Crimsm

III Congresso Regional de Intervenções Multiprofissionais em Saúde Mental

18—20 MARÇO 2027

ANAIS DO EVENTO

# ANAIS 2026 | 2027

III Congresso Regional de Intervenções Multiprofissionais em **Saúde Mental** (CRIMSM)



**18 a 20 de março de 2027**
Evento 100% on-line

**28/07/2026 a 20/03/2027**
Período de submissão de trabalhos

Organização: Editora Cognitus

Revista Cognitus Interdisciplinary Journal
**ISSN 3085-6124**

ANAIS DO

# III CONGRESSO REGIONAL DE INTERVENÇÕES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL

## (CRIMSM)

**18 a 20 de março de 2027 • Evento 100% on-line**

Organização

**Editora Cognitus**

ISBN 978-65-83818-72-0 | DOI 10.71248/9786583818720

**2026 | 2027**

INFORMAÇÕES DO EVENTO

# Expediente

| | |
|---|---|
| **Evento** | III Congresso Regional de Intervenções Multiprofissionais em Saúde Mental (CRIMSM) |
| **Período de realização** | 18 a 20 de março de 2027 |
| **Modalidade** | Evento 100% on-line |
| **Período de submissão** | 28 de julho de 2026 a 20 de março de 2027 |
| **Modalidades de trabalho** | Resumo simples, resumo expandido, trabalho completo e capítulo de livro |
| **Organização e publicação** | Editora Cognitus |
| **Contato** | contato@editoracognitus.com.br |
| **Instagram** | @congressocrimsm |
| **ISBN** | 978-65-83818-72-0 |
| **DOI** | https://doi.org/10.71248/9786583818720 |

*Os textos publicados nestes anais são de inteira responsabilidade de seus autores, inclusive quanto ao conteúdo, à revisão de linguagem e às referências utilizadas.*

EQUIPE EDITORIAL

# Corpo editorial

| Nome | Área |
|---|---|
| Aline Prado dos Santos | Ciências da Saúde |
| Artur Pires de Camargos Júnior | Ciências Humanas |
| Chrysller Candido Santos | Tecnologia |
| Dayane Fernandes Sousa | Ciências Humanas |
| Edmilson Valério de Magalhães | Ciências da Saúde |
| Eline Nogueira Santos Sobreira | Ciências da Saúde |
| Jalison Figueredo do Rêgo | Ciências Biológicas |
| Mateus Henrique Dias Guimarães | Ciências da Saúde |

COMISSÃO CIENTÍFICA

# Avaliadores

- Aline Prado dos Santos da Silva
- Andre Massahiro Shimaoka
- Antonio Alves de Fontes-Júnior
- Artur Pires de Camargos Júnior
- Carla Fernanda Couto Rodrigues
- Celso Chaves Adão Filho
- Denis Fernandes da Silva Ribeiro
- Edmilson Valério de Magalhães
- Igor Domingos dos Anjos
- José Leonardo Diniz de Melo Santos
- Keyla Liana Bezerra Machado
- Maria Clea Marinho Lima
- Mateus Henrique Dias Guimarães
- Najla Gergi Krouchane
- Rayssa do Nascimento Sousa
- Sarah Camila Fortes Santos
- Victor Martins Fontoura

BOAS-VINDAS

# Apresentação

O III Congresso Regional de Intervenções Multiprofissionais em Saúde Mental (CRIMSM) é realizado pela Editora Cognitus de 18 a 20 de março de 2027, em formato 100% on-line. O evento reúne estudantes de graduação, profissionais e pesquisadores interessados na saúde mental e nas práticas multiprofissionais de cuidado.

Estes anais reúnem os trabalhos submetidos entre 28 de julho de 2026 e 20 de março de 2027 e aprovados para publicação, nas modalidades aceitas pelo evento. Os trabalhos completos estão organizados na Seção 1, cada um com título, autoria, vínculo institucional, resumo em português e em inglês, texto integral e referências.

Esperamos que as produções aqui reunidas contribuam para o diálogo entre as diferentes profissões que atuam na saúde mental e para a qualificação do cuidado oferecido às pessoas e às comunidades.

**Editora Cognitus**
Organização do III CRIMSM

CONTEÚDO

# Sumário

**Apresentação** ..... 5

**SEÇÃO 1 – TRABALHOS COMPLETOS** ..... 7

TELEPSIQUIATRIA HÍBRIDA: ADESÃO, SEGURANÇA DO PACIENTE E RESULTADOS CLÍNICOS — UMA REVISÃO INTEGRATIVA ..... 8

*Dayse Isabel Coelho Paraiso Belém; Giovanna dos Reis Doval; Letícia Grande Conrado; Fernando Daniel Pereira Barbosa; Lucas Paulo Bezerra; Bruno Silva dos Anjos* • DOI: 10.71248/conevy.41.338

SEÇÃO 1

# TRABALHOS COMPLETOS

Trabalhos completos aprovados e apresentados no III Congresso Regional de Intervenções Multiprofissionais em Saúde Mental (CRIMSM).

Crimsm
III Congresso Regional de Intervenções Multiprofissionais em Saúde Mental

TRABALHO COMPLETO Seção 1 • Saúde mental e práticas multiprofissionais

# TELEPSIQUIATRIA HÍBRIDA: ADESÃO, SEGURANÇA DO PACIENTE E RESULTADOS CLÍNICOS — UMA REVISÃO INTEGRATIVA

**Dayse Isabel Coelho Paraiso Belém**[1]; **Giovanna dos Reis Doval**[2]; **Letícia Grande Conrado**[3]; **Fernando Daniel Pereira Barbosa**[4]; **Lucas Paulo Bezerra**[5]; **Bruno Silva dos Anjos**[6]

[1] Graduada em Medicina, Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Brasil. E-mail: daysepediatra@gmail.com
[2] Graduanda em Medicina, Universidade Nove de Julho (UNINOVE), Brasil. E-mail: girdoval@gmail.com
[3] Graduada em Medicina, Universidade Paranaense (UNIPAR), Brasil. E-mail: cissagconrado@live.com
[4] Graduando em Medicina, Universidade de Rio Verde (UniRV), Brasil. E-mail: fernando.barbosa@academico.unirv.edu.br
[5] Médico, Universidade Potiguar, Brasil. E-mail: lucaspaulo9898@gmail.com
[6] Graduando em Medicina, Universidade de Franca (UNIFRAN), Brasil. E-mail: brunoanjos2002@hotmail.com

**DOI:** https://doi.org/10.71248/conevy.41.338

## RESUMO

A ampliação do atendimento remoto em saúde mental favoreceu modelos híbridos, que combinam encontros presenciais e componentes à distância. Objetivo: analisar as evidências científicas sobre a telepsiquiatria híbrida e seus efeitos na adesão ao tratamento, na segurança do paciente e nos resultados clínicos. Método: revisão integrativa realizada em 11 de novembro de 2026 no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde, com descritores controlados e termos livres, recorte de 2016 a 2026 e idiomas português, inglês e espanhol. Dos 77 registros identificados, 14 estudos compuseram a amostra. Resultados: os modelos híbridos associaram-se a menor abandono e maior retenção em pessoas com transtornos por uso de substâncias, a menos faltas às consultas e a reduções de sintomas depressivos, ansiosos e de estresse pós-traumático, com desempenho semelhante ao atendimento presencial em ensaio randomizado. Os estudos que avaliaram segurança descreveram os modelos como seguros, com redução de ideação suicida e de visitas a serviços de urgência em amostras específicas, embora a oferta exclusivamente remota tenha se associado à perda de seguimento em jovens com primeiro episódio psicótico. Conclusão: a telepsiquiatria híbrida é promissora, mas as evidências ainda são predominantemente observacionais, de curto prazo e com amostras pequenas.

**Palavras-chave:** Cooperação e Adesão ao Tratamento; Resultado do Tratamento; Saúde Mental; Segurança do Paciente; Telepsiquiatria.

## ABSTRACT

The expansion of remote mental health care has encouraged hybrid models that combine in-person encounters with remote components. Objective: to analyze the scientific evidence on hybrid telepsychiatry and its effects on treatment adherence, patient safety and clinical outcomes. Method: integrative review conducted on November 11, 2026, in the Regional Portal of the Virtual Health Library, using controlled descriptors and free terms, covering 2016 to 2026 and Portuguese, English and Spanish. Of the 77 records identified, 14 studies made up the sample. Results: hybrid models were associated with lower dropout and greater retention among people with substance use

disorders, fewer missed appointments and reductions in depressive, anxiety and post-traumatic stress symptoms, with performance similar to in-person care in a randomized trial. Studies that assessed safety described the models as safe, with reductions in suicidal ideation and in emergency and urgent care visits in specific samples, although exclusively remote delivery was associated with loss to follow-up among young people with first-episode psychosis. Conclusion: hybrid telepsychiatry is promising, but the evidence remains predominantly observational, short-term and based on small samples.

**Keywords:** Mental Health; Patient Safety; Telepsychiatry; Treatment Adherence and Compliance; Treatment Outcome.

## 1 INTRODUÇÃO

A telessaúde mental, entendida como o uso de videoconferência ou de chamadas apenas por áudio no cuidado em saúde mental, teve expansão expressiva a partir da pandemia de covid-19 (Sugarman; Busch, 2023). Em uma coorte com mais de 1,3 milhão de pessoas atendidas em três sistemas de saúde dos Estados Unidos, as consultas virtuais passaram de 1,8% dos atendimentos no período anterior à pandemia para 25,6% em seu pico, em meados de 2020, e a utilização mensal dos serviços de saúde mental manteve-se mais elevada até o fim de 2022, sustentada em parte por essa modalidade (Rossom *et al.*, 2025).

Nesse cenário, ganharam espaço os modelos híbridos, que combinam atendimento presencial e telessaúde (Narváez-Camargo *et al.*, 2026). Na literatura, a expressão abrange também o cuidado misto (*blended care*), no qual a terapia face a face é associada a ferramentas digitais de saúde mental (Cohen *et al.*, 2024), e arranjos em que intervenções digitais são integradas ao tratamento farmacológico ou presencial (Schwientek *et al.*, 2026). Modelos como o dos navegadores digitais e o da clínica digital ilustram essa integração entre o contato síncrono com profissionais e recursos assíncronos, como aplicativos e monitoramento remoto (Choudhary *et al.*, 2025).

A adesão é um ponto crítico para esse campo. Uma revisão sistemática de 23 ensaios clínicos com intervenções digitais culturalmente adaptadas encontrou medianas de 18,7% de abandono e de 71% de adesão, e os estudos que associaram adaptação cultural a suporte humano apresentaram os melhores resultados de engajamento (Tandon *et al.*, 2026). No Brasil, em uma plataforma de saúde mental totalmente autoguiada, 88,9% dos 2.145 usuários cadastrados acessaram o programa em apenas um dia; já em uma amostra de 50 participantes, 40% dos que escolheram o formato híbrido, com encontros presenciais, concluíram todas as atividades, contra 8% no formato exclusivamente on-line (Moretti *et al.*, 2024).

A segurança do paciente e a qualidade do vínculo terapêutico também são preocupações recorrentes. Ao sintetizar 52 estudos sobre telepsiquiatria em transtornos alimentares, Sapouna *et al.* (2025) identificaram como barreiras a fragilidade da relação terapêutica, a baixa adesão, limitações clínicas relacionadas à gravidade e às comorbidades, além de questões de privacidade e de ordem técnica. Ferramentas digitais podem favorecer a adesão e a vigilância de efeitos adversos de medicamentos, mas persistem desafios de força da evidência, integração ao fluxo de trabalho e equidade (Choudhary *et al.*, 2025). Quanto à aliança terapêutica, sua intensidade mostrou-se comparável entre os formatos presencial, on-line e misto, embora sua

associação com os desfechos tenha sido menos consistente nos formatos remoto e misto (Zhou *et al.*, 2026).

Embora metanálises indiquem que avaliação e desfechos clínicos na telessaúde mental são semelhantes aos do atendimento presencial, há variabilidade não explicada e lacunas sobre populações específicas, como pessoas com transtornos psicóticos, crianças e adolescentes, e sobre o cuidado híbrido que mescla atendimento presencial e remoto (Sugarman; Busch, 2023). Em jovens com depressão, a efetividade, a adesão, o abandono e a formação do vínculo terapêutico são apontados como possíveis barreiras para o uso de tratamentos computadorizados e mistos na rotina dos serviços (Rasing; Stikkelbroek; Bodden, 2019). Reunir essas evidências é relevante para orientar equipes multiprofissionais e gestores na organização do cuidado em saúde mental com segurança e continuidade.

Diante desse contexto, este estudo teve como objetivo analisar as evidências científicas sobre a telepsiquiatria híbrida, considerando a adesão ao tratamento, a segurança do paciente e os resultados clínicos, a fim de compreender suas potencialidades e limites para o cuidado em saúde mental.

**Objetivo geral:** Analisar as evidências científicas sobre a telepsiquiatria híbrida, considerando a adesão ao tratamento, a segurança do paciente e os resultados clínicos de pessoas em acompanhamento em saúde mental.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, desenvolvida para reunir, analisar e sintetizar as evidências científicas disponíveis sobre a telepsiquiatria híbrida. O Quadro 1 resume os elementos metodológicos do estudo.

**Quadro 1 – Elementos metodológicos do estudo**

| Elemento metodológico | Descrição |
|---|---|
| Tipo de estudo | Revisão integrativa da literatura. |
| Abordagem | Qualitativa, com síntese descritiva e crítica dos achados. |
| Questão de pesquisa | Quais são as evidências científicas sobre os efeitos da telepsiquiatria híbrida (combinação de atendimento presencial ou síncrono com componentes remotos) na adesão ao tratamento, na segurança do paciente e nos resultados clínicos de pessoas em acompanhamento em saúde mental? Estratégia PICo: P – pessoas com transtornos mentais ou em acompanhamento em saúde mental; I – telepsiquiatria híbrida; Co – adesão, segurança do paciente e resultados clínicos. |
| Fonte de dados | Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), coleção completa. Os registros recuperados provinham das bases MEDLINE, PubMed não-MEDLINE e WPRIM. |
| Período da pesquisa | Busca realizada em 11 de novembro de 2026; publicações de 2016 a 2026. |
| Critérios de inclusão | Estudos primários ou revisões, disponíveis em texto completo, em português, inglês ou espanhol, que avaliaram modelos de cuidado em saúde mental que combinam atendimento presencial ou síncrono com componentes remotos e que relataram desfechos de adesão, retenção, abandono, segurança ou resultados clínicos. |

| Elemento metodológico | Descrição |
|---|---|
| Critérios de exclusão | Protocolos de estudo sem resultados; estudos fora do campo da saúde mental; intervenções exclusivamente autoguiadas, sem componente clínico ou profissional; estudos sem desfechos relacionados à questão de pesquisa; relatos de eventos, editoriais, materiais opinativos e literatura cinzenta. |
| Procedimentos de análise | Seleção em etapas (títulos e resumos, seguida de elegibilidade), extração padronizada dos dados, avaliação crítica do delineamento e síntese por categorias temáticas. |

Fonte: elaborado pelos autores (2026).

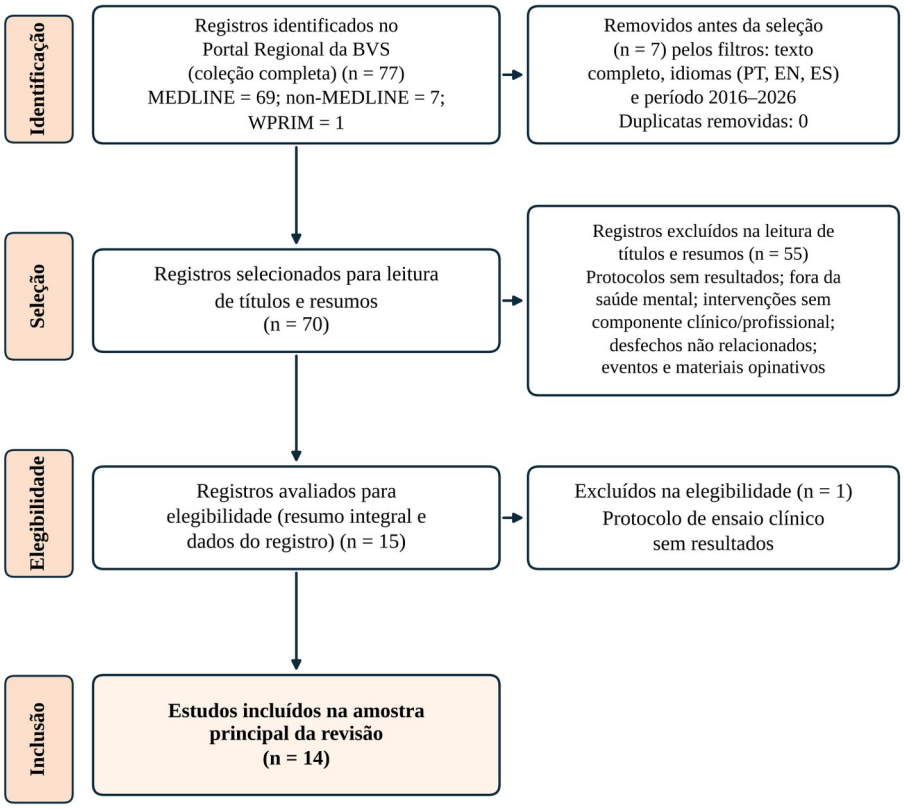
A estratégia de busca combinou descritores do DeCS (Telepsiquiatria; Cooperação e Adesão ao Tratamento; Segurança do Paciente; Resultado do Tratamento; Saúde Mental), seus equivalentes em inglês e espanhol e termos livres, articulados pelos operadores booleanos OR e AND, conforme a seguinte expressão: (telepsiquiatria OR telepsychiatry OR telepsiquiatría OR "telemental health" OR telemedicina OR telemedicine OR "consulta remota" OR "remote consultation" OR videoconferência OR videoconferencing) AND (híbrido OR hibrido OR hybrid OR blended OR "presencial e remoto" OR "in-person and virtual") AND (psiquiatria OR psychiatry OR "saúde mental" OR "mental health" OR "transtornos mentais" OR "mental disorders") AND ("cooperação e adesão ao tratamento" OR "treatment adherence and compliance" OR adesão OR adherence OR "segurança do paciente" OR "patient safety" OR "resultado do tratamento" OR "treatment outcome" OR "clinical outcomes").

A busca na coleção completa da BVS recuperou 77 registros (MEDLINE = 69; PubMed não-MEDLINE = 7; WPRIM = 1). Foram aplicados os filtros de texto completo disponível, idioma (português, inglês e espanhol) e ano de publicação (2016 a 2026), o que resultou em 70 registros (MEDLINE = 64; PubMed não-MEDLINE = 5; WPRIM = 1). Não foram identificadas duplicatas, verificadas pelo identificador DOI e pelo título.

A seleção ocorreu em duas etapas. Na primeira, foram lidos os títulos e resumos dos 70 registros, com exclusão de 55 que não atendiam aos critérios de elegibilidade. Na segunda, os 15 registros restantes tiveram seus resumos integrais e dados bibliográficos analisados em profundidade; um deles foi excluído por se tratar de protocolo de ensaio clínico sem resultados. Assim, 14 estudos compuseram a amostra final. Nove registros da mesma busca, que não respondiam diretamente à questão de pesquisa, mas traziam contribuições conceituais ou evidências complementares, foram utilizados exclusivamente como apoio à discussão. O processo está representado na Figura 1, elaborada com base no modelo PRISMA.

Os dados foram extraídos das informações disponíveis nos registros de cada estudo (título, resumo estruturado e dados bibliográficos) e organizados em quadro com autor e ano, delineamento e contexto, objetivo, amostra ou população, principais resultados e contribuição para a revisão. A avaliação crítica considerou o delineamento, a presença de grupo de comparação, o tamanho da amostra, o cenário de realização (pesquisa controlada ou prática real), a coerência entre método e resultados e as limitações reconhecidas pelos próprios autores. Os achados foram agrupados em três categorias temáticas: adesão, retenção e engajamento; segurança do paciente; e resultados clínicos. Por se tratar de pesquisa com dados públicos e sem participação direta de seres humanos, o estudo dispensou apreciação por comitê de ética em pesquisa.

**Figura 1 – Fluxograma de seleção dos estudos, baseado no modelo PRISMA**




Fonte: elaborado pelos autores (2026).

## 3 RESULTADOS

A amostra foi composta por 14 estudos, todos indexados na MEDLINE e publicados em inglês, entre 2019 e 2026; dez deles (71,4%) foram publicados entre 2024 e 2026. Quanto ao delineamento, predominaram os estudos observacionais (n = 6), seguidos por ensaios clínicos randomizados (n = 4), um ensaio aberto não randomizado, um estudo piloto, uma revisão sistemática e um estudo qualitativo. As populações incluíram pessoas com depressão e ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, transtornos psicóticos, transtorno bipolar, anorexia nervosa, transtornos por uso de substâncias e adolescentes com comorbidades psiquiátricas, além de psiquiatras ambulatoriais e pacientes que receberam alta de serviço de emergência. O Quadro 2 apresenta a caracterização dos estudos incluídos.

**Quadro 2 – Caracterização dos estudos incluídos na revisão (n = 14)**

| Autor/Ano | Delineamento e contexto | Objetivo | Amostra/ População | Principais resultados | Contribuição |
|---|---|---|---|---|---|
| **Narváez-Camargo *et al.* (2026)** | Observacional retrospectivo com prontuários eletrônicos; ambulatórios, 2018–2023 | Analisar o uso do tratamento híbrido antes, durante e após a pandemia e seu impacto no abandono | 6.365 pacientes com transtorno por uso de substâncias e transtorno mental comórbido | Menor abandono e maior tempo de tratamento no cuidado híbrido; híbrido foi o preditor mais forte de redução do abandono | Adesão |
| **Owusu *et al.* (2025)** | Coorte retrospectiva; programa oferecido por empregadores | Avaliar desfechos clínicos de terapia mista (vídeo + ferramentas digitais) para TEPT | 199 adultos com sintomas de TEPT | 82,91% apresentaram melhora confiável ou recuperação dos sintomas (PCL-5) | Resultados clínicos |
| **Macrynikola *et al.* (2025)** | Ensaio aberto não randomizado (Digital Clinic) | Avaliar viabilidade, aceitabilidade e eficácia potencial do modelo | 258 participantes com depressão e/ou ansiedade | 83,3% concluíram as 8 semanas; PHQ-9 de 13,39 para 7,79 (d = 1,11) e GAD-7 de 12,93 para 7,35 (d = 1,22) | Adesão; resultados clínicos |
| **Notsu *et al.* (2026)** | Avaliação de programa, pré-pós retrospectiva; integração com serviço de emergência | Examinar mudanças na utilização de serviços após o cuidado digital híbrido | 79 pacientes com alta do serviço de emergência | Redução significativa de atendimentos, incluindo internações, emergência e urgência | Segurança |
| **Chang; Gray; Torous (2023)** | Estudo piloto de clínica híbrida | Explorar engajamento no aplicativo e desfechos clínicos | Pacientes com ansiedade ou depressão (tamanho não informado no resumo) | Redução de PHQ-9 e GAD-7; alto engajamento, sem correlação com desfechos; satisfação e aliança modularam a mudança | Adesão; resultados clínicos |
| **Cohen *et al.* (2024)** | Revisão sistemática (PRISMA) | Avaliar o desenvolvimento e a efetividade do cuidado misto na psicose | 11 estudos sobre 8 intervenções; adultos com transtornos do espectro da esquizofrenia | Aceitabilidade e efeitos favoráveis em ambiente controlado (d de 0,22 a 1,00); baixa adoção e ausência de ganhos na prática real | Resultados clínicos; implementação |
| **Romijn *et al.* (2021)** | Ensaio clínico randomizado com seguimento de 1 ano; atenção especializada | Comparar TCC mista e TCC presencial em transtornos de ansiedade | 114 pacientes (52 na TCC mista; 62 na presencial) | Sem diferenças em aceitabilidade, adesão ou efetividade no pós-tratamento e em 1 ano; TCC mista potencialmente custo-efetiva | Adesão; resultados clínicos |

| Autor/Ano | Delineamento e contexto | Objetivo | Amostra/ População | Principais resultados | Contribuição |
|---|---|---|---|---|---|
| **Ratheesh *et al.* (2025)** | Ensaio piloto randomizado aberto (2:1); serviço juvenil em Melbourne, Austrália | Descrever aceitabilidade, segurança e viabilidade do modelo BLEND | 21 jovens de 15 a 25 anos com transtorno bipolar I ou II | Ambos os modelos aceitáveis e seguros; maior redução da ideação suicida no BLEND | Segurança; resultados clínicos |
| **Gamoran *et al.* (2024)** | Observacional, comparação seis meses antes e depois da transição para telessaúde; três ambulatórios psiquiátricos | Avaliar adesão e sintomas depressivos na transição para teleterapia | 3.476 pacientes, em maioria de baixa renda e de minorias étnico-raciais | Faltas caíram de 6,27 para 3,77; PHQ-9 de 8,17 para 6,82 | Adesão; resultados clínicos |
| **Alston; Bennett; Rochani (2019)** | Revisão de prontuários | Examinar preditores de adesão em jovens com primeiro episódio psicótico | Jovens com primeiro episódio de esquizofrenia (tamanho não informado no resumo) | 47% de desvinculação; apoio familiar predisse adesão; oferta por telessaúde predisse perda de seguimento | Adesão; segurança |
| **Palacios *et al.* (2025)** | Ensaio randomizado por conglomerados escalonados (*stepped-wedge*); 9 clínicas | Avaliar o efeito de aplicativo de monitoramento remoto em modelo misto na retenção | Pacientes em tratamento medicamentoso para transtorno por uso de opioides (1.205 vs. 319) | Retenção em 30 dias de 75,5% vs. 63,6%; vínculo pelo aplicativo associado a maior continuidade e doses | Adesão |
| **Schlegl *et al.* (2026)** | Ensaio clínico randomizado unicêntrico | Avaliar cuidado pós-alta via smartphone com feedback de terapeuta | 186 mulheres internadas por anorexia nervosa | Sem diferença no EDE global; 69,9% concluíram 16 semanas; reinternações sem diferença entre grupos | Adesão; segurança |
| **Uscher-Pines *et al.* (2022)** | Qualitativo, entrevistas semiestruturadas | Explorar como psiquiatras decidem entre telemedicina e presencial | 20 psiquiatras ambulatoriais | Maioria dos pacientes considerada apta à telemedicina em modelo híbrido; preferência e contexto guiaram a escolha; uso para melhorar comparecimento e adesão | Segurança; adesão |
| **Shaw *et al.* (2024)** | Coorte retrospectiva longitudinal; clínica-escola universitária pública | Explorar desfechos de grupos de habilidades de DBT-A em formatos virtual e híbrido | 21 adolescentes com comorbidades psiquiátricas | Maioria concluiu o tratamento; redução de ansiedade e pânico, sem redução de depressão; nenhuma tentativa de suicídio | Segurança; resultados clínicos |

Legenda: TEPT – transtorno de estresse pós-traumático; TCC – terapia cognitivo-comportamental; DBT-A – terapia comportamental dialética para adolescentes; PHQ-9 – Patient Health Questionnaire-9; GAD-7 – Generalized Anxiety Disorder-7; PCL-5 – PTSD Checklist for DSM-5; EDE – Eating Disorder Examination.

Fonte: elaborado pelos autores com base nos estudos incluídos (2026).

O Quadro 2 mostra que a amostra reúne diferentes arranjos híbridos, da alternância entre consultas presenciais e remotas à associação de sessões síncronas com aplicativos, e que a maioria dos estudos avaliou mais de um eixo da questão de pesquisa.

### 3.1 Adesão, retenção e engajamento

Dez estudos abordaram a adesão. No maior deles, com 6.365 pacientes com diagnóstico dual, o cuidado híbrido associou-se a menores taxas de abandono e a maior tempo de tratamento, e a regressão de Cox confirmou o formato híbrido como o preditor mais forte de redução do abandono em todos os períodos analisados; pacientes em cuidado coordenado entre centros de dependência química e de saúde mental também abandonaram menos (Narváez-Camargo *et al.*, 2026). Em clínicas de tratamento do transtorno por uso de opioides, a implantação de um aplicativo de monitoramento remoto integrado ao cuidado presencial elevou a retenção em 30 dias de 63,6% para 75,5%, e o vínculo do paciente a um profissional pelo aplicativo associou-se a maior continuidade do tratamento e a mais doses tomadas (Palacios *et al.*, 2025).

Na transição para a teleterapia em três ambulatórios psiquiátricos, a média de faltas caiu de 6,27 para 3,77 por paciente, resultado mantido após ajuste por idade, sexo, raça/etnia e tipo de seguro (Gamoran *et al.*, 2024). Nos modelos com aplicativo e equipe de apoio, 83,3% dos participantes concluíram o programa de oito semanas (Macrynikola *et al.*, 2025), e o engajamento no aplicativo foi alto (Chang; Gray; Torous, 2023). No ensaio com pacientes com anorexia nervosa, 69,9% concluíram as 16 semanas de acompanhamento pós-alta (Schlegl *et al.*, 2026), e no ensaio com transtornos de ansiedade a adesão à TCC mista não diferiu da observada na TCC presencial (Romijn *et al.*, 2021). Nos grupos de DBT para adolescentes em formatos virtual e híbrido, a maioria dos participantes concluiu o tratamento (Shaw *et al.*, 2024).

Em sentido oposto, uma revisão de prontuários de jovens com primeiro episódio psicótico encontrou taxa de desvinculação de 47%, e o recebimento do cuidado por telessaúde foi preditor significativo de perda de seguimento ou de não adesão; os autores recomendaram justamente um modelo híbrido, com entrega domiciliar de medicamentos, além do apoio familiar (Alston; Bennett; Rochani, 2019). Os psiquiatras entrevistados por Uscher-Pines *et al.* (2022) relataram usar a oferta de telemedicina para melhorar o comparecimento e a adesão de seus pacientes.

### 3.2 Segurança do paciente

A segurança foi abordada, direta ou indiretamente, em seis estudos e, em geral, como desfecho secundário. No ensaio piloto com jovens com transtorno bipolar, ambos os modelos de cuidado foram considerados aceitáveis e seguros, e o grupo que recebeu o modelo misto teve maior redução da ideação suicida (Ratheesh *et al.*, 2025). Nos grupos de habilidades de DBT para adolescentes oferecidos em formatos virtual e híbrido, não ocorreram tentativas de suicídio nem suicídios durante o programa (Shaw *et al.*, 2024). Entre pacientes que receberam alta da emergência e foram acompanhados por um modelo digital híbrido, houve redução significativa dos atendimentos de alto custo, como internações, emergência e urgência (Notsu *et al.*, 2026).

No acompanhamento pós-alta de pacientes com anorexia nervosa, as reinternações ocorreram em 4,7% das participantes ao fim da intervenção e em 26,4% no seguimento de seis meses, sem diferença entre os grupos (Schlegl *et al.*, 2026). Do ponto de vista da decisão clínica, os psiquiatras consideraram a maioria dos pacientes apta a consultas remotas no contexto de modelos híbridos, e a escolha da modalidade foi orientada mais pela preferência do paciente e por fatores situacionais, como acesso a um espaço privado, do que pelo diagnóstico (Uscher-Pines *et al.*, 2022). O risco de perda de seguimento associado à oferta remota em jovens com psicose (Alston; Bennett; Rochani, 2019) constitui um sinal de alerta para a segurança.

### 3.3 Resultados clínicos

Os estudos com medidas de sintomas indicaram, em sua maioria, melhora clínica. Na terapia mista para TEPT, 82,91% dos participantes apresentaram melhora confiável ou recuperação (Owusu *et al.*, 2025). No modelo de clínica digital, as médias do PHQ-9 e do GAD-7 passaram de níveis moderados para subclínicos, com tamanhos de efeito de 1,11 e 1,22 (Macrynikola *et al.*, 2025), e o estudo piloto desse modelo também mostrou redução dos dois escores (Chang; Gray; Torous, 2023). Na transição para a teleterapia, o PHQ-9 médio diminuiu de 8,17 para 6,82, exceto entre adultos emergentes (Gamoran *et al.*, 2024). Nos adolescentes em DBT, houve redução de ansiedade e pânico, mas não de depressão (Shaw *et al.*, 2024).

Nos estudos comparativos, a TCC mista não diferiu da TCC presencial no pós-tratamento nem em um ano de seguimento, sendo apontada como alternativa potencialmente custo-efetiva (Romijn *et al.*, 2021). O acréscimo de acompanhamento por smartphone ao tratamento usual na anorexia nervosa não trouxe benefício adicional nos sintomas (Schlegl *et al.*, 2026). Na psicose, a revisão sistemática encontrou efeitos favoráveis em ambiente de pesquisa controlada, mas a única intervenção avaliada também na prática real teve baixa adoção e não reproduziu os ganhos clínicos (Cohen *et al.*, 2024).

## 4 DISCUSSÃO

### 4.1 Adesão: o componente presencial e humano como diferencial

Os achados desta revisão indicam que os modelos híbridos tendem a favorecer a permanência no tratamento, sobretudo quando o componente remoto amplia, e não substitui, o vínculo com a equipe. Essa interpretação é reforçada pela revisão de Tandon *et al.* (2026), na qual as intervenções que associaram adaptação cultural e suporte humano tiveram os melhores resultados de engajamento, e pelo estudo brasileiro de Moretti *et al.* (2024), em que a conclusão das atividades foi cinco vezes maior no formato com encontros presenciais do que no exclusivamente on-line. O aumento da utilização dos serviços de saúde mental após a pandemia, sustentado em parte pelas consultas virtuais (Rossom *et al.*, 2025), sugere que a flexibilidade da modalidade pode reduzir barreiras de acesso.

Entretanto, observou-se divergência importante em relação ao estudo com jovens em primeiro episódio psicótico, no qual a oferta por telessaúde associou-se à perda de seguimento (Alston; Bennett; Rochani, 2019). Essa diferença pode estar ligada ao tipo de modelo, já que se tratava de oferta remota sem o componente presencial articulado, ao período anterior à pandemia e à maior gravidade clínica da população. A revisão de Sapouna *et al.* (2025) também identificou a baixa adesão como barreira em quadros complexos e defendeu que modelos on-line ou híbridos sejam altamente personalizados e contem com envolvimento ativo do terapeuta.

A redução de faltas descrita por Gamoran *et al.* (2024), por sua vez, foi observada em população de baixa renda e de minorias étnico-raciais, o que aponta para o potencial de equidade do cuidado remoto, embora o delineamento antes-depois não permita atribuir causalidade.

Do ponto de vista multiprofissional, chamam atenção o menor abandono no cuidado coordenado entre serviços de dependência química e de saúde mental (Narváez-Camargo *et al.*, 2026), o papel do apoio familiar (Alston; Bennett; Rochani, 2019) e a atuação de navegadores digitais, membros não clínicos da equipe que apoiam o engajamento e a alfabetização digital (Macrynikola *et al.*, 2025; Notsu *et al.*, 2026). Esses arranjos são coerentes com os modelos híbridos descritos por Choudhary *et al.* (2025) como caminhos práticos para a adoção segura e o uso sustentado de ferramentas digitais.

### 4.2 Segurança do paciente: sinais positivos, evidência ainda frágil

Os estudos que avaliaram segurança não indicaram piora com os modelos híbridos e, em alguns casos, sugeriram benefício, como a maior redução da ideação suicida no modelo BLEND (Ratheesh *et al.*, 2025) e a diminuição de atendimentos de urgência e internações após a alta da emergência (Notsu *et al.*, 2026). Contudo, essas evidências provêm de amostras pequenas, de 21 e 79 participantes, de estudo piloto e de avaliação pré-pós sem grupo controle, o que limita a generalização. Além disso, na avaliação de Notsu *et al.* (2026), a comparação entre quem concluiu e quem interrompeu o tratamento não foi significativa, o que torna incerta a contribuição específica da intervenção.

A segurança no cuidado híbrido também depende de processos organizacionais. As diretrizes de telessaúde mental contemplam questões legais e regulatórias, considerações clínicas, procedimentos operacionais padronizados, requisitos técnicos e especificidades de populações e cenários (Sugarman; Busch, 2023). Ferramentas digitais podem apoiar a vigilância de efeitos adversos e a triagem de dados (Choudhary *et al.*, 2025), mas preocupações com privacidade e limitações técnicas persistem como barreiras (Sapouna *et al.*, 2025). Nesse sentido, a constatação de que psiquiatras escolhem a modalidade com base na preferência do paciente e em fatores como a disponibilidade de um espaço privado (Uscher-Pines *et al.*, 2022) reforça a necessidade de critérios explícitos e de protocolos de manejo de crises para a decisão entre o atendimento remoto e o presencial.

### 4.3 Resultados clínicos: efetividade comparável e desafio da prática real

Os resultados clínicos convergem com a literatura que aponta desfechos semelhantes entre a telessaúde mental e o atendimento presencial (Sugarman; Busch, 2023), como mostrou o ensaio com transtornos de ansiedade (Romijn *et al.*, 2021). As reduções expressivas de sintomas depressivos, ansiosos e de TEPT (Owusu *et al.*, 2025; Macrynikola *et al.*, 2025) são promissoras, mas derivam de estudos sem grupo controle, sujeitos a efeitos de regressão à média e de seleção. A ausência de benefício adicional no seguimento pós-alta da anorexia nervosa (Schlegl *et al.*, 2026) sugere que o ganho do componente digital pode ser menor quando o tratamento usual já é intensivo e de acesso rápido.

O achado de que o engajamento no aplicativo não se correlacionou com os desfechos, enquanto a satisfação e a aliança terapêutica modularam a mudança (Chang; Gray; Torous, 2023), dialoga com a revisão de Zhou *et al.* (2026), que encontrou aliança comparável entre os formatos, mas associação menos consistente entre aliança e desfecho nos formatos remoto e

misto. Schwientek *et al.* (2026) também destacam mudanças no papel e na forma da aliança terapêutica digital como questão em aberto. Por fim, a distância entre os resultados obtidos em pesquisa e na prática real, evidenciada na psicose (Cohen *et al.*, 2024), e a hesitação de profissionais em adotar tratamentos mistos em jovens (Rasing; Stikkelbroek; Bodden, 2019) indicam que a implementação, e não apenas a eficácia, é um determinante central dos resultados.

### 4.4 Implicações, limitações e lacunas

Para a prática, os achados sugerem que a telepsiquiatria híbrida deve ser planejada como parte de um cuidado integrado, com equipe multiprofissional, apoio ao engajamento, envolvimento da família quando pertinente e critérios claros para indicar o encontro presencial, especialmente em quadros graves. Entre as limitações dos estudos incluídos destacam-se a predominância de delineamentos observacionais, as amostras pequenas nos estudos que avaliaram segurança, o seguimento curto e a heterogeneidade das populações e dos modelos avaliados. Também não há uniformidade na definição de modelo híbrido, o que dificulta comparações.

Esta revisão também apresenta limitações: a busca foi realizada em um único portal, ainda que integrador de várias bases; a extração baseou-se nas informações disponíveis nos registros dos estudos, e não na leitura integral de todos os textos; e a inclusão apenas de publicações com texto completo disponível pode ter excluído estudos relevantes. Permanecem como lacunas a realização de ensaios clínicos que comparem diretamente o cuidado híbrido com o presencial e o exclusivamente remoto, a mensuração sistemática de eventos adversos e de indicadores de segurança, e a produção de evidências no contexto brasileiro, incluindo o Sistema Único de Saúde.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a telepsiquiatria híbrida apresenta evidências favoráveis quanto à adesão e aos resultados clínicos e sinais iniciais de segurança no cuidado em saúde mental. Os estudos analisados demonstram que a combinação de encontros presenciais ou síncronos com componentes remotos associou-se a menor abandono e maior retenção, sobretudo em pessoas com transtornos por uso de substâncias, a menos faltas às consultas e a reduções de sintomas depressivos, ansiosos e de estresse pós-traumático, com desempenho comparável ao atendimento presencial. Em relação à segurança, os modelos foram descritos como seguros e houve indícios de redução da ideação suicida e de atendimentos de urgência, mas a oferta remota sem articulação presencial associou-se à perda de seguimento em jovens com psicose.

Esses resultados contribuem para orientar equipes multiprofissionais e gestores na organização de serviços que utilizem o atendimento remoto como complemento, e não substituto, do vínculo presencial, com apoio ao engajamento e critérios de segurança definidos. Como limitação, destaca-se o predomínio de estudos observacionais, com amostras pequenas e seguimento curto, além da extração baseada nos registros dos estudos. Recomenda-se que futuras pesquisas comparem diretamente diferentes modelos de cuidado por meio de ensaios clínicos, avaliem a segurança como desfecho principal e investiguem a telepsiquiatria híbrida no contexto brasileiro e do Sistema Único de Saúde.

## REFERÊNCIAS

ALSTON, M.; BENNETT, C. F.; ROCHANI, H. Treatment adherence in youth with first-episode psychosis: impact of family support and telehealth delivery. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 40, n. 11, p. 951-956, 2019. DOI: https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1630532.

CHANG, S.; GRAY, L.; TOROUS, J. Smartphone app engagement and clinical outcomes in a hybrid clinic. **Psychiatry Research**, v. 319, 115015, 2023. DOI: https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.115015.

CHOUDHARY, S. *et al.* Telehealth and pharmacotherapy: the role of synchronous and novel asynchronous digital health tools in psychiatry. **Pharmaceutical Medicine**, v. 39, n. 6, p. 413-425, 2025. DOI: https://doi.org/10.1007/s40290-025-00579-6.

COHEN, M. *et al.* Blended care in psychosis: a systematic review. **Schizophrenia Research**, v. 267, p. 381-391, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.schres.2024.03.041.

GAMORAN, J. *et al.* An examination of depression severity and treatment adherence among racially and ethnically minoritized, low-income individuals during the COVID-19 transition to telehealth. **Psychiatry Research**, v. 342, 116221, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116221.

MACRYNIKOLA, N. *et al.* Testing the feasibility, acceptability, and potential efficacy of an innovative digital mental health care delivery model designed to increase access to care: open trial of the digital clinic. **JMIR Mental Health**, v. 12, e65222, 2025. DOI: https://doi.org/10.2196/65222.

MORETTI, F. *et al.* Engagement challenges in digital mental health programs: hybrid approaches and user retention of an online self-knowledge journey in Brazil. **Frontiers in Digital Health**, v. 6, 1383999, 2024. DOI: https://doi.org/10.3389/fdgth.2024.1383999.

NARVÁEZ-CAMARGO, M. *et al.* Hybrid and in-person care for dual diagnosis patients: utilization patterns and impact on dropout across COVID-19 public health periods. **Journal of Dual Diagnosis**, v. 22, n. 2, p. 148-157, 2026. DOI: https://doi.org/10.1080/15504263.2026.2638190.

NOTSU, H. *et al.* Changes in healthcare utilization through the digital mental health clinic and future considerations for psychiatric emergency department interventions. **General Hospital Psychiatry**, v. 101, p. 132-138, 2026. DOI: https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2026.06.001.

OWUSU, J. T. *et al.* Real-world evaluation of an evidence-based telemental health program for PTSD symptoms. **Scientific Reports**, v. 15, n. 1, 730, 2025. DOI: https://doi.org/10.1038/s41598-024-83144-6.

PALACIOS, J. E. *et al.* Implementation of a mobile digital tool supporting medication for opioid use disorder treatment improves retention: stepped-wedge cluster randomized controlled trial. **Journal of Medical Internet Research**, v. 27, e83346, 2025. DOI: https://doi.org/10.2196/83346.

RASING, S. P. A.; STIKKELBROEK, Y. A. J.; BODDEN, D. H. M. Is digital treatment the holy grail? Literature review on computerized and blended treatment for depressive disorders in youth. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 1, 153, 2019. DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph17010153.

RATHEESH, A. *et al.* Bipolar early intervention using new digital technologies (BLEND): a pilot randomised controlled trial of a novel blended-digital early intervention model of care for youth with bipolar disorder I or II. **Early Intervention in Psychiatry**, v. 19, n. 6, e70060, 2025. DOI: https://doi.org/10.1111/eip.70060.

ROMIJN, G. *et al.* Acceptability, effectiveness and cost-effectiveness of blended cognitive-behavioural therapy (bCBT) versus face-to-face CBT (ftfCBT) for anxiety disorders in specialised mental health care: a 15-week randomised controlled trial with 1-year follow-up. **PLoS ONE**, v. 16, n. 11, e0259493, 2021. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259493.

ROSSOM, R. C. *et al.* Changes in utilization of in-person and virtual outpatient mental health visits before and during the COVID-19 pandemic: an observational cohort study. **Medicine**, v. 104, n. 17, e42305, 2025. DOI: https://doi.org/10.1097/MD.0000000000042305.

SAPOUNA, M. E. *et al.* Barriers to the use of telepsychiatry for the treatment of eating disorders: a systematic review and thematic synthesis. **Psychiatriki**, v. 36, n. 3, p. 236-243, 2025. DOI: https://doi.org/10.22365/jpsych.2025.007.

SCHLEGL, S. *et al.* Therapist-guided smartphone-based aftercare for inpatients with severe anorexia nervosa (SMART-AN): a randomized clinical trial. **International Journal of Eating Disorders**, v. 59, n. 10, p. 2332-2343, 2026. DOI: https://doi.org/10.1002/eat.70142.

SCHWIENTEK, A.-K. *et al.* Digital therapeutics and blended care in major depressive disorder: current evidence and future directions. **Advances in Experimental Medicine and Biology**, v. 1502, p. 503-530, 2026. DOI: https://doi.org/10.1007/978-981-95-6872-7_29.

SHAW, A. M. *et al.* An exploratory study of service user and clinical outcomes in telehealth-delivered dialectical behavior therapy for adolescents skills groups. **Psychological Services**, v. 21, n. 4, p. 954-971, 2024. DOI: https://doi.org/10.1037/ser0000863.

SUGARMAN, D. E.; BUSCH, A. B. Telemental health for clinical assessment and treatment. **BMJ**, v. 380, e072398, 2023. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj-2022-072398.

TANDON, T. *et al.* Retention and engagement in culturally adapted digital mental health interventions: systematic review of dropout, attrition, and adherence in non-western, educated, industrialized, rich, democratic settings. **JMIR Mental Health**, v. 13, e80624, 2026. DOI: https://doi.org/10.2196/80624.

USCHER-PINES, L. *et al.* Appropriateness of telemedicine versus in-person care: a qualitative exploration of psychiatrists' decision making. **Psychiatric Services**, v. 73, n. 8, p. 849-855, 2022. DOI: https://doi.org/10.1176/appi.ps.202100519.

ZHOU, X. *et al.* Therapeutic alliance across delivery modalities: a systematic narrative review of alliance strength and outcome prediction in face-to-face, online, and blended psychotherapy. **Journal of Zhejiang University. Science B**, v. 27, n. 9, p. 932-945, 2026. DOI: https://doi.org/10.1631/jzus.B2500701.