



ORDEM
DOS
PSICÓLOGOS



Carlos Carona Eduardo Sá Gabriela Moita João Salgado Margarida Gaspar de Matos

PENSAR A PSICOLOGIA

PREFÁCIO

A **Ordem dos Psicólogos Portugueses** (OPP) tem vindo a promover inúmeras acções de carácter formativo, informativo e de sensibilização. Muitos têm sido os eventos, com especial destaque para os três Congressos da OPP, particularmente pela sua dimensão, destaque e impacto junto da opinião pública. Foram muitos milhares de Psicólogos e Psicólogas que puderam usufruir destes momentos de encontro, valorização e desenvolvimento profissional. Todavia, muitos mais não assistiram e, mesmo entre aqueles que assistiram há com toda a certeza quem gostasse de recuperar esta ou aquela intervenção, pela forma como especialmente lhes tocou, sensibilizou ou contribuiu para o seu percurso.

Algumas das reflexões apresentadas e partilhadas nestes eventos são especialmente relevantes para a profissão. Por isso, a OPP tem o dever de procurar formas de as tornar mais visíveis e mais acessíveis, de forma mais permanente, promovendo a sua disseminação alargada, se possível entre todos os Psicólogos e Psicólogas e demais interessadas/os.

Nos tempos de hoje, as tecnologias permitem soluções de comunicação e suporte da informação que facilitam este propósito. É assim mais fácil dar a conhecer o pensamento sobre a Psicologia e sobre a profissão em particular. Num formato e-book: simples de produzir, fácil de divulgar e de partilhar e, essencialmente, económico e ecológico.

Neste primeiro volume apresentamos as cinco conferências que serviram de mote às sessões de apresentação das Direcções das Delegações Regionais da OPP para este mandato 2016-2020. Com temas em que os seus autores, por vezes enquadram a estratégia da OPP, outras vezes desafiam, interrogam e ajudam a perspectivar o futuro da Psicologia e da profissão, fazendo sentido para “Pensar(mos) a Psicologia”.



A stylized, handwritten signature in black ink, appearing to read 'Francisco Miranda Rodrigues'.

Francisco Miranda Rodrigues
Bastonário da Ordem dos Psicólogos Portugueses

.....

ÍNDICE

Autores	03
Carlos Carona. A importância da autocompaixão no exercício da psicologia	05
Eduardo Sá. A unidade dos psicólogos e o futuro da psicologia	15
Gabriela Moita. O papel da psicologia no bem-estar pessoal e social	29
João Salgado. Para melhor cuidar da depressão em Portugal: Contributos da psicologia e seus desafios	41
Margarida Gaspar de Matos. Sem medo e sem riscos: Desafios da Psicologia para a Prevenção e Promoção, no século 21	49

AUTORES

CARLOS CARONA



Doutorado e Psicólogo Clínico na Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra. Especialista em Psicologia Clínica e da Saúde e Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamental (APTC). Investigador do Centro de Investigação e Intervenção Cognitivo-Comportamental da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Investigador e consultor da Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral. Docente em diversos cursos e pós-graduações.

EDUARDO SÁ



Psicólogo, psicoterapeuta e psicanalista, doutorado em Psicologia clínica pela Universidade de Coimbra. Seguiu a carreira de ensino, colaborando com várias instituições, tais como a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e o Instituto Superior de Psicologia Aplicada, em Lisboa. Além de participar em diversos programas televisivos e radiofónicos, é também um escritor conceituado, abordando temas que interessam à família e aos pais, em especial, tais como a educação e o desenvolvimento das crianças.

GABRIELA MOITA



Doutorada em Ciências Biomédicas, no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Licenciou-se em Psicologia pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto e fez um curso de formação como Directora de Psicodrama Moreniano com a Sociedade Portuguesa de Psicodrama e um Doctorado em Sexologia orientado pelo departamento de Psicologia Evolutiva da Faculdade de Psicologia da Universidade de Salamanca. É Psicóloga Clínica, Psicoterapeuta, Psicodramatista, Docente no ISSSP Porto e foi Presidente da Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica.

JOÃO SALGADO



Doutorado e Professor do ISMAI. Diretor do Programa de Doutoramento em Psicologia Clínica (ISMAI) e diretor do Laboratório de Investigação em Psicoterapia do ISMAI, filiado com o Centro de Psicologia da Universidade do Porto. Psicoterapeuta com especialização em Terapia Focada nas Emoções. Professor Visitante em vários países e investigador na área da psicoterapia com vários projetos financiados em concursos competitivos (FCT; EEA Grants). Autor de vários artigos e livros internacionais.

MARGARIDA GASPAR DE MATOS



Psicóloga e doutorada, é Professora Catedrática da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa. Psicóloga Clínica e da Saúde, na especialidade de Psicoterapia, Necessidades Educativas Especiais e Psicologia do Desporto. É investigadora do Instituto de Saúde Ambiental (ISAMB), Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e do William James Research Center (WJRC) do ISPA. É coordenadora nacional do estudo Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) da Organização Mundial da Saúde, Aventura Social e Dream Teens.

A IMPORTÂNCIA DA AUTOCOMPAIXÃO NO EXERCÍCIO DA PSICOLOGIA

CARLOS CARONA

Texto partilhado durante a apresentação da Delegação Regional do Centro da Ordem dos Psicólogos Portugueses, em Coimbra, a 18 de Janeiro de 2017

O stressé é um componente normativo no exercício de qualquer profissão, independentemente da variabilidade quantitativa ou qualitativa das suas manifestações contextuais. Curiosamente, a própria origem etimológica da palavra “trabalho” (do Latim, *tripalium*, um antigo instrumento de tortura para domar animais e forçar os escravos no aumento da sua produção) sugere uma dimensão punitiva, danosa, inerente à própria conceptualização de uma atividade profissional. Contudo, o stressé é uma resposta eminentemente adaptativa na interação entre um organismo e o seu meio ambiente, resultante do desequilíbrio entre a perceção aumentada das exigências situacionais e a insuficiência dos recursos percebidos pelo indivíduo para enfrentar a situação, colocando em risco o seu bem-estar (Lazarus & Folkman, 1984). Ainda que tipicamente associado à experiência de emoções negativas, como a ansiedade, a raiva e a tristeza, os processos de stressé são frequentemente melhor caracterizados pela ocorrência de emoções positivas, que desempenham um papel fundamental na manutenção dos esforços de confronto e no desenvolvimento das significações atribuídas a esse processo (Folkman, 1997; Folkman & Moskowitz, 2000).

Não obstante este enquadramento geral dos processos de stressé, o termo inglês burnout passou a ser amplamente adotado a partir da década de 1970 (encontrando-se atualmente estabelecido no léxico de diversas línguas, incluindo a portuguesa) para descrever, de forma imediata e acurada, a experiência do stressé profissional prolongado e desgastante. O termo burnout, com a conotação que hoje lhe é reconhecida, terá sido empregue pela primeira vez por Graham Greene, aquando da publicação em 1961 do seu romance intitulado “A Burn-Out Case”. A difusão do termo no discurso popular foi célere, tornando-se um conceito de “psicologia pop” profusamente adotado, mesmo antes de ser alvo de estudo sistemático nos contextos académicos (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Classicamente, o burnout foi definido como “a perda de entusiasmo, motivação e sentido de missão no trabalho de um indivíduo” (Cherniss, 1980, p. 16), mas a definição de Christina

Maslach (a principal pioneira no estudo científico do burnout) tornar-se-ia a mais citada na literatura das ciências psicológicas. Nessa definição, em que são enfatizadas as dimensões do conceito e circunstâncias laborais predisponentes, o burnout é entendido como um “síndrome de exaustão emocional, despersonalização, e autorrealização reduzida, que pode ocorrer em indivíduos que trabalhem com pessoas” (Maslach, 1982, p. 3) [realce pelo autor].

Complementarmente, o burnout pode ser compreendido como um processo, caracterizado por três fases não necessariamente sequenciais, mas de gravidade progressiva: na primeira fase, de ativação, podem ser observados os sintomas de irritabilidade e/ou ansiedade persistentes, alterações do sono específicas (e.g., biquismo, insónia), dificuldades de concentração, esquecimentos, palpitações e cefaleias; numa segunda fase, em que o organismo se procura adaptar por via da conservação de energia, evidencia-se sintomatologia tipicamente depressiva, incluindo a procrastinação, o cansaço matinal persistente, a apatia, a diminuição do desejo sexual, e o aumento de consumo de álcool e/ou café; na terceira fase, os esforços de adaptação prévios do organismo resultam em exaustão, e as dificuldades anteriormente experienciadas podem assumir um curso crónico, incluindo o desenvolvimento de cefaleias e problemas gastrointestinais crónicos, de tristeza ou depressão crónica, acompanhadas de um desejo de desistir da sociedade e de se afastar dos amigos e família, e nas situações mais graves, de ideação suicida (Girdin, Everly, & Dusek, 1996).

Um outro conceito frequentemente citado na literatura científica sobre stresse profissional é o de “fadiga por compaixão” (compassion fatigue). A fadiga por compaixão - também designada por traumatização secundária ou vicariante - refere-se a um estado de tensão ou desgaste emocional derivado da exposição vivida no trabalho com pessoas que sofrem consequências de acontecimentos traumáticos; ou seja, ela resulta da exposição ao indivíduo traumatizado, e não ao acontecimento traumático em si (Figley, 1995). Ainda que ambos originem sentimentos de desespero, desamparo, ansiedade e depressão, o burnout distingue-se da fadiga por compaixão por representar um processo, em que um profissional previamente empenhado desinveste do seu trabalho, em resposta ao stresse e tensão causados pela profissão. Por outro lado, a fadiga por compaixão “pode surgir subitamente, quase sem aviso” (Figley, 1995, p. 12), na sequência, por exemplo, da exposição a um único acontecimento, e pode ser um antecedente do burnout, apresentando com frequência um prognóstico de recuperação mais rápida. Note-se que tal como a experiência de emoções positivas foi anteriormente comentada na sua complementaridade com as emoções negativas intrinsecamente características dos processos de stresse, também o conceito de “satisfação por compaixão” - referindo-se à gratificação experienciada na capacidade de ajudar os outros e em fazer uma diferença positiva no mundo - viria a ser proposto como “uma parte importante do todo”, no sentido de uma formulação mais abrangente da experiência profissional de prestação de cuidados e compaixão (Stamm, 2002).

Apesar da clássica definição de Maslach (1982) enfatizar a dimensão interpessoal dos contextos profissionais mais propensos ao burnout (“trabalho com pessoas”), importa reconhecer as circunstâncias desafiadoras mais específicas no exercício da Psicologia, que distintivamente salientam a sua propensão à experiência de stresse, em relação a outras profissões de ajuda ou “trabalho com pessoas” (e.g., bombeiros, enfermeiros, professores, guardas prisionais). No contexto de uma psicoeducação dos próprios psicólogos em relação aos riscos da sua profissão, a Associação de Psicologia Americana (APA; Board of Professional Affairs’ Advisory Committee on Colleague Assistance, 2017) reconhece como desafios profissionais específicos os seguintes: stresse associado ao trabalho com pessoas em sofrimento psicológico; exigências profissionais variadas, de elevada responsabilidade, e facilmente variáveis; gestão de relações [terapêuticas] íntimas, confidenciais e não-recíprocas; vulnerabilidade para traumatização vicariante, derivada da relação empática exigida no trabalho com pessoas traumatizadas; características do papel profissional (e.g., nível elevado de envolvimento, controlo reduzido sobre os resultados); e a utilização da “pessoa do psicoterapeuta” como ferramenta terapêutica. Paralelamente, são igualmente reconhecidos alguns fatores de vulnerabilidade acrescida, que podem aumentar a probabilidade de ocorrência e intensificação do stresse profissional nas circunstâncias supramencionadas, incluindo: isolamento profissional; supervisão inexistente ou inadequada; autocuidado empobrecido; sobrecarga (e.g., número excessivo de horas em psicoterapia); escassez de atividades de lazer e outras não relacionadas com trabalho; estigma entre pares sobre os profissionais que reconhecem sofrimento ou incompetência; inflexibilidade, expectativas rígidas/irrealistas sobre si mesmo; tendência para se focar nas necessidades do outro, em detrimento das do próprio; limites esbatidos, envolvimento excessivo; e casuística não equilibrada (e.g., trabalhar exclusivamente com sobreviventes de trauma, quadros psicóticos, portadores de VIH, comportamento antissocial).

Na prática psicológica, os critérios para reconhecimento de um profissional em estado de perturbação clinicamente significativo podem não ser imediatos, nem lineares. No contexto da Medicina, esse estado foi classicamente definido como “a incapacidade de prestar com competência cuidados ao doente, que resulta de alcoolismo, dependência química ou doença mental (incluindo burnout ou desgaste emocional derivado do stresse)” (Kempthorne, 1979, p. 24). Porém, na procura da delimitação e compreensão desse estado, duas considerações adicionais são particularmente dignas de nota: primeiro, a contemplação de diferentes tipos de “perturbação” (e.g., burnout; depressão;

distúrbio emocional temporário – por exemplo, resposta a adversidade pessoal; abuso de substâncias; envolvimento excessivo e sobrecarga; traumatização vicariante), que podem estar associadas a diversas consequências de desempenho e requerer diferentes abordagens na sua modificação; e segundo, a distinção fundamental entre sofrimento (distress) e dificuldade/incapacidade (impairment), que enfatiza a relativa independência destas duas dimensões de “perturbação profissional” (i.e., um profissional pode encontrar-se numa situação de sofrimento elevado, e tal não interferir de forma significativa no desempenho das suas funções, da mesma forma que a deterioração do desempenho pode ser devida a outros fatores que não o estado de sofrimento psicológico) (Emerson & Markos, 1996).

De facto, a preocupação com o autocuidado do profissional não deveria ser uma questão nem menor, nem secundária, na formação académica, desenvolvimento pessoal ou prática do psicólogo. As consequências potenciais da incúria sobre as questões do autocuidado são consideráveis, e podem afetar o profissional (e.g., insatisfação profissional; conflitos interpessoais – por exemplo, divórcio; violações éticas; doenças relacionadas com o stresse), os seus clientes/utentes (e.g., modelamento de aprendizagens disfuncionais; exacerbação dos sintomas; violações dos limites; descrença na intervenção), e a credibilidade da própria profissão (e.g., processos judiciais e atenção negativa dos média; deterioração da classe profissional; cinismo) (Board of Professional Affairs’ Advisory Committee on Colleague Assistance, 2017). Dada a sua pertinência distinta, a preocupação com o autocuidado do psicólogo é evidente no Princípio A (Beneficência e Não-Maleficência) dos Princípios Éticos e Código de Conduta dos Psicólogos da APA (APA, 2003, 2010, 2016), em que é referido que os psicólogos se devem esforçar por “estarem conscientes do possível efeito da sua própria saúde física e mental, na sua capacidade de ajudar aqueles com quem trabalha”. De igual forma, o Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2011, 2016) reflete a preocupação em apreço nas descrições [realce pelo autor] do Princípio B – Competência (“Os/as psicólogos/as têm como obrigação exercer a sua actividade de acordo com os pressupostos técnicos e científicos da profissão, a partir de uma formação pessoal adequada e de uma constante actualização profissional, de forma a atingir os objectivos da intervenção psicológica. De outro modo, acresce a possibilidade de prejudicar o cliente e de contribuir para o descrédito da profissão.”), e do Princípio E – Beneficência e Não-Maleficência (“Os/as psicólogos/as devem ajudar o seu cliente a promover e a proteger os seus legítimos interesses. Não devem intervir de modo a prejudicá-lo ou a causar -lhe qualquer tipo de dano, quer por

acções, quer por omissão. [...] Os/as psicólogos/as deverão ter sempre o melhor interesse do cliente como referência, procurando ajudá-lo e nunca o prejudicar. Qualquer intervenção poderá provocar, potencialmente, algum tipo de prejuízo à pessoa. Contudo, desde que o balanço entre o risco e o benefício seja positivo para o cliente, a intervenção é legítima. O dano a evitar será aquele que não cumprir esta equação, bem como todo o prejuízo que resultar de uma actuação grosseira, negligente, propositadamente malévola ou não fundamentada em conhecimentos científicos actualizados.”)

Tendo a Psicologia tanto contribuído, sobretudo ao longo das últimas décadas, para o desenvolvimento de melhores abordagens ao stresse e burnout associados a diversas profissões, seria de esperar um volume de investigação sobre esses mesmos tópicos no exercício da profissão de psicólogo, maior do que o que efetivamente se vislumbra numa simples pesquisa exploratória. A título meramente ilustrativo, comentam-se de seguida dois estudos que se debruçaram sobre a compreensão das experiências de stress e burnout em psicológicos clínicos e escolares, respetivamente. No primeiro estudo, observou-se que os acontecimentos de vida indutores de stresse mais frequentemente relatados por uma amostra de 522 psicológicos em prática clínica, incluíam a existência de um problema de saúde grave num familiar, a contração de um empréstimo significativo, e a ocorrência de problemas conjugais major; por outro lado, os fatores laborais de stresse mais comuns compreendiam o trabalho com “clientes difíceis” (e.g., suicidas, personalidade borderline), a burocracia elevada, e a insuficiência do tempo disponível para cumprimento de todas as obrigações. Neste estudo verificou-se uma correlação forte entre os acontecimentos de vida/fatores laborais mencionados, e os níveis de sofrimento psicológico e dificuldades no desempenho profissional. Por fim, o envolvimento em atividades não relacionadas com trabalho e o agendamento de férias periódicas foram os comportamentos preventivos mais referidos pelos psicólogos clínicos (Sherman & Thelen, 1998). O segundo estudo avaliou a prevalência de burnout numa amostra de 173 psicólogos escolares, tendo observado que a exaustão emocional era a dimensão de burnout mais frequentemente experienciada por estes psicólogos (25%), seguida de autorrealização reduzida (12%) e elevada despersonalização (3%); adicionalmente, 35% dos participantes relataram o seu desejo de abandonar a profissão num espaço temporal de 5 anos (Huebner, 1993).

A compreensão do stresse profissional e burnout pode ser auxiliada com o seu enquadramento enquanto respostas e processos de regulação emocional. Baseado nas conceptualizações evolucionárias da psicopatologia, bem como

na evidência empírica acumulada ao longo das últimas décadas nos domínios da psicologia do desenvolvimento e das neurociências, o modelo da Terapia Focada na Compaixão (TFC) enfatiza uma abordagem funcional e evolucionária na compreensão do valor adaptativo das emoções. Nesse sentido, a TFC adota um modelo tripartido, relativamente simplificado, para ilustração dos sistemas de regulação do afeto, alinhado com a função evolutiva das emoções (Gilbert, 2009). O primeiro desses sistemas é orientado para a disponibilidade e obtenção de recursos e recompensas, com a correspondente ativação comportamental de excitação para procura, deteção e disputa desses reforços (e.g., os objetivos profissionais de sucesso, reconhecimento e progressão na carreira profissional serão orientados pela ativação deste sistema). Um segundo sistema é focado na deteção de ameaças e na ativação de respostas defensivas, estando a ele associadas as emoções de raiva e ansiedade (e.g., no contexto profissional, a preocupação com o cumprimento de obrigações, a deteção de ameaças ao sucesso, o medo de falhar, são apenas algumas situações ilustrativas da ativação deste sistema). Para além destes dois sistemas mais focados na “ativação” (quer para fazer e alcançar, quer para detetar ameaças), um terceiro sistema de acalmia, contentamento e afiliação social foi desenvolvido no contexto das relações de vinculação da nossa espécie, e dele derivam respostas emocionais de bem-estar, pertença e segurança. Por outras palavras, quando um indivíduo não necessita de alcançar algum objetivo em particular, nem se encontra sob ameaça, aqueles dois sistemas podem ser “desligados” para facilitar um estado de descanso e aquiescência, que no contexto interpessoal se traduz na experiência de um afeto positivo específico, caracterizado por sensações de calma e paz. Na TFC, o desenvolvimento de um “self compassivo” é um processo terapêutico fundamental para a reparação e equilíbrio das múltiplas interações entre os sistemas de regulação do afeto.

Enquanto constructo científico, a compaixão pode ser definida como uma sensibilidade ao sofrimento no self e nos outros, acompanhada de um compromisso para o aliviar e prevenir (Gilbert, 2014). Contudo, a compaixão pode ser experienciada em três correntes ou direções: a compaixão que podemos sentir pelo(s) outro(s); a compaixão que podemos sentir do(s) outro(s) sobre nós; e a compaixão que podemos dirigir a nós próprios (autocompaixão). Este constructo de “autocompaixão” foi também desenvolvido na literatura enquanto conceptualização de uma relação saudável do indivíduo consigo mesmo, alternativa ao conceito mais clássico de “autoestima”, inerentemente baseado na comparação e no ranking sociais. Por outras palavras, se a autoestima depende das perceções do nosso “sucesso”, a autocompaixão é particularmente

importante quando “fracassamos”. Nessa conceptualização, Neff (2003) delimita três facetas da autocompaixão: a generosidade, enquanto compreensão calorosa sobre nós mesmos e a situação (por contraponto a uma atitude de autocrítica e julgamento severo); a humanidade comum, a capacidade de vermos as nossas experiências como parte da condição humana universal (e não traduzidas em sentimentos de alienação, isolamento e separação); e o mindfulness, ou aceitação, com consciência, de sentimentos e pensamentos dolorosos (por contraposição com identificação excessiva, luta interna ou cut-off com essas experiências emocionais). Em síntese, o desenvolvimento da autocompaixão no exercício da Psicologia poderia ser genericamente mapeado pelas dimensões de generosidade, humanidade comum, e mindfulness (e correspondentes polos negativos), de forma a auxiliar o psicólogo no cultivo dessa atitude e dessas competências para a melhor realização pessoal e profissional num contexto desenvolvimental particularmente desafiante.

Em alinhamento com a definição de compaixão adotada neste trabalho, o treino de uma mente compassiva é entendido na TFC como uma interação permanente de “duas psicologias da compaixão”: os atributos de compromisso e as competências transformativas. Enquanto estas últimas se referem a competências relativamente específicas (i.e., atenção, raciocínio, comportamento, sensação, sentimento, imagética) para alívio e prevenção do sofrimento, os atributos compassivos referem-se a qualidades motivacionais, que incluem a sensibilidade, a simpatia, a empatia, o não-julgamento, a tolerância ao sofrimento psicológico, e a preocupação com o bem-estar (Gilbert, 2009). Na finalização deste trabalho, este último atributo sublinha a importância da motivação para o autocuidado e a disponibilidade de orientação para contacto com o sofrimento (e seu alívio ou prevenção) e facilitação da realização pessoal e prosperidade. Assim, recomendam-se as seguintes orientações de autocuidado (i.e., comportamentos que traduzem preocupação com o bem-estar do próprio), adaptadas a partir das orientações da APA (Board of Professional Affairs’ Advisory Committee on Colleague Assistance, 2017), no sentido de assumir essa preocupação como prioridade no exercício da Psicologia:

- Proceder a uma avaliação, regular e honesta, do seu estado de saúde;
- Investir em formação sobre traumatização vicariante, fadiga por compaixão, ou burnout;
- Implementar ajustamentos adequados à situação de stresse (e.g., limitar o volume de casos, ativar/aumentar a supervisão);
- Procurar apoio em situação de dificuldade (evitar o isolamento);

- Estabelecer e manter elos profissionais que permitam a discussão da natureza e indutores de stresse específicos de um trabalho;
- Investir no trabalho, descanso e lazer (i.e., se o psicólogo é uma “ferramenta” essencial do seu trabalho, convêm mantê-la “em condições”);
- Estabelecer expectativas razoáveis em períodos de sobrecarga;
- Aproveitar oportunidades de estimulação intelectual dentro e fora da profissão;
- Desafiar atitudes que estigmatizam os psicólogos em situação de perturbação.

Em suma, a afirmação do bem-estar do psicólogo como prioridade no exercício da profissão dependerá do investimento realizado em três níveis complementares: em primeiro lugar, na valorização destes conteúdos e aprendizagens na formação académica e supervisão ou desenvolvimento pessoal contínuo dos psicólogos; em segundo lugar, na implementação de programas de intervenção sobre o burnout junto de grupos profissionais de risco aumentado, tanto a nível individual, como numa ótica preventiva, também e sobretudo a nível organizacional (cf. Morse, Salyers, Rollins, Monroe-DeVita, & Pfahler, 2012); e em terceiro lugar, na realização e disseminação de investigação que amplie a nossa compreensão (e a nossa consciência) sobre os processos de stresse e o autocuidado dos psicólogos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychological Association (2010). Ethical principles of psychologists and code of conduct. Acedido em: <http://www.apa.org/ethics/code>

Board of Professional Affairs' Advisory Committee on Colleague Assistance (2017). Professional health and well-being for psychologists. Acedido em: <http://www.apapracticecentral.org/ce/self-care/well-being.aspx>

Cherniss, C. (1980). Professional burnout in human service organizations. New York: Praeger.

Emerson, S., & Markos, P. (1996). Signs and symptoms of the impaired counselor. *Journal of Humanistic Education & Development*, 34, 108-117.

Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner-Routledge.

Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science & Medicine*, 45, 1207-1221.

Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Stress, positive emotion, and coping. *Current Directions in Psychological Science*, 9, 115-118.

Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind*. London: Constable Robinson.

Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 6-41.

Girdin, D. A., Everly, G. S., & Dusek, D. E. (1996). *Controlling stress and tension*. New Jersey: Allyn and Bacon.

Huebner, E. S. (1993). Burnout among school psychologists in the USA: Further data related to its prevalence and correlates. *School Psychology International*, 14, 99-109.

Kemphome, G. (1979). The impaired physician: The role of the state medical society. *Wisconsin Medical Journal*, 78, 24-25.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.

Morse, G., Salyers, M. P., Rollins, A. L., Monroe-DeVita, M., & Pfahler, C. (2012). Burnout in mental health services: A review of the problem and its remediation. *Administrative Policy in Mental Health*, 39, 341-352.

Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). *Código deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses*. Acedido em: https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/cod_deontologico

Sherman, M. D., & Thelen, M. H. (1998). Distress and professional impairment among psychologists in clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29, 79-85.

Stamm, B. H. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test. In C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 107-119). New York: Brunner Routledge.

A UNIDADE DOS PSICÓLOGOS E O FUTURO DA PSICOLOGIA

EDUARDO SÁ

Texto partilhado durante a apresentação da Delegação Regional da Madeira da Ordem dos Psicólogos Portugueses, no Funchal, a 27 de Janeiro de 2017



O mundo em que vivemos vai deixando de ser, diante da indiferença de todos, amigo das pessoas. E porquê?

- Porque a economia, funcionando num vertiginoso esquema de pirâmide e numa promiscuidade sem vergonha entre o sistema financeiro e as instituições políticas, faz com que a desigualdade entre ricos e pobres se acentue, todos os dias, em todos os lugares (havendo, aliás, mais crianças pobres em Portugal do que seria admissível num país que se deseja amigo das crianças).

- Porque, em nome da segurança, a privacidade e outros direitos humanos fundamentais são desconsiderados e violados, como se, apesar de mais escolarizados e informados do que nunca, o Estado pretendesse pensar e decidir pelos cidadãos, e os tutelasse e colectivizasse muito para lá da sua vontade.

- Porque vivemos num mundo em que política rima, vezes demais, com populismo e demagogia, e se vai transformando num qualquer reality show onde o respeito pela inteligência das pessoas - e, já agora, pela sua memória, pelos valores humanos e pelo futuro - são desprezados, todos os dias.

- E porque - por mais que todos sejamos mestiços, por dentro, e viajantes e emigrantes, por fora - temos vindo a conviver, com indiferença, com o recrudescimento da xenofobia ("vestida" com vários padrões de nacionalismo inflamado), reagindo a ela com uma frieza que nos envergonha. Mesmo diante dos dramas e das tragédias de pessoas como nós que se arriscam a si próprias, aos seus filhos e aos seus familiares para fugirem à guerra, à tirania e à exploração, como se, diante disso, fosse inverosímil afirmarmos: "Somos todos refugiados!". Como se, em nome da religião, por exemplo, nos fechássemos à empatia, à compaixão e à (boa) fé, e aos motivos pelos quais estas pessoas (muitas vezes, muito mais do que nós) acreditam (e lutam!) por um mundo que lide de forma mais amável com a educação, com a justiça, com a liberdade e com a igualdade.

Vivemos num mundo pouco amigo das pessoas, que se define a si próprio como “mundo digital”. Num mundo que se “vende” como a “A sociedade da informação”. E temos vindo a “produzir” pessoas mais escolarizadas, com mais acesso a fontes de informação e com a mais fantástica biblioteca de todas as bibliotecas que a Humanidade já concebeu; para mais, acessível em qualquer smartphone. E, no entanto, temos a obrigação de perguntar que escolaridade e que sociedade de informação são estas que, 80 anos depois de um Holocausto, elege “chefes de facção”, um pouco por todo o mundo livre. E constrói muros em vez de alargar os espaços comuns. E convive com o mal, como se o bem não fosse sinónimo de sabedoria, de justiça e, sobretudo, de inteligência.

Vivemos, ainda num mundo onde mais escola não tem vindo a significar nem mais nem melhor estudo. Um mundo que tem vindo a confundir a escola com uma linha de montagem de tecnocratas (primeiro, de fraldas; depois, de mochila), que permite - com complacência - que as crianças entrem na escolaridade básica singulares, interpelantes, atentas, com “a vista na ponta dos dedos” e a perguntarem “porquê” e saiam de lá com uma aparência de “produtos normalizados”: muito pouco autónomas, muito pouco cultas e muito pouco apaixonadas pelo conhecimento. Usando-o, aliás, muito mais como um argumento interesseiro ao serviço do dinheiro do que como instrumento amigo do crescimento e da diversidade, que lhes traga a humildade, a sensibilidade e a sabedoria com que possam, tornar-se, acima de tudo, “mais pessoas”.

Que mundo é este que vive toxidependentemente agarrado a um écran? Fornecido às crianças para que sejam sossegadinhas e caladas. Tolerado nos adolescentes - mesmo que o utilizem numa “over dose”, inquietante - para que troquem a sua interpelação palpitante por um estar sossegadinho e calado. E, vezes de mais, alimentado pelas famílias, até à hora das refeições, como se a oportunidade das pessoas se tornarem mais e mais da família se pudesse trocar por uma atmosfera sossegadinha e calada? E, no entanto, sempre que estão sossegadinhas e caladas as pessoas tornam-se doentes e transformam-se, umas às outras, em estranhos que se conhecem bem.

Ou seja, se a educação judaico-cristã trouxe, entre ganhos incalculáveis, recalçamento, repressão e censura aos sentimentos e à sabedoria humanas, o mundo digital tem-lhes trazido solidão, silêncio, e sossego. E tem vindo a produzir pessoas cada vez mais viradas sobre si, mais narcísicas e mais autistas, menos amigas da comunicação, mais solitárias, menos pensantes e muito menos cooperantes. Em resumo, vivemos num mundo muitíssimo mais amigo

do número do que da palavra, que se cultiva a si próprio como se fosse isento e imparcial ou asséptico e ético quando, na verdade, é com a sua ajuda que nos vamos refugiando de nos conhecermos, de convivermos, de nos pensarmos e de nos transformarmos com transparência e com verdade.

Num mundo tão pouco amável para com as pessoas, para que servem a psicologia e os psicólogos? Melhor: num mundo onde, muitas vezes, de forma obscurantista, as neurociências se insinuam ou se deixam instrumentalizar como se elas fossem “O futuro da psicologia”, para que servem a psicologia e os psicólogos? Ou, ainda: num mundo que prefere os cuidados paleativos à promoção das transformação e da mudança nas pessoas - logo desde a escolaridade básica -, e onde os sentimentos e o pensamento são iludidos ou ludibriados por “felicidade” ou por “tranquilidade” sintéticas (numa atmosfera do género: “mude quase tudo sem mexer em quase nada”), para que servem a psicologia e os psicólogos?



Num mundo em mudança, a psicologia e os psicólogos serão quem mais e melhor irá exigir que a escola se reinvente. Entendo que a escola é, sem sombra de dúvida, a invenção mais bonita da Humanidade. E que o mundo sempre mudou de dentro da escola para fora dela. Ao contrário da família, que é uma inevitabilidade da fragilidade humana (que transformámos numa experiência sagrada), a escola representa a garra do Homem diante do seu amor pelo conhecimento. Se se preferir, por outras palavras, crescemos em família porque somos frágeis; amamos porque o engenho humano, diante das suas fragilidades, as transformou em vínculos e, com eles, passou do desamparo à comunhão, do conhecimento ao reconhecimento, e das experiências de mistério (diante do desconhecido) à transcendência; e ligamo-nos ao conhecimento porque mais pessoas a pensar - em conjunto, de forma cooperante e com método - nos levam de uma posição paranóica, diante do estranho, à curiosidade, da saudade ao entusiasmo, e da vitimização ao engenho, à esperança, à fé e à perseverança perante o mundo, as pessoas e a vida.

Para mais, todo o nosso crescimento tem rostos humanos. Faz-se em função de pessoas que, primeiro, nos pegam ao colo; depois, nos colocam às cavalitas; a seguir, nos dão um só dedo; para que, finalmente, sempre que procuramos mais um obstáculo para transpor, nos levem pela mão para que o ultrapassemos. Ou seja, um mundo onde se fala mais das novas tecnologias que da importância das pessoas corre o risco de se transformar num mundo mais estúpido do que parece. Se preferirem, ainda, e noutro formato: se as novas tecnologias nos levarem a presumir a relação com quem nos leva pela mão do mistério até à luz como um “produto descartável” - quando, na verdade, ela é indispensável entre o que há de mais indispensável - estaremos a alimentar um equívoco absurdo cuja “factura” irá ser, dramaticamente, assumida pelos nossos filhos. Até porque o futuro os vai continuar a aceitar como pessoas imperfeitas. Até porque, no futuro, os pais continuarão a ser mais importantes na forma como escutam o mundo e interpretam a mudança, do que os instrumentos que parecem assumir-se como janelas de conhecimento dos próprios filhos. Até porque, no futuro, os professores continuarão a ser muitíssimo mais preciosos na forma como sintetizam e transmitem a sua experiência humana, o seu amor pela vida e a sua paixão pelo futuro (em ligação com os seus conhecimentos, em tudo aquilo que ensinam), porque só a sabedoria de um professor pode dar aos nossos filhos os planaltos, a partir dos quais, eles vêem mais longe.

Diante deste contexto, o modelo de escola, com o qual convivemos, representa um instrumento de alfabetização e de escolarização massiva que foi importantíssimo no século passado. Mas, hoje, por mais que a escola esteja aberta às novas tecnologias, talvez todos nos estejamos a esquecer que as crianças do século XXI são muito diferentes das do século XX.

As crianças do século XIX cresciam com muitas experiências de desamparo, muitos maus-tratos e muitíssima exposição a experiências de violência. Logo, chegavam à escola mais deprimidas, mais “encolhidas” de medo e mais tiranizadas. A ponto de, muitas vezes, parecerem “atrasadas”, “débeis” ou - como, hoje, ainda, tristemente, se diz - “deficientes mentais”. Mas seriam, à luz do autoritarismo dos muitos professores de então, mais conformadas e, aparentemente, mais “dóceis”, como só as pessoas infelizes parecem ser. Por isso mesmo, aprendiam pior. Repito: crianças infelizes aprendem pior. Já as crianças do século XXI são mais informadas, mais cultas, melhor educadas e mais interpelantes. Logo, saudavelmente, mais “cabeças no ar”, mais interpelantes e mais perguntadoras.

As crianças do século XIX tinham à sua espera uma escola positivista. Que as ensinava “do zero”, da parte para o todo, da soma para a multiplicação, do som para a palavra e da leitura para a interpretação. Exactly como a escola - hoje, ainda - ensina às crianças. Como se, em quase tudo, as crianças do século XXI fossem idênticas às crianças dos séculos XIX e XX. O que não tem sentido! As crianças do novo século estão menos “estragadas”, em muitos aspectos, pelos seus pais. Ao contrário daquilo que a escola supõe, todas as crianças, quando lá entram, já são sábias. Aliás, só aprendem quando já sabem. Só aprendem porque compreendem. Só aprendem quando convivem. E, ao contrário daquilo que a escola supõe, aprendem do todo para a parte. Interpretam ao mesmo tempo que lêem. Intuem muito para além daquilo que, em tempo real, elas próprias percebem. Resolvem problemas antes de conseguirem contar. Improvisam antes de saberem estudar. Sintetizam ao mesmo tempo que desmancham. Criam enquanto recriam. Por outras palavras, as crianças, primeiro, olham. Depois sentem. A seguir, escutam e pensam. E, finalmente, discorrem e fazem. Este será o formato “em câmara lenta” do conhecimento humano, protagonizado pela crianças. Ligam e religam informação e, só depois dela ganhar um sentido e de se tornar útil, é que se disponibilizam para a apre(e)nder. Em tudo, ao contrário da ideia de escola positiva que está subjacente à escola que, hoje, temos ao dispor dos nossos filhos.

Hoje, a escola insiste em educar as crianças do século XXI com novas tecnologias. Mas, teimosamente, insiste em educá-las sem, antes, as conhecer. Insiste em educá-las “a partir do zero”. Insiste em educá-los sem, antes, as escutar. Dá-lhes respostas sem, antes, ouvir as suas perguntas. E fala-lhes de conhecimento quando, para elas, não há como conhecer sem reconhecer.

Enquanto as crianças sabem que só lhes merece respeito quem as ajude a aprender a partir do que já sabem - de preferência, de forma mais clara, mais simples e mais útil - a escola não só revela um défice de atenção gritante, como acaba por dar a entender às crianças que não tem quase nada a aprender com elas. A escola lida com as crianças do século XXI como se as estivesse a ensinar há 100 atrás. E, sendo assim, **arriscamo-nos, então, a ter as crianças no século XXI. Os professores e a sua formação (regra geral, sempre desprezada pelos governos), no século XX. E este modelo de escola, no essencial, no séc. XIX.**

Uma escola assim - que ainda não entendeu que os meninos precisam de ter mundo e de ter vida; uma escola que ainda não percebeu que a vida não se aprende (só) nos livros; e uma escola que atropela o brincar como se ele fosse o “líder da oposição” em relação à aprendizagem, está muito longe de tudo daquilo que a vida exige às pessoas. **Estraga e inutiliza as crianças!** Ou seja, uma escola que faça do repetir a sua “marca de água” desiste do cidadão em favor do “macaco de imitação”. Mas pode uma escola que acarinhar a imitação e incentivar o sucesso, ao mesmo tempo?

É altura, pois, com ajuda da psicologia e dos psicólogos, de afirmarmos que, hoje, já não queremos na escola mais jovens tecnocratas de fralda nem mais jovens tecnocratas de mochila. Hoje queremos pessoas que não cresçam contra o corpo, que não cresçam contra o pensamento e que não cresçam contra a verdade. Diante deste direito à insubordinação dos pais, onde está, ainda, a escola dos nossos dias? A viver no passado! A viver numa ideia de mundo mediada pelos rankings, amiga da batotice, amiga da “corrupção” e vergada ao capitalismo selvagem. Onde a empregabilidade e a segurança no emprego estão antes da paixão, ganhar muito dinheiro está antes de amar o conhecimento e repetir está antes de pensar. Se continuarmos por aí teremos uma escola demagógica e populista que as crianças, os pais e os professores não merecem. Uma escola que não se pensa, que não entende o presente nem perspectiva o futuro. Porque não dá às crianças os instrumentos com que cresçam para a vida. Ou seja: é urgente reinventar a escola!!



Justamente por tudo isto, e mais do que nunca, eu acredito na psicologia e nos psicólogos!! Acredito na sua função social! Acredito na forma como podem ajudar a dar um rosto humano às políticas, às famílias e às pessoas!! E acredito que - ao contrário do que parecem dar-nos, todos os dias, a entender, o futuro irá continuar a aceitar pessoas imperfeitas! E que o melhor do mundo... são as pessoas! E que, já agora, é a psicologia que molda, arquitecta e transforma em software o sistema nervoso mais do que ele nos condiciona e domina, ao contrário de quem nos ousa persuadir . E que, por isso mesmo, as políticas (sejam elas quais forem) não se podem fazer sem pessoas ou contra elas. Simplesmente porque as pessoas são a reserva natural, potencialmente inesgotável, que todos temos ao nosso dispor para crescer. É por isto que a psicologia e os psicólogos podem contribuir, como poucos mais, para que elas transformem competências em recursos e, na sua sábia determinação, sejam “O factor” com que se liga memória com futuro.

Mas, para tanto, a psicologia e os psicólogos não podem viver alheados de tudo aquilo que se passa no mundo e que - muitas vezes, em nome da mudança - pode ser um atentado em relação aos mais elementares direitos das pessoas. Do direito a sentir. Do direito a pensar. E do direito a transformar.

Como podem os psicólogos iniciar uma mudança em relação a si próprios para que, depois, contribuam para que o mundo mude?



Desde logo, trazendo mais mundo e mais compromisso cívico da Ordem dos Psicólogos para com a opinião pública. E pondo na “ordem do dia” os temas do momento (sejam candentes ou fracturantes) e, através dum conselho de sábios, aberto e móvel, emita recomendações arrojadas e elegantes, sensatas e de síntese, que condicionem as políticas e despertem as pessoas. Eu acredito que os psicólogos podem ajudar a mudar Portugal. E que, por isso, não podem permanecer alheados das consequências que algumas medidas, muita negligência e imensos maus tratos têm para com pessoas como nós:

- a. Por isso mesmo, os psicólogos não podem ignorar, por exemplo, leis como a que permite, em Portugal, a gravidez de substituição. Que presume que os vínculos mãe/bebé começam “do 0”, unicamente ao fim de 9 meses de gestação. Como é possível continuarmos a eleger a relação e os vínculos e permitir que haja pessoas que tenham 9 meses de sofrimento ou, no outro extremo, de indiferença, diante dum sistema de saúde que parece reproduzir o “Ai aguenta, aguenta!” de tristíssima memória? E como é que - nós, os psicólogos - nos colocamos diante dum bebé que cria laços, memórias e experiências - tudo “fora da lei!” - com uma mãe hospedeira que “aluga” o útero mas cujo coração, em relação a ele, estará - aos olhos dos deputados portugueses - devoluto?
- b. Eu acredito que os psicólogos podem ajudar a mudar Portugal quando se insurgem contra a transformação dos jardins de infância em pré-escolas, e deixam que a educação infantil transforme, de forma atentatória para os direitos das crianças, meninos saudáveis, curiosos, sábios e atentos em jovens tecnocratas de fraldas e em “macacos de imitação” (que apreendem a ler e a escrever antes de saberem correr e brincar, ou juntar traços e sons).
- c. E podem, seguramente, ajudar a mudá-lo quando denunciam o absurdo que é a forma como num país que luta, e bem, pela semana de 35h de trabalho para a função pública, haja meninos que, até ao 9º ano, podem passar 55h por semana, na escola. E quando reivindicam o brincar como Património da Humanidade. E quando se insurgem contra as cargas de aulas insensatas, os recreios supersónicos de 5’ e as doses cavalares de trabalhos de casa, mesmo quando as crianças trabalham das 8 às 8!
- d. Eu acredito que os psicólogos podem ajudar a mudar Portugal. E é por isso que eu acho que será urgente que haja nas escolas equipas de psicologia com um número sério de profissionais. Equipas que sejam uma retaguarda pensante em relação à direcção das escolas, em relação ao seu corpo docente e em relação aos próprios pais! De forma a que escola deixe de ser uma linha de montagem de jovens tecnocratas de mochila, onde os rapazes deixem de ser discriminados porque são mais activos, e onde não se escutem os psicólogos acerca de medidas de fundo para que as reprovações deixem de custar ao Estado, pelo menos, 200 milhões de euros por ano, já para não falar da taxa - sempre dramática! - do abandono escolar.

- e. Mas os psicólogos podem, também, ajudar a mudar Portugal quando se insurgem contra a demissão inqualificável que o Estado promove quando não considera como “epidemia atípica” as 300.000 embalagens de certos medicamentos cujo princípio activo é o metilfenidato. E parece ignorar o aumento do consumo deste fármaco em mais do dobro, de 2009 para 2013 - segundo dados da Direcção-Geral da Saúde - o que mostra que o consumo destes medicamentos passou de quase três milhões de doses diárias (2.937.039), em 2009, para 6.515.293, em 2013. Ou seja, se considerarmos que, em Portugal, há cerca de 1 000 000 de meninos com idades compreendidas entre os 5 e os 14 anos que consomem tantas doses diárias de metilfenidato, feitas as contas, teremos uma dose diária de incalculável insensatez, vendida aos pais como um aditivo “sem efeitos secundários”, sem “habituação”, administrável de segunda a sexta (excluindo, naturalmente, os períodos de férias), e que faz com que as crianças sejam “mais inteligentes”; fim de citação. Sem que se castigue quem medica confundindo, deliberadamente, terapêuticas com “poção mágica”. Diante de um silêncio inquietante de quem devia regulamentar a saúde. E com consequências graves para o desenvolvimento e efeitos irreversíveis para o sistema nervoso central; diz o Conselho Nacional de Educação.
- f. E é, também, missão dos psicólogos insurgirem-se contra a discrepância que se deu, entre 2012 e 2015, acerca das crianças e jovens com algum tipo de “deficiência”, cujo número passou de 15.500 para 10217. Mas, afinal, há menos crianças com algum tipo de deficiência? O diagnóstico de deficiência era desonesto? Ou a desonestidade estará na forma como, para diminuir custos, se pressupõe que aqueles que ontem tinham uma deficiência hoje, supostamente, não a terão? E, já agora, porque é passou a ser necessário que haja um médico especialista a comprovar o estado da “deficiência” em vez das equipas medico-pedagógicas? E, já num outro plano, não devem os psicólogos contribuir para que não aceitemos que as escolas públicas tenham perdido, em 2015 (dados do Conselho Nacional de Educação) 70% dos técnicos de educação especial?
- g. Os psicólogos podem, ainda, mudar este país quando interpelam os cidadãos e as instituições e reagem a uma realidade social catastrófica onde, das 8500 crianças retiradas das suas famílias, 8142 (96%) estão institucionalizadas, não cumprindo o Estado os prazos mínimos recomendados para que esta situação cesse, como se uma família não

fosse uma necessidade e um direito básicos para o desenvolvimento de todas as crianças.

- h. Eu acredito que os psicólogos podem ajudar a mudar Portugal. E, por isso, deve partir de nós o apelo para que se passe a considerar como jovens em perigo o meio milhão de pessoas, entre os 15 e os 34 anos, que não têm emprego, não estudam, nem estão em formação.
- i. E será, também, urgente que muitos serviços de pediatria do desenvolvimento - onde há técnicos que aplicam testes psicológicos sem formação e sem qualificação para tal (melhor: onde continua a haver quem promova actos psicológicos em hospitais do Estado à margem da Lei) - passem a ter psicólogos a gerir a prescrição e a administração de actos clínicos no âmbito da psicologia, sob pena de estarmos a prejudicar crianças e famílias com a conivência passiva de quem os devia proteger.
- j. E, já num outro plano, os psicólogos mudarão este país quando reclamarem que só os psicólogos devem intervir, com método, em situações organizacionais e desportivas na área dos actos psicológicos, de forma a que cessem, por exemplo, os engenheiros que se tornam conselheiros motivacionais e outros profissionais que fazem mental coaching ou coaching parental, por exemplo, contribuindo para que a opinião pública deixe de ser iludida com “treinadores” sem formação de... treinador, contribuindo para atmosferas de burla potencial e de charlatanice associada, muitas vezes, a actos psicológicos.

- III.11 -

Como podem os psicólogos iniciar uma mudança em relação a si próprios para que, depois, contribuam para que o mundo mude?

Desde logo, implementando a regulamentação que define o Acto Psicológico para que o futuro da psicologia seja mais próspero e mais auspicioso (1).

- III.III -

Desde logo, creditando as escolas de psicologia sérias e não validando a formação de escolas facilitistas. Contribuindo, aliás, para que as escolas de psicologia deixem de ser, no seu primeiro ciclo - tantas vezes como, ainda, são - escolas de história da psicologia. Onde, vezes demais, os modelos científicos são discutidos como se se falasse duma deriva ideológica e não de ciência. E não podemos - em nome da unidade da psicologia - deixar que, por vezes, na formação dos jovens estagiários profissionais, ministrados pela própria OPP, haja quem se dedique a explicar porque é que o modelo psicanalítico, por exemplo, “não serve”, esquecendo que só se refugia na demagogia quem não ousa escutar, aprender, ligar e pensar.

- III.IV -

Como podem os psicólogos iniciar uma mudança em relação a si próprios para que, depois, contribuam para que o mundo mude?

Desde logo, certificando a formação pós-graduada, impedindo que se multipliquem as sociedades de formação e outras ofertas de valor duvidoso, trazidas por algumas escola, e apostando em psicólogos cuja formação pós-graduada e, posteriormente, a formação de especialidade seja, cada vez mais, de excelência.

- IV -

Num mundo tão íntimo das folhas de cálculo, da tecnocracia e da burocracia, as pessoas, mesmo nas suas relações amorosas, parecem viver divididas entre a burocracia do amor e as tecnocracias para a felicidade. Mas num mundo assim, não deixa de ser curioso que elas acolham, adoptem e repitam jargões da psicologia, com se encontrassem neles legendas clarividentes para as opacidades em que foram caindo. Daí que falem, repetitivamente, da importância dos afectos ou da utilidade, incontornável, da empatia. Da necessidade de sermos positivos ou optimistas. Do quanto a resiliência e a vinculação parecem ser indispensáveis. Sem que reparem, no entanto, que os slogans e a humildade de transformar o mundo casam, vezes demais, de forma espinhosa entre si.

Num mundo assim - onde as pessoas, sendo tão competentes para o conhecimento, são tão desconhecidas de si próprias, e sendo tão atentas, tão sensíveis e... tão bonitas, parecem, com os anos, ficar mais amargas, mais intolerantes e mais “feias” - os psicólogos viverão, felizmente, em “contra-ciclo”. Chamando a atenção para que pessoas mais amigas da palavra serão, por inerência, mais saudáveis. Recordando que nunca se cresce muito em pouco tempo. E que são precisos muitos enganos e de muitos erros para se crescer. Relembrando que ninguém cresce sozinho. E que os outros, sempre que deixam de ser os outros (e se tornam parte de nós) são quem nos ajuda a descobrir quem somos, o que queremos e para onde vamos.

Por tudo aquilo que, brevemente, vos disse, eu acredito na psicologia e nos psicólogos. Mais: eu acredito que os psicólogos podem ajudar a mudar Portugal! Mas, para tanto, temos - enquanto Ordem - de assumir que a unidade dos psicólogos se faz através da competência. Da sabedoria de aprendermos uns com os outros e nos respeitarmos uns aos outros. Porque é a diversidade, a pluralidade e o contraditório que abrem os caminhos com que se costura o desenvolvimento.

Não, os psicólogos não podem ser nem sossegadinhos nem silenciosos! Precisam, em síntese, de reabilitar as pessoas para o amor pela vida. Desassossegando-as. Devolvendo-as à humildade de se transformarem. E recordando-lhes que, também com ajuda da psicologia e dos psicólogos, o melhor do mundo é o futuro.

O PAPEL DA PSICOLOGIA NO BEM-ESTAR PESSOAL E SOCIAL

GABRIELA MOITA

Texto partilhado durante a apresentação da Delegação Regional dos Açores da Ordem dos Psicólogos Portugueses, em Ponta Delgada, a 31 de Janeiro de 2017

INTRODUÇÃO

Pretende-se com esta apresentação clarificar o que oferece a Psicologia como ciência, apresentando o seu objecto e a sua missão; salientar as áreas mais comuns de interface com a Psicologia; reflectir sobre a forma como agem os psicólogos na relação entre o pedido, a necessidade e a oferta e, finalmente, mapear algumas áreas de intervenção, mostrando o que fazem os/as psicólogos/as.

Antes iniciarei com umas breves notas sobre o significado e a importância do bem-estar, esse objectivo último da intervenção dos/as psicólogos/as.

DE QUE FALAMOS QUANDO FALAMOS DE BEM-ESTAR?

Se o que pretendo com esta comunicação é perceber, tal como é dito no título, o papel da Psicologia no bem-estar pessoal e social, importa perceber de que se fala quando se fala em bem-estar.

O bem-estar aqui referido prende-se com a prevenção de doenças e mentais físicas de origem psicossomática. Pensamos em bem-estar quando relacionamos o mal estar com: patologia, desmotivação para a acção pessoal (o ser humano não agir para a sua própria satisfação); improdutividade social (a desmotivação do sujeito trará sempre implicações familiares, comunitárias e sociais); desorganização individual; desorganização social.

Não me refiro a um bem-estar como estado permanente, nem com um objectivo de evitar a dor que faz parte da vida. Refiro-me a um equilíbrio entre as diferentes emoções do ser humano: dor, alegria, tristeza, raiva, prazer, medo e não à fuga das emoções mais negativas ou dolorosas.

O QUE OFERECE A PSICOLOGIA ENQUANTO CIÊNCIA? OBJECTO E MISSÃO.

A ciência psicológica oferece conhecimento sobre o comportamento humano e sobre o funcionamento da mente. Este é o objecto do seu estudo.

O progresso em todas as disciplinas científicas requer colaboração pluridisciplinar, com um entendimento claro da especificidade de cada uma. A generalização (obtenção de leis gerais) é um objectivo de qualquer área do saber, contudo, a Psicologia é a única disciplina das ciências sociais e humanas cujo objectivo é a generalização sobre os indivíduos: como pensam, agem, sentem, aprendem e reagem na vida real, em vários contextos físicos culturais e sociais, bem como os mecanismos através dos quais estes princípios funcionam (Magnusson, 2012).

A prática profissional oferece a possibilidade de utilização deste conhecimento disponível, tendo como centro e como especificidade a relação. É a relação o instrumento de domínio exclusivo da Psicologia. A sua missão é promover o bem-estar dos indivíduos, tendo em conta os seus contextos de acção.

ÁREAS MAIS COMUNS DE INTERFACE COM A PSICOLOGIA

O ser humano é o elemento central nos processos políticos, sociais e culturais em todos os níveis: desde os que envolvem todos os membros de uma sociedade ou cultura aos relativos a sujeitos individuais ou pequenos grupos de indivíduos. A partir daqui torna-se clara a intersecção da Psicologia com outras ciências sociais como a Economia, a Educação, a Sociologia, a Ciência Política, a Geografia Humana, entre outras, uma vez que o ser humano é, igualmente, o núcleo destas disciplinas.

Encontramo-la também na interface com a biologia, através, por exemplo, da Neuropsicologia e da Psicobiologia. A sua ligação às humanidades vem do berço. A filosofia está na sua origem. Na fronteira com a História pensemos por exemplo na experiência da memória, organizada em torno de um centro que lhe dá significado: a Psicologia faz da história singular o ponto de convergência do social e do individual, a História, por seu turno, não toma a singularidade

como objecto, podendo, todavia, partir dela (Patto & Frayze-Pereira, 2007). Na literatura, afirmemo-la revisitando a afirmação de Noam Chomsky “no ensino e investigação o meu objectivo é entender algo sobre a natureza da mente humana (Barsamian, 2005).

O que distingue uma formação académica de outra, é a especificidade do seu currículo. Na formação dos psicólogos encontramos um currículo que permite trabalhar em qualquer área, tendo como núcleo o conhecimento sobre a mente e o comportamento humano, com o conhecido triângulo dos três Is ou dos três Ds: Identificar, Idealizar e Implementar ou, utilizando sinónimos, Diagnosticar, Desenhar e Desenvolver. Muitos especialistas de outras áreas dirão: mas isso é o que nós fazemos. Todavia, o que nos distingue é o material que seleccionamos para o diagnóstico (no nosso caso será como pensam, sentem ou se comportam as pessoas); as técnicas e os métodos que utilizamos para desenhar o projecto de intervenção (consoante os contextos assim poderemos recorrer às diferentes disciplinas do currículo de formação); e as dinâmicas seleccionadas para implementar o projecto (que nesta área do saber terão a ver com o sujeito, as suas relações com os outros e com o meio envolvente, tendo como instrumento particular de trabalho a própria relação e todo o conhecimento sobre interacção e vinculação).

A identificação dos riscos psicológicos e sociais, em qualquer organização ou instituição, e a implementação de um plano de prevenção, traduz-se, a maior parte das vezes, na redução de custos para o Estado, ou para outras organizações. Daqui se deduz que ao não se actuar, prevenindo, acaba por se ter custos muito mais elevados a montante.

COMO AGEM OS/AS PSICÓLOGOS/AS NA RELAÇÃO ENTRE O PEDIDO AS NECESSIDADES E A OFERTA

O trabalho, quer potencial, quer realizado, dos profissionais da Psicologia não está suficientemente divulgado. Esta relação entre oferta, procura e necessidade é um espaço de reflexão e divulgação fundamental. Aproveito para felicitar a OPP pela sua já significativa acção neste campo. As pessoas, instituições, Estados, ao não conhecerem a oferta não fazem o pedido. A procura de um dado trabalho profissional é, muitas vezes, feita em função da oferta existente e não das necessidades.

As áreas mais conhecidas, pela população em geral, de intervenção dos psicólogos são a saúde mental, a orientação vocacional, a selecção profissional e os recursos humanos. Este facto orientará provavelmente os pedidos feitos aos/às psicólogos/as.

Mesmo dentro das áreas de conhecimento atrás referidas houve, nalguns casos, uma homogeneização de práticas desenvolvidas entre diversos profissionais de forma que as competências específicas de cada ciência não são claramente entendidas (Votta-Bleeker & Cohen, 2014).

Há papéis para os quais os psicólogos/as corresponderiam melhor à resposta pedida ou seriam mesmo os únicos profissionais adequadamente preparados para responder e são ocupados por outras formações não especializadas. É necessário pensarmos nesta correspondência adequada.

Enquanto especialistas do comportamento humano, os/as profissionais da Psicologia são por inerência do seu estudo, os/as melhor posicionados/as em termos curriculares para numa qualquer situação criar uma relação com o sujeito, avaliar e facilitar a interação entre indivíduos, ou indivíduo e meio, grupo ou entre grupos. Um/a psicólogo/a será um elemento importante a integrar uma equipa preocupada com os efeitos de maximização de comportamentos e aumento de produtividade, sem descurar o bem estar de cada indivíduo e a qualidade de um sistema no seu todo.

Alguns exemplos de áreas de estudo da Psicologia que promovem o entendimento de comportamentos humanos, e que ao tê-las em conta permitem pensar em necessidades que um profissional com esta formação poderá satisfazer, desenvolvendo novas respostas e criando ofertas são, entre outros: os processos cognitivos; os mecanismos e tipos vinculação e de (des)vinculação; os raciocínios subjacentes à tomada de decisão; os mecanismos da aprendizagem; os processos de desenvolvimento do conflito e da sua resolução; os mecanismos subjacentes aos relacionamentos; os processos e as competências de liderança; as relações humanas em contextos específicos; a organização da inteligência real, artificial e emocional; as fases do desenvolvimento cognitivo, emocional e moral (Vasquez, 2012). Pensando na possibilidade de combinação do saber entre estas áreas disciplinares, há um elevado número de possibilidades de acção desconhecidas, quer por aqueles que procuram satisfazer as suas necessidades, quer por muitos profissionais da psicologia que ao não serem desafiados, não podem previamente oferecer os seus potenciais serviços (Votta-Bleeker & Cohen, 2014).

A título de exemplo de que só o conhecimento do saber disponível permite utilizá-lo, recorro à acção de Marta Suplicy, psicóloga, actualmente Senadora em Brasília que, quando em 2001 foi eleita para o cargo de Prefeita de São Paulo, utilizou os seus conhecimentos em Psicologia, e particularmente a sua formação em Psicodrama, para o recrutamento de psicodramatistas com o objectivo de fazer um levantamento das necessidades da população (em praças, escolas, bibliotecas, administrações regionais e associações de bairro) e, simultaneamente, com o objectivo de promover a cidadania. Assim, num só dia, contratando 700 sociodramatistas (que criaram um contexto facilitador para as pessoas falarem das suas relações com a cidade e desenvolverem diálogos que as ajudaram a perceber as suas funções, e os seus direitos e a assumirem o papel de responsáveis pelo que acontecia na cidade), promoveu a avaliação da cidade e, em alguns casos, a acção foi, como era esperado, ela própria um meio de mudança. Esta acção teve em conta as pessoas, as suas interacções, o meio envolvente, geográfico e institucional, e a relação entre as pessoas e esse meio.

Há um comprometimento entre a ciência psicológica e a justiça social, baseado no reconhecimento de que as realidades sociais são determinantes do mal estar e da angústia dos indivíduos. Este campo do conhecimento pode ajudar na resolução dos problemas sociais complexos como: agressão, preconceito, racismo, violação de direitos humanos, abuso, efeitos de catástrofes nacionais, terrorismo, desenvolvimento sustentável, entre tantos outros (Vasquez, 2012). A Psicologia deverá estar ao serviço das pessoas, intervindo directamente na sociedade em diferentes contextos profissionais: consultórios, escolas, empresas, hospitais, tribunais, centros desportivos. Poderá ter como públicos alvo os indivíduos, os grupos, as organizações, e assim cumprir a sua missão, o aumentando o bem-estar individual, colectivo e institucional.

O conhecimento e as práticas psicológicas deverão igualmente estar ao serviço dos decisores políticos, como um conhecimento de influência nas tomadas de decisão e na promoção de políticas públicas. Um só plano de intervenção, tendo em conta o bem-estar, poderá beneficiar simultaneamente os indivíduos, as organizações, o estado e os recursos económicos, tendo em consideração as necessidades de todas estas entidades. É disto exemplo o programa de promoção do acesso a tratamento psicológico (IAPT – Improving Access to Psychological Treatments) concebido pelo economista inglês Lord Layard, e implementado na Grã-Bretanha em 2008. Layard apresenta os seguintes argumentos relativamente à Inglaterra: a saúde mental é o factor que isoladamente afecta a satisfação das pessoas com as suas vidas; o défice de saúde mental custa à economia pelo menos 70 biliões de libras em perda de resultados

e 10 biliões em cuidados de saúde física devido à doença mental; actualmente, apenas a 15% dos adultos com perturbações depressivas e de ansiedade é oferecida terapia psicológica pelo Instituto Nacional de Saúde e cuidados de excelência (NICE - National Institute for Health and Care Excellence). Termina afirmando que o custo líquido destes tratamentos será zero devido à enorme poupança em apoios a pessoas portadoras de incapacidades, redução do crime, necessidade menor de serviços sociais e de cuidados de saúde física adicionais (Layard, 2015).

Também em Portugal, “um estudo preliminar desenvolvido no Centro de Saúde São João (CSSJ) demonstrou que a Consulta de Psicologia Clínica contribuiu para a diminuição do volume de trabalho dos Médicos de Família com os utentes inscritos nas suas consultas” (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2011, p.6). Lê-se sobre os resultados deste estudo:

“O benefício da intervenção psicológica verifica-se num conjunto de outras patologias, não necessariamente relacionadas com a perturbação mental, tais como doenças cardiovasculares, doenças oncológicas, artrite reumatóide, diabetes, dor crónica, entre outras. Os ganhos obtidos permitem uma redução do recurso aos serviços e de consumo de medicamentos, uma maior adesão à terapêutica e facilitação da mudança de comportamentos” (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2011, p.6).

Embora de dimensões diferentes, ambos os trabalhos refletem o impacto da intervenção do psicólogo simultaneamente a nível do indivíduo, da comunidade e do orçamento de Estado.

MAPEAMENTO DE ALGUMAS ÁREAS DE INTERVENÇÃO DA PSICOLOGIA, MOSTRANDO O QUE FAZEM OS/AS PSICÓLOGOS/AS

Se o exemplo do projecto inglês que acabei de referir se foca na acção dos/as psicólogos/as na área da saúde mental, o projecto referente ao Centro de Saúde de São João é um exemplo da acção dos/as psicólogos/as ao nível da saúde em geral, onde a prática profissional se centra na prevenção de doenças e de comportamentos aditivos, através da promoção de hábitos de vida saudável, do acompanhamento na doença, de promoção da capacidade do doente da gestão da dor e da doença.

No apoio a crianças vítimas de maus tratos, a Psicologia tem também um vasto campo de trabalho, sendo uma das áreas que mais pode contribuir para a diminuição deste problema. Na entrevista dada à revista PSIS21(2012), aquando do 1º Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses, Manuela Calheiros lembra-nos que a intervenção nesta área pode ser:

“a nível individual, parental e familiar, através da avaliação e intervenção clínica com as crianças vítimas. De aconselhamento, psicoterapia ou educação parental com os pais; a nível comunitário, no desenho e avaliação de programas de intervenção, aplicando programas de prevenção e intervenção, na gestão de programas e de serviços de intervenção, assim como na criação de recursos comunitários de combate ao problema, ao nível da investigação desenvolvendo instrumentos de avaliação e testando procedimentos e técnicas de intervenção nos diferentes níveis acima assinalados, etc. (PSIS21, 2012, p.12)

Nesta reflexão sobre o papel da Psicologia na saúde, podemos ainda referir a importância da intervenção psicológica em crise, particularmente no seu carácter preventivo. Márcio Pereira refletindo sobre esta área de intervenção, clarifica a importância do/a psicólogo/a numa equipa do Sistema Integrado de Emergência Médica, quer no apoio imediato às vítimas (na estabilização no presente e na prevenção de efeitos posteriores ao incidente), quer no apoio aos profissionais (nos eventos potencialmente traumáticos), quer na diminuição de gastos do Estado (evitando internamentos e consumo de medicação), quer ainda, do ponto de vista laboral, diminuindo o absentismo e o presentismo. Nas palavras de Márcio Pereira:

“ao estar presente no momento da crise, o psicólogo tem a oportunidade de avaliar in loco a sintomatologia, de monitorizar a evolução e de detectar precocemente o início da psicopatologia permitindo, desta forma, um melhor prognóstico. Estudos relativos ao stress pós-traumático indicam que de 15 a 20% das pessoas sem doença mental prévia, que passam por incidentes críticos, desenvolvem psicopatologia. A realização da intervenção psicológica em crise permite reduzir entre 60 a 80% o aparecimento da perturbação de stress pós-traumático” (PSIS21, 2012, p.20).

Nas empresas, o papel dos psicólogos é mais conhecido nas áreas do recrutamento de pessoal ou na gestão de recursos humanos. Menos divulgado tem sido o seu papel na promoção de um maior bem-estar nos locais de trabalho,

que se sabe associado a um maior empenhamento e conseqüentemente garantia de eficácia e produtividade, promovendo condições de trabalho saudáveis e prevenindo os riscos laborais, em particular os de carácter psicossocial. José Maria Peiró afirma:

“O bem-estar e o desenvolvimento dos trabalhadores são fundamentais para o êxito das empresas. Esse bem-estar só poderá ser sustentável se houver uma boa integração da produtividade, eficácia, eficiência e bom desempenho com a satisfação do trabalhador, as suas oportunidades de realizar um trabalho interessante, a sua responsabilidade, as suas competências pessoais e o seu crescimento profissional. Logicamente que neste campo a Psicologia pode contribuir para que o bem-estar e o rendimento não se coloquem em extremos opostos, onde a promoção de um deles leva ao descuidar do outro. Pelo contrário, pretende contribuir para que estes se sustentem mutuamente (Psis21, 2012, p.10).

Esta perspectiva, que tem em conta a saúde laboral e o bem estar dos trabalhadores, integra as exigências ao nível da produtividade e dos benefícios empresariais, beneficiando o individuo, o grupo, a empresa e a sociedade em geral.

Em tempos de crise, a Psicologia Social e das Organizações assume maior relevância para as questões laborais, ao contribuir para a promoção de iniciativas e implementação de projectos inovadores com fundamentação científica e rigor deontológico das suas práticas. Garante uma maior sustentabilidade nos projectos de mudança e de melhoria, ao mesmo tempo que pode contribuir para que as necessidades dos trabalhadores não sejam descuidadas.

Mário Ceitil considera que “se a Psicologia é por essência uma ciência interdisciplinar, a Psicologia Social e a Psicologia das Organizações são dos ramos da Psicologia onde a interdisciplinaridade é, porventura, maior, tanto no domínio dos conceitos como, sobretudo, no domínio das práticas” (PSIS21, 2012, p.14).

Uma outra área onde o papel dos profissionais da Psicologia é também relativamente conhecido é a da Educação, sendo mais divulgada a intervenção na orientação vocacional, e menos o trabalho relacionado com o ensino e aprendizagem e com a integração nas equipas que orientam a acção com crianças com dificuldades específicas de aprendizagem, portadoras de algum défice ou particularidade que necessite de um apoio especializado na mediação do ensino aprendizagem e da dinâmica relacional. Igualmente, os planos de

prevenção da violência em contexto escolar, ou de prevenção de doenças crónicas como a diabetes e obesidade, são acções que o nosso mais recente bastónario tem vindo a sublinhar como intervenções e projectos a realizar por psicólogos/as escolares.

São disso exemplo alguns casos de sucesso em projectos deste tipo anteriormente implementados e avaliados, como o Projecto “Percurso Acompanhados” implementado em 2005, no Bairro do Zambujal, “onde a taxa de insucesso escolar rondava os 60%” e hoje a taxa de sucesso está para além dos 90% quando se avaliam as crianças acompanhadas pela equipa do projecto (CESIS, 2012, p. 14). Igualmente, o caso do Projeto ARTWAYS – políticas educativas e de formação contra a violência e delinquência juvenil, que teve como objetivo principal a prevenção primária da violência e da delinquência juvenil, com uma intervenção centrada nas escolas, Centros Educativos e Lares de Infância e Juventude (UMAR, 2014/2015).

Menos divulgadas, mas já em desenvolvimento, temos áreas como a Psicologia ligada à engenharia, que tem como objectivo fundamental a melhor adaptação da pessoa às novas tecnologias, tarefa fundamental nas organizações. Encontramos também psicólogos em trabalho específico de prestação de serviços à comunidade, como na gestão hospitalar, na justiça criminal, na segurança pública, na avaliação de programas de intervenção ou com veteranos de guerra.

Ligados à Psicologia do Consumidor, os/as psicólogos/as trabalham em áreas como o marketing, a publicidade, a comunicação, o comportamento do consumidor e questões relacionadas, centrando-se nos aspectos pessoais e sociais que integram este campo de serviços.

A Psicologia Intercultural sempre foi uma área acarinhada em países com muita imigração. Em Portugal, as taxas de imigração e de mobilidade são cada vez maiores pelo que se torna indispensável ter em conta as necessidades específicas destas populações para podermos dar uma resposta adequada a uma integração que não traga prejuízos ao país, que ajude a que o bem-estar dos/as portugueses/as não seja penalizado e simultaneamente aumente o nível de bem-estar de quem chega (Moleiro, 2012).

O trabalho com minorias étnicas, sociais, sexuais, onde a investigação sobre o comportamento destas populações e a sua divulgação é muito importante no combate à ignorância que estrutura o preconceito, tem sido cada

vez mais desenvolvido por profissionais da Psicologia que investem igualmente na intervenção clínica, trabalhando directamente com estas populações estigmatizadas.

Nos contextos de desporto e actividade física há atletas a título individual, clubes ou associações desportivas, ou federações que cada vez mais procuram profissionais da Psicologia para facilitar o trabalho de equipa e aumentar as competências pessoais e de grupo na realização de tarefas de alta competição, sujeitas a níveis muito elevados de *stress* .

A acção de psicólogos/as é igualmente solicitada em contextos de performance. Nomeadamente, nas profissões com tarefas de grande exigência psicomotora e/ou onde o trabalho de equipa é essencial; profissões que muitas delas que obrigam a uma grande preparação para um momento de actuação (actores, músicos - contextos das «performing arts» - cirurgiões, bombeiros, polícias de intervenção, militares e onde há semelhanças muito grandes com a área do desporto, “com aquilo que é o funcionamento em termos de trabalho de equipa no desporto” como nos diz Pedro Almeida na entrevista à PSIS21 (2012, p.15).

Sob pena de passar demasiado tempo a enumerar a quantidade de áreas que necessitam, ou beneficiam, do olhar destes especialistas da mente e do comportamento humano, direi apenas que a Associação Americana de Psicologia tem neste momento 54 divisões que correspondem a igual numero de grupos de trabalho da Psicologia e integrando as áreas que aqui foram faladas.

O que é comum a todas estas áreas é a forma de actuação dos/as psicólogos/as a partir da relação e a tentativa de compreender o “facto pessoal total” (o indivíduo, como ser activo, psicobiologicamente e socialmente em contínua dinâmica e interacção com os seus/suas próximos(as) e em relação com o meio ambiente), com a finalidade de aumentar o bem-estar pessoal, garantindo simultaneamente o bem-estar social (Ricou, 2004).

Em casos limite, quando um problema não tem solução ou ela não nos é acessível, temos a possibilidade de usar a excelente capacidade humana de mudar o significado do acontecimento e limitar o seu impacto na nossa vida. A investigação psicológica mostrou que grande parte do nosso comportamento é mediado pela interpretação dos acontecimentos; dito de outra forma, pelo significado que lhes atribuímos. Sabe-se que um significado novo dá um novo sentido e o sentido é fator mobilizador da acção. Os/as psicólogos/as são os

especialistas com conhecimento de técnicas (estudadas com base na evidência) de ajuda na identificação de pensamentos e emoções para que a pessoa encontre os seus recursos e seja capaz de os gerir de modo a aumentar a sua eficácia, o bem-estar e a percepção de realização pessoal.

No limite, e tomava emprestadas as palavras do escritor Marcel Proust, podemos sempre “em vez de procurar novas paisagens, procurar ter novos olhos para podermos aceder a novas descobertas”, e com elas, acrescento eu, novas possibilidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barsamian, D. (2005). Noam Chomsky: Imperial Ambitions. Conversation with Noam Chomsky on the post-9/11 world. Interviews with David Barsamian. London: Penguin Books.

CESIS (2012). Duas décadas a transformar vidas em percursos de sucesso. PSIS21, n.º93, Julho, 14-18

Layard, R. (2015). A new priority for Mental Health . Centre for Economic Performance: London School of Economics and Political Science. Acedido a 14/05/2017 <http://cep.lse.ac.uk/pubs/download/ea035.pdf>

Magnusson, David (2012). The human being in society: Psychology as a scientific discipline. European Psychologist, Vol. 17(1), 21–27

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). Evidência Científica sobre custo-efetividade de intervenções psicológicas em cuidados de saúde. Acedido a 14/5/2017 https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/1_evidencia_cientifica_sobre_custo_efetividade_de_intervencao_aoes_psicologicas_em_cuidados_de_saaode.pdf

Patto, M. ; Frayze-Pereira, J. (orgs). (2007). Pensamento cruel - Humanidades e Ciências: há lugar para a psicologia? São Paulo: Casa do Psicólogo.

PSIS21 (2012). Edição especial, Fevereiro

Ricou, M. (2004). Ética e Psicologia: Uma prática integrada. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

UMAR (2014/2015). Projecto ARTWAYS – Políticas Educativas e de formação contra a violência e delinquência Juvenil. Acedido a 14/5/2015 <http://artways.umarfeminismos.org>

Vasquez, M. (2012). Psychology and Social Justice: why we do what we do. American Psychologist Vol. 67, No. 5, 337–346

Votta-Bleeker ,L. & Cohen, K. (2014). Matching Need, Supply, and Demand in Psychology: How Many to Do What for Whom? Canadian Psychology/Psychologie canadienne , Vol. 55, No. 2, 131–134

PARA MELHOR CUIDAR DA DEPRESSÃO EM PORTUGAL: CONTRIBUTOS DA PSICOLOGIA E SEUS DESAFIOS

JOÃO SALGADO

Texto partilhado durante a apresentação da Delegação Regional do Norte da Ordem dos Psicólogos Portugueses, no Porto, a 10 de Janeiro de 2017

Anda por aí uma realidade escondida, envergonhada, mal-entendida, diminuída. Não há apenas uma, aliás; há várias. Mas hoje irei falar de uma em particular.

Refiro-me à depressão.

Podem dizer-me que não. Não anda escondida, não é mal-entendida, antes pelo contrário: fala-se muito de depressão, fala-se cada vez de mais de depressão e todos nós conhecemos alguém com depressão. Conhecemos, todos, psicólogos e não psicólogos, não uma, nem duas, mas dezenas de pessoas que andam, dizemos, a serem “acompanhadas” na sua depressão.

Mas como é que é esse acompanhamento? E será que já nos demos conta da gravidade da situação?

Por isso, reafirmo: ainda não olhamos de frente para este gravíssimo problema que é a depressão. Não exagero: é um dos problemas mais graves de saúde deste país, e estou aqui a pôr no mesmo saco doenças físicas e mentais. Sim, ponham lá o cancro, a diabetes, a hipertensão, as doenças coronárias, as doenças respiratórias e mesmo assim a depressão destaca-se como uma das principais.

Eu julgo que até para as psicólogas e psicólogos deste país por vezes é difícil de acreditar, mas os números não enganam.

É verdade que somente no ano de 2013 tivemos acesso, pela primeira vez, a números epidemiológicos sobre a realidade nacional da saúde mental – e, por isso, da depressão em Portugal – por sua vez, referentes ao ano de 2008-2009. Ou seja, números pré-resgate e pré-Troika. Olhemos para eles. É quase seguro que a crise posterior tornou o cenário ainda mais grave. Mas olhemos apenas para os números disponíveis.

A prevalência de depressão clínica nos últimos 12 meses é de cerca de 8% da população, a terceira maior da União Europeia. A prevalência ao longo da vida é superior a 18%. Ou seja, 1 em cada 5 adultos em Portugal virá a ter uma depressão. Pensem nisto, numa sala de 100 pessoas, serão cerca de 15 a 20. Todas as famílias terão vários membros potencialmente com depressão .

Poderão então retorquir-me:

- “Sim, é comum. Isso já sabemos. Mas é assim tão grave?”

Infelizmente, é bem pior do que a maioria pensa. A depressão clínica varia na sua intensidade e nestes números temos pessoas que se mantêm minimamente funcionais; doentes, desmotivadas, mas ainda capaz de fazer algumas das suas funções habituais. Não o fazem como poderiam, mas fazem-no. Sobrevivem. Têm uma depressão clínica ligeira, precisam de acompanhamento, correm enorme risco de deterioração, mas ainda são formas ligeiras. Mas há uma parte significativa que evolui para formas mais graves, onde todo o prazer de viver é arrancado do fundo da pessoa, onde ela se torna completamente incapaz de funcionar, onde a vida deixa completamente de fazer sentido. A morte surge então com uma ideia e depois como uma tentação. Nalguns casos, a fuga parece ser psicótica e a pessoa vive inundada de delírios ou de alucinações. Mas em qualquer caso, o suicídio passa a rondar. Sim, a depressão mata. E mata muita gente.

50 a 90% dos suicídios terão depressão associada. E suicidaram-se, oficialmente, em Portugal, em 2014, 1 216 pessoas . Perdemos 1 216 vidas. O jovem pai que se lançou para a linha de comboio depois de mais um fracasso profissional; aquela mulher, farta de se sentir a mais solitária das pessoas e que se apagou com psicofármacos; ou os casos mais dramaticamente mediatizados das mães que se atiraram ao rio com os seus filhos.

Perderam-se 3 vezes mais vidas por suicídio do que por acidentes rodoviários.

Felizmente, a mortalidade associada à depressão é menor do que noutras doenças, como o cancro. Isso faz com que frequentemente olhemos com maior leveza para a depressão. Mas, mais uma vez, olhemos para números. Agora, para os números económicos. A depressão é, nas estimativas recentes da ARS Norte, a primeira ou a segunda causa de incapacidade por doença nos cuidados de saúde primários e uma das duas primeiras na carga global de doença no nosso país. Os custos estimados para a União Europeia em 2010 representam uma soma astronómica – 92 mil milhões de euros anuais . Só para termos uma ideia do que isto representa: estima-se que o BPN, BPP e o BANIF juntos tenham custado cerca de 8,5 mil milhões ao estado português. O custo da depressão na Europa são 10 BPNs, BPPs e Banifs, todos os anos, na Europa. É como se tivéssemos falências a seguir a falências a serem pagas por todos nós, todos os anos, todos os dias. Só que aqui, para muitas vidas, não tem havido resgate. Pelo menos, em Portugal e para 1216 pessoas, em 2014 não houve resgate. Morreram mesmo.

Mas não é apenas no drama da morte que o peso da depressão se faz sentir. É também na vida diária de quem trabalha. Para mero exercício de imaginação, poderemos pensar então naquele supermercado com 10 trabalhadores: 1 irá ficar de baixa médica no próximo ano. Ou naquela empresa com 100 empregados: 3 estão de baixa prolongada e mais uns 7 chegam todos os dias ao trabalho desmotivados e sem energia porque têm uma depressão por tratar. É um corte de 10% na força de trabalho. É como começar um jogo de futebol com um jogador lesionado de início e um outro sem vontade de correr. Baixas prolongadas e presenças sem sentido acarretam custos de eficiência e qualidade ou levam à necessidade de substituir forçadamente pessoas. Já para não falar na maior probabilidade de haver agravamento por associação a outros problemas psicossociais, como consumo de álcool ou drogas, problemas familiares, entre tantos outros. Humanamente, não é isto que queremos. Em termos de saúde, é um problema muito sério. Em termos económicos, um desperdício e um desastre.

Com tal cenário, podemos então perguntar-nos: por que razão ainda não é a depressão uma prioridade no nosso sistema nacional de saúde?

Por uma série de equívocos, julgo eu, que não irei ter oportunidade aqui de elencar com detalhe, mas que passam basicamente por desconhecimento, ideias feitas, pela natural inércia do sistema montado e sua resistência à mudança.

Mas existem soluções? É claro que sim.

Existem hoje formas eficazes de tratar atempadamente depressões e de prevenir que se tornem mais graves e até crónicas. O drama é também este – e não estou a exagerar a dizer que é um drama. Os números são claros : apenas 1 em cada 5 pessoas com depressão ligeira tem acesso a tratamento; e na depressão grave, 1 em cada 3 pessoas com depressão não estão a ser tratadas. Em média, uma pessoa com depressão demora 4 a 5 anos a pedir ajuda profissional. O risco de deterioração e agravamento é enorme. Depois, quando se olha para a qualidade dos tratamentos, verificamos que só entre 30 a 50% da população tem acesso a tratamentos minimamente adequados, seja no setor público ou no privado. Ou seja, se o leitor tiver uma depressão, a sua probabilidade de vir a ser adequadamente tratado em Portugal é muito baixa. E podíamos agora fazer alguma piada sobre emigração – que seria muito engraçada, se não fosse imensamente triste e ainda mais deprimente.

Olhemos então para a eficácia dos tratamentos. Existem tratamentos farmacológicos para a depressão, como todos sabemos, mas também formas de tratamento psicológico, igualmente eficazes e até preferíveis. De facto, as terapias psicológicas são tão eficazes a curto-prazo quanto os medicamentos e são até mais eficazes a longo-prazo, já que apresentam taxas de recaída menor quando se suspende o tratamento. Sabemos também que a atividade física moderada e com monitores adequadamente treinados pode ser, por si só, reparadora de situações ligeiras de depressão. Entretanto têm surgido inovações na forma de fornecer os tratamentos que prometem apoiar alguma redução de custos, como as intervenções psicológicas em grupo, as intervenções com apoio por livros de autoajuda ou mesmo a terapia assistida por computador. Tudo isto manifestamente resulta.

Com exceção de um ou outro projeto pioneiro em Portugal, o que é que existe hoje no Serviço Nacional de Saúde? Sobretudo, medicação. Como o número de psicólogos no SNS é muito escasso e como as solicitações são imensas, a solução acaba por ser na maior parte das vezes a medicação. Somos um dos maiores consumidores de antidepressivos do mundo . Aliás, 1/3 da população portuguesa andar­á frequentemente sob o efeito de medicamentos psicotr­ópicos .

Por vezes, quando se fala de depressão há quem interprete este número como sinal de eficiência: as pessoas estão a ser tratadas.

Isto não é completamente verdade e por várias razões.

Primeiro, este número indicia que há muita gente medicada sem necessidade. Vejamos, se há muita gente com depressão que segue sem tratamento, como explicar que à volta de 15% da população esteja medicada com antidepressivos? Mesmo descontando as aplicações destes medicamentos noutras condições (por exemplo, nas perturbações de ansiedade) parece ser claro que há gente medicada e que não deveria estar – enquanto outros precisam de tratamento e não têm.

Segundo, as linhas orientadoras internacionais são claras: os tratamentos de primeira linha, sobretudo nas fases iniciais de doença, não deveriam ser medicamentosos, mas sim psicológicos – e isto quer do ponto de vista económico, quer do ponto de vista da saúde. Porém, dada a escassez atual de recursos, a pressão para medicar é muito elevada e, por vezes, é mesmo a única forma disponível.

É por isso que aplaudo a intenção anunciada pelo nosso novo Bastonário, Francisco Miranda Rodrigues, de ter como uma das suas prioridades básicas a criação de um plano nacional de combate à depressão. A Psicologia e as psicólogas e psicólogos do nosso país poderão dar um contributo não apenas importante – mas sim decisivo – para a transformação do cenário que temos. A minha convicção, que já anteriormente era forte, foi mais recentemente reforçada a partir de dois projetos que me encontro a liderar – o Stop Depression e o iCare4Depression (Eu cuido da depressão) – que se constituem como pioneiros na elaboração de uma resposta integrada e diferenciada de tratamento da depressão. O primeiro foi inclusivamente já alvo de implementação no Agrupamento de Centros de Saúde do Porto Ocidental, com resultados muito promissores. Não vou aqui relatar essas experiências desses projetos, mas vou falar a partir dos ensinamentos que deles retirei.

Em primeiro lugar, julgo ser essencial realçar que é vital que o combate à depressão se torne uma prioridade aos mais variados níveis: nacional, regional e local. Por exemplo, é para mim de difícil compreensão que a depressão não seja declarada uma prioridade nacional e que, apesar de inundar as consultas nos centros de saúde, não ser contemplada como uma das 5 prioridades nos ACeS deste país. Para tal, claro, é preciso preparar as unidades de saúde para combaterem eficazmente a depressão, dotá-las dos devidos recursos; mas os meios, esses, já existem – há psicólogos no mercado, há formas de avaliação, há formas de tratamento. E torná-la uma prioridade passa também por rever adequadamente as formas de financiamento das unidades de saúde, de modo a que a qualidade do serviço prestado (e não apenas a quantidade) seja um elemento fundamental.

Em segundo lugar, julgo ser importante a criação de um protocolo claro e universal para o rastreio, avaliação e tratamento da depressão. No projeto Stop Depression, e baseados nas melhores práticas internacionais, desenvolvemos precisamente normas de orientação clínica que estão prontas a ser usadas. O modelo que melhor se adequará à realidade nacional, como o nosso próprio programa nacional de saúde mental vaticina, serão modelos de “matched stepped care” – ou seja, modelos em que se encaixa a gravidade e resistência dos sintomas depressivos com diferentes formas de tratamento de intensidade progressiva. Pessoas com sintomas mais ligeiros serão encaminhados para formas mais ligeiras e não-farmacológicas de tratamento, enquanto que as formas mais graves poderão ser encaminhadas para medicação ou para consulta psicológica. Um modelo articulado deste tipo ajuda a clarificar também as funções dos diferentes

intervenientes no processo (psicólogos/as, médicos/as e outros profissionais), definindo com clareza o papel de cada um.

Em terceiro lugar, é importante elencar e disponibilizar os meios de avaliação e de intervenção aos diferentes profissionais envolvidos no terreno. Uma resposta de qualidade, é uma resposta que obriga a desenvolver no terreno formas de intervenção com resultados empiricamente demonstrados, sobretudo de formas de prevenção e de tratamento não-farmacológicos – como consulta psicológica, intervenções em grupo, intervenções assistidas por computador, ou promoção de atividade física, entre outras. Ao mesmo tempo, é importante dotar o SNS de ferramentas que permitam uniformizar processos de rastreio e avaliação. Isto permitirá aumentar o potencial preventivo e de intervenção precoce, gerando maior clareza na gestão dos alvos da nossa intervenção. Isto também significa ter formas diferenciadas de avaliação para populações específicas (adolescentes; população sénior; homens; etc.).

Em quarto lugar, é preciso cuidar da formação no terreno dos profissionais de saúde. Uma mudança deste tipo é também uma alteração profunda na forma de operar de muitas das unidades de saúde deste país. É mesmo uma mudança de cultura. Como tal, é importante garantir um treino apropriado e uma plataforma adequada de monitorização e apoio no terreno. Advirto que algumas formas de treino apressadas podem inclusivamente ser contraproducentes, criando resistências adicionais.

Em quinto lugar, é importante montar campanhas públicas de educação da população sobre a depressão, baseadas em princípios sólidos. Antes de mais, dar informação clara e sólida; dar informação adequada a diferentes alvos (por exemplo, homens, jovens, idosos); e sobretudo, instigar esperança nos tratamentos.

Finalmente, gostaria de acrescentar que, apesar de grande parte das direções que aqui tracei se direcionarem sobretudo ao setor público da saúde, acredito também que muito do que aqui ficou seria também benéfico e clarificador para o setor privado. Se se definir uma estratégia nacional para a prevenção e tratamento da depressão, ficaremos com normas clínicas que serão úteis para articulação das respostas nos diferentes setores, mas também para a interação entre estes. Além disso, um tal modelo pode também ser adequado ao fornecimento de serviços a grandes empresas que careçam de apoio especializado ao nível dos cuidados com problemas de foro mental – que será, aliás, caso frequente.

Como vemos, há muito a fazer. Antes de mais, é preciso tornar a prevenção da depressão realmente uma prioridade nacional. Até agora apresentei sobretudo argumentos objetivos e frios. Mas há um outro motivo para tal, que é bem quente. Toda a vida humana é uma vida que se deve cumprir e uma vida para se cumprir necessita de oportunidades para explanar todo o seu potencial; e isso significa saber sofrer, mas também sorrir e viver de coração aberto. Uma pessoa com depressão está longe desse horizonte. Uma pessoa sem alegria está já um pouco morta. Por isso, tratar a depressão é devolver a vida às pessoas. Termino por isso com este apelo caloroso: vamos cuidar da depressão, vamos devolver a vida às pessoas.

NOTAS

¹ O primeiro relatório do *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental* indica uma prevalência da perturbação depressiva major e distímia, nos últimos 12 meses, de 6,8% e 1% respetivamente e ao longo da vida de 16,7% e 1,4% respetivamente, revelando que Portugal é o terceiro país da União Europeia com a maior taxa de prevalência de perturbações de humor.

Fonte: Almeida, J. M. C., & Xavier, M. (2013). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental: 1º relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.

² Na realidade, em 2014 registaram-se 1 223 óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente, sendo 1216 de residentes em Portugal e 7 de não residentes. Registei no texto apenas o número de óbitos dos residentes no nosso país – mas também excluindo potenciais suicídios cometidos por residentes em Portugal no estrangeiro. Fonte: Instituto Nacional de Estatística (2016). *Causas de morte 2014: Edição de 2016*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.

³ Registe-se que estes números são conservadores, pelos que os custos reais poderão até ser maiores. Fonte: Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H.-U., & Jönsson, B., on behalf of the CDBE2010 study group and the European Brain Council (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, 19, 155–162. doi:10.1111/j.1468-1331.2011.03590.x

⁴ Almeida, J. M. C., & Xavier, M. (2013). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental: 1º relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.

⁵ Dos 25 países estudados pela OCDE, só a Islândia e a Austrália tinham uma taxa de consumo superior. Fonte: OECD (2015). *Health Statistics*. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

⁶ Consultar Eurobarometer (2010). *Mental Health. Part 1: Report*. Disponível em https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/ebs_345_en.pdf

⁷ Segundo estudo do Eurobarómetro publicado em 2010, 15% dos portugueses diziam estar a tomar antidepressivos, o que consistia no dobro da média da União Europeia (7,5%). Fonte: Eurobarometer (2010). *Mental Health. Part 1: Report*. Disponível em https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/ebs_345_en.pdf

SEM MEDO E SEM RISCOS: DESAFIOS DA PSICOLOGIA PARA A PREVENÇÃO E PROMOÇÃO, NO SÉCULO 21

MARGARIDA GASPAR DE MATOS

Texto partilhado durante a apresentação da Delegação Regional do Sul da Ordem dos Psicólogos Portugueses, em Faro, a 15 de Fevereiro de 2017

A *prevenção universal* (para todos) constituiu um salto civilizacional, promovendo o acesso de todas as pessoas à melhoria da sua saúde e percepção de bem-estar e de qualidade de vida. À medida que as ações de prevenção universal avançaram nos países ocidentais, verificou-se que esta medida, na sua génese tão equitativa, poderia gerar em si iniquidades pelo facto de as populações receberem as vantagens das intervenções universais com o mesmo padrão com que vivem a vida - as populações com situações mais vantajosas lucram mais. Assim, paradoxalmente, as medidas de prevenção universal tornam-se potenciais fontes de iniquidade, acentuando o fosso entre populações mais favorecidas e outras menos favorecidas. Salienta-se então a necessidade de complementar intervenções preventivas de carácter universal com outras de tendência mais seletiva, destinadas a “nichos escondidos” de populações com mais vulnerabilidades, de modo a ajustar às suas características e necessidades específicas (Matos, 2015; Matos et al, 2015; Matos et al, 2003). Na classificação de Gordon, (1987) a prevenção inclui ações de prevenção universal dirigidas à população geral, complementadas com ações de prevenção seletiva dirigidas a subgrupos em função de características/ riscos específicos, ou de prevenção indicada (ou precoce) destinadas a pessoas com comportamentos ou sinais de risco: todas têm seus limites e indicações preconizando-se uma intervenção integrada, incorporando os vários níveis preventivos. Inicialmente foram identificados três tipos de prevenção: primária, secundária e terciária (Caplan, 1964): a prevenção primária focada nas populações; a prevenção secundária envolvendo intervenções com populações que apresentam problemas identificados e a prevenção terciária focando-se na redução de um problema ou do seu impacto em grupos de grupo de pessoas que já o experimentam (Bloom, 1996). Presentemente a classificação de Gordon é preferida e permite uma compreensão de fatores pessoais, grupais e populacionais a ter em consideração nas ações preventivas (Spence & Matos, 2000)

DO “DEFICIT AO ASSET”

No século 20 uma “*perspetiva de défice*” influenciou as políticas públicas, investigações e práticas e refletiu-se nos programas e na organizações de serviços, considerando as pessoas, principalmente com base em comportamentos de risco e problemas, mas ao longo das últimas duas décadas (Lippman, Moore, & McIntosh, 2011; O’Hare, 2012) foi reconhecido que as intervenções teriam um impacto limitado se se concentrassem principalmente em riscos e vulnerabilidades. As abordagens baseadas nos aspectos positivos foram preferidas e consideradas mais eficazes em vários contextos (Benson, Scales, Hamilton & Sesma, 2006; Lerner, Phelps,

Lerner, Phelps, Forman, & Bowens, 2009, Morgan, Davies, & Ziglio, 2010; Small & Memmo, 2004), privilegiando-se também intervenções não exclusivamente focadas em comportamentos específicos (p.e. prevenção da toxicod dependência, prevenção da violência, prevenção dos comportamentos sexuais de risco) e preferindo-se-lhe intervenções preventivas integradas que procurem “alternativas” , o “bem-estar” e as “competências pessoais e sociais, tomando a pessoa no seu todo e não só identificando os “riscos” e “vulnerabilidades”, mas também os recursos e aspectos positivos de cada pessoa ou situação (Bandura, 2007; 2012; Matos & Simões, 2016; Matos, 2016). No campo da saúde, este foco no positivo foi refletido no “Modelo dos Trunfos na Saúde” (Health Assets) descrito por Morgan et al. (2010) e implica o mapeamento de recursos de cada comunidade, seus pontos fortes e capacidades, tanto individual como coletivamente (Kretzmann & McKnight, 1993). Recomenda-se também, e cada vez mais, a participação da população-alvo em todas as medidas que visem a promoção da sua saúde (Staines et al., 2014; Matos, 2015; Matos, 2016; Matos & Simões, 2016).

Neste texto procurar-se-á refletir sobre alguns aspectos da trajetória do conhecimento nas últimas décadas e do seu impacto nas intervenções em Psicologia e nas Políticas Públicas.

MODELOS TEÓRICOS E AVALIAÇÃO EMPÍRICA

Quando se fala de programas de intervenção preventiva ancora-se necessariamente cada tipo de intervenção num *quadro teórico* e numa validação através de uma *avaliação empírica*. O quadro teórico define o âmbito e as dinâmicas em causa bem como o modo de as entender, a própria justificação da intervenção e mesmo a compreensão dos resultados obtidos; a avaliação permite aferir se os resultados na intervenção estão a ir no caminho previsto e podem ser imputáveis ao sucesso / insucesso da intervenção. A avaliação deve incluir o processo, os resultados e o impacto, sendo útil especificar como, e em que condições, o programa tem efeitos e, mais, que componentes e circunstâncias do programa, produzem que efeito (os conteúdos, os contextos de aplicação, o formato da implementação, a experiência e a formação dos técnicos, p.e.).e depois entender eventuais mudanças à luz do quadro teórico de referência explícito.

A questão não pode ser apenas se “o programa é ou não eficaz”, mas antes, que tipo de aplicação e para que tipo de população-alvo, que tipo de técnicos,

de as entender, a própria justificação da intervenção e mesmo a compreensão dos resultados obtidos; a avaliação permite aferir se os resultados na intervenção estão a ir no caminho previsto e podem ser imputáveis ao sucesso / insucesso da intervenção. A avaliação deve incluir o processo, os resultados e o impacto, sendo útil especificar como, e em que condições, o programa tem efeitos e, mais, que componentes e circunstâncias do programa, produzem que efeito (os conteúdos, os contextos de aplicação, o formato da implementação, a experiência e a formação dos técnicos, p.e.) e depois entender eventuais mudanças à luz do quadro teórico de referência explícito.

A questão não pode ser apenas se “*o programa é ou não eficaz*”, mas antes, *que tipo de aplicação e para que tipo de população-alvo, que tipo de técnicos, com que formação e com que experiência, e com que acesso a uma supervisão produzem este ou aquele efeito* (Jané-Llopis & Barry, 2005; Matos, 2005; Matos et al, 2000). Por exemplo, as abordagens a nível escolar parecem mais eficazes quando incluem uma perspetiva de “*escola inteira*”, quando usam um modelo de promoção de competências pessoais e sociais, quando é garantida a formação dos técnicos, quando incluem a educação de pares, quando favorecem a participação e a iniciativa dos alunos, quando utilizam metodologias interativas e participativas, quando os novos programas são integrados nos já existentes, quando os programas têm continuidade, quando há parcerias e trabalho em rede com estruturas dentro da comunidade (Jané-Llopis & Barry, 2005). Algumas avaliações de intervenções tentam definir resultados em termos de sub-grupos das populações, outras tentam definir o perfil e formação dos profissionais envolvidos (Matos et al, 2000). Na última década (para uma revisão, ver Matos & Sampaio, 2009; Staines et al., 2013; Matos, 2015; Matos, 2016; Matos & Simões, 2016) os estudos têm sugerido a necessidade de “*dar voz*” e incluir a participação ativa das populações-alvo em todas as fases das intervenções: a identificação dos problemas, o planeamento a implementação e a avaliação.

MODELOS CONTEMPORÂNEOS NA PREVENÇÃO

Os *fatores de risco* são tipicamente relacionados com uma maior probabilidade de ocorrência e manutenção de resultados negativos (Coie et al., 1993; Masten, 2001) e os *fatores de proteção* geralmente são definidos como defesas individuais ou ambientais que aumentam a capacidade pessoal de resistir

a um evento, risco ou ameaça de vida stressante e podem promover a adaptação / competência ou moderar a relação entre a adversidade e os resultados negativos (Rutter, 1987; Sandler, 2001) diminuindo a vulnerabilidade do indivíduo ao risco.

O conceito de *resiliência* diz respeito ao processo de desenvolvimento saudável diante de adversidades de vida significativas (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000). As respostas de adaptação a essas situações podem ser bastante diferentes em diferentes pessoas, dependendo de fatores individuais / contextuais específicos, sendo que o processo de adaptação e a qualidade de vida podem ser comprometidos quando os riscos são cumulativos, especificamente em presença de três ou mais circunstâncias adversas (Rutter, 1979; Simões, Matos, Lebre & Antunes, 2014).

Quando se fala de *Desenvolvimento Positivo* destaca-se a importância de fortalecer os *ativos / recursos / trunfos* de desenvolvimento (“*developmental assets*”) e as oportunidades (Catalano, Berglund, Ryan, Lonczak & Hawkins, 2004; Lerner, Fisher & Weinberg, 2000). Estes *trunfos / ativos* podem ser definidos como os blocos de construção, cruciais para promover o desenvolvimento e o bem-estar dos jovens saudáveis (Benson, Leffert, Scales e Blyth, 1998). O conceito de Desenvolvimento Positivo usa-se em três âmbitos (Whitlock & Hamilton, 2001): o processo natural de desenvolvimento humano; programas e organizações que oferecem atividades para promover o desenvolvimento humano; uma filosofia caracterizada por uma orientação positiva e de construção de trunfos/ativos.

De acordo com a literatura (Pittman, Irby, Tolman, Yohalem & Ferber, 2003, Pittman & Zeldin, 1995, Roth et al., 1998) uma filosofia de intervenção social com base na perspectiva de Desenvolvimento Positivo defende que a melhor maneira de evitar que as pessoas tenham problemas é ajudá-las a atingir seu pleno potencial e que para tal as pessoas precisam de experimentar vários apoios e oportunidades e devem ser vistas como parceiras a ser envolvidas e desenvolvidas, e não apenas como “problemas a ser corrigidos”. Salienta-se aqui a importância da segurança, da escolarização de qualidade, dos cuidados básicos de saúde, dos relacionamentos saudáveis intra e intergeracionais; das expectativas positivas, dos modelos sociais disponíveis, dos recursos e redes sociais, das experiências desafiadoras e das oportunidades para participar e contribuir significativamente. Em síntese as competências, os lugares seguros, as experiências desafiadoras e a existência de pessoas que monitorizem e apoiem) potenciam um desenvolvimento positivo (Pittman, et al, 2003; Zeldin, Kimball, & Price, 1995).

Os modelos contemporâneos de desenvolvimento positivo e prevenção aparecem então agrupados em uma das três abordagens referidas: *prevenção, resiliência e desenvolvimento positivo*. Apesar de cada abordagem dar uma contribuição única para o conhecimento sobre o desenvolvimento e adaptação humanas, compartilham várias características-chave e uma visão comum focada em melhorar a vida das pessoas. Essas abordagens baseiam-se nos mesmos princípios básicos, mas diferem em relação à ênfase relativa dada a cada um. A literatura destaca que não há uma única e melhor abordagem. Cada abordagem cobre uma parte específica do desenvolvimento humano, e nenhuma abordagem única é totalmente satisfatória para os vários desafios, dada a complexidade do desenvolvimento, a diversidade das pessoas e das suas famílias e a natureza dinâmica da vida na comunidade (Small & Memmo, 2004). A melhor abordagem dependerá então da questão abordada, das populações-alvo e do contexto e até poderá incluir aspectos das três abordagens, aproveitando pontos fortes e situacionalmente relevantes de cada uma (Eccles & Gootman, 2002).

FOCO NA PREVENÇÃO

A abordagem preventiva baseou-se na ideia de que é preferível prevenir a ocorrência de problemas do que tratá-los depois de estabelecidos. A abordagem de prevenção visa reduzir / eliminar os fatores de risco e aumentar / promover fatores de proteção, reforçando os pontos fortes, competências do grupo-alvo, para que estejam mais aptos a lidar com o stress ou com desafios de onde podem resultar problemas futuros (Durlak, 1997). Alguns investigadores (por exemplo, Coie et al., 1993), consideram que os fatores de risco e de proteção existem tanto nos indivíduos como através dos vários ambientes circundantes (família, grupo de pares, escola e comunidade), havendo também a ideia de que a maioria dos problemas é determinada de forma múltipla e que os fatores de risco frequentemente ocorrem em conjunto (Masten, Morison, Pellegrini, & Tellegen, 1990) e, quando os fatores de risco acumulam até três ou quatro, a probabilidade de ocorrência de um resultado problemático pode ser substancialmente aumentada (Rutter, 1979; Simões et al., 2014), os indivíduos podem ser sobrecarregados e incapazes de lidar com o stress acumulado (Garbarino, 1995). Esta abordagem tem algumas limitações tendendo a enfatizar os problemas das pessoas (Benson, 1997), a dar pouca importância aos vários fatores de risco e de proteção e menos reconhecimento ao facto de que um risco ou mecanismo de proteção pode não se aplicar igualmente a todas as pessoas dentro de uma população (O'Connor & Rutter, 1996).

FOCO NA RESILIÊNCIA

O objetivo primário da investigação na área da resiliência tem sido identificar e compreender os fatores que distinguem os indivíduos que demonstram melhor adaptação e sofrer menos danos quando confrontados com a adversidade. Duas condições devem existir para se falar de resiliência: a experiência de stress extremo ou múltiplos stressores e a manifestação de adaptação ou competência bem-sucedida apesar do stress (Garmezy, 1993; Masten, 2001, Rutter, 1987, Werner, 1993). A resiliência é resultado da combinação de diferentes processos que permitem manter *ativos / recursos / trunfos / competências*, ajudando as pessoas a ser competentes e a evitar comportamentos problemáticos apesar de sua experiência de risco. Estes processos podem co-ocorrer, não são mutuamente exclusivos e incluem situações de proteção, características pessoais, experiências de recuperação, aquisição de recursos adicionais e reavaliação das situações, por exemplo. Os principais críticos das abordagens de resiliência argumentam que estas tendem a negligenciar as condições ambientais (Tolan, 1996) e enfatizar demais o indivíduo, ficando por estabelecer perfeitamente se a resiliência é um fenômeno transversal aos diversos domínios de desenvolvimento ou específico (Luthar, 1993). Rutter (1993) defende que todos são vulneráveis a algum grau de stress e que os processos subjacentes à resiliência são suscetíveis de variação de contexto para contexto.

FOCO NO DESENVOLVIMENTO POSITIVO

Esta abordagem enfatiza as condições que contribuem para a saúde e bem-estar, sugerindo que a prevenção de problemas não é suficiente (Roth, Brooks-Gunn, Murray, & Foster, 1998). O *Modelo dos Trunfos de Desenvolvimento (Developmental assets)* identifica fatores significativos para prevenir / reduzir comportamentos de risco, ou contribuir para resultados positivos ou ainda para promover a resiliência (Benson, 1997; Benson et al., 2006) indentificando 40 "*assets*" (*trunfos / ativos / recursos*) considerados fundamentais na promoção do desenvolvimento e do bem-estar (Benson, Leffert, Scales & Blyth, 1998) que foram organizados em dois blocos principais (internos e externos). Estes autores apresentaram resultados de estudos onde se salienta a relação entre estes ativos de desenvolvimento ("*developmental assets*") e o bem-estar das pessoas enquanto ocorrência universal, não culturalmente limitada ou circunscrita (Scales, Roehlkepartain & Fraher, 2012).

Na continuação dos trabalhos surgiu uma outra abordagem, baseada numa identificação de 5 competências-5Cs (Lerner, 2004; Lerner, Phelps, Forman, & Bowers, 2009), operacionalizando-se o PYD – Positive Youth Development (Lerner et al., 2005), através da avaliação de 5 Cs: *Competência* (em áreas académicas, sociais, emocionais e vocacionais); *Confiança* (em quem o indivíduo se está a tornar – na sua identidade própria); *Carácter* (relacionado com valores positivos, integridade); *Conexão* (laços com o eu e outros); *Cuidado* (empatia e comprometimento). Estes cinco domínios são interativos e um desenvolvimento saudável de todos eles é necessário para o PYD (Dukakis et al., 2009) emergindo posteriormente um sexto *C* - *Contribuição* (envolvimento social e participação social). A investigação recente evidencia um padrão complexo e associa o PYD a indicadores positivos como o envolvimento social e escolar, a auto-regulação intencional e a esperança (Geldorf et al., 2014).

Durante a infância e a adolescência, a capacidade de regular as ações desenvolve-se progressivamente e implica ajustes no contexto social e vice-versa (Gestsdottr & Lerner, 2008). Nas crianças / adolescentes, a auto-regulação refere-se a várias capacidades, como por exemplo alternância rápida entre diferentes tarefas, concentração da atenção ou controlo emocional. Na abordagem pelo PYD os jovens podem ser ajudados a desenvolver capacidades de auto-regulação intencional, potencialmente protetoras de comportamentos de risco como o uso de substâncias e a violência (Bonell et al., 2016). A abordagem pelo PYD permite aos jovens refletir sobre o seu comportamento atual, *selecionar* objetivos pessoais e aplicar os recursos necessários para os prosseguir; inclui estratégias de *otimização* de situações e estratégias de compensação ou *re-seleção*, se os objetivos não forem atingidos (Benson, 2007).

MODELO INTEGRADO PARA UM DESENVOLVIMENTO POSITIVO

Autores mais recentes, refletem que poderá haver várias vias para o desenvolvimento saudável, por via dos recursos das pessoas (via da *promoção*) e por via de ultrapassagem de riscos (via da *proteção*) em função da situação de exposição a riscos por parte da população-alvo. Assim falar-se-ia de uma *abordagem pela resiliência* (após exposição ao risco) ou pelo desenvolvimento positivo (caso não haja exposição ao risco) (Kia-Keating et al, 2011). Com efeito, a literatura atual sobre a saúde da criança e do adolescente sugere uma abordagem

NOVOS DESAFIOS PARA A PSICOLOGIA

Esta síntese do Estado da Arte sugere um conjunto de reflexões sobre os desafios da Psicologia para a próxima década, em matéria de Prevenção / Promoção, que passamos a apresentar:

1 - *Como primeira reflexão fica o desafio da extinção do “Modelo da Perfeição” e da apologia de um “bom pensamento único”.*

Os Psicólogos profissionais de saúde / bem-estar, necessitam de ultrapassar uma perspectiva “higienicista” e restrita do que é saúde versus o que é doença, esquecendo aspetos pessoais, culturais e sociais associados a esse bem-estar, aceitando que, pelo contrário, a diversidade é uma enorme janela de oportunidade e potencial recurso para o desenvolvimento positivo das populações. Após a “teoria do germe” (Ribeiro; 1998) que aliás teve o mérito de focar as intervenções em ações preventivas, evitando o aparecimento das doenças, chegou agora um tempo de atenuar o foco preventivo no evitamento de riscos e na proteção das pessoas. Prevenção não tem a ver com impedir ou evitar que as pessoas façam “coisas más”, ou mesmo identificar o que as pessoas precisam e providenciá-lo. O primeiro objetivo de uma ação preventiva é levar as pessoas a ter relações positivas consigo mesmo, com os outros e com o mundo e isso inclui confronto de visões alternativas e com as possibilidades reais, e não segue as regras de “um bom pensamento único” (Zeldin, Kimball, & Price; 1995).

Se nos anos 80 as pessoas e o seu comportamento (e já não “o germe”) eram “o problema” e a solução preventiva era “evitar” comportamentos (e não já esperar o adoecimento para depois curar), nos anos 90 as pessoas são “a solução”. Quando falamos de Desenvolvimento Positivo isso significa alargar o foco e os objetivos da prevenção, focar nas oportunidades, no apoio social e no ambiente e favorecer a participação das populações.

Tradicionalmente define-se como um programa de prevenção um programa que tem uma meta de não surgimento de um determinado problema ou comportamento, podendo haver objetivos de desenvolvimento mas apenas enquanto formas de prevenir um problema, enquanto que nos programas de promoção, o objetivo é o desenvolvimento das competências em si.

Quando se fala de *Prevenção* costumamos ver de imediato elencados vários problemas que se pretendem evitar (p.e. prevenção do consumo de substâncias, da dependência do jogo, das perturbações alimentares, do bullying, da violência, dos comportamentos auto-lesivos (inclui suicídio), dos comportamentos sexuais de risco - gravidez na adolescência, dos riscos psicossociais, do insucesso e do absentismo escolar); por outro lado quando se fala de *Promoção* elencam-se de imediato os recursos que se pretende “aumentar”: promoção da auto-estima ou do auto-conceito, competências de comunicação, competências socio-emocionais, resiliência, faltando essa ligação que se propõe: a *prevenção e a promoção* são duas faces da mesma moeda e o robustecimento de recursos pessoais e sociais também previne (sem necessariamente evitar) os riscos associados às situações problemáticas. Na junção das duas perspectivas urge providenciar oportunidades e apoios, ouvir e envolver as populações, aumentar capacidades e gerir motivações e expectativas; integrar e rentabilizar recursos. A *prevenção e a promoção* são duas faces da mesma moeda e não se podem reduzir a conjuntos de comportamentos ou situações a evitar ou a promover (Bandura, 2007; 2012).

3 - Como terceira reflexão desafia-se o modelo de homogeneidade intragrupal e da heterogeneidade intergrupala e sugere-se atenuar o foco em intervenções por segmentos de população.

Ao passo que ninguém (ou quase ninguém) defenderá programas específicos por género, religião, etnia, classe social, é frequente que os programas apareçam por setores de idade: programas para bebés, crianças, adolescentes, adultos jovens, adultos idosos, esquecendo que os espaços, parcerias e relações intergeracionais e intergrupais e as relações fortes entre gerações promovem o conhecimento, a partilha, a competência e a iniciativa. As diferentes gerações têm alguns problemas idênticos – a relação com o corpo, as inseguranças nos afetos, o sentimento de desvalorização e incompreensão; o isolamento social, a falta de oportunidades, a solidão, a incerteza face ao futuro, havendo pois um benefício social quando idosos, adultos e jovens colaboram em causas comuns. As pessoas evoluem num processo de *Seleção* (do que lhes interessa, do que são competentes, do que precisam, do que gostam) e de *Otimização* desses processos ou situações, concluindo com um processo de *Compensação* (ultrapassando áreas onde são mais fracos, mais desinteressados, menos competentes, menos capazes, menos necessitados) (Geldorf et al. 2014), e isto acontece ao longo da vida, pelo que uma perspectiva intergeracional pode ajudar neste processo.

4 - *Uma quarta reflexão tem a ver com o desafio a um modelo de intervenção focado em mudanças individuais, e com o fortalecimento do foco nos recursos e na capacidade de mudança dos ambientes e contextos.*

Quer se fale do contexto escolar, familiar, laboral, recreativo ou comunitário, quer se fale de vizinhança, clubes, municípios, os contextos de vida e o seu papel na otimização da vida dos cidadão são reconhecidos.

Fala-se agora de prevenção ambiental que pode incluir alteração das normas sociais, através de estratégias globais que intervêm ao nível da sociedade e dos sistemas sociais, e a transformação dos ambientes culturais, sociais, físicos e económicos, que interferem com as escolhas individuais; a promoção da qualidade dos acessos e oportunidades; medidas legislativas, incentivos, taxação fiscal, regulação da exposição a mensagens publicitárias, o controlo da idade de venda, medidas em contextos específicos (escolas p.e.) incluindo na equação preventiva / promocional o papel dos contextos e dos fatores macro (económicos, políticos e sociais). As intervenções visando a promoção da saúde / bem-estar das populações necessitam de um mapeamento de recursos de cada comunidade, seus pontos fortes e capacidades, tanto individuais como coletivos (Kretzmann & McKnight, 1993).

5 - *Uma quinta reflexão urge alinhada com os desafios de uma Sociedade Global : a importância da educação para a diversidade e do foco na oportunidade gerada pela diversidade.*

Como último desafio fica ainda uma menção ao papel da Investigação em Prevenção e Promoção deixando para trás a dicotomia entre investigadores e profissionais do terreno e sublinhando por um lado a necessidade da formação contínua e da atualização dos profissionais no terreno, reconhecendo a necessidade de problematizar e avaliar intervenções; por outro lado a necessidade de se desenvolver uma investigação translacional em Psicologia, que aproxime os investigadores das necessidades das pessoas e torne a sua ciência útil para o bem –estar e saúde das populações, e que, de preferência, seja acompanhada de ações de disseminação que levem a um aumento da literacia em temas de *Prevenção e Promoção*.

DEZ IDEIAS “PODEROSAS”:

1. As mudanças dos comportamentos incluem o comportamento observável (motor ou verbal), mas também aspetos cognitivos, emocionais, motivacionais, culturais e gestão de expectativas. Devem preferencialmente partir do desenvolvimento de competências pessoais e socioemocionais, traduzidas numa nova identidade pessoal e social e numa possibilidade de valorização socio-cultural e aumento do bem-estar pessoal e social.
2. O foco da intervenção preventiva ou de promoção deve estar nos recursos e nos aspetos positivos das pessoas, das situações e das comunidades e a participação ativa das populações deve ser promovida.
3. Os programas de prevenção eficazes incluem, para além da participação das populações (com oportunidades de participação e liderança) e da construção de competências (com ênfase no desenvolvimento de competências para a vida), a orientação para os outros (um contexto de relações sustentadas e solidárias inter e intra-gerações).
4. Há um mínimo de dois caminhos principais para o desenvolvimento saudável: a via de proteção e a via da promoção. Um ponto de partida fundamental é desconsiderar a ideia de que o risco é simplesmente o oposto da proteção.
5. As definições culturais do que constitui o risco, a proteção ou mesmo “um bem” variam nas diversas culturas, mantendo-se a ideia de que a diversidade proporcionada pelo encontro de culturas é uma enorme janela de oportunidades de desenvolvimento positivo. Os programas têm de ser culturalmente relevantes e ajustados e precedidos da identificação do nível de preparação e de motivação das comunidades e das pessoas para a mudança.
6. Os programas devem ser preferencialmente multifatoriais e incluir múltiplos níveis de influências recíprocas e interações, devendo ser ancorados em robustos modelos teóricos e avaliados empiricamente com carácter sistemático.
7. Os programas não devem ser focadas exclusivamente em problemas específicos, ou em características individuais específicas mas preferencialmente numa abordagem mais ampla e integrada que vá ao encontro de aspetos comuns a diversas expressões de mal / bem-estar. Esta procura de respostas integradas é uma necessidade face às exigências de racionalização de recursos, gestão de

recursos e sustentabilidade e à necessidade de evitar uma sobrecarga de mensagens dirigidas aos mesmos grupos, gerindo também o desperdício (em termos de recursos materiais e humanos).

8. As intervenções devem ser “modernas” e aproveitar recursos atuais que incluem por exemplo o uso racionalizado de tecnologias de informação e comunicação que permitem redes de comunicação nacionais e internacionais, e parcerias anteriormente não possíveis.

9. A criação e manutenção de redes de suporte social e institucional deve ser privilegiada, de modo a garantir o desenho, a implementação, a avaliação, a continuidade e a sustentabilidade das mudanças a longo prazo.

10. A importância de políticas públicas “amigas das pessoas” que forneçam um contexto favorecendo a promoção da sua saúde e bem-estar deve ser sublinhada e a garantia de profissionais com perfil e formação adequadas para as levar a cabo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bandura, A. (2007). Much ado over a faulty Conception of perceived self-efficacy grounded in faulty experimentation. *Journal of social and clinical Psychology*, 26, 6, 641-658
- Bandura, A. (2012). On the Functional Properties of Perceived Self-Efficacy Revisited. *Journal of Management*, 38(1), 9-44.
- Benson P. L. (2007). Developmental assets: an overview of theory, research and practice. In: Silbereisen RK, Lerner RM, editors. *Approaches to Positive Youth Development* (pp. 33-58). Thousand Oaks: Sage.
- Benson, P. (1997). *All kids are our kids: What communities must do to raise caring and responsible children and adolescents*. San Francisco: Jossey-Bass
- Benson, P., Leffert, N., Scales, P., & Blyth, D. (1998). Beyond the village rhetoric: Creating healthy communities for children and adolescents. *Applied Developmental Science*, 2, 138-159.
- Benson, P.L., Scales, P.C., Hamilton, S.F., Sesma, A. (2006). Positive Youth development: Theory, research and application. In W. Damon, R.M., Lerner (Eds.), *Handbook of Child Psychology*, (6th ed., pp. 894-941). New York: Wiley.
- Bloom, M. (1996). *Primary prevention practices*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bonell, C., Hinds, K., Dickson, K., Thomas, J., Fletcher, A., Murphy, S., Melendez-Torres, G.J., Bonell, C., & Campbell, R. (2016). What is positive youth development and how might it reduce substance use and violence? *A systematic review and synthesis of theoretical literature*. BMC Public Health, 16, 135. doi: 10.1186/s12889-016-2817-3
- Catalano, R.F., Berglund, M.L., Ryan, J.A.E., Lonczak, H.S., & Hawkins, J.D. (2004). Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 98. doi: 10.1177/0002716203260102
- Caplan, G. (1964). *The principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Coie, J.D., Watt, N.F., West, S.G., et al. (1993). The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist*, 48, 1013-22.
- Dukakis, K., London, R.A., McLaughlin, M., & Williamson, D. (2009). Positive youth development: Individual, setting and system level indicators. (Issue brief: Positive youth development indicators). Stanford, CA: John W. Gardner Center for Youth and Their Communities.
- Durlak, J.A. (1997). *Successful Prevention Programs for Children and Adolescents*. New York, NY: Plenum Press.
- Eccles, J., & Gootman, J., (eds.) (2002). *Community Programs to Promote Youth Development*. Washington, DC: National Academies Press.
- Eriksson, M; Lindstrom, B (2008) A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*. Jun;23(2):190-9. doi: 10.1093/heapro/dan014. Epub 2008 March
- Garbarino, J. (1995). *Raising children in a socially toxic environment*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Garnezy, N. (1993). Vulnerability and resilience. In D. Funder, R. Parke, C. Tomlinson-Keasy, & K. Widaman (Eds.), *Studying lives through time* (pp. 377–397). Washington, DC: American Psychological Association.
- Geldorf, G.J., Bowers, E.P., Boyd, M.J., Mueller, M.K., Napolitano, C.M., Schmid, K., Lerner, J.V., & Lerner, R.M. (2014). Creation of Short and Very Short Measures of the Five Cs of Positive Youth Development. *Journal of Research on Adolescence*, 24, 1, 163-176. doi:10.1111/jora.12039
- Gestsdottir, S. & Lerner, R. M. (2008). Positive development in adolescence: The development and role of intentional self-regulation. *Human Development*, 51, 202-224.
- Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. In J. A. Steinberg, & M. M. Silverman (Eds.) *Preventing mental disorders* (pp. 20-26). Rockville, MD: Department of Health and Human Services.
- Guerra, N.G., & Bradshaw, C.P. (2008). Linking the prevention of problem behaviors and positive youth development: Core competencies for positive youth development and risk prevention. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 122, 1–17.
- Jané-Llopis, E., & Barry, M. (2005). What makes mental health promotion effective? IUHPE, Promotion and Education, supplement, 2, 47-54.
- Kia-Keating, M., Dowdy, E., Morgan, M., & Noam, G. (2010). Protecting and Promoting: An Integrative Conceptual Model for Healthy Development of Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 48, 220-228. doi:10.1016/j.jadohealth.2010.08.006
- Kretzmann, J., & McKnight, J.L. (1993). *Building Communities from the Inside Out: A Path Toward Finding and Mobilizing a Community's Assets*; IL: ACTA publications. Retrieved at www.abcdinstitute.org, on the 4th January 2016.
- Lerner, R. M. (2004). *Liberty: Thriving and civic engagement among American youth*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lerner, J.V., Phelps, E., Forman, Y., & Bowers, E.P. (2009). Positive youth development. In R.M. Lerner, L. Steinberg, R.M. Lerner, L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology, Vol 1: Individual bases of adolescent development* (3rd Ed.) (pp. 524-558). Hoboken, NJ US: John Wiley & Sons Inc.
- Lerner, R.M., Fisher, C.B., & Weinberg, R.A. (2000). Toward a science for and of the people: Promoting civil society through the application of developmental science. *Child Development*, 71, 11–20.
- Lerner, R.M., Almerigi, J., Theokas, C. & Lerner, J.V. (2005). Positive youth development: A view of the issues. *Journal of Early Adolescence*, 25, 10–16.
- Lippman, L. H., Moore, K. A., & McIntosh, H. (2011). Positive indicators of child well-being: A conceptual framework, measures and methodological issues. *Applied Research Quarterly*, 6, 425–449.
- Luthar, S. (1993). Annotation: Methodological and conceptual issues in research on childhood resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 441–453.
- Luthar, S.S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543–62.
- Masten, A.S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227–38.
- Masten, A., Morison, P., Pellegrini, D., & Tellegen, A. (1990). Competence under stress: Risk and protective factors. In J. Rolf, A. Master, D. Cicchetti, K. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 236–256). New York: Guilford.

- Matos, M.G., & Simões, C. (2016). From Positive Youth Development to Youth's Engagement: the Dream Teens. *The International Journal of Emotional Education*, 8(1), 4-18.
- Matos, M.G. (2005). Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola. Lisbon: CDI/FMH.
- Matos, M.G. (2016). Passadas décadas de estudo e investigação chegámos à aprendizagem socio emocional. E agora? In A. Marques Pinto, & R. Raimundo (Coord.). *Avaliação e Promoção de Competências Socioemocionais em Portugal*, (pp. 37-53). Coisas de Ler: Lisboa.
- Matos, M.G. (2015). Adolescents in safe navigation through unknown waters. Lisbon: Coisas de Ler.
- Matos, M.G., & Equipa Aventura Social (Org.) (2000). Desenvolvimento de Competências de Vida na Prevenção do Desajustamento Social. Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana/ Instituto de Reinserção Social – Ministério da Justiça
- Matos, M.G., & Equipa do Projecto Aventura Social (2003). A Saúde dos Adolescentes Portugueses (Quatro anos depois). Lisbon: Edições FMH. Accessed at www.aventurasocial.com.
- Matos, M.G., & Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde (2015). A Saúde dos Adolescentes Portugueses em tempos de recessão. Accessed at www.aventurasocial.com.
- Matos, M.G., & Sampaio, D. (2009). *Jovens com saúde: Diálogos com uma geração*. Lisbon: Texto Editores.
- Mitchie, S., Stralen, M. & West, R. (2011). The Behaviour Change Wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Sciences*, 6, 42. doi: 10.1186/1748-5908-6-42
- Morgan, A., Davies, M., & Ziglio, E. (2010). Health Assets in a Global Context: Theory, Methods, Action. New York: Springer.
- O'Connor, T., & Rutter, M. (1996). Risk mechanisms in development: Some conceptual and methodological considerations. *Developmental Psychology*, 32, 787-795.
- Pittman, K.J., Irby, M., Tolman, J., Yohalem, N., & Ferber, T. (2003). Preventing Problems, Promoting Development, Encouraging Engagement: Competing Priorities or Inseparable Goals?. Based upon Pittman, K. & Irby, M. (1996). Preventing Problems or Promoting Development? Washington, DC: The Forum for Youth Investment, Impact Strategies, Inc. Available online at www.forumfyi.org.
- Pittman, K., & Zeldin, R. (1995). Premises, principles and practices: *Defining the why, what and how of promoting youth development through organizational practice*. Washington DC: Academy for Educational Development.
- Ribeiro JLP (1998) *Psicologia e Saúde*; Lisboa: ISPA
- Roth, J., Brooks-Gunn, J., Murray, L., & Foster, W. (1998). Promoting health adolescents: Synthesis of youth development program evaluations. *Journal of Research on Adolescence*, 8, 423-459.
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-31.
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In M. Kent & J. Rolf (Eds.), *Primary prevention of psychopathology*, Vol. 3: Social competence in children. Hanover, NH: University Press of New England.

- Sandler, I. (2001). Quality and ecology of adversity as common mechanisms of risk and resilience. *American Journal of Community Psychology*, 29, 19–61.
- Scales, P., Roehlkepartain, E., & Fraher, K. (2012). *Do Developmental Assets Make a Difference in Majority-World Contexts? A Preliminary Study of the Relationships between Developmental Assets and Selected International Development Priorities*. Education Development Center, Inc. Search Institute.
- Simões, C., Matos, M.G., Lebre, P., Antunes, M. (2014). The impact of cumulative risk on adolescents: How it acts on different outcomes and which assets can moderate it. In S. Ionescu, M. Tomita, & S. Cace (eds.), *The Second World Congress on Resilience: From Person to Society* (pp. 101-106). Bologna: Medimond - International Proceedings.
- Small, S., & Memmo, M. (2004). Contemporary Models of Youth Development and Problem Prevention: Toward an Integration of Terms, Concepts, and Models. *Family Relations*, 53, 3-11. doi: 10.1111/j.1741-3729.2004.00002.x
- Spence, S.H., & Matos, M.G. (2000) Prevenção universal, seletiva e precoce, in MG Matos, & Equipa Aventura Social (Org.) (2000). *Desenvolvimento de Competências de Vida na Prevenção do Desajustamento Social*, pp-pp 17-34. Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana/ Instituto de Reinserção Social – Ministério da Justiça.
- Staines, A., Rigby, M., Leonardi, M., Ravens-Sieberer, U., Bourek, A., Blair, M., ... Köhler, L. (2014). RICHE – Research Inventory, Indicators, Gaps and Roadmaps for Child Health in Europe – an EU FP7 Project. *Peer J PrePrints*, 2, e295v1.
- Tolan, P. (1996). How resilient is the concept of resilience? *The Community Psychologist*, 29, 12–15.
- Werner, E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 5, 503–515.
- Whitlock, J., & Hamilton, S. (2001). *Youth development principles and practices: Defining what it is and is not*. Ithaca, NY: Unpublished manuscript, Department of Human Development, Cornell University.
- Zeldin, S., Kimball, M., & Price, L. (1995). *What are the day-to-day experiences that promote youth development?: An annotated bibliography of research on adolescents and their families*. Washington, DC: Academy for Educational Development, Center for Youth Development and Policy Research.



Ordem dos Psicólogos Portugueses

Tel: +351 21 34 00 250

Email: info@ordemdospsicologos.pt

Morada: Av. Fontes Pereira de Melo 19D, 1050-008 Lisboa, Portugal

ISBN: 978-989-99037-6-0