

PREVENÇÃO PRIMÁRIA NA TEORIA E PRÁTICA PSICOLÓGICA: FACTORES HISTÓRICOS E SITUAÇÃO ACTUAL

JORGE NEGREIROS (*)

UNIVERSIDADE DO PORTO

Neste artigo o autor analisa alguns factores históricos que favoreceram o aparecimento do domínio da psicologia preventiva, expressão que reflecte a ampla base conceptual, programática e empírica que caracteriza os esforços preventivos actuais em saúde mental. Noutra secção são descritas as principais definições do conceito de prevenção primária, após o que se apresentam os diferentes tipos de resistências que o trabalho preventivo tem suscitado.

A prática psicológica tem vindo, nas duas últimas décadas, a ser objecto de uma profunda reformulação. Essa reformulação exprime-se, entre outros aspectos, pela emergência de novas disciplinas (psicologia comunitária, psicologia da saúde, psicologia preventiva, etc.) e pelo reexame das modalidades de tratamento tradicionais, visando, essencialmente, o alargamento do foco da intervenção psicológica. Uma das principais consequências deste movimento traduz-se no desenvolvimento de novos conceitos e na valorização das estratégias decorrentes da sua aplicação. O conceito de prevenção primária, pelas investigações a que já deu origem e pelas evidentes transformações que vêm introduzindo nas abordagens clínicas clássicas, ocupa, inegavelmente, um lugar de primeiro plano. Este artigo pretende ilustrar os factores históricos mais determinantes que condicionaram a evolução e a prática da prevenção primária. Debateremos, em seguida, questões de terminologia da prevenção, abordando, finalmente, os diferentes tipos de resistência que o trabalho preventivo tem suscitado.

1. FACTORES HISTÓRICOS E EVOLUÇÃO DA PREVENÇÃO

O interesse actual pela prevenção primária resulta, parcialmente, da crescente convicção de que as actividades de saúde mental bem como as intervenções a que deu origem se têm mostrado pouco eficazes, quer para os indivíduos, quer para a sociedade (Cowen, 1977). Este interesse não pode, igualmente, ser dissociado das transformações operadas no conceito de saúde, cuja definição ultrapassa a simples noção de «ausência de doença» (Da Agra, 1983).

No início da década de 60 são notórias as preocupações relativamente à eficácia da psicoterapia e a consequente atenção que se passa a dirigir a potenciais abordagens preventivas. Também se coloca em questão o limitado alcance das tecnologias tradicionalmente utilizadas em saúde mental. Albee (1982), baseado em dados fornecidos por diversas institui-

ções idóneas americanas, salienta que, dos 32 a 34 milhões de americanos emocionalmente perturbados, só cerca de 7 milhões estaria em condições de beneficiar de serviços especializados de saúde mental. Tal cifra significaria, na prática, que só uma em cada cinco pessoas com sérias perturbações psicológicas seria abrangida pela rede de serviços de saúde mental (hospitais psiquiátricos, clínicas e prática privada).

A procura, e a necessidade subjacente deste tipo de serviços, ultrapassaria, deste modo, a capacidade da sociedade os assegurar.

Paralelamente, coloca-se o problema da distribuição equilibrada das intervenções tradicionais neste domínio pelos membros da sociedade que delas possam, eventualmente, necessitar. Os serviços de saúde mental acabam, assim, por beneficiar os sectores da sociedade que eles menos necessitam, dando origem ao que Cowen et al. (1980) designaram como a «regra irónica»: onde a ajuda é mais necessária é onde é menos acessível. Certos grupos seriam, por outro lado, mais seriamente prejudicados. Para Albee (1983) esses grupos incluiriam as minorias étnicas, os deficientes mentais, as crianças e as mulheres.

Um outro factor que determinou um maior empenhamento na procura de estratégias alternativas, relaciona-se com uma perspectiva de dinheiro útil. Embora esta posição seja contestada por alguns autores (por exemplo, Cummings, 1972, citado em Lorion et al., 1984), há, no entanto, quem defenda que os recursos financeiros e humanos têm vindo a ser utilizados em «condições cristalizadas» (i.e. neuroses, psicoses, perturbações do carácter, etc.) as quais apresentam, simultaneamente, os prognósticos mais pobres (Cowen, 1980).

O progressivo desenvolvimento de projectos orientados para a prevenção e a promoção da saúde fica igualmente a dever-se, como já referimos, a um certo desencanto em relação às abordagens de tratamento psicológico existentes. Allen et al. (1976) sustentam, por exemplo, que as abordagens psicoterapêuticas tradicionais representam tentativas dispersas de reabilitar o indivíduo «doente», recorrendo a técnicas limitadas, demasiado longas e acima de tudo dispendiosas. Na opinião destes autores, as intervenções psicoterapêuticas só se aplicarão eficazmente a indivíduos que

(*) Assistente na FPCE da Universidade do Porto (membro do Centro de Psicologia do Comportamento Desviante).

apresentam problemas claramente definidos para os quais já existem processos de tratamento suficientemente fundamentados. Este tipo de intervenção terá sido, no entanto, aplicado, indistintamente, a problemas sociais e a populações relativamente às quais se tem mostrado inadequado. Também Meehl (1965, citado em Sprinthal, 1984) conclui que as diversas abordagens terapêuticas teriam uma eficácia relativa em menos de um terço das situações, o que leva Sprinthal (1984) a calcular em 6 por cento a percentagem de intervenções psicoterapêuticas eficazes em condições aleatórias (0.25×0.25).

Estas críticas constituem um protesto claro contra as limitações dos diferentes modelos psicoterapêuticos, os quais têm evidenciado um «sucesso clínico moderado» (Cowen et al., 1980, p. 261), não obstante a psicoterapia representar a «tecnologia mais evoluída e respeitada no domínio da saúde mental» (idem).

A confluência destes factores conduz ao reconhecimento de que as abordagens tradicionais se alicerçam em conhecimentos teóricos fragmentados, exprimindo «uma perspectiva microscópica do crescimento psicológico» (D'Andrea, 1984, p. 554).

A prevenção primária surge, como uma alternativa aos métodos psicoterapêuticos e às abordagens clínicas tradicionais. Outros factores terão, no entanto, contribuído para a afirmação desta alternativa. Entre eles refira-se a aplicação com sucesso dos métodos de saúde pública na promoção da saúde das populações e a eficácia dos programas que visam construir competências nos indivíduos (Albee, 1982).

2. TERMINOLOGIA DA PREVENÇÃO

Uma certa confusão conceptual subsiste ainda quando se procura estabelecer distinções básicas entre os termos «prevenção», «prevenção primária» e «prevenção primária em saúde mental». Esta situação tem dificultado a expansão das actividades preventivas, constituindo, igualmente, um forte obstáculo à investigação neste domínio (Cowen, 1982 b). Para alguns a prevenção primária deveria promover simultaneamente a saúde física e mental; para outros deveria englobar variáveis relacionadas com a aprendizagem escolar (Shaw e Goodyear, 1984); para outros ainda, os termos «prevenção» e «prevenção primária» podem ser utilizados indistintamente na acepção histórica de «prevenir a doença» (Signell, 1983).

A importância de uma maior clarificação conceptual nesta área de investigação, não deve, no entanto, ser subestimada. O modelo de prevenção adoptado pela psicologia foi, em grande parte, «inspirado» no modelo da saúde pública. Neste caso, o termo «prevenção» é suficientemente englobante para admitir a existência de 3 níveis distintos: primário, secundário e terciário. A prevenção terciária aproxima-se dum modo muito estreito das abordagens tradicionais. O alvo é o indivíduo que apresenta uma perturbação e os objectivos são, basicamente, «reduzir os efeitos residuais» (Caplan, 1964; p. 113) resultantes dessa disfunção e procurar, paralelamente, reabilitar o indivíduo, estabelecendo condições para uma melhor adaptação em domínios como o profissional e o interpessoal. A prevenção secundária engloba, por outro lado, um conjunto de estratégias que se caracterizam pela identificação e intervenção precoces junto de indivíduos que manifestam sinais iniciais de disfunção.

Trata-se aqui de impedir que perturbações psicológicas menos severas evoluam para «condições prolongadas e debilitantes» (Cowen, 1983; p. 11), quer diminuindo a sua duração, quer minorando as suas consequências negativas. É necessário, todavia, reconhecer que estes dois níveis do trabalho preventivo diferem nitidamente das intervenções «primárias». Estas visam prevenir o desenvolvimento de perturbações psicológicas e/ou promover a saúde e o bem-estar dos indivíduos. A diversidade de estratégias, práticas e programas que os termos «prevenção» e «prevenção em saúde mental» têm subjacentes acabaria deste modo por lhes retirar qualquer significado (Cowen, 1983). Por um lado, o termo prevenção pode ser aplicado a um conjunto de situações virtualmente infinito (i.e. cancro, esquizofrenia, doenças cardíacas, etc.); por outro lado a expressão «prevenção em saúde mental», embora mais restrita que a anterior «encobre» estratégias (prevenção secundária e terciária) que contrastam substancialmente com as intervenções destinadas a promover a saúde psicológica e a evitar o aparecimento de perturbações emocionais. Seria assim mais benéfico para o desenvolvimento da psicologia preventiva que termos demasiado inclusivos, como «prevenção» ou «prevenção em saúde mental» fossem, pura e simplesmente, banidos do vocabulário (Cowen, 1983).

Embora a expressão «prevenção primária em saúde mental» seja utilizada para caracterizar um número considerável de abordagens, parece existir um certo acordo relativamente à definição abstracta do conceito. G. Caplan (1964), considerado por muitos como o progenitor da prevenção primária em saúde mental, sustenta que se trata de uma abordagem destinada a «reduzir os novos casos de perturbações mentais numa população, num determinado período de tempo, contrariando as circunstâncias negativas antes que estas tenham a possibilidade de produzir a doença» (Caplan, 1964; p. 26). Para Bower (1969) por prevenção primária entende-se «qualquer intervenção social ou psicológica que promove ou otimiza o funcionamento emocional ou reduz a incidência e prevalência do desajustamento emocional na população» (p. 498). Albee (1983) sublinha que se trata de uma intervenção dirigida a populações ainda não afectadas sendo, por essa razão, considerada proactiva e «antes-do-facto». Albee admite, no entanto, que «os esforços de prevenção são algumas vezes dirigidos a grupos em alto risco ou a grupos próximos de situações de alto risco» (Albee, 1983; p. 23). Cowen (1980) associa a prevenção primária a programas que sejam capazes de «conceber estruturas, processos, situações e acontecimentos (...) que maximizem a adaptação psicológica, a eficácia e as competências de um número considerável de indivíduos» (p. 269).

As definições apresentadas ilustram, de algum modo, a constatação que atrás fizemos: não são muito relevantes as divergências relativamente à caracterização global e abstracta do conceito de prevenção primária. Todas acentuam amplos objectivos destinados a promover a saúde psicológica dos indivíduos e/ou contrariar o desenvolvimento de perturbações. A tentativa de incluir na prevenção primária intervenções dirigidas à promoção da saúde terá sido, eventualmente, uma das mais significativas mudanças operadas na terminologia utilizada para definir este conceito. Signell (1983) descreve esta evolução como sendo caracterizada por uma «conceptualização em termos

positivos» (p. 145), apontando para objectivos como a promoção do bem-estar e da qualidade de vida dos indivíduos. Notemos, no entanto, que esta perspectiva não é unanimemente partilhada por todos os autores. Reconhecendo que os «esforços primários» representam a única e verdadeira forma de prevenção, Lorion (1983), por exemplo, é de opinião que se devem distinguir as estratégias dirigidas a eliminar as causas da disfunção, que seriam denominadas «prevenção primária», e os esforços cujo objectivo é promover a saúde e desenvolver competências nos indivíduos, os quais passariam a chamar-se «intensificação» (enhancement). Lorion admite, contudo, que esta distinção é algo fictícia, reflectindo, unicamente, uma maior acentuação deste ou daquele objectivo de um determinado programa, não comportando, assim, diferenças absolutas.

Se a caracterização global do conceito não suscita posições inconsistentes ou contraditórias, o mesmo já não se poderá afirmar relativamente aos exemplos concretos utilizados para ilustrar actividades de prevenção primária. De facto, certas actividades descritas como sendo de prevenção primária, não o são, realmente, tratando-se antes de quaisquer outras formas de intervenção psicológica (Cowen, 1982b). Uma forma de contornar esta dificuldade consiste na elaboração de definições mais restritas e operacionais que retirem, simultaneamente, uma certa «mística» (Bower, 1969) que parece ainda impregnar a terminologia sobre prevenção. É respondendo parcialmente a esta necessidade que Cowen (1982b), por exemplo, estabelece três requisitos estruturais para que uma determinada intervenção possa aspirar ao nome de prevenção primária. O primeiro diz respeito à sua orientação para grupos. Este aspecto essencial da definição de prevenção primária, implica, segundo Cowen, que as actividades preventivas devem, necessariamente dirigir-se a grupos de indivíduos, podendo, eventualmente, envolver contactos individuais. O segundo explicita as características das populações onde os esforços preventivos vão ser aplicados. De acordo com Cowen esses esforços destinam-se a populações «saudáveis» ou não afectadas, podendo incluir grupos que «em virtude de circunstâncias da vida ou de experiências recentes» (1983, p. 15) se encontrem numa situação de risco. Finalmente, a terceira condição, que Cowen designa por «intencionalidade», salienta que as intervenções preventivas se devem basear num conjunto de conhecimentos que procurem melhorar a saúde psicológica e prevenir a desadaptação. A «intencionalidade» permitiria, deste modo, estabelecer uma fronteira entre a prevenção primária em geral e a prevenção primária em saúde mental.

Conyne (1983) refere igualmente um certo número de «componentes-chave» os quais possibilitam, na sua globalidade, elaborar uma definição mais operacional de prevenção primária. Segundo Conyne, a prevenção primária é (1) proactiva e (2) baseada em populações; inclui (3) evitar o aparecimento de uma perturbação numa (4) população em risco, introduzindo (5) intervenções «antes-do-facto», quer (6) directamente, quer (7) indirectamente. Essas intervenções destinam-se a (8) reduzir a incidência das perturbações (9) contrariando as circunstâncias negativas que favorecem o seu aparecimento através da (10) promoção da «robustez» emocional nos indivíduos de tal forma que estes

fiquem simultaneamente (11) protegidos e (12) mais capacitados.

Incluimos, nesta revisão, as definições mais representativas do conceito de prevenção primária. Se é correcto falar em alguma diversidade, convém não esquecer que essa diversidade não é sinónimo de inconsistência ou contradição. Numa área que está ainda a lutar para estabelecer uma identidade clara, a questão da terminologia coloca-se com evidente pertinência. Esta alternativa emergente só terá a ganhar se se mostrar capaz de suplantando dificuldades intrínsecas, resultantes da utilização de terminologia imprecisa e pouco rigorosa. Outro tipo de dificuldades que têm retardado o desenvolvimento da prevenção primária serão, no entanto, sumariamente enunciadas no ponto seguinte.

3. RESISTÊNCIAS À PREVENÇÃO

Este ponto não tem por objectivo estabelecer uma taxonomia exaustiva das diferentes formas de resistência ao trabalho preventivo, embora reconheçamos a pertinência de uma tal tarefa. Grosseiramente poderíamos, no entanto, afirmar que os obstáculos à prevenção são, simultaneamente, de natureza prática, filosófica e socio-política.

O primeiro problema que se pode justamente colocar prende-se, directamente, com a própria eficácia das abordagens preventivas. Essa eficácia não pode ser assegurada, segundo alguns autores, enquanto não for reunida evidência científica sobre a etiologia das perturbações psicológicas (Lam e Zusman, 1978). Até ao momento, argumentam estes autores, não está demonstrado que os esforços preventivos tenham alterado a incidência das perturbações mentais, mesmo que se admita que tais abordagens possam reduzir a «infelicidade» humana e aumentar as competências dos indivíduos. Esses esforços não abrangeriam, contudo, os autênticos problemas da doença mental.

Intimamente relacionado com este tipo de objecções, certos autores têm manifestado a sua oposição ao facto de se desviarem recursos financeiros e humanos de populações que estão a experimentar dificuldades para populações que apresentam um risco indeterminado de disfunção futura (Cummings, 1972; citado em Lorion et. al., 1984).

Tem-se igualmente dirigido críticas de cariz socio-político às estratégias preventivas, havendo quem as considere um meio de que o poder político e administrativo se socorre para exercer um controlo sobre as populações (Castel, 1981). Subjacente a esta concepção, condena-se as intervenções de prevenção por «diluírem» a própria noção de sujeito que passaria a ser considerado «um número abstracto» (Castel, 1981; p. 151).

A oposição à prevenção é também justificada por certos investigadores pela incapacidade de se determinar se as intervenções irão produzir consequências positivas ou negativas. As limitações evidenciadas pelos processos de avaliação até agora utilizados bem como a proliferação de investigações que ignoram «princípios científicos básicos», (Lorion, 1983), têm contribuído para aumentar o impacto deste tipo de objecções.

Uma marcada indiferença face às abordagens preventivas, visível nos meios profissionais e no público em geral, resultaria, ainda, de um certo número de «limitações inerentes» ao trabalho preventivo (Glidewell, 1983).

Uma dessas limitações relaciona-se com a questão da «visibilidade» das próprias intervenções (Glidewell, 1983; Shaw e Goodyear, 1984). Glidewell ilustra esta dificuldade lembrando que, se a prevenção tiver sido bem sucedida, serão poucas as pessoas que saberão da sua existência. Paralelamente, sendo o processo preventivo imperceptível, dificilmente será o meio capaz de reconhecer os «benefícios» dessa intervenção. A falta de «urgência» é outra característica associada aos esforços preventivos que, na opinião de Glidewell, limita seriamente o impacto da prevenção. Em situações que exigem uma acção imediata e urgente consegue-se mais facilmente a colaboração dos indivíduos, que aceitarão custos mais elevados e oporão menos resistências às «advertências» do especialista. Também Cowen (1983) chama a atenção para esta característica das actividades preventivas e para o facto de se viver numa sociedade orientada para situações de crise que valoriza, portanto, «problemas visíveis e prementes» (p. 20). Os objectivos e métodos desta abordagem nem sempre seriam bem aceites por diferirem das práticas mais conhecidas pelos especialistas de saúde mental. A prevenção primária poderia ainda, segundo Cowen, constituir uma «ameaça» na medida em que levanta delicadas questões sobre mudança ambiental e social. Noutra perspectiva a falta de apoio institucional e profissional relativamente à prevenção primária, poderá ser o resultado da persistência de práticas mais inclinadas a valorizar o indivíduo, em vez do meio social, como fonte de perturbações psicológicas (Signell, 1983).

4. CONCLUSÕES

A psicologia preventiva confronta-se com enormes obstáculos à sua afirmação enquanto modelo alternativo válido às práticas mais clássicas. Demos conta de algumas dessas dificuldades no ponto anterior. Apesar de tudo a prevenção primária é um conceito em «ascensão» (Cowen, 1980) como o testemunha a sua utilização cada vez mais frequente ao longo da última década. O momento de expansão que este paradigma emergente regista não pode ser dissociado de um certo «fracasso dos dispositivos clínicos» tradicionais (Da Agra, 1983). O hiato ainda existente entre o promissor futuro que se vislumbra e as limitadas realizações conseguidas neste domínio constitui um desafio a que as próximas gerações de investigadores deverão procurar dar resposta. Parece-nos, de qualquer modo, que a prevenção já é um pouco mais que «um jogo benevolente» (Mariner, 1980) como o demonstra uma já considerável literatura sobre a eficácia de estratégias destinadas a eliminar ou reduzir perturbações psicológicas futuras (por exemplo, Albee, 1982).

REFERÊNCIAS

- ALBEE, G. W. (1982) — Preventing psychopathology and promoting human potencial. *American Psychologist*, 37, 1043-1050.
- ALBEE, G. W. (1983) — Psychopathology, prevention and the just society. *Journal of Primary Prevention*, 4, 5-40.
- ALLEN, G. J., CHINSKY, J. M., LARCEN, S. W., LOCHMAN, J. E. & SELINGER, H. V. (1976) — Community psychology and the schools: A behaviorally oriented multi-level preventive approach. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.

- BOWER, E. M. (1969) — Slicing the mystique of prevention with Occam's razor. *American Journal of Public Health*, 59, 478-484.
- CAPLAN, R. (1964) — Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books.
- CASTEL, R. (1981) — La gestion prévisionnelle. In Les Editions de Minuit, La gestion des risques: De l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse. Paris.
- CONYNE, R. K. (1983) — Two critical issues in primary prevention: What is is and how to do it. *The Personnel and Guidance Journal*, 61, 331-334.
- COWEN, E. L. (1977) — Baby steps toward primary prevention. *American Journal of Community Psychology*, 5, 1-27.
- COWEN, E. L. (1980) — The wooing of primary prevention. *American Journal of Community Psychology*, 8, 258-284.
- COWEN, E. L., GESTEN, E. L. & WEISSBERG, R. P. (1980) — An integrated network of preventively oriented school-based mental health approaches. In R. H. Price e Politzer (Eds.), *Evaluation and Action in the Social Environment*. New York: Academic Press.
- COWEN, E. L. (1982a) — Primary prevention, children and the schools. *Children in Contemporary Society*, 14, 57-68.
- COWEN, E. L. (1982b) — Primary prevention research: Barriers, needs and opportunities. *Journal of Primary Prevention*, 2, 131-137.
- COWEN, E. L. (1983) — Primary prevention in mental health: Past, present and future. In R. D. Felner, L. Jason, J. Moritsugu & S. S. Farber (Eds.), *Preventive Psychology: Theory, Research and Practice*.
- D'ANDREA, M. (1984) — Primary prevention and high risk populations. *The Personnel and Guidance Journal*, 62, 554-560.
- DA AGRA, C. (1983) — Science, maladie mentale et dispositifs de l'enfance: Du paradigme biologique au paradigme systémique. Tese de doutoramento não publicada, U. C. Louvain.
- GLIDEWELL, J. C. (1983) — Afterword: Prevention — the threat and the promise. In R. D. Felner, L. Jason, J. Moritsugu & S. S. Farber (Eds.), *Preventive Psychology: Theory, Research and Practice*.
- LAM, H. R. & ZUSMAN, J. (1978) — Primary prevention in perspective. *American Journal of Psychiatry*, 136, 12-17.
- LORION, P. L. (1983) — Evaluating preventive interventions: Guidelines for the serious social agent. In R. D. Felner, L. Jason, J. Moritsugu & S. S. Farber (Eds.), *Preventive Psychology: Theory, Research and Practice*.
- LORION, P. L., WORK, W. C. & HIGHTOWER (1984) — A school-based multilevel intervention: Issues in program development and evaluation. *The Personnel and Guidance Journal*, 62, 479-484.
- MARINER, A. S. (1980) — Benevolent gambling: A critique of primary prevention programs in mental health. *Psychiatry*, 43, 95-105.
- SHAW, M. C. & GOODYEAR, R. K. (1984) — Introduction to the special issues on primary prevention. *The Personnel and Guidance Journal*, 62, 444-445.
- SIGNELL, K. A. (1983) — Starting prevention work. *Community Mental Health Journal*, 19, 144-163.
- SPRINTHALL, N. A. (1984) — Primary prevention: A road paved with a plethora of promises and procrastinations. *The Personnel and Guidance Journal*, 62, 491-495.

ABSTRACT

This article presents some relevant issues related with the emerging field of preventive psychology. Those issues are organized into three major sections: historical evolution of prevention, prevention terminology and forms of resistance to the prevention work.