C/2024/6868

28.11.2024

Parecer do Comité Económico e Social Europeu

Serviços comunitários de saúde mental

(parecer de iniciativa)

(C/2024/6868)

Relator: **Pietro Vittorio BARBIERI**

Conselheira	Gisella TRINCAS (da relatora)
Decisão da Plenária	18.1.2024
Processo regimental	Artigo 52.º, n.º 2, do Regimento
Competência	Secção do Emprego, Assuntos Sociais e Cidadania
Adoção em secção	4.9.2024
Resultado da votação (votos a favor/votos contra/ abstenções)	76/1/0
Adoção em plenária	18.9.2024
Reunião plenária n.º	590
Resultado da votação (votos a favor/votos contra/ abstenções)	204/1/3

1. Conclusões e recomendações

1.1. O Comité Económico e Social Europeu (CESE) concorda com a finalidade e os objetivos definidos na Comunicação da Comissão Europeia relativa a uma abordagem abrangente à saúde mental, em particular os capítulos relativos às seguintes ações: integrar a saúde mental em todas as políticas; promover a prevenção e a intervenção precoce em relação aos problemas de saúde mental; melhorar a saúde mental das crianças, dos jovens e dos idosos; assistir as pessoas mais necessitadas; gerir e prevenir os riscos psicossociais no local de trabalho; reforçar os sistemas de saúde mental e melhorar o acesso aos tratamentos e aos cuidados de saúde; eliminar a estigmatização e os preconceitos; e promover a saúde mental a nível mundial.

1.2. O CESE considera que a literacia em saúde mental é indispensável para toda a sociedade. Com efeito, importa explorar todo o potencial das estratégias de prevenção para sensibilizar a população, por forma a combater o estigma em comunidades abertas e a facilitar a deteção e o diagnóstico das doenças mentais numa fase inicial, permitindo uma intervenção precoce.

1.3. O CESE considera que a cooperação intersetorial é fundamental para garantir que os setores da educação, do emprego, da assistência social e dos cuidados de saúde mental funcionam de forma coordenada para ajudar as pessoas a viver em plenitude. As políticas devem visar um sistema integrado de saúde mental, uma vez que a vida de uma pessoa não depende unicamente das competências de um setor específico. O objetivo é ajudar os doentes a alcançar todo o seu potencial, apoiando-os na busca da felicidade, que é a meta de todas as pessoas.

1.4. O CESE apoia a capacitação e o apoio à autorrepresentação enquanto elementos fundamentais para assegurar a plena participação das pessoas que sofrem de problemas de saúde mental no que lhes diz respeito, bem como para elaborar conjuntamente estratégias e programas destinados a apoiá-las. Esta abordagem implica o planeamento, a conceção, a prestação e a avaliação dos cuidados, o que exige necessariamente um programa de apoio técnico e financeiro a formas de autogestão, que dependem, por regra, do trabalho de organizações sem fins lucrativos.

1.5. O CESE incentiva os Estados-Membros, as comunidades locais, os profissionais, as organizações da sociedade civil (incluindo os parceiros sociais) e todos os intervenientes estatais e não estatais a criarem um ecossistema de serviços de proximidade para apoiar as pessoas em toda a Europa que sofrem de doenças do foro mental. Em particular, o CESE sublinha que a construção deste ecossistema deve ter como base as indicações já estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a saber: reduzir os internamentos em hospitais psiquiátricos (como já aconteceu em Itália), abolir as práticas coercivas, corrigir o desequilíbrio de poder nos serviços, transformar os serviços segregadores em práticas personalizadas, disponibilizar serviços e profissionais capazes de interpretar a transformação necessária com base nos direitos humanos, a começar pela dignidade de todas as pessoas, mudar o destino de milhares de pessoas (e respetivas famílias) que vivem com estas doenças e combater o estigma que as rodeia, desencadeando uma dinâmica positiva orientada para a inclusão social e a participação na vida em comunidade.

1.6. O CESE considera fundamental que o ecossistema se baseie em algumas orientações precisas: o orçamento pessoal como motor das despesas dos Estados e das comunidades; serviços de diagnóstico e tratamento tão próximos quanto possível do local de residência e que, ao mesmo tempo, sejam locais agradáveis para visitar; o direito de a pessoa optar por viver em ambientes não segregadores, que nunca excedam três a cinco camas; serviços de emprego, de educação e de aprendizagem ao longo da vida que adotem estratégias e instrumentos adequados e personalizados; profissionais com formação adequada, incluindo o contributo da investigação de ponta; e serviços de aconselhamento interpares, uma vez que as pessoas aprendem mais com aqueles que viveram uma experiência semelhante. O CESE considera que o objetivo de estabelecer orientações claras é fundamental para definir normas de referência.

1.7. O CESE está convicto de que é necessário obter dados desagregados e estatísticas económicas para que os Estados--Membros e as comunidades possam realizar o planeamento nacional e de proximidade .

1.8. A secção relativa aos recursos financeiros representa o maior desafio. É imperativo ter em conta a relação custo--eficácia. Presentemente, existe uma literatura internacional bem consolidada, segundo a qual a ausência de medidas ou o funcionamento de serviços segregados representam claramente um custo muito mais elevado do que trabalhar em prol de serviços inclusivos. A mudança de paradigma constitui um processo longo e complexo, mas o CESE considera que é obrigatório levá-lo a cabo se considerarmos a Carta dos Direitos Fundamentais um alicerce da UE. Por conseguinte, importa mobilizar investimentos a todos os níveis para apoiar soluções de proximidade e realizar progressos no sentido da desinstitucionalização.

1.9. O CESE apela para que as instituições europeias e internacionais, os Estados-Membros, as comunidades locais e a sociedade civil organizada (incluindo os parceiros sociais) tomem medidas urgentes para organizar esta transição. O CESE tenciona apoiar todas as iniciativas conducentes a um amplo consenso que permita ultrapassar o estigma que continua a rodear as pessoas que sofrem de problemas de saúde mental no processo de decisão. Os protagonistas deste processo devem ser as pessoas que sofrem de doenças do foro mental e as organizações que as representam. É necessário construir uma via estruturada que assuma a forma de uma conferência de consenso alargada às instituições.

2. **Observações gerais**

2.1. Os dados do inquérito Eurobarómetro ([1]) revelam que os cidadãos europeus são cada vez mais afetados por problemas de saúde mental e estão preocupados com o tema: 46 % dos inquiridos declararam ter tido um problema emocional ou psicossocial nos últimos 12 meses, 89 % concordaram que a promoção da saúde mental é importante e 25 % referiram problemas de acesso aos serviços de saúde mental por parte de um familiar.

2.2. Na abordagem abrangente à saúde mental ([2]) da Comissão Europeia. afirma-se que:

— a saúde mental é parte integrante da saúde;

— a saúde mental é afetada por vários fatores (que podem ser pessoais, ambientais, sociais e económicos, ou crises, como a pandemia de COVID-19, a guerra na Ucrânia, a inflação e a crise energética);

([1]) https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/3032.
([2]) https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/comprehensive-approach-mental-health_pt.

— antes da pandemia de COVID-19, os problemas de saúde mental afetavam uma em cada seis pessoas na UE, representando um custo superior a 4 % do PIB;

— este custo se deve tanto às crises acima referidas como às opções políticas e organizacionais dos governos;

— a saúde mental afeta os grupos mais vulneráveis da sociedade, a começar pelos jovens, cuja segunda principal causa de morte é o suicídio ([3]).

2.3. O direito de acesso aos cuidados de saúde, incluindo os cuidados preventivos, está consagrado na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia e no Pilar Europeu dos Direitos Sociais, segundo o qual esse direito deve traduzir-se na disponibilização de serviços de qualidade, que respeitem os direitos humanos e associem as pessoas diretamente interessadas.

2.4. A comunicação da Comissão Europeia assenta em três princípios: uma prevenção adequada e eficaz, acesso a tratamentos e cuidados de elevada qualidade e a preços comportáveis e reintegração na sociedade após a recuperação.

2.5. No Parecer – Medidas para melhorar a saúde mental ([4]), o CESE:

— solicita uma reforma dos sistemas de saúde da UE, a fim de assegurar a prevenção, a deteção precoce e o rastreio de doenças mentais, bem como a adoção de uma abordagem centrada nas pessoas e assente na comunidade;

— recomenda que a «abordagem abrangente à saúde mental» tenha um calendário definido e disponha de recursos adequados, estabeleça responsabilidades e inclua indicadores que permitam acompanhar os progressos realizados, nomeadamente no âmbito do Semestre Europeu. Os planos nacionais de recuperação e resiliência ([5]) devem prever mais investimentos diretos no setor social e da saúde;

— apoia o desenvolvimento de sistemas de saúde mental baseados nos direitos humanos, centrados nas pessoas, orientados para a recuperação e assentes nas comunidades, que deem prioridade à capacitação das pessoas e à sua participação ativa na sua própria recuperação, com o objetivo final de melhorar a qualidade de vida das pessoas com problemas de saúde mental, em conformidade com os princípios da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CNUDPD) e prestando particular atenção às necessidades de grupos específicos e vulneráveis;

— incentiva os parceiros sociais a apoiarem e promoverem iniciativas destinadas a melhorar as condições de trabalho para avaliar e eliminar os riscos psicossociais no local de trabalho.

3. **Observações na especialidade**

3.1. O CESE procura, através deste segundo parecer sobre este assunto, lançar debates e propostas com vista a reduzir o desfasamento entre o que é dito e o que é efetivamente feito em matéria de prestação de cuidados de saúde mental e de serviços sociais.

3.2. A iniciativa emblemática número um da abordagem abrangente intitula-se «Iniciativa europeia de reforço de capacidades em matéria de saúde mental». A Comissão Europeia apoiará os Estados-Membros no reforço de capacidades para consolidarem e reformarem os seus sistemas de saúde mental através de um projeto de 11 milhões de euros que está atualmente a ser executado com a OMS.

3.3. No âmbito da iniciativa emblemática número nove «Youth First», a Comissão, em colaboração com a UNICEF, está atualmente a trabalhar com Chipre, a Eslovénia, a Itália e a Espanha (especificamente a Andaluzia) no sentido de reforçar a capacidade administrativa destes Estados-Membros e promover a colaboração transversal entre as respetivas administrações públicas nacionais. O objetivo desta iniciativa, que é apoiado através do instrumento de assistência técnica, consiste em melhorar a qualidade global dos serviços de saúde mental.

([3]) *«The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice»* [Consequências da pandemia de COVID-19 para a saúde mental e implicações para a prática clínica].
([4]) Parecer do Comité Económico e Social Europeu — Medidas para melhorar a saúde mental (JO C 349 de 29.9.2023, p. 100).
([5]) Planos nacionais de recuperação e resiliência: https://commission.europa.eu/business-economy-euro/economic-recovery/recovery-and-resilience-facility_pt.

3.4. Na iniciativa emblemática número 16, a Comissão Europeia declara a sua intenção de oferecer apoio técnico aos Estados-Membros para os ajudar a implementar reformas no domínio da saúde mental em vários setores, a fim de melhorar a disponibilidade de serviços de saúde mental intersetoriais em toda a UE. No âmbito do convite à apresentação de propostas de 2024 do instrumento de assistência técnica, foram selecionados cinco projetos dos Estados-Membros para apoiar a execução de reformas no domínio da saúde mental. O CESE propõe uma abordagem dos serviços e algumas soluções baseadas na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, com o objetivo de definir as boas práticas a compilar e reproduzir com base numa abordagem em matéria de saúde mental assente nos direitos humanos.

3.5. A Organização Mundial da Saúde (OMS) salienta a necessidade de reformar a legislação que não esteja em conformidade com estes princípios. Defende a revisão das políticas e da organização dos serviços sociais e de saúde mental existentes para assegurar serviços de elevada qualidade e dar resposta às necessidades heterogéneas das pessoas que sofrem de problemas de saúde mental.

3.6. A disponibilidade e a qualidade dos serviços de proximidade são de grande importância e devem ser abordadas com caráter de urgência. Esta situação parece ser muitas vezes marcada por um desfasamento ambíguo entre as declarações teóricas e a prática no terreno, entre os princípios e os modelos organizacionais, e entre os recursos disponíveis e o que é efetivamente possível em termos de tratamento e recuperação, tais como alterações concretas nas condições de vida, no bem-estar e na vida quotidiana das pessoas. Os serviços de proximidade devem ser planeados com base em dados estatísticos que devem estar disponíveis.

3.7. Face a esta situação, importa capacitar os utilizadores dos serviços, ajudando-os a desempenhar um papel ativo na conceção partilhada dos serviços e no seu próprio tratamento, reforçando a sensibilização e a responsabilidade e, ao mesmo tempo, monitorizando constantemente as normas de qualidade e o respeito pelos direitos humanos na prestação dos serviços (por exemplo, através do conjunto de ferramentas QualityRights da OMS ([6]), do sistema externo de avaliação da qualidade, etc.).

3.8. Em consonância com o conceito de uma abordagem centrada nas pessoas, assente nas necessidades concretas de cada indivíduo, os profissionais e os serviços devem apoiar os doentes e ajudá-los, na medida do possível e tendo em conta as suas circunstâncias pessoais, a retomar o controlo das suas vidas, mas sem os afastar da sua cidade natal e dos seus entes queridos, restabelecendo a sua ligação ao mundo real das relações, das oportunidades e das escolhas, a fim de contribuir para uma recuperação com sentido. O tratamento em si não permite restituir realidades concretas, como uma casa, um rendimento, objetos úteis e o próprio corpo. Pelo contrário, são estes elementos que permitem que o tratamento tenha significado, orientação e apelatividade. Esta abordagem traduz-se num «orçamento pessoal» ([7]), que deve tornar-se o motor da despesa pública com a saúde mental.

3.9. Os serviços comunitários de saúde mental devem estar disponíveis em quantidade suficiente e ser acessíveis e comportáveis. Devem evitar o risco de ser organizados como simples clínicas especializadas com atividades exclusivamente ambulatórias e longas listas de espera, abertas apenas nos dias úteis durante algumas horas e separadas do resto da comunidade local. Devem adotar uma cultura de direitos humanos. Além disso, não devem ser concebidos e desenvolvidos em torno do lucro, nem caracterizados por espaços e mobiliário asséticos, por vezes degradados e, com demasiada frequência, vazios, frios e impessoais. Não devem criar uma ilusão de cuidados, dando uma atenção superficial às pessoas «quase normais» e afastando os «doentes com doenças graves difíceis de tratar», que têm dificuldade em aceder ao tratamento e são rapidamente enviados para instalações privadas convencionadas.

3.10. Pelo contrário, devem estar abertos todos os dias e ser locais acessíveis, acolhedores e agradáveis – locais para estabelecer relações e locais de mediação – que estimulem e orientem a jornada de tratamento e de inclusão social das pessoas na comunidade local através de percursos únicos, individuais e complexos para reconstruir o significado, os laços e o poder de negociação e, consequentemente, o bem-estar. Devem ser concebidos para prestar cuidados respeitosos e dignos, para serem «casas», locais abertos 24 horas por dia, sete dias por semana, um ponto de partida para ir trabalhar numa determinada zona, com uma população alvo definida (no máximo 80 000 pessoas), acolhendo a cidade e os seus grupos formais e informais, encontrando-os, mudando-os e proporcionando um local onde as pessoas em situação de crise possam encontrar respostas e, se necessário, permanecer durante algum tempo, inclusive à noite.

([6]) WHO QualityRights Tool Kit.
([7]) https://arts.units.it/handle/11368/3029760.

3.11. Dada a situação de emergência, existe o risco de proliferação de estruturas residenciais, o que exige uma enorme quantidade de recursos financeiros. Além disso, os modelos existentes parecem sobredimensionados em termos numéricos, contando com mais de 40 utilizadores, estão muito afastados da vida quotidiana das cidades e dos bairros, são anónimos, desprovidos de objetos e continuam a ser geridos como manicómios, com portas fechadas e regras autoritárias. No plano operacional, estão frequentemente desvinculados dos serviços locais das zonas em que se encontram, trabalham com equipas completamente separadas e perfis profissionais inadequados e apresentam-se inteiramente fechados em si mesmos. Trata-se, na sua maioria, de locais que impossibilitam a transição para formas de vida ou de coabitação mais autónomas, onde as pessoas podem encontrar apoio quando necessário e durante o tempo necessário, bem como integrar-se na comunidade, como muitas experiências positivas nos mostraram ser possível, e com custos muito sustentáveis.

3.12. A ênfase excessiva que tem sido recentemente colocada nas estruturas residenciais é preocupante. É quase como se os psiquiatras, os administradores e os políticos tivessem uma necessidade permanente de locais e espaços definidos para exercer – mais do que cuidados – o controlo e o poder de trancar as pessoas indefinidamente. A comunidade mundial de médicos psiquiatras tomou uma posição clara sobre a questão num documento específico ([8]).

3.13. De acordo com um estudo da Rede Social Europeia ([9]), 65 % das comunidades locais filiadas na rede alegam que os recursos para a desinstitucionalização e a construção de serviços comunitários não são suficientes. Argumenta-se que o processo é longo e dispendioso e que existem disparidades na forma como as comunidades locais decidem investir os recursos. Importa igualmente sublinhar as diferenças que existem frequentemente entre as cidades e as zonas rurais.

3.14. Com base na escolha da pessoa, os regimes de coabitação que incluem serviços gerais, como a habitação social com um número reduzido de pessoas (1 a 5) e os alojamentos familiares (3 a 5 pessoas) – que já foram experimentados e testados – devem ser cada vez mais estabelecidos em cidades ou bairros urbanos, onde a vida quotidiana é possível, as pessoas são livres de sair e participar na vida da comunidade, e, na normalidade da vida quotidiana, podem construir uma história, ganhar confiança, ter capacidade de escolha e, possuir bens materiais, ao mesmo tempo que se reapropriam do tempo e do espaço, e conquistam oportunidades, ou seja vivem uma vida normal como qualquer outro cidadão. Trata-se igualmente de promover o apoio entre pares, não só como forma de permitir a coabitação, mas também para facilitar a partilha de experiências, incentivando e promovendo uma participação significativa e de qualidade na comunidade e na sociedade em geral e, na medida do possível, com os seus próprios recursos financeiros.

3.15. Entre estas experiências de capacitação, conta-se a possibilidade de integração das pessoas com problemas de saúde mental em «famílias de acolhimento», que figura na lista de património cultural imaterial da UNESCO.

3.16. As políticas de saúde mental devem ter em conta as necessidades específicas das crianças e dos adolescentes, incluindo os desafios e as pressões particulares que enfrentam (poderia propor-se serviços especializados e sistemas de apoio nos estabelecimentos de ensino).

3.17. Devem ser promovidas abordagens adaptadas aos diferentes grupos culturais e aos grupos vulneráveis, como os idosos, os refugiados, a comunidade LGBTQ + e as pessoas com deficiência, respondendo às necessidades específicas dos diferentes grupos sociais.

3.18. A investigação em curso sobre intervenções eficazes no domínio da saúde mental deve ser incentivada e devem ser desenvolvidas novas técnicas terapêuticas, a fim de assegurar que os serviços se baseiam nos dados científicos mais recentes. Mais ainda, em vista desta transição, importa assegurar a formação dos profissionais a todos os níveis, de forma coerente com os objetivos definidos.

3.19. O CESE também considera preocupante a escassez de profissionais de saúde mental. Essa lacuna pode ser colmatada por um sistema progressivo que associe os diferentes profissionais em momentos diferentes, em função do estado do utente, utilizando o pessoal disponível de forma mais eficaz e eficiente. O próprio pessoal deve receber apoio psicológico e físico contínuo para evitar o risco de esgotamento.

([8]) https://www.wpanet.org/_files/ugd/842ec8_e2e8fbfb2d7a4a168f0df4726c528543.pdf.
([9]) https://socialserviceworkforce.org/wp-content/uploads/2024/03/Enhancing-Community-Care_0.pdf.

3.20. Importa reforçar o papel da tecnologia na melhoria dos serviços de saúde mental, especialmente em zonas remotas ou mal servidas (os serviços digitais não devem substituir os serviços presenciais, mas podem facilitar a sua acessibilidade em determinadas circunstâncias).

3.21. É necessário adotar uma abordagem abrangente à saúde mental, como parte da experiência de vida normal de uma pessoa, assegurando a prevenção, a preservação, a promoção e os mais elevados padrões de saúde mental, e garantindo que as pessoas alcançam todo o seu potencial e vivem a vida que desejam. Acima de tudo, a literacia em saúde mental é indispensável para toda a sociedade. Neste sentido, é essencial adotar estratégias orientadas para o apoio à autorrepresentação.

3.22. É fundamental elaborar orientações concebidas em conjunto que determinem normas claras baseadas nos direitos humanos e nos indicadores de cada um dos tópicos acima referidos. Importa prever um processo de revisão sistemática para avaliar e adaptar continuamente os serviços de saúde mental com base nos resultados e na evolução das necessidades da sociedade.

3.23. As estatísticas e os dados desagregados, incluindo os recursos investidos, são fundamentais para realçar a homogeneidade das despesas nos diferentes territórios e a coerência com o objetivo de desinstitucionalização e a construção de serviços de proximidade. Por conseguinte, é necessário adotar um quadro adequado para os Estados-Membros e as comunidades locais, a fim de avaliar a relação custo-eficácia e, eventualmente, a necessidade de mais recursos.

Bruxelas, 18 de setembro de 2024.

O Presidente
do Comité Económico e Social Europeu
Oliver RÖPKE