



PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR EM SAÚDE MENTAL: CRITÉRIOS DE CONSTRUÇÃO, ADESÃO E RESULTADOS CLÍNICO-FUNCIONAIS

Resumo: Objetivo: sintetizar evidências sobre critérios de construção, adesão e resultados clínico-funcionais de planos terapêuticos singulares em saúde mental. Método: revisão sistemática realizada nas bases Semantic Scholar, PubMed, OpenAlex, arXiv e ClinicalTrials.gov. As buscas identificaram 1.024 registros; após remoção de duplicatas, triagem e avaliação em texto completo, sete estudos foram incluídos na síntese qualitativa. Foram extraídos dados sobre delineamento, população, intervenção, critérios de construção, adesão e desfechos clínico-funcionais, com avaliação da certeza pelo GRADE. Resultados: os estudos apontaram que a construção do plano terapêutico singular envolve tomada de decisão compartilhada, avaliação centrada na pessoa, flexibilidade, tolerância à incerteza e integração da rede social. As evidências sugerem possível melhora da adesão e do engajamento, enquanto os achados sobre redução de sintomas, funcionamento e qualidade de vida foram heterogêneos e de baixa ou muito baixa certeza. Conclusão: o plano terapêutico singular apresenta relevância clínica para o cuidado individualizado em saúde mental, mas requer estudos mais robustos para confirmar seus efeitos.

Ana Paula Hara

Graduada em Medicina, Universidade de Marília (UNIMAR)

Everaldo dos Santos Mendes

Doutor em Psicologia, Universidade Federal do Amapá (UNIFAP)

Marcos Aurélio Trindade

Psicólogo, Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)

Maurino Bertoldo Silva

Graduado em Psicologia, UNIPAC

Palavras-Chave: Saúde Mental; Planejamento de Assistência ao Paciente; Tomada de Decisão Compartilhada; Cooperação e Adesão ao Tratamento; Resultado do Tratamento.



SINGULAR THERAPEUTIC PLAN IN MENTAL HEALTH: CONSTRUCTION CRITERIA, ADHERENCE AND CLINICAL- FUNCTIONAL OUTCOMES

Abstract: Objective: to synthesize evidence on construction criteria, adherence and clinical-functional outcomes of singular therapeutic plans in mental health. Method: systematic review conducted in Semantic Scholar, PubMed, OpenAlex, arXiv and ClinicalTrials.gov. The searches identified 1,024 records; after duplicate removal, screening and full-text assessment, seven studies were included in the qualitative synthesis. Data were extracted on study design, population, intervention, construction criteria, adherence and clinical-functional outcomes, with certainty of evidence assessed using GRADE. Results: the studies indicated that singular therapeutic plan construction involves shared decision-making, person-centered assessment, flexibility, tolerance of uncertainty and integration of the social network. The evidence suggests possible improvement in adherence and engagement, whereas findings on symptom reduction, functioning and quality of life were heterogeneous and showed low or very low certainty. Conclusion: the singular therapeutic plan has clinical relevance for individualized mental health care, but more robust studies are needed to confirm its effects.

Keywords: Mental Health; Patient Care Planning; Shared Decision Making; Treatment Adherence and Compliance; Treatment Outcome.

II Congresso Regional de Intervenções
Multiprofissionais em Saúde Mental

INTRODUÇÃO

A assistência à saúde mental está passando por uma transformação global em direção a serviços comunitários, orientados para a recuperação e centrados na pessoa. Essa mudança de paradigma reconhece os indivíduos com doença mental como pessoas integrais, e não meramente pacientes, e os capacita a direcionar suas próprias vidas (Lorenz-Artz *et al.*, 2026). O Plano Terapêutico Singular incorpora essa filosofia ao construir trajetórias de tratamento especificamente adaptadas às necessidades, valores e objetivos de recuperação de cada indivíduo.

A justificativa para o planejamento individualizado do tratamento deriva de vários fatores convergentes. Primeiro, mesmo quando dois indivíduos apresentam sintomas



II CONGRESSO REGIONAL DE INTERVENÇÕES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL

doi 10.71248/9786583818270-7

semelhantes, as causas subjacentes podem diferir substancialmente devido a influências genéticas, neurobiológicas e ambientais (Arango *et al.*, 2026). Segundo, as vias de tratamento tradicionais orientadas pelo diagnóstico muitas vezes não abordam a natureza multidimensional da recuperação, que engloba não apenas a remissão dos sintomas, mas também a restauração da autonomia e do sentido da vida (Lorenz-Artz *et al.*, 2026). Terceiro, o cuidado centrado na pessoa demonstrou benefícios, incluindo melhor adesão, autogestão e qualidade de vida (Svamo *et al.*, 2026).

Apesar desses fundamentos teóricos, a implementação de cuidados individualizados orientados para a recuperação continua sendo um desafio, exigindo tanto reforma sistêmica quanto transformação pessoal entre os profissionais (Lorenz-Artz *et al.*, 2026). A psiquiatria de precisão surge da premissa de otimizar a resposta terapêutica adaptando as intervenções aos perfis biológicos, psicológicos e contextuais individuais (Arango *et al.*, 2026). As principais ações para a implementação incluem a integração da avaliação multidimensional além do diagnóstico categórico, a adequação das intervenções aos perfis individuais e a incorporação de tecnologias digitais para monitoramento e acompanhamento (Arango *et al.*, 2026).

Diversos modelos operacionalizam o cuidado individualizado. O Diálogo Aberto com Apoio de Pares (POD, na sigla em inglês) exemplifica como os profissionais podem conduzir a recuperação por meio de abordagens colaborativas e dialógicas que colocam os clientes no centro dos sistemas relacionais (Lorenz-Artz *et al.*, 2026). Os modelos de cuidado escalonado fornecem níveis de intensidade personalizados que correspondem à gravidade e às necessidades do paciente (Malogiannis *et al.*, 2025). O Modelo de Processo de Intervenção em Terapia Ocupacional (OTIPM, na sigla em inglês) oferece uma abordagem centrada no cliente e baseada na ocupação, facilitando o estabelecimento colaborativo de metas (Imamoto *et al.*, 2025).

No entanto, ainda existem lacunas na compreensão de como os planos individualizados são construídos, quais fatores influenciam a adesão e se eles produzem resultados clínico-funcionais superiores em comparação com abordagens padronizadas. Esta revisão sistemática tem como objetivo sintetizar as evidências referentes a: (1) critérios de construção e princípios de design para planos terapêuticos individualizados em saúde mental; (2) padrões de adesão e engajamento ao tratamento; e (3) resultados clínicos e funcionais, incluindo redução de sintomas, qualidade de vida e incapacidade.



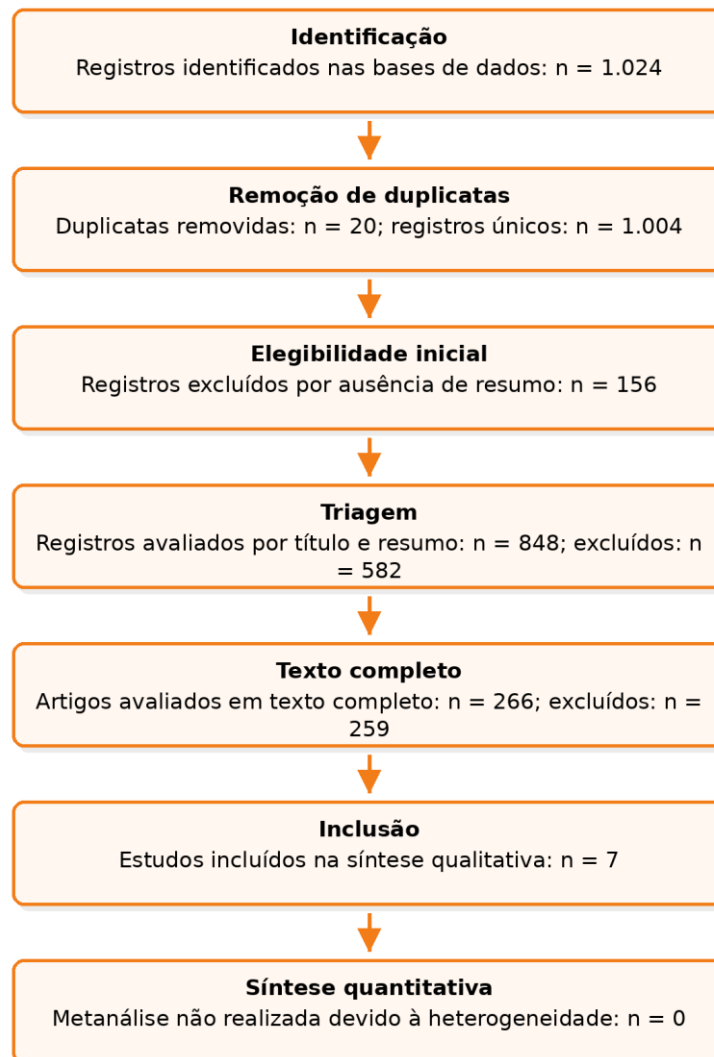
METODOLOGIA

Realizamos buscas em cinco bases de dados: Semantic Scholar, PubMed, OpenAlex, arXiv e ClinicalTrials.gov. As consultas de busca combinaram termos relacionados ao planejamento do tratamento ("planejamento do tratamento", "planejamento terapêutico", "planejamento do cuidado", "formulação clínica") com condições de saúde mental (depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose, transtornos de personalidade, transtornos por uso de substâncias, TEPT) e conceitos de individualização (individualizado, singular, personalizado, sob medida, customizado, centrado na pessoa, centrado no paciente, responsividade diferencial).

As buscas iniciais nas bases de dados identificaram 1.024 registros. Após a remoção de 20 duplicatas (12 por DOI e 8 por título), restaram 1.004 registros únicos. Em seguida, 156 registros foram excluídos por ausência de resumo, permanecendo 848 registros para triagem por título e resumo. Nessa etapa, 582 registros foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade. Assim, 266 artigos foram avaliados em texto completo; destes, 259 foram excluídos por não contemplarem adequadamente plano terapêutico individualizado em saúde mental, não apresentarem desfechos clínico-funcionais ou de adesão, apresentarem delineamento incompatível ou possuírem informações insuficientes para extração. A amostra final foi composta por sete estudos incluídos na síntese qualitativa.

Figura 1. Fluxograma PRISMA do processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos.

Fluxograma PRISMA da seleção dos estudos



A extração de dados incluiu o desenho do estudo, as características da população, os detalhes da intervenção, os critérios de construção (quando relatados), as medidas de adesão e os desfechos clínico-funcionais. Para os estudos que empregaram abordagens individualizadas, extraímos a estrutura ou o modelo que orientou a elaboração do plano, o grau de envolvimento do paciente na tomada de decisões e as medidas de desfecho utilizadas.

Risco de viés foi avaliado em cinco domínios: processo de randomização, desvios das intervenções planejadas, dados de desfecho ausentes, mensuração do desfecho e seleção dos resultados relatados. Para os delineamentos quase-experimentais, foi aplicada a ferramenta ROBINS-I (Malogiannis *et al.*, 2025). As classificações foram atribuídas como baixo (B), algumas preocupações (algumas), alto (A) ou não aplicável. Muitos estudos incluídos demonstraram preocupações no domínio do processo de randomização, refletindo a predominância de delineamentos observacionais e quase-experimentais que avaliam o cuidado individualizado na prática de rotina (Malogiannis *et al.*, 2025).

A certeza da evidência foi avaliada utilizando a estrutura GRADE para cada domínio de desfecho primário. As classificações consideraram as limitações do desenho do estudo, inconsistência, indiretividade, imprecisão e viés de publicação. Os cinco domínios de desfecho avaliados foram: melhora clínico-funcional, adesão ao tratamento, redução dos sintomas, comprometimento funcional e qualidade de vida, e validade de construto dos planos individualizados.

RESULTADOS

Características do estudo incluídas

Os sete estudos incluídos abrangeram populações, delineamentos e contextos diversos. As principais populações incluíram indivíduos com transtorno de personalidade borderline (TPB), transtornos do espectro da esquizofrenia, doença mental grave, pacientes psiquiátricos internados, participantes em processo de desprescrição de opioides e clientes acompanhados por serviços comunitários ou intervenções mediadas por tecnologia.

Tabela 1. Características dos sete estudos incluídos na síntese qualitativa.

Autor/ano	Delineamento e amostra	Intervenção/abordagem	Principais achados
Lorenz-Artz <i>et al.</i> (2026)	Estudo qualitativo com 16 clientes e 2 familiares com doença mental grave.	Diálogo Aberto com Apoio de Pares.	Evidenciou tomada de decisão compartilhada, participação ativa do cliente, integração da rede social, autonomia e construção dialógica do cuidado.
Malogiannis <i>et al.</i> (2025)	Ensaio quase-experimental/estudo de serviços para TPB, com amostra estimada de 212 participantes.	Serviços psicodinâmicos de cuidados progressivos para transtorno de personalidade borderline.	Propôs cuidado escalonado, especializado e comunitário, com expectativa de melhora funcional, qualidade de vida e redução de hospitalizações.
Imamoto <i>et al.</i> (2025)	Estudo de intervenção com 90 pacientes psiquiátricos internados no Japão.	Programa individualizado baseado no OTIPM.	Demonstrou melhora no desempenho ocupacional, satisfação, habilidades motoras e processuais, interação social e alta hospitalar de 69% após três meses.
Meyer-Kalos <i>et al.</i> (2018)	Estudo piloto com 6 participantes com esquizofrenia precoce.	Terapia Individual de Conscientização sobre Enfrentamento (I-CAT).	Apresentou redução de sintomas psiquiátricos gerais e melhora em qualidade de vida e resiliência, embora com amostra pequena.
Yarborough <i>et al.</i> (2024)	Estudo qualitativo com 176 pacientes e 16 familiares.	Estratégias individualizadas de desprescrição de opioides.	Destacou flexibilidade, ritmo terapêutico adaptado, monitoramento contínuo e participação do paciente nas decisões de cuidado.
Zhang <i>et al.</i> (2025)	Revisão sistemática com 22 estudos sobre intervenções breves de DBT.	Terapia Comportamental Dialética breve.	Identificou melhora em sintomas de TPB e sintomas psiquiátricos gerais, com taxas de abandono variáveis e heterogeneidade elevada.
Carpenter-Song <i>et al.</i> (2022)	Estudo piloto com 8 clientes e gestores de caso.	Intervenção com especialistas em tecnologia para apoio ao cuidado.	Indicou potencial para aumento do engajamento em pacientes de maior risco, embora o interesse tenha diminuído ao longo do acompanhamento.

Fonte: Autores, 2026

Os delineamentos incluíram estudos qualitativos, estudos piloto, ensaio quase-experimental, estudo de intervenção e uma revisão sistemática. Os tamanhos amostrais variaram de 6 a 212 participantes nos estudos primários, além de uma revisão sistemática que sintetizou 22 estudos. A diversidade metodológica e clínica justificou a realização de síntese qualitativa, sem metanálise.

Tabela 2. Síntese dos principais resultados por domínio avaliado.

Domínio avaliado	Síntese dos achados	Direção dos achados	Certeza da evidência
Construção do plano terapêutico	Os estudos destacaram tomada de decisão compartilhada, avaliação centrada na pessoa, flexibilidade, tolerância à incerteza e integração da rede social.	Favorável, porém dependente do contexto de implementação.	Muito baixa
Adesão e engajamento	A autonomia do paciente, o apoio social, o uso de tecnologia e a adaptação às necessidades individuais parecem favorecer o engajamento.	Provavelmente favorável.	Baixa
Redução de sintomas	Foram observadas melhoras em sintomas psiquiátricos gerais, sintomas de TPB, depressão e ansiedade em alguns estudos, mas os achados foram heterogêneos.	Mista/incerta.	Muito baixa
Funcionamento e qualidade de vida	Houve melhora em desempenho ocupacional, satisfação, habilidades funcionais, interação social, qualidade de vida e resiliência em estudos específicos.	Possivelmente favorável.	Baixa
Fidelidade e validade de construto	A evidência sobre implementação dos planos conforme os princípios propostos foi insuficiente.	Incerta.	Muito baixa

Fonte: Autores, 2026

Crítérios de construção e projeto para planos individualizados

Estudos identificaram consistentemente princípios fundamentais para a construção de planos terapêuticos individualizados. Os critérios mais frequentemente relatados incluíram:

Clientes e clínicos participam de conversas colaborativas de definição de metas guiadas pelos valores, necessidades e preferências do cliente (Carpenter-Song *et al.*, 2022). Em modelos orientados para a recuperação, os participantes descreveram estar ativamente envolvidos na escolha de metas de tratamento, ponderação de opções e reflexão conjunta sobre as consequências (Lorenz-Artz *et al.*, 2026). O princípio "nada sobre mim sem mim" orientou o atendimento, no qual nenhuma discussão de caso separada ocorreu sem a presença do cliente (Lorenz-Artz *et al.*, 2026).

Planos integrados de avaliação multidimensional além do diagnóstico categórico, usando estadiamento clínico estruturado, perfil neurocognitivo e avaliação funcional (Arango *et al.*, 2026). A Entrevista de Formulação Cultural (CFI) operacionalizou o cuidado centrado na pessoa, permitindo que "a perspectiva do paciente se torne tão importante para o tratamento e cuidado quanto as avaliações do clínico" (Svamo *et al.*, 2026).

Serviços adaptados às necessidades em evolução do cliente em relação à localização, horário e intensidade (Lorenz-Artz *et al.*, 2026). Abordagens individualizadas bem-sucedidas

permitiram ajustes no ritmo com base na saúde geral, funcionamento, sintomas de abstinência e circunstâncias de vida (Yarborough *et al.*, 2024).

Os planos evitaram conclusões prematuras, permitindo espaço para exploração aberta e construção compartilhada de significado (Lorenz-Artz *et al.*, 2026). Em vez de objetivos de tratamento predefinidos, as preocupações e direções emergiram no diálogo (Lorenz-Artz *et al.*, 2026).

Os planos individualizados envolveram a família, os amigos e outras pessoas significativas no tratamento (Lorenz-Artz *et al.*, 2026). No entanto, o envolvimento da rede nem sempre foi simples, com alguns clientes a descreverem tensão emocional nos membros da família ou tabus culturais (Lorenz-Artz *et al.*, 2026).

A evidência de validade de construto — se os planos individualizados são implementados conforme o planejado — foi classificada como de certeza muito baixa, indicando evidências insuficientes sobre a fidelidade aos princípios de construção [GRAU: muito baixo].

Adesão e envolvimento no tratamento

Nos estudos que relataram resultados de adesão, as abordagens de tratamento individualizadas sugeriram melhora ou manutenção do engajamento terapêutico [GRADE: baixa certeza]. As evidências apontaram os seguintes mecanismos:

O envolvimento de pessoas de apoio que promovem o uso da tecnologia aumentou a eficácia e o engajamento sustentado (Carpenter-Song *et al.*, 2022). As intervenções realizadas por meio da tecnologia mostraram-se promissoras na melhoria do engajamento de pacientes de alto risco (Carpenter-Song *et al.*, 2022).

Os participantes valorizaram a autonomia na definição das decisões de cuidados, o que contribuiu para a sensação de agência em vez da identidade da doença (Lorenz-Artz *et al.*, 2026). A ênfase na autonomia criou benefícios terapêuticos, mas também pode criar tensão nas redes pessoais (Lorenz-Artz *et al.*, 2026).

O sucesso no tratamento foi influenciado pela vontade ou resistência dos pacientes à mudança, pelo nível de envolvimento do paciente alcançado através da comunicação e por

fatores externos, incluindo problemas de saúde ou responsabilidades de cuidado (Kuntz *et al.*, 2021).

Pacientes no estágio de pré-contemplação apresentaram probabilidade significativamente maior de abandonar os grupos de DBT, enquanto as pontuações da subescala "ação" aumentaram ao final do tratamento (Zhang *et al.*, 2025). Intervenções breves de DBT mostraram taxas de abandono variando de 12% a 56% entre os estudos

Foram observados desafios de retenção. Em um estudo piloto, o interesse dos clientes diminuiu ao longo de uma intervenção de 3 meses, sugerindo a necessidade de reavaliação regular de metas e ferramentas. Os clínicos desejavam uma comunicação mais consistente sobre o progresso dos clientes (Carpenter-Song *et al.*, 2022).

Resultados da redução dos sintomas

Para a redução dos sintomas de depressão, ansiedade, TEPT e sintomas psicóticos, a certeza das evidências foi muito baixa, impedindo conclusões definitivas sobre se a adaptação individualizada reduz os sintomas mais do que as abordagens padronizadas [GRADE: muito baixo].

No estudo piloto I-CAT, os sintomas psiquiátricos gerais apresentaram um tamanho de efeito moderado ($d = -0,66$) da linha de base ao pós-tratamento (Meyer-Kalos *et al.*, 2018). Intervenções breves de DBT demonstraram melhora significativa nos sintomas psiquiátricos gerais em múltiplos estudos (Zhang *et al.*, 2025).

Modelos de cuidados progressivos para TPB mostraram melhoria significativa na impulsividade, instabilidade afetiva, sintomas globais, desregulação emocional e funcionamento com 28,6% de abandono em clínicas de curto prazo (Zhang *et al.*, 2025). Intervenções breves de DBT pareceram viáveis e eficazes na redução dos sintomas de TPB e na melhoria dos sintomas psiquiátricos gerais (Zhang *et al.*, 2025).

Os resultados foram mistos. Um estudo descobriu que as pontuações de ansiedade e depressão não mudaram significativamente após o tratamento (Zhang *et al.*, 2025). No entanto, outros estudos relataram ganhos positivos significativos em todas as medidas de sintomas (Zhang *et al.*, 2025).

A heterogeneidade nas medidas de desfecho, nas características da intervenção e nas populações impediu a realização de metanálise. Na revisão de Zhang *et al.* (2025), mais da metade dos estudos analisados eram de viabilidade ou piloto, com número limitado de ensaios clínicos randomizados ou não randomizados.

Melhoria funcional e qualidade de vida

As evidências de melhoria funcional e de qualidade de vida apresentaram baixa certeza, sugerindo que planos individualizados podem melhorar os resultados, mas com considerável incerteza [GRADE: baixo].

Programas individualizados baseados no OTIPM demonstraram melhorias significativas no desempenho do COPM ($p < 0,001$, d de Cohen = 0,79), na satisfação com o COPM ($p < 0,001$, d de Cohen = 0,97), nas habilidades motoras do AMPS ($p < 0,001$, d de Cohen = 0,61), nas habilidades de processo do AMPS ($p < 0,001$, d de Cohen = 0,59) e nos escores do ESI ($p < 0,001$, d de Cohen = 0,72). As melhorias ocorreram independentemente da frequência das sessões ou da duração da hospitalização. Três meses após o programa, 69% dos participantes receberam alta hospitalar (Imamoto *et al.*, 2025).

A intervenção I-CAT mostrou melhorias na qualidade de vida ($d = 0,26$) e na resiliência ($d = 0,88$) após o tratamento, com ganhos mantidos, mas atenuados no acompanhamento (Meyer-Kalos *et al.*, 2018).

O programa OTIPM individualizado mostrou melhorias significativas no ESI além dos valores de corte estabelecidos, apoiando a relevância clínica (Imamoto *et al.*, 2025). A abordagem centrada no cliente e baseada na ocupação do programa permitiu um envolvimento significativo em comparação com as terapias convencionais baseadas em grupo.

Três estudos que examinaram o funcionamento no trabalho, social ou global relataram resultados gerais fortemente positivos com melhoria significativa mantida no acompanhamento (Zhang *et al.*, 2025).

Os serviços de cuidados progressivos hipotetizaram que os pacientes que recebem cuidados especializados apresentariam maior melhoria funcional e melhor qualidade de vida em comparação com o tratamento usual (Malogiannis *et al.*, 2025). Os benefícios esperados incluíam apoio baseado na comunidade, melhorando os resultados dos pacientes,



II CONGRESSO REGIONAL DE INTERVENÇÕES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL

doi 10.71248/9786583818270-7

desestigmatização, uso racional de medicamentos e redução de hospitalizações (Malogiannis *et al.*, 2025).

Elementos Essenciais do Cuidado de Apoio à Recuperação

Evidências qualitativas identificaram mecanismos essenciais pelos quais o cuidado individualizado apoiou a recuperação:

Os clientes valorizaram o reconhecimento como indivíduos capazes. Os profissionais enfatizaram os pontos fortes e ofereceram reforço positivo, aumentando a motivação e a autoestima (Lorenz-Artz *et al.*, 2026). A autodeterminação englobou a promoção da autoconfiança, a oferta de espaço para escolhas, o alinhamento com as narrativas pessoais e o equilíbrio entre a tolerância e a orientação (Lorenz-Artz *et al.*, 2026).

Envolvimento genuíno, relações igualitárias, experiências normalizadoras e momentos de reflexão transparentes promoveram confiança e aliança terapêutica. Os participantes descreveram consistentemente os profissionais como emocionalmente engajados, não julgadores e profundamente comprometidos.

Trabalhar ao lado de profissionais caracterizados por respeito mútuo e reciprocidade emocional apoiou a autonomia, mantendo o envolvimento profissional. Flexibilidade, disponibilidade e integração holística de redes sociais e profissionais foram elementos-chave (Lorenz-Artz *et al.*, 2026).

DISCUSSÃO

Esta revisão sistemática examinou os critérios de construção, a adesão e os resultados clínico-funcionais de planos terapêuticos individualizados em saúde mental. As evidências apoiam consistentemente os princípios fundamentais da construção: tomada de decisão compartilhada, avaliação centrada na pessoa além do diagnóstico, flexibilidade, tolerância à incerteza e integração da rede social. Esses princípios estão alinhados com as diretrizes internacionais que enfatizam que o cuidado centrado na pessoa é um direito humano em ambientes de saúde mental (Svamo *et al.*, 2026).



II CONGRESSO REGIONAL DE INTERVENÇÕES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL

doi 10.71248/9786583818270-7

Para resultados de adesão, evidências de baixa certeza sugerem que abordagens individualizadas provavelmente melhoram ou mantêm o engajamento no tratamento. Os principais facilitadores incluíram autonomia na tomada de decisões, responsabilidade de apoio (Carpenter-Song *et al.*, 2022) e alinhamento motivacional (Kuntz *et al.*, 2021). Essas descobertas apoiam abordagens integrativas de serviço completo, fornecendo modelos de cuidado escalonado personalizados, garantindo cuidados sob medida (Malogiannis *et al.*, 2025).

Os resultados clínico-funcionais mostraram evidências de certeza muito baixa a baixa. Embora os tamanhos de efeito para o desempenho ocupacional e a interação social tenham atingido magnitudes moderadas a grandes (Imamoto *et al.*, 2025), a ausência de grupos de controle em muitos estudos torna impossível atribuir definitivamente as melhorias exclusivamente ao programa individualizado (Imamoto *et al.*, 2025). O tratamento para condições como o TPB representa uma intervenção de saúde complexa, onde é difícil separar os efeitos do conteúdo, da intensidade e da duração (Malogiannis *et al.*, 2025).

Os resultados estão em consonância com revisões anteriores que documentam o apelo teórico, mas a base empírica limitada das abordagens individualizadas. Revisões sistemáticas de tratamentos comunitários para pessoas com necessidades emocionais complexas identificaram a escassez de avaliações rigorosas (Malogiannis *et al.*, 2025). Revisões de intervenções breves de DBT também notaram a necessidade de ensaios de não inferioridade em larga escala (Zhang *et al.*, 2025).

As lacunas de evidências identificadas aqui refletem desafios mais amplos na psiquiatria de precisão, onde, apesar do progresso substancial, a implementação eficaz, segura e equitativa enfrenta desafios consideráveis (Arango *et al.*, 2026).

Apesar da baixa certeza das evidências, várias implicações práticas emergem:

Os clínicos devem integrar a avaliação multidimensional e usar ferramentas como a Entrevista de Formulação Cultural para operacionalizar o cuidado centrado na pessoa (Svamo *et al.*, 2026). A personalização do tratamento deve adequar as intervenções aos perfis biológicos, psicológicos e contextuais individuais, adaptando o tratamento farmacológico, a psicoterapia e as intervenções no estilo de vida (Arango *et al.*, 2026).



II CONGRESSO REGIONAL DE INTERVENÇÕES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL

doi 10.71248/9786583818270-7

Os modelos de cuidados progressivos parecem adequados para condições onde a prevalência é alta, mas os prognósticos variam amplamente (Zhang *et al.*, 2025). Os pacientes com sintomas mais graves que não obtêm benefício suficiente de intervenção breve podem ser encaminhados para programas mais intensivos (Zhang *et al.*, 2025).

As abordagens individualizadas exigem flexibilidade no ritmo e no tempo, com capacidade de pausar ou ajustar com base na resposta do paciente (Yarborough *et al.*, 2024). O desmame centrado no paciente inclui entrar em contato para monitorar o progresso, envolver os pacientes na tomada de decisões e apoiar mudanças na saúde mental (Yarborough *et al.*, 2024).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão sistemática constata que os planos terapêuticos individualizados em saúde mental se fundamentam em princípios construtivos convincentes — tomada de decisão compartilhada, avaliação centrada na pessoa, flexibilidade e integração da rede social — que se alinham à filosofia de cuidado orientada para a recuperação. Evidências de baixa certeza sugerem que essas abordagens provavelmente melhoram a adesão ao tratamento; no entanto, as evidências referentes à redução dos sintomas e aos desfechos funcionais permanecem de muito baixa a baixa certeza, o que impede conclusões definitivas sobre a superioridade em relação ao cuidado padronizado. A base de evidências é substancialmente limitada por amostras pequenas, delineamentos predominantemente observacionais e heterogeneidade dos desfechos. Ensaios clínicos randomizados rigorosos com desfechos padronizados são urgentemente necessários para estabelecer se a promessa teórica dos planos terapêuticos individualizados se traduz em benefícios clínico-funcionais mensuráveis para pessoas que vivem com transtornos mentais.

REFERÊNCIAS

ARANGO, Celso *et al.* Precision medicine in mental health: applications, challenges, and recommendations. **European Psychiatry**, v. 69, n. 1, p. e53, 27 abr. 2026.



II CONGRESSO REGIONAL DE INTERVENÇÕES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL

doi 10.71248/9786583818270-7

CARPENTER-SONG, Elizabeth *et al.* Individualized Intervention to Support Mental Health Recovery Through Implementation of Digital Tools into Clinical Care: Feasibility Study. **Community Mental Health Journal**, v. 58, n. 1, p. 99–110, 21 jan. 2022.

IMAMOTO, Yusuke *et al.* A Pre-Post Study of Individualized Programs Using the Occupational Therapy Intervention Process Model in a Psychiatric Hospital in Japan. **Cureus**, 28 jun. 2025.

KUNTZ, Jennifer L. *et al.* Factors associated with opioid-tapering success: A mixed methods study. **Journal of the American Pharmacists Association**, v. 61, n. 3, p. 248- 257.e1, maio 2021.

LORENZ-ARTZ, Karin; BIERBOOMS, Joyce; BONGERS, Inge. Transforming specialized mental health practice: Insights from clients' perspectives on how to support recovery. **PLOS Mental Health**, v. 3, n. 3, p. e0000575, 20 mar. 2026.

MALOGIANNIS, Ioannis *et al.* Borderline personality disorder Athens study: a quasi-experimental pragmatic trial for the assessment of a public, psychodynamic, stepped care service for borderline personality disorder patients. **Frontiers in Psychiatry**, v. 16, 1 jul. 2025.

MEYER-KALOS, Piper S. *et al.* Enhancing stress reactivity and wellbeing in early schizophrenia: A pilot study of individual coping awareness therapy (I-CAT). **Schizophrenia Research**, v. 201, p. 413–414, nov. 2018.

SVAMO, Nina Therese Øversveen; DEMARINIS, Valerie; HAUG, Sigrid Helene Kjørven. Efficacy pilot study of the DSM-5 Cultural Formulation Interview in a specialized mental healthcare inpatient unit for adolescents in Norway. **Frontiers in Psychiatry**, v. 16, 2 jan. 2026.

YARBOROUGH, Bobbi Jo H. *et al.* Patient Perspectives on Mental Health and Pain Management Support Needed Versus Received During Opioid Deprescribing. **The Journal of Pain**, v. 25, n. 7, p. 104485, jul. 2024.

ZHANG, Yujie *et al.* Feasibility and Efficacy of Brief DBT Intervention for Adults With Borderline Personality Disorder/Traits: A Systematic Review. **Personality and Mental Health**, v. 19, n. 4, 4 nov. 2025.