não apenas os efeitos positivos, mas também os negativos. A pesquisa de Kladnitski et al. (2020) relatou que 18% dos participantes experimentaram efeitos indesejáveis, como preocupação, tristeza e culpa após completar o programa. No entanto, a avaliação de risco para os participantes que abandonaram prematuramente o tratamento ainda precisa ser explorada de maneira mais profunda.

Os resultados dos estudos revisados consistentemente indicaram alta satisfação entre os participantes que concluíram o tratamento, com mais de 90% recomendando-o a outros com sintomas semelhantes (Hadjistavropoulos et al., 2020b, 2022; Soucy et al., 2021). Contudo, dado que as avaliações de satisfação são realizadas apenas ao final do tratamento, cerca de 30% dos participantes não forneceram dados, o que pode prejudicar a generalização dos resultados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os programas de iTCC transdiagnóstica têm mostrado resultados promissores no tratamento de ansiedade e de depressão, com efeitos significativos, embora ainda haja margem para melhorias na adesão ao tratamento.

Algumas limitações precisam ser consideradas. A heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos foi um fator importante, uma vez que houve grande variação em termos de desenho metodológico, tipo de intervenção, duração, tamanho amostral, instrumentos de medida e critérios de inclusão. Essa diversidade dificulta a comparação direta entre os resultados e a identificação de padrões consistentes. Todos os estudos avaliados foram de tratamentos de baixa intensidade.

Pesquisas com tratamentos mais longos e com participantes com condições graves são necessárias.

Apenas um estudo teve a metodologia traduzida para um idioma diferente do inglês, demonstrando a pouca disponibilidade de estudos clínicos controlados com adaptação transcultural, dificultando a análise de possíveis vieses nos resultados obtidos com a técnica.

Outro aspecto a ser considerado é o desafio apresentado pelas taxas relativamente altas de abandono precoce do tratamento. Como consequência, os questionários de avaliação pós-tratamento e satisfação não são respondidos por uma parcela dos participantes, trazendo possíveis vieses aos resultados. Além disso, a importância do suporte terapêutico em comparação com a iTCC autoguiada requer mais investigação, assim como a possibilidade de efeitos adversos. Por fim, não foram encontrados estudos controlados em português adaptados para a população brasileira, destacando a necessidade de pesquisas que considerem as características culturais do país.

REFERÊNCIAS

- Andersson, G., Carlbring, P., Titov, N., & Lindfors, N. (2019). Internet Interventions for Adults with Anxiety and Mood Disorders: A Narrative Umbrella Review of Recent Meta-Analyses. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 64(7), 465–470.
- Batterham, P. J., Calear, A. L., Farrer, L., Gulliver, A., & Kurz, E. (2021). Efficacy of a Transdiagnostic Self-Help Internet Intervention for Reducing Depression, Anxiety, and Suicidal Ideation in Adults: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 23(1), e22698
- Benjet, C., Albor, Y., Alvis-Barranco, L., Contreras-Ibáñez, C. C., Cuartas, G., Cudris-Torres, L., ... Kessler, R. C. (2023). Internet-delivered cognitive behavior therapy versus treatment as usual for anxiety and depression among Latin American university students: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 91(12), 694–707.
- Berger, T., Urech, A., Krieger, T., Stolz, T., Schulz, A., Vincent, A., Moser, C. T., Moritz, S., & Meyer, B. (2017). Effects of a transdiagnostic unguided Internet intervention ('velibra') for anxiety disorders in primary care: Results of a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 47(1), 67–80
- Côté-Allard, U., Pham, M. H., Schultz, A. K., Nordgreen, T., & Torresen, J. (2023). Adherence forecasting for guided internet-delivered cognitive behavioral therapy: A minimally data-sensitive approach. *IEEE Journal of Biomedical and Health Informatics*, 27(6), 2771–2781.
- Dear, B. F., Fogliati, V. J., Fogliati, R., Johnson, B., Boyle, O., Karin, E., Gandy, M., Kay-rouz, R., Staples, L. G., & Titov, N. (2018). Treating anxiety and depression in young adults: A randomised controlled trial comparing clinician-guided versus self-guided Internet-delivered cognitive behavioural therapy. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(7), 668–679.
- Domhardt, M., Gefßlein, H., von Rezori, R. E., & Baumeister, H. (2019). Internet- and mobile-based interventions for anxiety disorders: A meta-analytic review of intervention components. *Depression and Anxiety*, 36(3), 213–224.
- Evans-Lacko, S., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bruffaerts, R., ... Thornicroft, G. (2018). Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: Results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychological Medicine*, 48(9), 1560–1571.
- Fleming, T., Merry, S., Stasiak, K., Hopkins, S., Patolo, T., Ruru, S., ... Goodyear-Smith, F. (2019). The Importance of User Segmentation for Designing Digital Therapy for Adolescent Mental Health: Findings From Scoping Processes. *JMIR Mental Health*, 6(5), e12656.
- Galvão, T. F., Pasani, T. de S. A., & Harrad, D. (2015). Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(2), 335–342.
- Hadjistavropoulos, H. D., Schneider, L. H., Edmonds, M., Karin, E., Nugent, M. N., Dirkse, D., Dear, B. F., & Titov, N. (2017). Randomized controlled trial of Internet-delivered cognitive behaviour therapy comparing standard weekly versus optional weekly therapist support. *Journal of Anxiety Disorders*, 52, 15–24.
- Hadjistavropoulos, H. D., Peynenburg, V., Thiessen, D. L., Nugent, M., Adlam, K., Owens, K. M. B., Karin, E., Dear, B. F., & Titov, N. (2020). A pragmatic factorial randomized controlled trial of transdiagnostic internet-delivered cognitive behavioural therapy: Exploring benefits of homework reflection questionnaires and twice-weekly therapist support. *Internet Interventions*, 22, 100357.
- Hadjistavropoulos, H., Peynenburg, V., Nugent, M., Karin, E., Titov, N., & Dear, B. (2020). Transdiagnostic Internet-delivered cognitive behaviour therapy with therapist support offered once-weekly or once-weekly supplemented with therapist support within one-business-day: Pragmatic randomized controlled trial. *Internet interventions*, 22, 100347.
- Hadjistavropoulos, H., Peynenburg, V., Thiessen, D., Nugent, M., Karin, E., Staples, L., ... Titov, N. (2022). Utilization, patient characteristics, and longitudinal improvements among patients from a provincially funded transdiagnostic internet-delivered cognitive behavioural therapy program: Observational study of trends over 6 years. *The Canadian Journal Of Psychiatry*, 67(3), 192–206.
- Higgins, J. P., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., & Sterne, J. A. (2019). Assessing risk of bias in a randomized trial. Em J. P. T. Higgins, J. Thomas, J. Chandler, M. Cumpston, T. Li, M. J. Page, & V. A. Welch (Orgs.), *Cochrane Handbook for Systematic Re-views of Interventions* (10 ed, p. 205–228). Wiley.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440

- Karyotaki, E., Klein, A. M., Ciharova, M., Bolinski, F., Krijnen, L., de Koning, L., ... Cuijpers, P. (2022). Guided internet-based transdiagnostic individually tailored Cognitive Behavioral Therapy for symptoms of depression and/or anxiety in college students: A random-ized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 150, 104028.
- Kladnitski, N., Smith, J., Uppal, S., James, M. A., Allen, A. R., Andrews, G., & Newby, J. M. (2020). Transdiagnostic internet-delivered CBT and mindfulness-based treatment for depression and anxiety: A randomised controlled trial. *Internet Interventions*, 20.
- Koelen, J., Klein, A., Wolters, N., Bol, E., De Koning, L., Roetink, S., ... Wiers, R. (2024). Web-Based, Human-Guided, or Computer-Guided Transdiagnostic Cognitive Behavioral Therapy in University Students With Anxiety and Depression: Randomized Con-trolled Trial. *JMIR Mental Health*, 11, e50503.
- McGrath, J. J., Lim, C. C. W., Plana-Ripoll, O., Holtz, Y., Agerbo, E., Momen, N. C., ... Jonge, P. (2020). Comorbidity within mental disorders: A comprehensive analysis based on 145 990 survey respond-ents from 27 countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e153.
- McGuinness, L. A., & Higgins, J. P. T. (2021). Risk-of-bias VISualization (robvis): An R package and Shiny web app for visualizing risk-of-bias assessments. *Research Syn-thesis Methods*, 12(1), 55–61.
- Mullin, A., Dear, B. F., Karin, E., Wootton, B. M., Staples, L. G., Johnston, L., Gandy, M., Fogliati, V., & Titov, N. (2015). The UniWellbeing course: A randomised controlled trial of a transdiagnostic internet-delivered cognitive behavioural therapy (CBT) programme for university students with symptoms of anxiety and depression. *Internet Interventions*, 2(2), 128–136.
- Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., & Dagleish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review*, 40, 91–110.
- Pășărelu, C. R., Andersson, G., Bergman Nordgren, L., & Dobrea, A. (2017). Internet-delivered transdiagnostic and tailored cognitive behavioral therapy for anxiety and depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(1), 1–28.
- Paveltchuk, F., Mourão S. Keffer, S., Costa, R. Nardi, A., Carvalho, M. (2021). Negative effects of psychotherapies: A systematic review. *Counselling and Psychotherapy Research*, 1-12.
- Perski, O., Crane, D., Beard, E., Brown, J. (2109). Does the addition of a supportive chatbot promote user engagement with a smoking cessation app? An experimental study. *Digital Health*, 5, 205520761988067
- Provoost, S., Kleiboer, A., Ornelas, J., Ruwaard, J. (2020). Improving adherence to an online intervention for low mood with a virtual coach: study protocol of a pilot randomized controlled trial. *Trials*, 21, (1), 860.
- Robichaud, M., Talbot, F., Titov, N., Dear, B. F., Hadjistavropoulos, H. D., Hadjistavropou-los, T., & Jbilou, J. (2020). Facilitating access to iCBT: A randomized controlled trial assessing a translated version of an empirically validated program using a minimally monitored delivery model. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 48(2), 185–202.
- Saleem, M., Kühne, L., De Santis, K. K., Christianson, L., Brand, T., & Busse, H. (2021). Understanding Engagement Strategies in Digital Interventions for Mental Health Promotion: Scoping Review. *JMIR Mental Health*, 8(12), e30000.
- Schaeuffele, C., Homeyer, S., Perea, L., Scharf, L., Schulz, A., Knaevelsrud, C., Renneberg, B., & Boettcher, J. (2022). The unified protocol as an internet-based intervention for emotional disorders: Randomized controlled trial. *PLOS ONE*, 17(7), e0270178.
- Schueller, S. M., Tomasino, K. N., & Mohr, D. C. (2017). Integrating Human Support Into Behavioral Intervention Technologies: The Efficiency Model of Support. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(1), 27–45.
- Shafraan, R., Myles-Hooton, P., Bennett, S., & Öst, L. (2021). The concept and definition of low intensity cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 138, 103803.
- Soucy, J. N., Hadjistavropoulos, H. D., Karin, E., Dear, B. F., & Titov, N. (2021). Brief online motivational interviewing pre-treatment intervention for enhancing internet-delivered cognitive behaviour therapy: A randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 25, 100394.
- Steffen, A., Nübel, J., Jacobi, F., Bätzing, J., & Holstiege, J. (2020). Mental and somatic comorbidity of depression: A comprehensive cross-sectional analysis of 202 diagno-sis groups using German nationwide ambulatory claims data. *BMC Psychiatry*, 20(1), 142.
- Sterne, J. A. C., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., Cates, C. J., Cheng, H.-Y., Corbett, M. S., Eldridge, S. M., Emberson, J. R., Hernán, M. A., Hopewell, S., Hróbjartsson, A., Junqueira, D. R., Jüni, P., Kirkham, J. J., Lasserson, T., Li, T., ... Higgins, J. P. T. (2019). RoB 2: A revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, l4898.
- Titov, N., Andrews, G., Johnston, L., Robinson, E., & Spence, J. (2010). Transdiagnostic Internet treatment for anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 890–899.
- Titov, N., Dear, B. F., Schwencke, G., Andrews, G., Johnston, L., Craske, M. G., & McEvoy, P. (2011). Transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression: A randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(8), 441–452.
- Titov, N., Dear, B. F., Johnston, L., Lorian, C., Zou, J., Wootton, B., Spence, J., McEvoy, P. M., & Rapee, R. M. (2013). Improving Adherence and Clinical Outcomes in Self-Guided Internet Treatment for Anxiety and Depression: Randomised Controlled Trial. *PLoS ONE*, 8(7), e62873.
- Titov, N., Fogliati, V. J., Staples, L. G., Gandy, M., Johnston, L., Wootton, B., Nielssen, O., & Dear, B. F. (2016). Treating anxiety and depression in older adults: Randomised controlled trial comparing guided V. Self-guided internet-delivered cognitive-behavioural therapy. *BJPsych Open*, 2(1), 50–58.

Artigo submetido em: 04 de outubro de 2024.

Artigo Aceito em: 03 de abril de 2025.

Artigo publicado online em: 17 de novembro de 2025.

Fonte de financiamento: Nada consta.

Editora responsável:

Carmem Beatriz Neufeld

Outras informações relevantes:

Este artigo foi submetido no GNPapers da RBTC código 537.