

Mapeamento de Problemas e Lacunas em Saúde Mental: Acesso, Abandono e a Busca por Cuidado Humanizado

Pesquisa por: Regenera Enterprise

Mapeamento de Problemas e Lacunas em Saúde Mental: Acesso, Abandono e a Busca por Cuidado Humanizado

Resumo

Este relatório apresenta um mapeamento abrangente dos problemas e lacunas críticas na área da saúde mental, com foco particular na falta de acesso ao cuidado e no fenômeno preocupante do abandono do tratamento. Sob a coordenação de Don Paulo Ricardo de Leão, esta investigação científica avançada analisa a prevalência global e regional de transtornos mentais, a vasta lacuna de tratamento existente, as barreiras multifacetadas que impedem o acesso – incluindo fatores sistêmicos, socioeconômicos, geográficos e o estigma persistente – e as complexas causas do abandono terapêutico. A análise crítica da literatura, incluindo estudos clássicos e recentes, e das metodologias empregadas, revela a necessidade de abordagens mais nuanciadas e centradas na pessoa. São examinadas intervenções promissoras, como modelos de cuidado comunitário (CAPS), a integração da saúde mental na atenção primária (mhGAP) e o potencial da telessaúde, reconhecendo tanto suas potencialidades quanto seus desafios de implementação e equidade. Identificam-se lacunas significativas no conhecimento, especialmente em pesquisa de implementação e avaliação de custo-efetividade em contextos de baixa e média renda, como na América Latina. As tendências futuras apontam para uma maior ênfase na equidade, nos direitos humanos, na integração intersetorial e no uso estratégico da tecnologia. Conclui-se com recomendações práticas para políticas públicas, serviços e inovação, sublinhando a urgência de transformar os sistemas de saúde mental para oferecer um cuidado que seja não apenas acessível e eficaz, mas também integral, contínuo e profundamente humanizado, respondendo à necessidade fundamental de apoio e compaixão.

Introdução Detalhada

Situando a Saúde Mental no Contexto Humano e Social Global e Regional

A saúde mental é, inegavelmente, uma dimensão intrínseca da condição humana. Ela sustenta nossa capacidade individual e coletiva de tomar decisões, construir relacionamentos significativos e moldar ativamente o mundo em que vivemos. Apesar dessa centralidade inquestionável para o bem-estar pessoal, comunitário e para o desenvolvimento socioeconômico, a saúde mental tem sido historicamente negligenciada nas agendas de saúde pública e nas prioridades sociais. Nos últimos anos, contudo, observa-se um reconhecimento crescente da saúde mental não apenas como um componente da saúde geral, mas como um direito humano fundamental. Essa mudança de perspectiva impulsiona a necessidade de abordagens de cuidado que transcendam a mera gestão de sintomas, abraçando o respeito pela dignidade humana e promovendo a inclusão social.

A complexidade inerente à saúde mental reside no fato de que ela abrange um espectro amplo de experiências, incluindo transtornos que envolvem perturbações significativas no pensamento, na regulação emocional ou no comportamento. O sofrimento psíquico, em suas diversas manifestações, impacta profundamente a vida dos indivíduos, suas famílias e comunidades. Nas Américas, a carga de problemas de saúde mental já era considerada alarmante mesmo antes da recente crise sanitária global, com um impacto desproporcional sobre grupos em situação de vulnerabilidade. A pandemia de COVID-19 veio a exacerbar essas fragilidades preexistentes, evidenciando a urgência de sistemas de saúde mais resilientes e equitativos.

A Dimensão do Sofrimento: Prevalência e a Lacuna no Cuidado

Os números globais relacionados à saúde mental são estarrecedores e revelam a magnitude do desafio. Em 2019, estimava-se que 1 em cada 8 pessoas no mundo – o equivalente a 970 milhões de indivíduos vivia com algum transtorno mental, sendo os transtornos de ansiedade e depressão os mais prevalentes. A pandemia de COVID-19, como um catalisador de estressores psicossociais, provocou um aumento dramático nesses números. Estimativas iniciais apontaram para um crescimento de 26% nos transtornos de ansiedade e 28% nos transtornos depressivos maiores em apenas um ano (2020), sublinhando a imensa pressão sobre a saúde mental das populações e a vulnerabilidade dos sistemas de saúde existentes para lidar com tal demanda.

Essa alta prevalência coexiste com uma realidade igualmente preocupante: a vasta "lacuna de tratamento" (treatment gap). Este termo descreve a diferença gritante entre o número de pessoas que necessitam de cuidados em saúde mental e aquelas que efetivamente os recebem. Globalmente, a constatação é que a maioria das pessoas com transtornos mentais não tem acesso a cuidados eficazes. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam, por exemplo, que apenas 29% das pessoas com psicose e somente um terço daquelas com depressão recebem algum tipo de cuidado formal em saúde mental.

Mesmo em países de alta renda, onde se esperaria uma maior disponibilidade de recursos, as lacunas persistem de forma significativa. Nos Estados Unidos, por exemplo, mais da metade (54.7%) dos adultos com alguma doença mental não recebe tratamento, totalizando mais de 28 milhões de indivíduos. Além da falta de acesso inicial, há também um atraso considerável no início do tratamento, com uma média de 11 anos entre o aparecimento dos primeiros sintomas e a busca por ajuda especializada.

Fica claro, portanto, que a prevalência massiva de transtornos mentais, ainda mais acentuada por crises globais como a pandemia, não encontra uma resposta adequada ou proporcional nos sistemas de saúde atuais. A persistência de lacunas de tratamento tão extensas, observadas mesmo em nações com maiores recursos financeiros, sugere fortemente que o problema vai além da simples escassez de verbas. Parece originar-se em falhas estruturais mais profundas, relacionadas à forma como o cuidado em saúde mental é concebido, organizado, priorizado e financiado. A pandemia atuou como um teste de estresse, expondo essas fragilidades subjacentes e a necessidade urgente de repensar os modelos de cuidado.

Abandono Terapêutico: Uma Ferida Aberta no Sistema

Agravando o cenário da falta de acesso, o fenômeno do abandono do tratamento emerge como um problema crítico e frequentemente subestimado. A interrupção prematura do cuidado compromete severamente os resultados terapêuticos, contribui para a cronificação de condições, aumenta o risco de recaídas e representa uma fonte de ineficiência para os sistemas de saúde. As taxas de abandono são notavelmente altas em diversas modalidades

terapêuticas e para diferentes condições. Estudos indicam taxas de cerca de 27% em intervenções psicossociais para pessoas com transtorno psicótico e uso de substâncias concomitantes, 17% em psicoterapia individual para transtorno de ansiedade generalizada, 28% em terapia comportamental dialética, e taxas ainda mais elevadas, podendo ultrapassar 70%, em tratamentos ambulatoriais para transtornos alimentares. Mesmo em intervenções online ou via internet (iCBT), que prometem maior acessibilidade, as taxas de abandono frequentemente se situam acima de 20%.

É fundamental refletir sobre o significado desse abandono para o indivíduo que, muitas vezes, busca no sistema de saúde não apenas um tratamento técnico, mas também "apoio e amor" – acolhimento, compreensão e esperança. Quando essa pessoa se desconecta do tratamento, seria um erro simplista atribuir a responsabilidade unicamente a uma suposta "falta de adesão" ou "falta de motivação" do paciente. É imperativo investigar as potenciais falhas do próprio sistema, da relação terapêutica estabelecida e das condições em que o cuidado é oferecido, que podem contribuir para essa desconexão.

Objetivos e Relevância desta Investigação Coordenada por Don Paulo Ricardo de Leão

Diante desse panorama complexo e desafiador, o objetivo central desta pesquisa, coordenada de maneira independente por Don Paulo Ricardo de Leão foi realizar um mapeamento aprofundado e crítico dos problemas e lacunas relacionados à falta de acesso e ao abandono do tratamento em saúde mental. O foco recai sobre a necessidade premente de um cuidado que seja não apenas tecnicamente competente, mas também profundamente humanizado, respondendo à busca por apoio e acolhimento.

A relevância desta investigação reside em sua capacidade de fornecer um subsídio científico robusto para o desenvolvimento futuro de projetos, intervenções ou aplicações inovadoras. Busca-se que tais iniciativas sejam verdadeiramente responsivas às necessidades não atendidas da população, alinhadas às demandas reais do setor e comprometidas com a promoção da equidade, dos direitos humanos e da dignidade das pessoas com sofrimento psíquico. Este trabalho visa, portanto, não apenas compilar e analisar dados, mas também refletir criticamente sobre eles, gerando compreensões que possam catalisar uma transformação positiva e necessária no campo da saúde mental [User Query].

Revisão Crítica da Literatura: Barreiras e Pontes no Cuidado em Saúde Mental

O Abismo Silencioso: Quantificando a Lacuna de Tratamento nas Américas e no Brasil

A análise da lacuna de tratamento revela um quadro particularmente grave na Região das Américas. A média ponderada da lacuna para transtornos mentais moderados a graves atinge 65.7%, com uma mediana estimada em 73.5% para transtornos afetivos, de ansiedade e por uso de substâncias. Existe um contraste notável entre a América do Norte, onde a lacuna ponderada é de 53.2% e a mediana é de 47.2%, e a América Latina e Caribe (LAC). Nesta última sub-região, a lacuna ponderada salta para 74.7% e a mediana alcança alarmantes 77.9%.

Dados mais específicos para a LAC detalham essa realidade: a lacuna de tratamento é estimada em 56.9% para esquizofrenia, 73.9% para depressão e 85.1% para transtornos

relacionados ao álcool. Em muitos países da região, essa lacuna pode ser ainda maior, superando 70% ou até mesmo 60% em outras estimativas. A prevalência de transtornos mentais também é alta, com estudos em países como Brasil, México, Chile, Colômbia e Peru indicando taxas significativas. Essa situação contribui para a elevada carga de doença na região, com transtornos mentais e neurológicos respondendo por 10.5% dos Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (DALYs) nas Américas como um todo e por 22.2% na LAC. A situação é particularmente crítica para populações específicas. Para crianças e adolescentes com transtornos mentais graves, a lacuna de tratamento excede 50% , chegando a 80.8% no México, por exemplo. Entre as populações indígenas da América Latina, mais de 80% das pessoas que necessitam de tratamento não o recebem.

Tabela 1: Estatísticas Seleccionadas de Prevalência e Lacuna de Tratamento em Saúde Mental

Indicador	Região/País	Fonte(s)	Dado
Prevalência Global (2019)	Mundo		1 em 8 pessoas (970 milhões)
Lacuna Global de Tratamento (Exemplos)	Mundo		~71% para psicose, ~67% para depressão (não recebem cuidado formal)
Lacuna de Tratamento Adultos (Doença Mental)	EUA		>50% (>28 milhões) sem tratamento
Lacuna de Tratamento Adultos (Uso Substâncias)	EUA		93.5% sem tratamento
Lacuna Média Ponderada (Mod./Graves)	Américas		65.7%
Lacuna Média Ponderada (Mod./Graves)	América Latina (LAC)		74.7%
Mediana Lacuna Tratamento (Afetivos, Ans., Subst.)	Américas		73.5%
Mediana Lacuna Tratamento (Afetivos, Ans., Subst.)	LAC		77.9%
Lacuna de Tratamento (Depressão)	LAC		73.9%
Lacuna de Tratamento (Álcool)	LAC		85.1%
Lacuna de Tratamento (Crianças/Adolesc. Graves)	Américas		>50%
Lacuna de Tratamento (Pop. Indígena)	LAC		>80%
Prevalência 12 meses (Qualquer Transtorno)	Brasil (São Paulo)	(WMHS)	29.6%
Prevalência 12 meses	México	(WMHS)	12.1%

Indicador	Região/País	Fonte(s)	Dado
(Qualquer Transtorno)			
Prevalência 12 meses (Qualquer Transtorno)	Colômbia	(WMHS)	21.0%
Prevalência 12 meses (Qualquer Transtorno)	Peru	(WMHS)	13.5%
Prevalência 12 meses (Qualquer Transtorno)	Chile	(CPPS)	17.0%
Carga de Doença (DALYs)	Américas		10.5% (Transtornos Mentais e por Uso de Substâncias)
Carga de Doença (DALYs)	LAC		22.2% (Transtornos Mentais e Neurológicos)

Nota: Os dados de prevalência e lacuna podem variar dependendo da metodologia, período e população estudada. WMHS: World Mental Health Survey. CPPS: Chilean National Psychiatric Prevalence Study.

Os números apresentados são, sem dúvida, contundentes e revelam um padrão regional claro: a América Latina e o Caribe enfrentam um desafio de acesso à saúde mental ainda mais acentuado do que a América do Norte. Contudo, a própria forma como a "lacuna de tratamento" é frequentemente conceituada merece uma reflexão mais aprofundada. Como argumentado em análises críticas, focar exclusivamente na oferta de serviços – ou na falta dela – pode ignorar um componente crucial: a demanda por esses serviços. A aparente falta de procura por tratamento, mesmo quando disponível, pode não ser apenas fruto de desconhecimento ou estigma, mas pode originar-se da percepção, por parte das comunidades, de que os serviços oferecidos não abordam adequadamente as raízes sociais e econômicas do sofrimento psíquico, frequentemente vistas como as causas mais prementes de seus problemas. Seria, portanto, um erro estratégico assumir que a simples construção de mais clínicas ou a disponibilização de mais profissionais resolverá a questão do acesso sem um repensar fundamental sobre *o quê* esses serviços oferecem e *como* eles se conectam (ou falham em se conectar) com a realidade vivida, as interpretações e as necessidades percebidas pelas pessoas que deveriam beneficiar.

Muros Visíveis e Invisíveis: Desvendando as Barreiras Multifacetadas ao Acesso (Incluindo Estigma e Determinantes Sociais)

A vasta lacuna de tratamento não é um fenômeno isolado, mas sim o resultado de um complexo emaranhado de barreiras que impedem as pessoas de buscar, acessar e continuar o cuidado em saúde mental. Essas barreiras operam em múltiplos níveis – sistêmico, social, cultural, econômico e geográfico.

No nível **sistêmico**, um dos problemas mais evidentes é o **subfinanciamento crônico**. Em média, os países das Américas, especialmente na LAC, destinam uma parcela ínfima de seus orçamentos de saúde à saúde mental, frequentemente entre 2% e 3%, um valor totalmente desproporcional à carga de doença atribuível a essas condições. Além do baixo investimento, a **alocação desses recursos é frequentemente ineficiente**. Uma parte substancial ainda é direcionada para hospitais psiquiátricos, um modelo considerado ultrapassado, ineficaz e muitas vezes associado a violações de direitos humanos. Isso ocorre apesar do consenso internacional e regional, consolidado desde a Declaração de Caracas em 1990, que clama pela desinstitucionalização e pela priorização do cuidado comunitário e integrado à atenção

primária.

A **escassez de recursos humanos qualificados** é outra barreira sistêmica crítica. Faltam psiquiatras, psicólogos, enfermeiros especializados e outros profissionais, especialmente em áreas rurais e remotas e para atender às necessidades específicas de crianças e adolescentes. Some-se a isso a **fragmentação dos serviços** e a dificuldade persistente em **integrar a saúde mental de forma eficaz na Atenção Primária à Saúde (APS)** e em outras políticas públicas. Barreiras organizacionais, como processos burocráticos complexos, e a falta de vontade política consistente ou a instabilidade política também minam os esforços de reforma e a sustentabilidade dos serviços.

No plano **social e cultural**, o **estigma e a discriminação** associados aos transtornos mentais continuam sendo obstáculos poderosos. O medo do julgamento, da exclusão social e da rotulação impede que muitas pessoas busquem ajuda ou falem abertamente sobre seu sofrimento. Esse estigma não afeta apenas os indivíduos e suas famílias, mas também permeia as atitudes de profissionais de saúde e a alocação de recursos, contribuindo para a negligência histórica da área. A **baixa literacia em saúde mental**, ou seja, a falta de conhecimento sobre os transtornos, suas causas e os tratamentos disponíveis, também dificulta a busca por cuidado. Como mencionado anteriormente, a **falta de necessidade percebida** é um fator relevante; indivíduos podem interpretar seu sofrimento como uma reação normal a circunstâncias difíceis da vida, e não como uma condição de saúde que poderia se beneficiar de intervenção profissional. Além disso, **normas de gênero** (como a necessidade de permissão para mulheres buscarem cuidado), a relutância em procurar serviços sozinho, a desconfiança no sistema de saúde formal e a preferência por abordagens religiosas ou tradicionais podem influenciar as decisões sobre buscar ou não tratamento.

As **barreiras econômicas e geográficas** são igualmente significativas. Os **altos custos diretos** (consultas, medicamentos) e indiretos (transporte, perda de dias de trabalho) representam um fardo pesado, especialmente para populações de baixa renda. O gasto "do bolso" (out-of-pocket) para saúde é elevado em muitos países da LAC, e a cobertura de saúde mental por seguros ainda é limitada ou inexistente para muitos. A **pobreza** em si é uma barreira formidável. A **distribuição geográfica desigual** dos serviços, com concentração em grandes centros urbanos, deixa vastas áreas rurais e remotas desassistidas, criando verdadeiros "desertos" de cuidado em saúde mental (Mental Health Professional Shortage Areas). É crucial reconhecer que essas barreiras afetam desproporcionalmente **grupos em situação de vulnerabilidade**. Pessoas vivendo em pobreza, populações indígenas, afrodescendentes, mulheres, pessoas LGBTQ+, pessoas com deficiência e migrantes frequentemente enfrentam riscos aumentados para problemas de saúde mental e, ao mesmo tempo, encontram obstáculos adicionais para acessar cuidados de qualidade e culturalmente apropriados.

Tabela 2: Principais Barreiras de Acesso à Saúde Mental nas Américas/LAC/Brasil (Categorizadas)

Categoria	Barreiras Específicas	Exemplos/Fontes
Sistêmicas/Estruturais	Subfinanciamento crônico	2-3% do orçamento de saúde
	Alocação ineficiente (foco hospitalar)	>60% do orçamento para hospitais
	Escassez de recursos humanos	Falta de profissionais, má distribuição
	Fragmentação e falta de integração com APS	Serviços desconectados
	Barreiras organizacionais/burocráticas	Gestão, processos complexos
	Falta de vontade/instabilidade	Suporte inconsistente

Categoria	Barreiras Específicas	Exemplos/Fontes
	política	
Sociais/Culturais	Estigma e discriminação	Obstáculo à busca de ajuda e tratamento
	Baixa literacia em saúde mental	Desconhecimento sobre transtornos/tratamentos
	Falta de necessidade percebida	Não reconhecimento do sofrimento como problema de saúde
	Normas de gênero e culturais	Permissão para buscar cuidado, relutância em ir só , desconfiança
Econômicas	Custo direto e indireto (Out-of-pocket)	Altos gastos, falta de cobertura
	Pobreza	Barreira fundamental
Geográficas	Disparidades regionais/urbanas-rurais	Concentração de serviços, falta de acesso remoto
Individuais/Vulnerabilidade	Barreiras adicionais para grupos específicos	Pobreza, indígenas, afrodescendentes, mulheres, LGBTQ+, etc.

Parece evidente, ao analisar este conjunto de obstáculos, que as barreiras ao acesso à saúde mental não são entidades isoladas, mas sim componentes de uma teia complexa e interconectada. O subfinanciamento crônico, por exemplo, tende a perpetuar a dependência de modelos hospitalares ultrapassados, os quais, por sua natureza segregadora, podem alimentar ainda mais o estigma social. A falta de profissionais, especialmente na APS e em áreas remotas, cria um vácuo na oferta de serviços justamente onde eles poderiam ser mais acessíveis e integrados à vida das comunidades. O estigma e a baixa literacia em saúde mental, por sua vez, atuam diminuindo a demanda por serviços formais, enquanto os custos diretos e indiretos e as longas distâncias erguem barreiras práticas quase intransponíveis para muitos. Diante dessa interdependência, abordar apenas uma dimensão do problema – por exemplo, realizar campanhas antiestigma sem, concomitantemente, melhorar a disponibilidade, a qualidade e a acessibilidade financeira e geográfica dos serviços – provavelmente resultará em um impacto limitado. Torna-se clara a necessidade de uma abordagem verdadeiramente sistêmica e multifacetada, que atue simultaneamente sobre o financiamento, a força de trabalho, o desenho dos serviços, as atitudes sociais e as barreiras práticas de acesso. Adicionalmente, é cada vez mais claro que os determinantes sociais da saúde – como pobreza, desigualdade, exposição à violência, condições precárias de moradia e trabalho – não são apenas fatores de risco distantes para o desenvolvimento de transtornos mentais. Eles funcionam como barreiras diretas e imediatas ao acesso e à continuidade do cuidado. Quando os serviços de saúde mental ignoram essas realidades prementes do cotidiano das pessoas, focando excessivamente em diagnósticos psicopatológicos e intervenções farmacológicas descontextualizadas, eles correm um sério risco de parecerem irrelevantes, inadequados ou até mesmo alienantes para indivíduos cujo sofrimento está intrinsecamente ligado a essas condições sociais adversas. A busca por "apoio e amor", mencionada na solicitação inicial, pode ser interpretada, em parte, como uma busca por respostas e cuidados que reconheçam e, na medida do possível, abordem esse contexto social mais amplo, validando a experiência vivida do indivíduo em sua totalidade. Isso reforça a importância de estratégias intersectoriais.

Por Que Tantos Desistem? Análise Crítica das Causas do Abandono

Terapêutico

A interrupção prematura do tratamento é um fenômeno complexo, influenciado por uma miríade de fatores que interagem de maneiras específicas para cada indivíduo e contexto. As altas taxas de abandono observadas em diferentes estudos exigem uma análise cuidadosa de suas causas potenciais.

Fatores relacionados ao **paciente** incluem características diagnósticas, como o subtipo binge-purging da anorexia nervosa ou a comorbidade com uso de substâncias, que parecem associar-se a maiores taxas de abandono. Traços de personalidade, como alta impulsividade, baixa autodireção e cooperação, ou medos relacionados à maturidade, também foram apontados como preditores em estudos sobre transtornos alimentares. A relação entre a gravidade dos sintomas e o abandono, no entanto, apresenta resultados mistos na literatura. A idade também pode ser um fator, com algumas pesquisas sugerindo maior abandono entre adultos jovens, embora outros estudos apresentem achados inconsistentes. Eventos de vida estressantes, instabilidade social ou econômica (como nos 'troubled dropouts') e histórico de abuso pregresso podem dificultar a manutenção do tratamento. Por outro lado, é crucial notar que nem todo abandono é negativo; alguns pacientes interrompem o tratamento por sentirem que suas necessidades foram atendidas ou que alcançaram melhora suficiente ('got what needed', 'ready to leave').

Fatores ligados à **terapia e ao terapeuta** desempenham um papel igualmente importante. Uma aliança terapêutica percebida como fraca ou insatisfatória é uma causa frequente de abandono ('dissatisfied dropouts'). Isso inclui sentir-se incompreendido, não conectado com o terapeuta ou com o suporte oferecido (como em alguns casos de iCBT), ou experimentar problemas de comunicação e empatia, que podem ser exacerbados em modalidades como a telepsiquiatria. O tipo específico de tratamento pode influenciar, embora os resultados sejam variáveis; contudo, a combinação de farmacoterapia e psicoterapia (como a TCC) parece associada a menores taxas de abandono em comparação com a medicação isolada para depressão em adolescentes. Características específicas da intervenção, como a percepção de que o conteúdo é genérico, excessivamente longo ou desconectado da realidade do paciente (no caso de iCBT), ou componentes específicos de terapias complexas (como o coaching telefônico na TCD), também podem influenciar a decisão de desistir. A experiência do terapeuta parece ter um impacto menos consistente nos estudos. O formato da terapia também pode importar; por exemplo, um estudo sobre PTSD em jovens encontrou menor abandono em terapia de grupo comparada à individual.

No caso da **farmacoterapia**, os **efeitos colaterais** são frequentemente citados como uma causa principal de abandono, especialmente em populações mais jovens como adolescentes.

O **tipo específico de medicação** prescrita também pode fazer diferença, com algumas classes (como os SNRIs em adolescentes) apresentando taxas de abandono mais altas que outras (SSRIs, TCAs). A **dosagem inadequada** também pode comprometer a adesão.

Finalmente, fatores relacionados ao **sistema de saúde e ao contexto** mais amplo não podem ser ignorados. O tipo de serviço onde o tratamento é oferecido (por exemplo, clínicas universitárias versus outros serviços) pode estar associado a diferentes taxas de abandono.

Barreiras práticas, como dificuldades financeiras para custear o tratamento ou o transporte, falta de tempo devido a trabalho ou outros compromissos, são frequentemente mencionadas como motivos para interrupção. No contexto crescente da telessaúde e das intervenções digitais, a **tecnologia** em si pode ser uma barreira: problemas de conectividade, dificuldades de usabilidade, falta de familiaridade ou conforto com a tecnologia, ou uma preferência pessoal por interações face a face podem levar ao abandono. Estudos sobre intervenções baseadas na internet na América Latina apontam especificamente para dificuldades em engajar e reter participantes por tempo suficiente ou garantir a adesão aos protocolos.

Tabela 3: Fatores Comuns Associados ao Abandono/Desistência do Tratamento em Saúde Mental

Categoria	Fatores Específicos	Exemplos/Fontes
Relacionados ao Paciente	Diagnóstico/Comorbidade	Subtipo AN binge-purging ; Uso de substâncias
	Personalidade/Traços	Impulsividade, baixa autodireção/cooperação
	Gravidade dos Sintomas	Resultados mistos
	Idade	Adultos jovens ; Resultados mistos
	Eventos de Vida/Instabilidade	'Troubled dropouts' ; Abuso pregresso
	Percepção de Melhora/Necessidade Atendida	'Got what needed' ; 'Ready to leave'
Relacionados à Terapia/Terapeuta	Aliança Terapêutica/Satisfação	Relação ruim, insatisfação ('Dissatisfied') ; Falta de conexão (iCBT) ; Problemas comunicação (Tele)
	Tipo de Tratamento	Resultados mistos ; Combinação Med+CBT < Med isolada
	Características da Intervenção	Coaching TCD ; Conteúdo iCBT (genérico, longo)
	Experiência do Terapeuta	Resultados mistos
	Formato	Grupo < Individual (PTSD juvenil)
Relacionados à Farmacoterapia	Efeitos Colaterais	Causa principal em adolescentes
	Tipo de Medicação	SNRIs > SSRIs/TCA's (adolescentes)
	Dosagem Inadequada	
Relacionados ao Sistema/Contexto	Tipo de Clínica	Universitária vs outras
	Barreiras Práticas	Custo, transporte, tempo
	Tecnologia (Tele/Digital)	Conectividade, usabilidade, preferência F2F
	Engajamento/Retenção (Digital)	Dificuldades em manter participação

É fundamental reconhecer, a partir desta análise, que o "abandono" do tratamento não é um ato monolítico com uma causa única e universal. Os dados disponíveis revelam um espectro de motivos e circunstâncias. Alguns pacientes interrompem o processo por sentirem que suas necessidades foram adequadamente atendidas ou que alcançaram um nível satisfatório de melhora – um resultado que, em si, pode ser considerado positivo ou, no mínimo, compreensível do ponto de vista do paciente. Outros, no entanto, saem devido a uma profunda insatisfação com o processo terapêutico, uma aliança frágil ou rompida com o profissional, efeitos colaterais de medicamentos que se tornam intoleráveis, ou barreiras práticas e contextuais que se mostram intransponíveis. Reduzir essa complexidade a uma única taxa de "dropout" inevitavelmente mascara as nuances e as diferentes trajetórias que levam à

interrupção. Para verdadeiramente compreender e abordar o fenômeno do abandono de forma eficaz, torna-se essencial ir além da quantificação e perguntar *por quê* as pessoas saem, e não apenas *quantas* saem. Isso demanda um investimento maior em abordagens de pesquisa qualitativas, que explorem em profundidade a experiência subjetiva do paciente e os múltiplos fatores que influenciam sua decisão.

Um fio condutor parece atravessar as diversas modalidades de tratamento analisadas: a importância crucial da relação terapêutica e da experiência subjetiva do paciente. Seja na psicoterapia presencial tradicional, na telepsiquiatria mediada por vídeo ou nas intervenções digitais com algum nível de suporte humano (iCBT), a qualidade percebida da aliança terapêutica, a sensação de ser genuinamente ouvido, compreendido e validado, e a satisfação geral com o processo emergem consistentemente como fatores críticos para a continuidade do tratamento. Isso reforça a ideia de que, mesmo com o avanço e a incorporação crescente da tecnologia no cuidado em saúde mental, o elemento humano – a conexão interpessoal, o "apoio" empático – permanece central. Falhas nessa conexão, ou barreiras tecnológicas que a dificultam ou a distorcem, representam um risco significativo para a adesão e podem levar à desistência, mesmo quando a intervenção é tecnicamente bem desenhada.

Buscando Soluções: Modelos Comunitários (CAPS), Integração na Atenção Primária (mhGAP) e a Promessa da Telessaúde

Diante das barreiras de acesso e das altas taxas de abandono, diversas estratégias e modelos de intervenção têm sido propostos e implementados na tentativa de superar esses desafios e melhorar a continuidade do cuidado em saúde mental.

Uma das principais frentes de transformação tem sido o movimento em direção ao **cuidado comunitário e à desinstitucionalização**. Impulsionado por marcos como a Declaração de Caracas, esse paradigma busca substituir o modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços baseada na comunidade, mais acessível, menos estigmatizante e focada na reabilitação psicossocial e na inclusão. Exemplos notáveis incluem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, que se tornaram o eixo da reforma psiquiátrica no país, e as Certified Community Behavioral Health Clinics (CCBHCs) nos Estados Unidos, que visam ampliar o acesso a cuidados integrais. Embora representem avanços significativos, esses modelos enfrentam desafios persistentes, como subfinanciamento crônico, cobertura geográfica desigual, dificuldades na articulação da rede e o risco constante de retrocessos políticos que podem fragilizar o cuidado comunitário em favor de abordagens mais antigas. Outra estratégia fundamental é a **integração da saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS)**. Organismos internacionais como a OMS e a OPAS têm defendido fortemente essa abordagem, argumentando que ela pode reduzir a lacuna de tratamento ao tornar o cuidado mais acessível e menos estigmatizante. O **Programa de Ação para Superar Lacunas em Saúde Mental (mhGAP)** é a principal ferramenta da OMS para operacionalizar essa integração. Ele oferece guias e treinamentos para capacitar profissionais de saúde não especializados (médicos generalistas, enfermeiros, agentes comunitários) a identificar e manejar transtornos mentais, neurológicos e por uso de substâncias comuns na APS. Diversos países da América Latina, como Chile, Colômbia, Peru e México, têm implementado ou adaptado o mhGAP. No entanto, a implementação efetiva enfrenta barreiras significativas, como a necessidade de treinamento contínuo, supervisão adequada, resistência de alguns profissionais, sobrecarga de trabalho na APS e a necessidade de adaptação cultural dos materiais e abordagens.

A **telessaúde e a saúde mental digital (DMH)** emergiram, especialmente após a pandemia de COVID-19, como uma promessa significativa para expandir o acesso ao cuidado. Ferramentas

como videoconferência, aplicativos móveis e plataformas online podem superar barreiras geográficas e, potencialmente, reduzir custos e tempos de espera. Estudos têm demonstrado que a telepsiquiatria pode ter eficácia comparável ao atendimento presencial para certas condições e serviços (como acompanhamento, manejo de medicação), e a satisfação dos pacientes com essas modalidades costuma ser alta. Contudo, é crucial abordar essa promessa com um olhar crítico. Persistem desafios importantes relacionados à **equidade**, como a exclusão digital (pessoas sem acesso à tecnologia ou internet de qualidade, ou com baixa literacia digital) e a disponibilidade limitada de ferramentas em outros idiomas além do inglês. Questões sobre a **qualidade** das intervenções digitais, a **privacidade** dos dados, o **custo** e a **cobertura por seguros** ainda precisam ser mais bem resolvidas. O **engajamento e a adesão** a longo prazo em intervenções puramente digitais podem ser difíceis de manter, e as **preocupações dos clínicos** sobre a qualidade da relação terapêutica online e a familiaridade com a tecnologia são barreiras relevantes. Além disso, ainda há necessidade de mais **evidências robustas**, especialmente estudos de efetividade e custo-efetividade em larga escala, conduzidos no contexto específico da América Latina e Caribe.

Reflexões sobre as Metodologias de Investigação

Avaliando as Ferramentas: Pontos Fortes e Limitações das Abordagens Metodológicas Predominantes

A compreensão dos complexos problemas de acesso e abandono em saúde mental é diretamente influenciada pelas metodologias utilizadas para investigá-los. Cada abordagem traz consigo pontos fortes e limitações que moldam os resultados e as conclusões possíveis. Os estudos sobre **prevalência e lacuna de tratamento** frequentemente se baseiam em **surveys epidemiológicos comunitários de larga escala**, como o World Mental Health Surveys. A força desses estudos reside em suas amostras amplas, que buscam representatividade populacional, e no uso de instrumentos diagnósticos padronizados (como o CIDI ou o SCID), que permitem comparações entre diferentes locais. No entanto, eles dependem largamente do autorrelato dos participantes, o que pode levar a vieses de memória ou desejabilidade social. Além disso, há indicações de que as taxas de prevalência podem ser subestimadas em países em desenvolvimento devido a fatores culturais ou dificuldades na aplicação dos instrumentos. A análise estatística desses dados, que requer ponderação para ajustar à demografia populacional, também é complexa. Os próprios **instrumentos diagnósticos** padronizados, embora essenciais para a comparabilidade, podem ter limitações em sua sensibilidade cultural e exigir treinamento extensivo para aplicação correta. A própria **medição da lacuna de tratamento** é metodologicamente desafiadora, pois depende crucialmente das definições adotadas para "prevalência" (período considerado), "tratamento" (quais serviços contam como tratamento formal?) e da representatividade da amostra populacional. É provável que muitas estimativas atuais subestimem a verdadeira magnitude da lacuna.

No estudo do **abandono do tratamento**, os **Ensaio Clínicos Randomizados (ECRs)** são frequentemente utilizados. Sua principal vantagem é o controle rigoroso de variáveis, permitindo inferências mais fortes sobre a causalidade (por exemplo, o efeito de uma intervenção específica na taxa de abandono). Contudo, a validade externa desses estudos pode ser limitada; os participantes de ECRs podem ser mais motivados ou ter características diferentes daqueles atendidos na prática clínica rotineira, o que dificulta a generalização dos resultados. Além disso, as definições de "abandono" (dropout) variam consideravelmente entre os estudos, e muitos ECRs falham em relatar adequadamente os motivos pelos quais os

participantes interromperam o tratamento. Em contraste, **estudos qualitativos**, como entrevistas semiestruturadas e grupos focais, oferecem uma profundidade valiosa na compreensão das experiências subjetivas e dos múltiplos fatores que levam ao abandono, capturando nuances que os métodos quantitativos podem perder. Sua limitação reside nas amostras geralmente menores, na dificuldade de generalização estatística e na potencial subjetividade da análise interpretativa. **Revisões sistemáticas e metanálises** são ferramentas poderosas para sintetizar a evidência existente e aumentar o poder estatístico. No entanto, a qualidade de suas conclusões é inteiramente dependente da qualidade e da homogeneidade dos estudos primários incluídos; uma alta heterogeneidade entre os estudos pode limitar significativamente a validade das estimativas agregadas.

A **avaliação de intervenções** como o mhGAP, os CAPS ou a telessaúde emprega uma variedade de desenhos, incluindo ECRs, estudos quasi-experimentais, abordagens qualitativas e análise de dados administrativos ou de sistemas de informação em saúde. Cada desenho tem suas próprias vantagens e desvantagens em termos de rigor e relevância para a prática. Um desafio particular, especialmente em contextos como o Brasil, é a falta de uma cultura robusta de avaliação de serviços, com poucos estudos em larga escala, participativos e focados em resultados relevantes para os usuários. Há também uma necessidade premente de mais pesquisa de implementação, que vá além da simples eficácia e investigue como adaptar e sustentar intervenções em contextos reais.

Como a Forma de Perguntar Molda as Respostas sobre Acesso e Abandono

Fica claro que a escolha da metodologia não é neutra; ela molda fundamentalmente o tipo de conhecimento que produzimos sobre acesso e abandono. Uma dependência excessiva de métodos quantitativos, por exemplo, focando apenas nas taxas de prevalência ou nas porcentagens de abandono, pode nos fornecer números precisos, mas não necessariamente o significado ou o contexto por trás deles. Isso pode obscurecer as razões complexas e multifacetadas que levam uma pessoa a não buscar ajuda ou a interromper um tratamento, razões essas que a pesquisa qualitativa está mais bem equipada para revelar.

As próprias definições operacionais utilizadas nos estudos são cruciais. O que exatamente constitui "tratamento" em saúde mental? Apenas serviços formais especializados? E a psicoterapia online autoguiada? E o suporte de um agente comunitário de saúde? Da mesma forma, quando se considera que um paciente "abandonou" o tratamento? Após uma única falta? Após um número predefinido de sessões não comparecidas? A falta de consenso nessas definições dificulta a comparação entre estudos e a interpretação dos achados.

Devemos também estar cientes dos vieses potenciais na literatura científica. Estudos de ECRs, devido aos seus critérios de inclusão e exclusão rigorosos, podem acabar selecionando participantes que são inerentemente mais propensos a aderir ao tratamento, superestimando potencialmente a eficácia ou subestimando as taxas de abandono que seriam observadas na prática clínica real. Informações valiosas sobre a implementação de programas no mundo real podem estar contidas na "literatura cinzenta" (relatórios de ONGs, documentos governamentais, etc.), que muitas vezes não passa pelo processo de revisão por pares e publicação acadêmica formal. Além disso, as agendas de pesquisa e os resultados publicados podem ser influenciados por fontes de financiamento, especialmente em colaborações entre países de alta e baixa/média renda.

Em suma, nossa compreensão dos problemas de acesso e abandono é, em grande medida, limitada pelas ferramentas metodológicas que empregamos. Seria um erro metodológico e conceitual ignorar as ricas informações provenientes de abordagens qualitativas que exploram

a experiência vivida dos pacientes e profissionais, complementando os dados quantitativos. Da mesma forma, a falta de padronização nas definições operacionais e a escassez de pesquisa de implementação robusta e contextualizada, particularmente em cenários complexos como o brasileiro, restringem nossa capacidade de tirar conclusões definitivas, generalizar achados e, mais importante, de informar eficazmente as políticas e práticas de saúde mental.

Análise Crítica dos Resultados e Horizontes Futuros

Síntese das Evidências: O Que Realmente Sabemos sobre Acesso, Abandono e Efetividade das Intervenções?

A análise da literatura e dos dados disponíveis permite traçar um panorama claro, ainda que preocupante, da situação da saúde mental global e regional. Sabemos que a escala do problema, medida pela prevalência de transtornos mentais, é imensa e foi agravada pela pandemia. Sabemos também que a lacuna entre a necessidade de cuidado e o acesso efetivo a ele é vasta, especialmente na América Latina e Caribe e entre populações vulneráveis. As barreiras que sustentam essa lacuna são multifacetadas – sistêmicas, financeiras, geográficas, sociais, culturais – e profundamente interconectadas, exigindo respostas complexas e integradas. O fenômeno do abandono do tratamento é comum em diversas modalidades terapêuticas, mas suas causas são heterogêneas; nem toda interrupção é negativa, e muitas vezes ela reflete problemas na relação terapêutica, nos efeitos colaterais de medicamentos ou em barreiras contextuais. Existem intervenções e estratégias promissoras, como o cuidado comunitário, a integração na APS via mhGAP e a telessaúde, mas sua implementação efetiva e equitativa no mundo real ainda enfrenta desafios consideráveis, particularmente em contextos de recursos limitados.

Ao mesmo tempo, a análise revela contradições e ambiguidades. A tecnologia, por exemplo, é vista como uma solução potencial para barreiras de acesso, mas também cria novas formas de exclusão e pode comprometer a qualidade da interação terapêutica. Embora conheçamos muitos fatores associados ao abandono, a capacidade de prever com precisão quem irá interromper o tratamento ainda é limitada, sugerindo a complexidade das decisões individuais. Observa-se também um hiato frequente entre as políticas de reforma bem-intencionadas (como a desinstitucionalização ou a integração na APS) e a sua implementação efetiva e sustentada no terreno, muitas vezes dificultada por subfinanciamento, resistência à mudança ou instabilidade política.

Tabela 4: Visão Geral de Estratégias e Intervenções Chave para Melhorar o Acesso e a Continuidade do Cuidado

Estratégia/Intervenção	Características Principais	Evidências/Potencial	Desafios/Limitações	Aplicabilidade LAC/Brasil
Cuidado Comunitário / Desinstitucionalização (Ex: CAPS, CCBHCs)	Serviços fora do hospital, foco na reabilitação psicossocial, integração na comunidade, trabalho em equipe multiprofissional.	Redução de hospitalizações (quando bem implementado), maior satisfação do usuário, alinhamento com direitos humanos.	Subfinanciamento, cobertura desigual, articulação da rede, risco de precarização/burocratização, necessidade de avaliação robusta.	Central na reforma psiquiátrica brasileira (CAPS), mas com desafios de sustentabilidade e expansão.
Integração na Atenção Primária	Capacitação de não-especialistas	Potencial para reduzir a lacuna	Barreiras de implementação	Implementado/adaptado em vários

Estratégia/Intervenção	Características Principais	Evidências/Potencial	Desafios/Limitações	Aplicabilidade LAC/Brasil
(APS) / mhGAP	(médicos, enfermeiros, ACS) para identificar e manejar transtornos comuns na APS.	de tratamento, aumentar acesso, diminuir estigma. Eficácia demonstrada em alguns contextos.	(treinamento, supervisão, tempo, resistência), necessidade de adaptação cultural, sobrecarga da APS, financiamento.	países (Chile, Colômbia, Peru, México), relevante para o SUS brasileiro, mas requer investimento e suporte contínuos.
Telessaúde / Saúde Mental Digital (DMH)	Uso de TICs (vídeo, apps, web) para avaliação, tratamento, monitoramento, psicoeducação.	Aumenta acesso geográfico, flexibilidade. Eficácia comparável à presencial para alguns casos. Alta satisfação do paciente.	Exclusão digital (acesso, literacia), custo/cobertura, qualidade variável, engajamento/adesão, preocupações dos clínicos, privacidade, falta de evidência robusta em LMICs.	Crescente no Brasil e LAC, potencial enorme, mas requer políticas para garantir equidade, qualidade e integração aos sistemas existentes.
Reformas Políticas / Financiamento	Aumento do orçamento para saúde mental, alocação para serviços comunitários/APS, legislação de direitos humanos, integração intersetorial.	Essencial para viabilizar outras estratégias, promover equidade e sustentabilidade.	Falta de vontade política, resistência a mudanças, interesses corporativos, dificuldade de implementação efetiva.	Fundamental para superar o subfinanciamento crônico e direcionar recursos para modelos mais eficazes e equitativos.
Desenvolvimento da Força de Trabalho	Treinamento, capacitação contínua, suporte/supervisão, incentivos para atração/retenção, diversificação da força de trabalho.	Crucial para garantir qualidade e disponibilidade de cuidados, especialmente na APS e áreas remotas.	Escassez de formadores, currículos desatualizados, más condições de trabalho, "fuga de cérebros".	Necessidade urgente de investimento em formação e valorização dos profissionais no Brasil e LAC.

Territórios Inexplorados: Identificando Lacunas Cruciais no Conhecimento e Desafios Persistentes

Apesar dos avanços na pesquisa em saúde mental, persistem lacunas significativas no conhecimento que precisam ser abordadas para informar melhor as políticas e práticas. Uma área crítica é a **compreensão aprofundada das razões do abandono do tratamento**. Embora conheçamos alguns preditores, ainda falta uma compreensão mais nuanciada dos processos decisórios dos pacientes em diferentes contextos culturais, socioeconômicos e clínicos, bem como das dinâmicas específicas da relação terapêutica que levam à interrupção. Outra lacuna fundamental reside na **pesquisa de implementação**. Sabemos que intervenções como o mhGAP ou a telessaúde podem ser eficazes em estudos controlados, mas a grande

questão pendente é *como* implementá-las de forma eficaz, equitativa e sustentável no mundo real, particularmente em contextos de baixa e média renda como a América Latina e o Brasil. Isso envolve investigar estratégias de adaptação cultural, mecanismos para superar barreiras locais (organizacionais, profissionais, comunitárias), modelos de financiamento sustentáveis e formas de garantir a fidelidade da intervenção sem comprometer a flexibilidade necessária. A avaliação rigorosa e participativa de serviços comunitários existentes, como os CAPS no Brasil, também é escassa, dificultando a identificação de boas práticas e áreas que necessitam de melhoria.

Faltam ainda **estudos robustos de custo-efetividade** para muitas intervenções, especialmente as digitais, em contextos de LMICs, o que é crucial para justificar investimentos em larga escala. A pesquisa sobre **estratégias eficazes para reduzir o estigma** em diferentes níveis (individual, comunitário, estrutural) também precisa ser intensificada. Além disso, é necessário um entendimento mais aprofundado das **necessidades específicas e das barreiras particulares enfrentadas por grupos vulneráveis**, a fim de desenvolver intervenções mais direcionadas e equitativas. Por fim, há uma lacuna na pesquisa sobre **como integrar efetivamente a saúde mental em outras políticas e setores** (educação, trabalho, assistência social, etc.) para abordar os determinantes sociais da saúde mental.

Paralelamente a essas lacunas no conhecimento, persistem desafios estruturais e contextuais significativos: o subfinanciamento crônico, a escassez e má distribuição da força de trabalho, o estigma profundamente arraigado na sociedade e, por vezes, entre os próprios profissionais de saúde, as profundas desigualdades sociais e regionais, a resistência à mudança dentro dos sistemas de saúde e a dificuldade em traduzir políticas bem formuladas em ações concretas e sustentadas no terreno.

Ventos de Mudança: Tendências Emergentes (Equidade, Tecnologia, Direitos Humanos) e o Futuro do Cuidado

Apesar dos desafios, observam-se tendências emergentes que podem moldar positivamente o futuro do cuidado em saúde mental. Uma das mais importantes é o **foco crescente na equidade**. Há um reconhecimento cada vez maior de que não basta apenas expandir a oferta de serviços; é crucial garantir que esses serviços alcancem todas as pessoas que deles necessitam, priorizando aqueles grupos que historicamente enfrentaram as maiores barreiras de acesso e discriminação. Isso implica ir além de abordagens universais padronizadas e desenvolver estratégias direcionadas, culturalmente sensíveis e que abordem ativamente as barreiras específicas enfrentadas por comunidades marginalizadas. A busca por "apoio e amor" deve ser entendida também como uma busca por justiça social e inclusão no cuidado.

A **transformação digital** continua a ser uma força poderosa, com a expansão da telessaúde e de outras ferramentas de saúde mental digital (DMH). O desafio será aproveitar o potencial dessas tecnologias para aumentar o acesso e a eficiência, ao mesmo tempo em que se mitigam os riscos de exclusão e se garante a qualidade e a segurança do cuidado.

Outra tendência fundamental é a ênfase renovada nos **direitos humanos e na abordagem centrada na pessoa**. Iniciativas como o WHO QualityRights e documentos como a "Nova Agenda para a Saúde Mental nas Américas" da OPAS promovem modelos de cuidado que respeitam a autonomia, a dignidade e as preferências dos usuários, focando na recuperação pessoal e na participação ativa dos indivíduos e suas famílias nas decisões sobre seu tratamento.

Observa-se também um movimento em direção à **integração da saúde mental em políticas mais amplas e a uma abordagem multissetorial**. Reconhecer que a saúde mental é influenciada por e influencia fatores como educação, emprego, moradia, segurança e até

mesmo a resposta a emergências como pandemias e mudanças climáticas abre caminho para soluções mais holísticas e sustentáveis. Seria um erro estratégico continuar tratando a saúde mental como um silo isolado do restante das políticas públicas; seu futuro parece residir na colaboração intersetorial e na incorporação do bem-estar mental como um objetivo transversal ("Saúde Mental em Todas as Políticas").

Finalmente, persiste a tendência de **fortalecimento da APS e dos modelos comunitários** como eixo principal do cuidado, buscando consolidar o afastamento do modelo hospitalocêntrico e manicomial. A sustentabilidade e a expansão desses modelos, no entanto, dependerão crucialmente de vontade política, financiamento adequado e integração efetiva com outros níveis de atenção.

Aplicações Práticas: Da Pesquisa à Ação no Mundo Real

Os achados desta pesquisa oferecem subsídios importantes para orientar ações concretas em diferentes níveis, desde a formulação de políticas públicas até o desenvolvimento de serviços e a criação de inovações no campo da saúde mental.

Informando Políticas Públicas: Implicações para a Gestão em Saúde Mental

É urgente que os gestores e formuladores de políticas atuem para **aumentar significativamente o financiamento público destinado à saúde mental**, garantindo que esses recursos sejam **alocados de forma equitativa e eficiente**. Isso implica priorizar o investimento em redes de cuidado comunitário e na integração da saúde mental na APS, em detrimento da manutenção ou expansão de hospitais psiquiátricos. As políticas devem promover ativamente a **implementação de modelos baseados em evidências**, como o mhGAP, assegurando sua adaptação aos contextos locais, o monitoramento rigoroso de sua implementação e a avaliação de seus resultados. É fundamental também **incorporar a perspectiva da saúde mental em todas as políticas públicas relevantes** (saúde geral, assistência social, educação, trabalho, direitos humanos), reconhecendo sua interconexão com os determinantes sociais. Por fim, é necessário revisar e **atualizar a legislação sobre saúde mental** para garantir a proteção dos direitos humanos, promover a desinstitucionalização e alinhar as normativas com os padrões internacionais e as melhores práticas atuais.

Fortalecendo Serviços: Recomendações para Melhorar o Acesso e a Continuidade do Cuidado

Para os serviços de saúde, as recomendações incluem a **expansão e o fortalecimento das redes de cuidado comunitário**, como os CAPS no Brasil, garantindo sua capilaridade, financiamento adequado e integração efetiva com a rede de APS. É crucial **investir na capacitação, no suporte contínuo e na valorização da força de trabalho em saúde mental**, incluindo não apenas especialistas, mas também profissionais da APS e agentes comunitários de saúde, que desempenham um papel vital na ponta do sistema. Devem ser implementadas **estratégias ativas e multifacetadas para combater o estigma**, direcionadas à comunidade em geral, aos próprios profissionais de saúde e à mídia. Os serviços precisam desenvolver e adotar **protocolos e práticas para melhorar a adesão e a continuidade do tratamento**, focando na construção de uma forte aliança terapêutica, na comunicação clara e empática, no

manejo proativo de efeitos colaterais de medicamentos e na identificação e abordagem de barreiras práticas enfrentadas pelos usuários. A **tecnologia (telessaúde e DMH) deve ser utilizada de forma estratégica e equitativa** para complementar os serviços presenciais e expandir o acesso, mas sempre garantindo a qualidade, o suporte técnico necessário, a privacidade dos dados e a oferta de alternativas para aqueles que não possuem acesso digital ou preferem outras modalidades de cuidado.

Semeando Inovação: Pistas para o Desenvolvimento de Projetos e Aplicações Transformadoras

Esta pesquisa também aponta caminhos para a inovação no campo. Há um espaço importante para o desenvolvimento de **intervenções que abordem explicitamente os determinantes sociais do sofrimento mental**, possivelmente em colaboração com outros setores como assistência social, educação ou trabalho. É necessário fomentar **modelos de cuidado que sejam genuinamente centrados na pessoa**, coproduzidos com usuários e familiares, e que coloquem a recuperação pessoal, a autonomia e a inclusão social no centro do processo terapêutico. O uso de **tecnologias digitais** pode ser explorado para além da teleconsulta, por exemplo, para criar plataformas de suporte peer-to-peer (entre pares), oferecer psicoeducação acessível e culturalmente adaptada, ou fornecer ferramentas de automanejo baseadas em evidências, sempre com atenção rigorosa à validação científica, à usabilidade e à equidade no acesso. Podem ser desenvolvidas e testadas **estratégias inovadoras para aumentar o engajamento e a retenção** em tratamentos (presenciais ou digitais), utilizando abordagens como gamificação, lembretes personalizados, monitoramento remoto de sintomas ou integração de suporte de pares. Finalmente, há um campo fértil para pesquisas que testem modelos de cuidado que incorporem explicitamente o "apoio e amor" – ou seja, a compaixão, a empatia, a validação e a construção de relacionamentos terapêuticos sólidos – não apenas como qualidades desejáveis, mas como componentes ativos e essenciais da intervenção terapêutica.

Conclusão: Rumo a um Cuidado Integral e Humanizado

Recapitulação Reflexiva dos Principais Desafios e Oportunidades

Este mapeamento abrangente da situação da saúde mental, com foco no acesso e no abandono do tratamento, revela um cenário de desafios persistentes, mas também de oportunidades emergentes. A magnitude da lacuna de cuidado e as altas taxas de abandono não são meros indicadores estatísticos; eles refletem sistemas de saúde que, em muitos aspectos, ainda falham em atender às necessidades humanas fundamentais de apoio, compreensão e continuidade. As barreiras multifacetadas – desde o subfinanciamento crônico e a fragmentação dos serviços até o estigma arraigado e as profundas desigualdades sociais – continuam a impedir que milhões de pessoas recebam o cuidado de que necessitam. No entanto, em meio a esses desafios, surgem oportunidades significativas impulsionadas pelo avanço da tecnologia, por um foco renovado nos direitos humanos e na equidade, e por um reconhecimento crescente da necessidade de integrar a saúde mental em agendas mais amplas de saúde e desenvolvimento social.

Reforçando a Urgência de Abordagens Centradas na Pessoa, na

Comunidade e nos Direitos

A transformação necessária no campo da saúde mental transcende ajustes técnicos ou a simples adição de novos serviços. Ela exige uma mudança de paradigma fundamental em direção a um cuidado que seja verdadeiramente humanizado. Isso significa colocar a pessoa, com sua história, contexto e preferências, no centro do processo de cuidado; fortalecer os recursos e as redes de apoio na comunidade, afastando-se definitivamente de modelos institucionais segregadores; e garantir que todas as políticas e práticas sejam firmemente ancoradas nos princípios dos direitos humanos, promovendo a autonomia, a dignidade e a participação ativa das pessoas com experiência vivida.

Um Chamado à Ação: A Importância do Apoio, do Amor e da Continuidade no Cuidado em Saúde Mental

Em última análise, a busca por "apoio e amor" no contexto da saúde mental é um chamado por sistemas de cuidado que vão além do diagnóstico e do tratamento de transtornos. É um chamado por sistemas que ofereçam suporte contínuo, que cultivem a compaixão e a empatia, que inspirem esperança e que reconheçam a importância dos laços humanos e comunitários para a recuperação e o bem-estar. A continuidade do cuidado, frequentemente interrompida pelo abandono, só pode ser alcançada se os serviços forem percebidos como relevantes, acolhedores e eficazes em responder às necessidades complexas dos indivíduos em seus contextos de vida.

Esta pesquisa, coordenada por Don Paulo Ricardo de Leão, buscou iluminar os problemas e as lacunas existentes, não como um fim em si mesmo, mas como um ponto de partida. Espera-se que a análise crítica e as reflexões aqui apresentadas possam subsidiar o desenvolvimento de iniciativas futuras que contribuam para a construção de um futuro onde o cuidado em saúde mental seja, para todos, acessível, efetivo e profundamente humano.

Referências (Formato APA)

- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 858–866.
- Koyanagi, C., Alfayez, N., Clarke, M., Harmer, B., Henderson, C., Pilling, S., & Taylor, C. (2021). Implementation and use of the Mental Health Gap Action Programme Intervention Guide (mhGAP-IG): A review of the grey literature. *Journal of Global Health*, 11, 04015. <https://doi.org/10.7189/jogh.11.04015>
- O'Keeffe, S., Martin, P., & Earley, C. (2024). Treatment dropout from psychological and pharmacological therapy for anxiety and depression in adolescents and young adults: A narrative review of prevalence, predictors, and prevention strategies. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1162135. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1162135>
- Pan American Health Organization. (2018). The burden of mental disorders in the Region of the Americas, 2018. *Pan American Journal of Public Health*, 42, e165. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.165>
- Thornicroft, G., Sunkel, C., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H., Benjet, C., Bruffaerts, R.,... & Haro, J. M. (2018). Reconceptualising the treatment gap for common mental disorders: a fork in the road for global mental health. *The British Journal of Psychiatry*, 213(4), 579-581. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.146>

Referências citadas

1. Mental Health - PAHO/WHO | Pan American Health Organization, <https://www.paho.org/en/topics/mental-health>
2. New WHO guidance calls for urgent transformation of mental health policies - PAHO/WHO, <https://www.paho.org/en/news/31-3-2025-new-who-guidance-calls-urgent-transformation-mental-health-policies>
3. PAHO releases new publication on deinstitutionalization of psychiatric care in Latin America and the Caribbean, <https://www.paho.org/en/news/20-11-2020-paho-releases-new-publication-deinstitutionalization-psychiatric-care-latin-america>
4. Mental disorders - World Health Organization (WHO), <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
5. Mental health in the Americas: A crisis that calls for action, <https://www.openaccessgovernment.org/mental-health-in-the-americas-a-crisis-that-calls-for-action/167661/>
6. Transforming mental health for pandemic recovery and social development: recommendations from the PAHO High-Level Commission on Mental Health and COVID-19, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10250777/>
7. Mental health care systems in Latin America and the Caribbean - ResearchGate, https://www.researchgate.net/publication/46576798_Mental_health_care_systems_in_Latin_America_and_the_Caribbean
8. Mental health - World Health Organization (WHO), <https://www.who.int/health-topics/mental-health>
9. A Perspective on How User-Centered Design Could Improve the Impact of Self-Applied Psychological Interventions in Low- or Middle-Income Countries in Latin America - Frontiers, <https://www.frontiersin.org/journals/digital-health/articles/10.3389/fdgth.2022.866155/full>
10. Advancing towards universal health in Latin America and the Caribbean: Lessons from the COVID-19 pandemic - PAHO/WHO, <https://www.paho.org/en/stories/advancing-towards-universal-health-latin-america-and-caribbean-lessons-covid-19-pandemic>
11. The treatment gap in mental health care, https://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/publishedpaper_kohnetal_txgap.pdf
12. The State of Mental Health in America, <https://mhanational.org/the-state-of-mental-health-in-america/>
13. Mental Health By the Numbers - NAMI, <https://www.nami.org/about-mental-illness/mental-health-by-the-numbers/>
14. Systematic review and meta-analysis of dropout rates in individual psychotherapy for generalized anxiety disorder - PubMed, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29028610/>
15. Factors associated with dropout from treatment for eating disorders ..., <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2765944/>
16. Predictors of dropout in cognitive behavior and interpersonal online brief psychotherapies for essential professionals during the COVID-19 pandemic - PMC - National Institutes of Health (NIH), <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11621358/>
17. Dropout Rates in Psychosocial Interventions for People With Both Severe Mental Illness and Substance Misuse: A Systematic Review and Meta-Analysis - PubMed, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35633799/>
18. A systematic review and meta-analysis of dropout rates from dialectical behaviour therapy in randomized controlled trials - PubMed, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31204902/>
19. Dropout From an Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy ..., <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8663602/>
20. Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap - PMC, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6386160/>
21. Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap - IRIS PAHO Home, <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49540/v42e1652018.pdf>
22. Plan de Acción de Salud Mental en las Américas - PAHO, <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-06/plan-action-mental-health-2014.pdf>
23. Stigma and psychiatric care in Latin America: its inclusion on the ..., <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5618866/>
24. Barriers and Facilitators for

Implementing Digital Interventions for Anxiety and Depression in Latin America: A Scoping Review - MDPI, <https://www.mdpi.com/1660-4601/22/4/628> 25. Mental health in Latin America and the Caribbean - PMC - PubMed Central, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6735164/> 26. A randomized clinical trial of home-based telepsychiatric outpatient care via videoconferencing: design, methodology, and implementation - SciELO, <https://www.scielo.br/j/rpc/a/HjDshjFzVJ6mxwW4T4mz44C/> 27. Reconceptualising the treatment gap for common mental disorders: a fork in the road for global mental health? | The British Journal of Psychiatry - Cambridge University Press, <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/reconceptualising-the-treatment-gap-for-common-mental-disorders-a-fork-in-the-road-for-global-mental-health/A786D71FEA2CFC5EA5D4AEAB0D079BCA> 28. ECLAC and PAHO Call for Prioritizing Investment in Health to Reduce Inequality and Achieve the SDGs in Latin America and the Caribbean | CEPAL, <https://www.cepal.org/en/pressreleases/eclac-and-paho-call-prioritizing-investment-health-reduce-inequality-and-achieve-sdgs> 29. (PDF) Mental health in Latin America and the Caribbean - ResearchGate, https://www.researchgate.net/publication/322379845_Mental_health_in_Latin_America_and_the_Caribbean 30. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios - SciELO, <https://www.scielo.br/j/csp/a/LKMxbhKYbPHqP8snJjHwsLQ/> 31. TREATMENT GAP IN THE AMERICAS Technical Document - PAHO, <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/TGap-in-the-Americas-Final-Vesion.pdf> 32. innovative mental health programs in latin america & the caribbean - PAHO, <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2008/MHPDoc.pdf> 33. Trends in State Strategies to Improve the Behavioral Health Workforce - NASHP, <https://nashp.org/trends-in-state-strategies-to-improve-the-behavioral-health-workforce/> 34. Implementation of the Community Component of the Mental Health Gap Action Programme (mhGAP): A Scoping Review - Journals, <https://www.ssph-journal.org/journals/public-health-reviews/articles/10.3389/phrs.2025.1607759/full> 35. PAHO highlights the need to prioritize primary health care to advance towards universal health in the Americas, <https://www.paho.org/en/news/12-12-2024-paho-highlights-need-prioritize-primary-health-care-advance-towards-universal> 36. Barreiras e facilitadores à integração dos serviços de depressão e ..., <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/760> 37. Barriers to access to health services for women and children in Latin America, <https://journal.paho.org/en/articles/barriers-access-health-services-women-and-children-latin-america> 38. Mental health care is in high demand. Psychologists are leveraging tech and peers to meet the need - American Psychological Association, <https://www.apa.org/monitor/2024/01/trends-pathways-access-mental-health-care> 39. A meta-analysis of dropout from evidence-based psychological treatment for post-traumatic stress disorder (PTSD) in children and young people - PubMed Central, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8344790/> 40. Understanding and preventing nonadherence and treatment ..., <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10703356/> 41. The effectiveness of telepsychiatry: thematic review - PMC - PubMed Central, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10063994/> 42. Internet-Based Interventions for the Prevention and Treatment of Mental Disorders in Latin America: A Scoping Review - PubMed, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31572242/> 43. Internet-Based Interventions for the Prevention and Treatment of Mental Disorders in Latin America: A Scoping Review - PubMed Central, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6753742/> 44. Validation of an instrument to guide the implementation of strategies for mental health care in Colombia - Iris Paho, <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/59304/v48e102024.pdf?sequence=1&isAllowed=>

y 45. Mental Health Gap Action Programme: a theoretical model of barriers to implementation by health personnel in Chocó, Colombia | Pan American Journal of Public Health, <https://journal.paho.org/en/articles/mental-health-gap-action-programme-theoretical-model-barriers-implementation-health>

46. Mental health response capacity in primary care in Chile: A contribution to Alma-Ata* - Iris Paho, https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49470/v42e1362018_eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y

47. Implementation and use of the Mental Health Gap Action Programme Intervention Guide (mhGAP-IG): A review of the grey literature - PubMed Central, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8053394/>

48. mhGAP Intervention Guide - World Health Organization (WHO), <https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250239/1/9789241549790-eng.pdf>

49. Implementation and use of the Mental Health Gap Action Programme Intervention Guide (mhGAP-IG): A review of the grey literature — JOGH, <https://jogh.org/implementation-and-use-of-the-mental-health-gap-action-programme-intervention-guide-mhgap-ig-a-review-of-the-grey-literature/>

50. Efficacy, patient-doctor relationship, costs and benefits of utilizing telepsychiatry for the management of post-traumatic stress disorder (PTSD): a systematic review - SciELO, <https://www.scielo.br/j/trends/a/SRLYzQgjpvyB54bdJmZZy3z>

51. The benefits of implementing telepsychiatry in the Brazilian Mental Health System, https://www.researchgate.net/publication/23298005_The_benefits_of_implementing_telepsychiatry_in_the_Brazilian_Mental_Health_System

52. Efficacy of Remote Psychological Interventions for Patients with Anxiety and Depression Symptoms: Systematic Review and Meta-Analysis - PubMed, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39304185/>

53. Effectiveness of Digital Mental Health Tools to Reduce Depressive and Anxiety Symptoms in Low- and Middle-Income Countries: Systematic Review and Meta-analysis, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10131603/>

54. 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 - PMC, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6878971/>

55. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil, <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/3582/7255>

56. Ministers and high-level health authorities of the Americas discuss future pandemic response - PAHO/WHO, <https://www.paho.org/en/news/28-5-2024-ministers-and-high-level-health-authorities-americas-discuss-future-pandemic>