

# **A ÉTICA E A DEONTOLOGIA NO EXERCÍCIO DA PSICOLOGIA**

**MIGUEL RICOU**

## **AGRADECIMENTOS**

Acredito que nenhum empreendimento humano será resultado exclusivo do esforço de um só. Este trabalho seguramente não o é. Uma reflexão sobre os princípios éticos da psicologia em Portugal teria que envolver a colaboração de muitos, pelo que aqui fica um reconhecimento empenhado a todos. A ética é a ciência da relação, pelo que poderei dizer que neste caso a ética trouxe-nos a bom porto.

Não poderei deixar de fazer uma referência especial a algumas pessoas e entidades sem as quais, de facto, este trabalho não teria sido possível.

Ao Orientador desta Dissertação, o Sr. Prof. Doutor Eduardo Sá. Em todas as vezes que conversamos houve sempre algo de muito positivo como resultado.

Ao Co-Orientador, O Sr. Prof. Doutor Rui Nunes, por tudo o que me ensinou ao longo dos últimos 15 anos.

Ao Prof. Doutor Armando Teixeira-Pinto, à Prof. Doutora Cristina Santos e à Dra. Catarina Canário pelas pacientes orientações e sugestões estatísticas.

A todos os elementos do Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina do Porto, pelas ajudas, compensações nas ausências e incentivos importantes. Becas, Cristina, Helena e Ivone, ficam na minha Dissertação com o primeiro nome.

Ao Presidente da Pró-Ordem dos Psicólogos, Prof. Doutor Telmo Baptista, por todos os apoios na recolha da amostra de psicólogos utilizada.

Às Instituições onde desenvolvo o meu trabalho, pela maior tolerância em função das minhas ausências.

A todos aqueles que responderam ao questionário, que não foram poucos.

# ÍNDICE DE CONTEÚDOS

ÍNDICE DE QUADROS .....	6
INTRODUÇÃO – UM CÓDIGO DE ÉTICA PARA A PSICOLOGIA .....	7
<b>1 – A ÉTICA, A PESSOA, A RELAÇÃO E A PSICOLOGIA .....</b>	<b>18</b>
1.1 – A ÉTICA.....	19
1.1.1 – Do conceito .....	19
1.1.2 – Da relação com a moral.....	22
1.2 – A PESSOA.....	26
1.2.1 – A comunicação como base da pessoa cultural .....	28
1.2.2 – A pessoa como relação e racionalidade .....	32
1.2.2.1 – <i>A razão pura e a emoção pura.</i> .....	35
1.3 – O PENSAMENTO ÉTICO .....	40
1.3.1 – A consciência ética .....	40
1.3.2 – A inteligência .....	44
1.3.2.1 – <i>A inteligência das emoções.</i> .....	46
1.3.2.2 – <i>A Emoção.</i> .....	50
1.3.3 – Inteligência emocional e julgamento moral.....	53
1.3.3.1 – <i>Intuições e automatismos.</i> .....	56
1.3.4 – Julgamento moral e raciocínio ético. Que diferenças? .....	63
1.3.4.1 – <i>Ainda assim existe um papel para a emoção no raciocínio ético.</i> .....	69
1.4 – A RELAÇÃO NO EXERCÍCIO DA PSICOLOGIA.....	72
1.5 – SUMÁRIO.....	79
<b>2 – A BIOÉTICA.....</b>	<b>82</b>
2.1 – AS ORIGENS E O PRESENTE DA BIOÉTICA.....	82
2.1.1 – O bem da pessoa e o bem comum.....	86
2.2 – A APLICAÇÃO PRÁTICA DA BIOÉTICA .....	92
2.2.1 – As teorias éticas normativas .....	93

2.2.1.1 – <i>Uma ética da virtude</i> .....	95
2.2.1.2 – <i>As teorias deontológicas</i> .....	99
2.2.1.3 – <i>As teorias consequencialistas</i> .....	103
2.2.2 – <i>A ética baseada em princípios da moral comum</i> .....	110
<b>2.4 – SUMÁRIO</b> .....	<b>119</b>
<b>3 – A ORGANIZAÇÃO FORMAL DA PSICOLOGIA NUM CONTEXTO BIOÉTICO</b> .....	<b>120</b>
<b>3.1 – A PSICOLOGIA E O FACTO PESSOAL TOTAL</b> .....	<b>120</b>
<b>3.2 – AS DIVISÕES DA PSICOLOGIA</b> .....	<b>124</b>
<b>3.3 – A BIOÉTICA E A ORGANIZAÇÃO DA PSICOLOGIA</b> .....	<b>141</b>
<b>3.4 – SUMÁRIO</b> .....	<b>150</b>
<b>4 – ÉTICA, DEONTOLOGIA PROFISSIONAL E CÓDIGOS DE ÉTICA</b> .....	<b>152</b>
<b>4.1 – EDUCAÇÃO OU PENALIZAÇÃO? O MÍNIMO OU O MÁXIMO DA ÉTICA</b> .....	<b>152</b>
<b>4.2 – O EXERCÍCIO DA PROFISSÃO: O CÓDIGO DE ÉTICA</b> .....	<b>160</b>
<b>4.3 – SUMÁRIO</b> .....	<b>164</b>
<b>5 – METODOLOGIA</b> .....	<b>166</b>
<b>5.1 – CONTEXTUALIZAÇÃO E DEFINIÇÃO DOS PRINCÍPIOS</b> .....	<b>166</b>
<b>5.2 – CONSTRUÇÃO DO QUESTIONÁRIO</b> .....	<b>169</b>
5.2.1 – <i>A consulta aos peritos</i> .....	169
5.2.2 – <i>O teste-reteste</i> .....	170
<b>5.3 – A APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO</b> .....	<b>171</b>
<b>6 – RESULTADOS</b> .....	<b>174</b>
<b>6.1 – A FORMULAÇÃO DAS QUESTÕES</b> .....	<b>174</b>
<b>6.2 – DA ANÁLISE TESTE-RETESTE</b> .....	<b>176</b>

<b>6.3 – A ESCALA DE AVALIAÇÃO DOS PRINCÍPIOS ÉTICOS DA PSICOLOGIA .....</b>	<b>177</b>
6.3.1 – Caracterização da amostra .....	177
6.3.2 – Os princípios éticos da Psicologia .....	178
6.3.2.1 – <i>Respeito pela dignidade e direitos da pessoa</i> .....	179
6.3.2.2 – <i>Competência</i> .....	179
6.3.2.3 – <i>Responsabilidade</i> .....	180
6.3.2.4 – <i>Integridade</i> .....	180
6.3.2.5 – <i>Beneficência e não-maleficência</i> .....	180
6.3.2.6 – <i>A consciência ética dos profissionais</i> .....	181
<b>7 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>189</b>
<b>7.1 – OS PRINCÍPIOS ÉTICOS DOS PSICÓLOGOS PORTUGUESES .....</b>	<b>189</b>
7.1.1 – Respeito pela dignidade e direitos da pessoa .....	189
7.1.2 – Competência .....	191
7.1.3 – Responsabilidade.....	193
7.1.4 – Integridade .....	196
7.1.5 – Beneficência e não-maleficência .....	197
<b>7.2 – A ESCALA DE AVALIAÇÃO DOS PRINCÍPIOS ÉTICOS .....</b>	<b>199</b>
<b>7.3 – OS PRINCÍPIOS ÉTICOS DOS PSICÓLOGOS PORTUGUESES .....</b>	<b>203</b>
7.3.1 – Os princípios e os psicólogos .....	207
<b>8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>211</b>
<b>9 – BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>214</b>

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Distribuição das divisões da psicologia da APA e do Europsy pela estrutura proposta.....	149
Quadro 2 - Proporções de concordância relativas ao nível de reprodutibilidade do questionário.....	176
Quadro 3 – Frequência por sexo dos elementos da amostra.....	177
Quadro 4 – Frequência por habilitações literárias dos elementos da amostra.....	178
Quadro 5 – Frequência por experiência profissional dos elementos da amostra...	178
Quadro 6 – Frequência por áreas de actividade dos elementos da amostra.....	178
Quadro 7 – Resultados Globais para cada um dos princípios éticos.....	182
Quadro 8 – Diferenças de aceitabilidade entre os princípios éticos.....	182
Quadro 9 – Princípio do Respeito pela Dignidade e Direitos da Pessoa.....	183
Quadro 10 – Princípio da Competência.....	184
Quadro 11 – Princípio da Responsabilidade.....	185
Quadro 12 – Princípio da Integridade.....	186
Quadro 13 – Princípio da Beneficência e não-maleficência.....	187
Quadro 14 – Comparação entre as características da amostra e a aceitação global dos princípios.....	188
Quadro 15 – Princípios éticos.....	189
Quadro 16 – Princípios éticos com nova formulação.....	199

## INTRODUÇÃO – UM CÓDIGO DE ÉTICA PARA A PSICOLOGIA

Já vem de longe o sonho de se conseguir uma organização formal para a Psicologia. De facto, em termos práticos, a profissão teve o seu início em Portugal nos anos 60 do século passado com a chegada de um conjunto de profissionais graduados em universidades estrangeiras (Nogueira, Saavedra e Neves, 2006). Desde essa altura tem sofrido um desenvolvimento extraordinário, não só ao nível do número de profissionais, mas também no que respeita ao reconhecimento da sua relevância nos mais diversos domínios da sociedade portuguesa.

O grande perigo de uma organização deficiente é a descaracterização da profissão. Se não existir a preocupação em promover e manter determinados valores orientadores da prática profissional da psicologia, ainda que em constante actualização, dificilmente esta se manterá una e cientificamente validada. No seu lugar começarão a surgir diferentes “psicologias” que pretenderão dar respostas às múltiplas e infindáveis problemáticas características da nossa era pós-moderna. É nesta perspectiva que a construção e implementação de um código de ética se torna premente. Só deste modo será possível promover e sustentar a identidade da profissão, harmonizar as expectativas referentes aos seus objectivos por parte dos seus membros e, finalmente, manter e promover a credibilidade da profissão junto do público e da sociedade em geral (Pettifor, 2004).

Claro que o objecto de estudo da psicologia se mantém inalterável ao longo dos tempos: o Homem<sup>1</sup>. O Homem enquanto ser complexo, movido por emoções e pensamentos, o que faz dele um ser único e irrepetível. Mas para aceder ao Homem, na sua plenitude emocional e racional, terá que se recorrer à sua componente relacional, pois a mera observação individual, mais ou menos sistematizada, resulta como extremamente redutora.

---

<sup>1</sup> Com a utilização da maiúscula na palavra “Homem” pretende-se juntar no mesmo termo todos os seres-humanos independentemente do género ou da idade. Quando se pretender a referência a homem como sexo masculino então a palavra será utilizada com a letra inicial minúscula.

É nesta perspectiva que surge a ética, área do saber que pretende contribuir para a definição dos melhores comportamentos do Homem, na medida daquilo que for o melhor tipo de vida para as pessoas<sup>2</sup>. Ora a actuação do indivíduo só se justifica ser equacionada deste modo porque condiciona os outros, porque está relacionada com eles. Pode afirmar-se que a ética será a ciência da relação, complementar, por isso, da psicologia. É com base neste pressuposto que se desenvolve este trabalho, na convicção de que a ética e a psicologia caminham lado a lado. Tal como afirma Bricklin (2001), a ética constitui a essência do exercício da psicologia.

Na prática, este trabalho teve início por volta do ano 2000, altura em que, a partir de uma reflexão profunda sobre esta temática, se procurou uma definição dos princípios éticos orientadores dos profissionais de psicologia. Tentou-se, ainda, começar o processo de adaptação desses princípios à realidade Portuguesa, objectivo que foi atingido apenas em parte, uma vez que não foram conseguidos resultados convincentes no que respeita à hierarquização dos princípios (Ricou, 2004). Assim, se foi possível uma formulação de princípios aparentemente consistente, constituída pelos princípios do Respeito pela Autonomia, da Beneficência, da Não-maleficência, da Justiça, da Responsabilidade Profissional, e da Responsabilidade Social, a hierarquização dos mesmos resultou, de algum modo, inconsistente. Aparentemente, os motivos que estarão na base dessa menor consistência passam por uma dimensão da amostra que não terá sido a ideal, e pelo facto do questionário desenvolvido poder suscitar algumas dificuldades de interpretação por parte dos sujeitos.

É este processo de adaptação que se pretende desenvolver neste trabalho por forma a atingir uma base que permita o desenvolvimento do código de ética para os psicólogos. Até ao momento foi conseguido um conjunto de princípios aspiracionais, usando a terminologia proposta por Frankel (1997), com uma inspiração universal, usando a nomenclatura de Gauthier (2005). Aquilo que se pretende obter é o desenvolvimento de um código com um formato educacional, usando o modelo de

---

<sup>2</sup> Slote, M. (1995). Ethics: Task of ethics. In Warren Thomas Reich (Editor in Chief), *Encyclopedia of Bioethics. Revised Edition*, (pp. 720-726), Georgetown University. New York: Macmillan Library Reference.



Fisher (2004). Ou seja um código baseado em princípios mas que reflecta a operacionalização desses princípios sob a forma de guias de comportamento específicos, e que sirva como instrumento educacional para os psicólogos. Esta será, possivelmente, uma forma de conseguir chegar a um código de ética que não incorra nos problemas apontados por Bersoff & Koepl (1993), relacionados no essencial com a dimensão corporativista da classe profissional, privilegiando deste modo a preocupação com os direitos e com as necessidades das pessoas.

O interesse da valorização da imagem da classe profissional dos psicólogos deve estar sobretudo ligado às vantagens do aumento da confiança do público em geral nos psicólogos, e não na obtenção de benefícios secundários paralelos para os profissionais. Quanto mais positiva for a imagem dos psicólogos junto do público, maior será o crédito de confiança que estes terão por parte dos seus clientes, o que poderá potenciar os resultados do seu trabalho, com o correspondente incremento na sua responsabilidade. Tal objectivo contribuirá, seguramente, para uma melhoria do bem-estar das pessoas, no fim, o objectivo central da psicologia.

A criação de um código de ética constitui-se então como um meio fundamental para salvaguardar o bom-nome da psicologia<sup>3</sup>, promovendo a confiança do público em geral, bem como de todos os outros profissionais. Se esta urgência pode ser encarada numa base útil para os próprios profissionais, que assim mais facilmente poderão conquistar e sustentar o seu espaço na sociedade portuguesa, ela deve ser olhada também como uma base fundamental para que o objecto do trabalho do psicólogo – a pessoa – ganhe a confiança indispensável para fornecer ao profissional a necessária autoridade que lhe permita desenvolver a sua actuação. Só desta forma o Homem poderá beneficiar em pleno do conhecimento desenvolvido nesta área, só assim, a ciência estará a cumprir com o seu objectivo.

---

<sup>3</sup> Um código de ética só produzirá efeitos positivos se o profissional considerar ser uma obrigação moral cumpri-lo. Para tal, a discussão da aplicabilidade prática dos princípios é fundamental, pois permitirá a sua compreensão e aceitação, aumentando a sua efectividade (Finegan e Theriault, 1997).

O objectivo último deste trabalho será, pois, garantir um conjunto sólido de princípios que permita o posterior desenvolvimento, em sede própria, de uma proposta de código de ética. Este poderá contribuir para promover um exercício da psicologia que, dentro da diversidade, se pauta por uma uniformidade relativa à evidência científica e aos valores positivos com vista a uma prática profissional adequada. Aliás, é necessário perspectivar a psicologia como um todo e os profissionais como uma classe, o que só será possível através de uma organização credível, que represente de facto todos os psicólogos, dando resposta às suas dúvidas, às suas expectativas e aos seus anseios. A dignificação desta classe parece-nos premente; numa altura em que a psicologia cada vez mais se afirma como uma ciência de grande utilidade para as pessoas, os seus principais inimigos não podem ser os próprios profissionais.

Nenhum trabalho teria sentido sem uma sustentação teórica de base, pelo que, serão discutidos um conjunto de temas relacionados com os principais dilemas éticos que poderão surgir a partir do exercício da psicologia. Aliás, esta reflexão teórica pretende servir de suporte à construção do futuro código de ética, abordando as principais problemáticas relacionadas com a prática profissional. Paralelamente, o objectivo é construir um documento que sirva de consulta para os profissionais e para os estudantes de psicologia, como forma de promover as noções de boa prática da profissão, bem como a reflexão sobre estas temáticas, centrais para o exercício da psicologia. Visto ser um objectivo que extravasa o tema central da dissertação, ainda que complementar, optou-se por colocar esta discussão em anexo. De facto, poderá dizer-se que discutir os principais dilemas éticos da psicologia constituiria o passo seguinte em relação à definição dos princípios que servirão de base a essa mesma discussão.

Uma reflexão cuidada sobre os conceitos de ética, de bioética e de deontologia profissional será, necessariamente, um primeiro passo que permitirá enquadrar toda a reflexão posterior sobre a sua aplicabilidade prática no domínio profissional em geral e da psicologia em particular. Se se quiser sustentar o exercício da psicologia

numa estruturação ética e bioética, então torna-se importante uma reflexão cuidada sobre o domínio da ética profissional.

A profissão é uma actividade remunerada que exige um certo grau de formação ou especialização (DACL, 2001), sustentada num conjunto de princípios, crenças ou opiniões. Deste modo não se poderá falar de exercício profissional se este não for precedido de uma formação por parte dos pares. Ou seja, para que exista de facto uma profissão é central que exista formação por parte dos pares em relação aos pressupostos do exercício dessa mesma profissão. Esta realidade coloca ainda mais em evidência a necessidade de uma formação ética sólida, pelo que tal será também objecto de cuidada reflexão. Naturalmente que ninguém esperará que uma formação sólida em ética se consiga através do conhecimento de um conjunto de princípios ou de normas reguladoras de uma qualquer actividade. Formação em ética, nesta perspectiva, será garantir a capacidade de se pensar a partir de um raciocínio ético. No fundo representa a capacidade da pessoa identificar, reflectir e dar resposta a um qualquer dilema ético que surja no exercício da sua profissão.

Spinoza (1996/1677) disse que o bem último é “o amor intelectual de Deus”. De acordo com este autor, ama-se Deus compreendendo-O e imitando-O. Não deixa de ser interessante atentar-se à questão do amor “intelectual”. Este autor considera Deus como o paradigma do bem, pelo que se torna central compreendê-Lo. E é precisamente isso que a ética pretende catalizar: a compreensão do outro; a ética tem pertinência enquanto ajuda a pessoa a potenciar as relações com os outros no sentido de daí obter os melhores resultados. Ora, tal objectivo só será exequível através da compreensão do outro. Não será por acaso que “inteligente” advém do Latim – *intelligere* – que significa, precisamente, compreender<sup>4</sup>. Ainda assim, ser inteligente, no sentido comum do termo, ainda que necessário, não será suficiente para se desenvolver um comportamento eticamente adequado. Inteligência e ética não são necessariamente complementares; o mundo está cheio de exemplos de pessoas consideradas inteligentes cujo comportamento traduz ausência de valores éticos. Então, uma das características centrais do agir ético terá que ser assente na

---

<sup>4</sup> De facto, *intelligere* é composto por *intus* – dentro – e *lègere* – recolher, escolher, ler. Como será discutido no capítulo 1.3.2, o seu significado literal será a escolha que vem de dentro.

relação. Tal como foi referido, é a necessidade do Homem em relacionar-se com os seus semelhantes que promove a pertinência da ética. Desta forma, não será descabido enfatizar que o que poderá distinguir um comportamento ético de um comportamento não ético, será a compreensão do outro em todas as suas diferenças e especificidades. Só assim, será possível aceitá-lo e respeitar as suas características particulares. Surge pois, como dimensão central deste trabalho, a noção do “outro”. Compreender o outro implica mais do que perscrutar o seu intelecto, as suas ideias. Implica compreender as suas emoções, as suas reacções, pelo que exige um conhecimento profundo, só atingível através de uma relação de confiança bem estabelecida, entre outros pressupostos técnicos. O desenvolvimento dessa capacidade constrói a noção de raciocínio ético desenvolvida neste trabalho, que deverá promover a capacidade de auto-compreensão e de compreensão do outro, o que poderá, em certa medida, corresponder a algumas das dimensões do conceito de inteligência emocional proposta por alguns autores (Goleman, 1997; Filliozat, 2001; Chabot & Chabot, 2004; Mayer, Salovey & Caruso, 2004).

Compreender o outro implica por isso o estabelecimento de uma relação empática, definida como uma capacidade em transmitir um sentimento de compreensão, tornando a relação possível e fazendo-a evoluir gradualmente para um nível afectivo mais profundo. Caracteriza-se por um autêntico interesse pelo sujeito e pela sua aceitação como pessoa. Ora, em qualquer relação interpessoal e, por maioria de razão, na relação clínica, a compreensão do outro torna-se num princípio básico, fundamental para que a mesma tenha sentido. Se um psicólogo não for capaz de compreender o outro, como poderá assegurar-se da sua competência em satisfazer, na medida do seu papel, as suas necessidades? No mais, o sujeito que recorre aos serviços de um profissional de saúde encontra-se, na grande maioria das vezes, numa posição debilitada – de não saúde – pelo que o papel do técnico assume uma importância ainda mais relevante. Desta forma, a capacidade de comunicação torna-se num pressuposto fundamental.

O psicólogo, para exercer convenientemente a sua profissão, terá que ser capaz de identificar e compreender as suas próprias emoções no sentido de melhor identificar

os seus impulsos e lidar com eles. Deste modo, o treino para melhor identificar as suas verdadeiras motivações é central para promover o sucesso na relação profissional. Sem um funcionamento pautado pelo equilíbrio emocional o psicólogo correrá o risco de estar muito mais centrado nas suas dificuldades emocionais, o que dificultará a compreensão do seu cliente.

Existem, é claro, inúmeras determinações que condicionam a compreensão emocional de cada um, mas existe também a possibilidade de modelar as emoções, comportamentos e projectos de vida. Se hoje se sabe que a pessoa não corresponde a uma essência imutável, sendo que a própria evolução humana decorre, pelo menos em parte, das mudanças que se vão construindo, torna-se central a preocupação em evoluir do ponto de vista da compreensão individual, aumentando o auto-conhecimento. Só desta forma se poderá chegar a compreender a pessoa, assumindo o comportamento individual uma dimensão ética, essencial para a auto-realização de cada um enquanto ser pensante e destinado a viver em sociedade.

Vários autores têm vindo a destacar as bases neurobiológicas do pensamento ético, bem como a sua dimensão emocional (Damásio, 2001/1994; Eisenberg, 2000; Haidt, 2001; Eslinger & Oliveira-Souza, 2001; Greene, 2002; Fowers, 2005; Gazzaniga, 2005; Coricelli, Dolan & Sirigu, 2007). Importa pois reflectir sobre esta questão no sentido de melhor se compreender como potenciar a aprendizagem e o desenvolvimento do raciocínio ético nos profissionais de psicologia.

Devido à crescente complexidade do mundo<sup>5</sup>, o Homem tem sentido cada vez mais a necessidade de se especializar em dimensões cada vez mais pequenas do conhecimento. Também a psicologia, na sua procura do estudo científico do comportamento e dos processos mentais, foi forçada a recorrer a diferentes perspectivas na abordagem da realidade mental e comportamental da pessoa

---

<sup>5</sup> O mundo aumenta em complexidade na medida em que a capacidade do Homem em aceder a compreensões mais complexas do mundo e de si mesmo aumenta. O Homem é sem dúvida o motor da evolução social e cada vez mais um agente muito activo da própria evolução natural. Ainda assim, seria porventura muito perigoso negar a influência que a própria natureza tem na evolução humana.

humana. Por isso mesmo, as diferentes teorias da psicologia, criadas pelo Homem para melhor compreender o Homem, não pretendem determinar verdades absolutas mas, apenas e só, enriquecer a compreensão da pessoa como ser multidimensional e não determinista.

A compreensão da diversidade nas ciências psicológicas deve ser colocada não nas diferenças, mas nos laços existentes entre os diversos pressupostos, tentando-se uma perspectiva integradora da psicologia, baseada no seu objecto de estudo: a pessoa como facto pessoal total (Ricou, 2004). O “facto pessoal total”, sendo o objecto teórico da psicologia, constitui o critério de sistematização da psicologia neste trabalho. Considerando a definição de saúde da OMS, decorre que a psicologia, qualquer que seja o seu espectro de actuação, tem como objectivo a promoção da saúde da pessoa, em todas as suas vertentes: física, psicológica e social. Com base neste pressuposto e salvaguardando as componentes de investigação e ensino da psicologia, são propostas três áreas de divisão: a psicologia clínica, a psicologia educacional, e a psicologia organizacional. Se a psicologia não tem variações quanto à sua forma de actuação – a relação, bem como quanto aos seus objectivos, no que respeita à tentativa de compreensão do facto pessoal total, então as regras e os princípios que lhes estão subjacentes são comuns entre todas as suas áreas. Deste modo, é natural que os princípios que orientam a sua prática sejam comuns, bem como que o código de ética que regula a actuação dos seus profissionais, independentemente da sua área específica de actuação, seja o mesmo.

Se o objectivo último é estabelecer princípios de actuação na psicologia que sejam operacionalizáveis com vista a construir guias de comportamento específicos, então será importante, para enquadrar este trabalho, discutir os principais dilemas éticos no exercício da psicologia. Deste modo, pretende-se discutir um conjunto de problemáticas que, pela sua especificidade, são importantes a ponto de merecerem uma reflexão isolada. Contudo, e tal como foi já referido, em virtude de esta discussão representar um desvio ao objectivo fundamental deste trabalho, foi decidido remetê-la para anexo.

A noção de doença é central na área da saúde mental pela dificuldade na sua definição. De facto, muitas vezes, são factores específicos de cada um que definem as fronteiras entre aquilo que será o normal e o patológico. Deste modo, a definição do conceito de normalidade assume contornos importantes, para melhor se poder discernir sobre aquilo que será doença ou aquilo que será diferença. Este será um pressuposto importante para limitar as consequências negativas do uso da ciência psicológica, nomeadamente ao nível da possível “diagnosticização” da pessoa com todas as consequências negativas inerentes a esse facto. Deste modo, assume-se como ainda mais importante, na saúde mental, a mudança de paradigma na relação clínica, com o envolvimento do doente na relação e nas decisões clínicas, o que transporta para a questão do consentimento informado.

Tal como já foi feita referência, parece ser adequado tratar as diferentes dimensões da intervenção psicológica de um modo autónomo, como forma de procurar os principais dilemas passíveis de serem encontrados na prática clínica. Pretende-se desta forma promover, para além da reflexão associada, um conjunto de questões práticas que contribuam para uma melhor compreensão dos valores em causa na prática da psicologia. Deste modo, serão trabalhados os dilemas éticos da psicologia a partir de 5 grandes grupos.

Em primeiro lugar a questão do processo de obtenção consentimento informado em psicologia. Mais do que em qualquer outra área da saúde, o processo de obtenção do consentimento informado é central na construção da relação terapêutica. Paradoxalmente, também será na área da saúde mental que poderão surgir a maioria dos problemas relacionados com a competência diminuída, e deste modo, com o tratamento compulsivo.

Segue-se a problemática da confidencialidade e da privacidade. Também na saúde mental se levantam muitos problemas em função deste valor tão importante para a construção da confiança inerente à relação terapêutica. Quais as excepções, quais

as dificuldades, quais as consequências da quebra e da manutenção da privacidade em determinadas circunstâncias específicas, são questões a serem discutidas.

A avaliação psicológica é, por definição, uma área específica e exclusiva da psicologia. De facto, nem sempre assim é, o que aumenta a probabilidade do mau uso dos instrumentos de avaliação psicológica. Por isso mesmo, devem os profissionais de psicologia ser os primeiros a dar o exemplo fazendo uma aplicação competente e consciente dos instrumentos que estão à sua disposição. Num mundo em que a psicologia se encontra hoje tão mediatizada deve resistir-se à tentação de encontrar rapidamente as respostas para tudo e para todos, banalizando aquilo que são os processos de avaliação e de orientação psicológica.

A ferramenta principal da intervenção psicológica é a relação interpessoal. Os diferentes tipos de intervenção psicológica serão abordados neste quarto grande grupo temático. O aconselhamento e a psicoterapia nas diferentes fases de vida do indivíduo, ou esse mesmo tipo de intervenções junto das famílias ou de grupos específicos serão cuidadosamente discutidos nos diferentes dilemas que podem suscitar. A questão da formação e da supervisão, como dimensão central da intervenção, merecerão uma referência especial. A psicologia forense constitui-se numa área claramente diferenciada uma vez que promove, não raras vezes, uma confusão de papéis, nomeadamente sobre quem é o cliente/paciente e ainda sobre o problema da utilização da informação. Ainda a área dos comportamentos aditivos, em função das suas especificidades merecerá um lugar de destaque neste grupo de consulta e intervenção psicológica. Também a relação com a imprensa, nomeadamente a participação de psicólogos em programas de grande audiência com a mistificação do seu papel, ou com a escrita de artigos não científicos em revistas ou jornais de grande divulgação, são exemplos de algumas questões sobre as quais interessa reflectir. O impacto junto das pessoas, a credibilização da profissão, a publicidade enganosa, são valores tão importantes que não podem de forma alguma ser negligenciados.



Finalmente a produção de conhecimento. Nenhum trabalho na área da ética teria sentido se não abordasse a questão da investigação e experimentação. Há questões muito específicas, como se poderá ver pela consulta da grande maioria dos documentos internacionais na área, relacionadas com a saúde mental e, por isso mesmo, com a psicologia. Também a questão das publicações merecerá algum espaço de discussão.

## **1 – A ÉTICA, A PESSOA, A RELAÇÃO E A PSICOLOGIA**

A vida é feita de diversidade e é nela que reside uma boa parte da sua riqueza. Hoje, mais do que aceitar que as pessoas são diferentes umas das outras, promove-se a protecção dessas diferenças, mais ainda num mundo globalizado e, por isso mesmo, tendencialmente mais homogéneo. A diferença exige comunicação, sob pena de daí não se conseguirem entendimentos que promovam vantagens para os intervenientes. Contudo, a comunicação exige encontro: encontro de ideias, encontro de vontades, até encontro de emoções. Exige também, sem qualquer dúvida, encontro de conceitos. E é por isso que a primeira tarefa a desenvolver neste trabalho é a definição dos conceitos básicos necessários para promover o entendimento.

Se em qualquer área do saber a definição de conceitos é primordial, nas ciências humanas esse facto assume ainda maior relevância. Não será por acaso que um dos obstáculos mais frequentemente apontados como dificultando a objectividade nas ciências sociais e humanas é precisamente o facto da linguagem utilizada pertencer, em certo sentido, ao senso comum. Termos como ética e pessoa são correntes no quotidiano, pelo que assumem diversos significados dependendo de quem os utiliza. É então esse o primeiro objectivo a atingir: definir os conceitos mais operacionais no contexto da ética, e deixar o relativismo, na forma como o define Vila-Chã (2006), para os conteúdos.

O primeiro passo dado para a concretização desta tarefa foi procurar, recorrendo a um conjunto de autores nacionais e estrangeiros de grande relevância neste contexto, um tronco comum nas definições de ética formuladas. Nesse percurso, pretende-se ainda estabelecer as diferenças entre ética e moral, termos muitas vezes sobreponíveis e por isso mesmo confundidos.

Como a ética só tem sentido porque se aplica às pessoas, urge uma reflexão sobre este último termo, procurando a sua definição baseada nas suas características naturais e sociais. Então, a discussão de questões como a cultura e a comunicação,

a relação interpessoal e as características racionais e emocionais do Homem assumem-se como necessárias para uma mais correcta compreensão da pessoa humana. Os mecanismos envolvidos nas tomadas de decisão será outro dos temas a explorar. Ao pretender-se formular um conjunto de princípios éticos orientadores da prática em psicologia, importa compreender um pouco mais sobre o raciocínio ético que levará os profissionais a decidir. De outro modo, como compreender sobre as melhores estratégias para fazer cumprir com os objectivos da profissão?

Finalmente, serão discutidas as implicações desta conceptualização na relação clínica no contexto da saúde mental em geral e da psicologia em particular.

## **1.1 – A ÉTICA**

### **1.1.1 – Do conceito**

Recorrendo à etimologia da palavra, ética (do grego éthos) significa modo de ser ou carácter. Então a ética deveria referir-se à pessoa, mas à pessoa na relação com o outro, já que esse modo de ser ou carácter será direccionado e avaliado por terceiros. No que se refere à psicologia, ou melhor, ao seu representante o psicólogo, a ética deverá referir-se, pois, ao seu modo de ser na relação com o seu cliente<sup>6</sup>.

É frequente dizer-se que o psicólogo enfrenta diversos dilemas éticos no exercício da sua profissão. Mas o que significa, de facto, a expressão “dilemas éticos”? Na *Wikipedia* vem definida como uma situação que envolve um aparente conflito entre dois valores ou princípios éticos, ou seja, um conflito entre dois caminhos a seguir. A solução para qualquer conflito está na escolha de uma solução. Então, como orientar essa decisão? Numa disciplina como a psicologia, centrada na

---

<sup>6</sup> Na psicologia é mais frequente a utilização do termo cliente ou paciente em vez de doente, ainda que esta não seja uma opinião consensual. Ao longo deste trabalho, serão utilizados os termos cliente e paciente como sinónimos, quando se pretender uma referência ao recipiente do trabalho do psicólogo. Considera-se uma mera nomenclatura e a opção deve-se ao facto de que nem todos os sujeitos que recorrem aos serviços de um profissional de psicologia estão verdadeiramente doentes, pelo menos, no sentido nosológico ou biológico do termo. Ainda que o termo cliente possa estar associado a uma mera contratualização de serviços entre duas pessoas, e o termo paciente seja muito mais uma extrapolação anglo-saxónica, acredita-se que a adopção destes termos poderá ser a melhor solução para evitar qualquer deslize em direcção ao campo da Medicina e à dicotomia saúde vs doença.

compreensão daquilo que é mais humano no Ser-Humano, as soluções para os dilemas éticos deverão ser pensadas em função do interesse do paciente ou cliente do psicólogo. Ou seja, o critério que deve ser utilizado na resolução de um qualquer dilema ético, estará relacionado com a especificidade de cada pessoa, tornando-se assim o paciente o centro do raciocínio ético.

Será pois possível afirmar que a ética só tem sentido em função das características da pessoa humana<sup>7</sup>, dado o seu carácter social e relacional. Do mesmo modo, seria incoerente fazer referência à pessoa humana sem considerar a ética, pois estar-se-ia a negar a essência da personalidade que reside, como se verá, na relação com o outro.

A partir da consulta de alguma bibliografia é possível encontrar diversas definições de ética, que por muito que diverjam nos termos e mesmo nos enquadramentos teóricos, mantêm uma base comum:

*“Mas a perícia política não faz apenas uso das restantes outras perícias que dizem respeito à acção, ela ainda legisla a respeito do que se deve fazer e de que coisas se têm de evitar. O fim que ela persegue envolve de tal modo os fins das restantes, ao ponto de tratar-se do bem humano. Porque, mesmo que haja um único bem para cada indivíduo em particular e para todos em geral num Estado, parece que obter e conservar o bem pertencente a um Estado é obter e conservar um bem maior e mais completo. O bem que cada um obtém e conserva para si é suficiente para se dar a si próprio por satisfeito; mas o bem que um povo e os Estados obtêm e conservam é mais belo e mais próximo do que é divino.”* (Aristóteles, 2004, *Ética a Nicómaco*, 1094b1)<sup>8</sup>

*“Así pues, las leyes morales y sus principios se diferencian, por lo que se refiere al conocimiento práctico, de cualquier outro conocimiento que contenga algo empírico,*

---

<sup>7</sup> O termo “pessoa humana” pode parecer um pleonasma mas a sua utilização não é inocente. Mediante a definição de pessoa que vai ser defendida no capítulo 1.2 poderá ser admitida a existência de pessoas que não fazem parte da espécie humana.

<sup>8</sup> Aristóteles não concebe a ética desligada da política, pelo que assim a ela se refere.

*lo que resulta esencial, además, porque toda la filosofía moral descansa completamente en su parte pura, y, cuando es aplicada al hombre, no toma absolutamente nada del conocimiento de este (antropología), sino que le da, como a un ser racional que es, leyes a priori.” (Kant, 1785/1996)*

*“A doutrina que admite, como critério fundador da moralidade, o princípio da utilidade ou da maior felicidade, afirma que as acções são boas (right) ou más (wrong), na medida em que tendem a aumentar a felicidade ou a produzir o contrário da felicidade. Por felicidade entendemos o prazer e a ausência de dor; por infelicidade, a dor e a privação do prazer.» (Mill, 1863/2004)*

*“...ética como uma categoria do espírito e do pensamento humano...( )...categoria esta que norteia o desejo e o comportamento subsequente segundo determinados valores positivos...” (R. Nunes, 1995, pp. 11 e 12)*

*“Para serem eticamente defensáveis, é preciso demonstrar que os actos com base no interesse pessoal são compatíveis com princípios éticos de bases mais amplas, pois a noção de ética traz consigo a ideia de alguma coisa maior que o individual. Se vou defender a minha conduta em bases éticas, não posso mostrar apenas os benefícios que ela me traz. Devo reportar-me a um público maior.” (Singer, 1993/1994, p. 18)*

*“Ética es um término genérico que puede abarcar varias formas de entender y explicar la vida moral. Algunos enfoques son normativos (es decir, presentan criterios sobre lo que son malas y buenas acciones); otros son descriptivos (es decir, informan sobre lo que la gente cree y cómo actúa)...” (Beauchamp e Childress, 1994/2002, pp. 1 e 2)*

Outras definições poderiam ser aqui citadas, mas o objectivo não é ser-se exaustivo na procura das definições de autores de referência mas sim demonstrar que a ética, qualquer que seja a perspectiva abordada, se destina à apreciação das características boas ou más dos comportamentos humanos (Lalande, 1985). Como

será bom de ver, desde Aristóteles, por muitos considerado o precursor da ética como disciplina filosófica, a ética é definida como uma actividade que impulsiona as práticas do Homem para o aproximar do bem (Aristóteles, *Ética a Nicómaco*, 2004). As noções de bem e de mal surgem em função do juízo que cada pessoa pode fazer, pelo que não poderão dela ser dissociadas. Do mesmo modo, só adquirem importância pela necessidade que as pessoas têm em relacionar-se entre si. De outro modo, tudo o que fosse ditado pelos “apetites” de cada um seria a referência para determinar o bom e o mau para si próprio, já que corresponderia à satisfação ou não da sua vontade. Em poucas palavras, o bom e o mau seriam ditados por aquilo que cada pessoa sentisse vontade. Mas como é necessário gerir essa vontade em função do “outro”; então a relação assume uma importância fundamental, e a ética assume aqui o seu papel orientador. Na verdade, e como mais tarde será discutido, a racionalidade, como característica humana, servirá a necessidade do Homem em orientar as suas decisões em função dos outros. Talvez por isso Coval (2006) tenha afirmado, referindo-se a Aristóteles, que o Homem no uso da racionalidade prática reconhece o verdadeiro bem, sendo que esse bem, poderá acrescentar-se, será representado pela satisfação das necessidades individuais em harmonia com as necessidades dos outros.

Será pois interessante fazer notar estas duas dimensões da ética: por um lado a promoção do bem individual, mas sempre integrado na realidade social do Homem, ou seja, tendo em conta o bem das outras pessoas. Será esta, acredita-se, o fulcro central do papel da ética: promover o bem da pessoa potenciando os resultados das relações inter-pessoais, pelo que poderá afirmar-se que a ética será a ciência da relação. A necessidade de uma ética personalista afigura-se, pois, como essencial, uma vez que se refere a todo e qualquer acto voluntário dirigido ao outro, carregado, por definição, de intencionalidade (Lagarde, 1957).

### **1.1.2 – Da relação com a moral**

Não será estranha a ideia de que as acções não serão, na maior parte das vezes, individuais, uma vez que os outros são frequentemente implicados, acabando, por força da coerção e exterioridade do facto social, por promover identificações,

adoptando comportamentos e atitudes semelhantes. Deste modo, constroem-se grupos e sub-grupos que acabam por constituir muito da identidade pessoal de cada um. É a própria sociedade que reconhece a esses mesmos grupos, organizados tendo por base características e objectivos comuns, direitos específicos, o que acaba por representar o reconhecimento desses mesmos direitos à pessoa humana. A existência de minorias culturais representa o testemunho da existência de pessoas diferentes umas das outras mas que têm a necessidade de se juntar em grupos que permitam expressar e fazer reconhecer essas mesmas diferenças na sociedade global. No fundo, representa o partilhar de meios para satisfazer as necessidades individuais, o que, por princípio, potenciará os resultados positivos ao nível dessa mesma satisfação. É possível que essa necessidade de testemunhar e marcar as diferenças de cada um seja uma característica partilhada por todos os homens e mulheres, no sentido de promover uma plena integração pessoal junto daquilo que se convencionou denominar sociedade.

Cada Homem é um ser único e distinto de todos os outros, intra ou inter especificamente. É senso comum afirmar que a individualidade é tão mais marcada quanto maior for a unicidade. No entanto, isto poderá ser considerado verdade tanto para o Homem como para qualquer outro ser ou objecto. O que distingue o Homem, na sua especificidade, é a sua racionalidade. Contudo, segundo Lagarde (1957), esta definição, se bem que possa ser considerada correcta, é muito insuficiente. O Homem é definido como um complexo psíquico de natureza particular; só através de uma consciência reflexiva, será possível ter-se consciência de se ser, de ser um sujeito, uma pessoa.

Pegando na etimologia da palavra ética, poderemos verificar que esta nos guia: *éthos* significa, entre outras definições, modo de ser ou carácter. Ora o carácter será o resultado do conjunto das experiências de vida da pessoa, o que lhe trará a sua forma habitual de agir (Doron & Jalley, 1991/2001). Pode ser definido como a personalidade expressa, aquilo que é visível pelos outros da personalidade do indivíduo. Não será possível, pois, falar de carácter sem fazer referência aos comportamentos do indivíduo, porque são os comportamentos que são visíveis e

passíveis de avaliação por terceiros, independentemente das motivações que os produzam. É claro que ninguém avalia o carácter do outro, pelo menos se o quiser fazer de uma forma minimamente fiável, se os comportamentos evidenciados não tiverem um nexo de continuidade, se não forem condutas habituais. Idealmente, só repetimos comportamentos quando os resultados obtidos a partir deles resultam como satisfatórios.

Em resumo, verifica-se que o carácter será formado por um conjunto de comportamentos habituais, adquiridos em função da satisfação da pessoa com os resultados. Temos então que o *éthos* (o carácter) é o resultado dos hábitos e que estes nascem pela repetição de actos iguais, sendo que, reciprocamente, os hábitos constituem o princípio intrínseco dos actos. O *éthos* será então, mediante este círculo, o princípio dos actos e o seu resultado (ver fig. 1), o que definirá a conceptualização de base da ética (Aranguren, 1990).

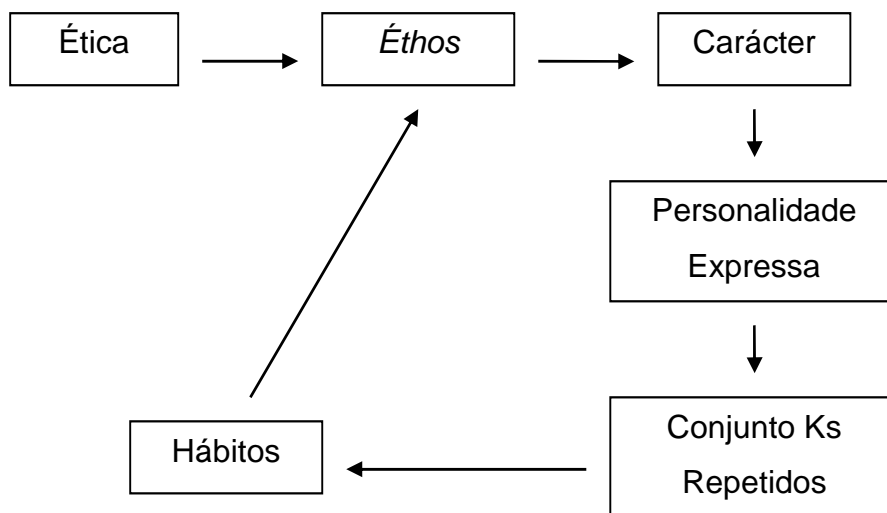


Figura 1

No entanto, segundo Neves (2000), existe quem se refira à ética como que se reportando unicamente ao princípio dos actos – *pegé* – uma vez que o conjunto das



regras adquiridas pelo hábito no sentido de formar o carácter humano deveria ter o nome de moral dado que se reporta ao resultado dos actos – *héxis*.

Mediante esta perspectiva, teríamos duas ordens de regulação dos nossos comportamentos: a ética e a moral. Utilizando um exemplo prático e ilustrativo temos que, se considerarmos um mendigo a pedir na rua, poderemos decidir dar-lhe uma esmola por duas motivações distintas: (1) uma motivação ética, baseada num princípio que poderia ser, por exemplo, o de defender uma ideia de igualdade económica, a partir do qual se teria que dividir aquilo que se tem com quem tem menos, a fim de caminhar no sentido da igualdade. Tal princípio implicaria que se fizesse o mesmo com todas as pessoas na mesma situação, a fim de manter uma coerência com o princípio; (2) uma motivação moral, centrada no resultado do nosso comportamento, e apenas esse. Imagine-se que se entendia que aquela pessoa teria fome pelo que seria desejável que se alimentasse. Ou seja, o que estaria em causa seria o resultado da acção – a pessoa alimentar-se – e não o princípio em que ela se sustenta. Ainda que do ponto de vista formal a motivação de base seja a mesma – promover aquilo que se considera o bem – do ponto de vista empírico estas duas formas de agir apresentam traduções bem diferentes. Baseados nesta motivação semelhante, de promover o bem para as pessoas, alguns autores consideram os termos moral e ética como equivalentes. Do mesmo modo, será na diferença prática de motivação, agir por princípio, ou com vista ao atingir determinado tipo de finalidades, que outros autores preferem uma distinção clara dos conceitos. A moral centrada em finalidades específicas e por isso normativa e impositiva, como serão exemplos as morais religiosas, e a ética centrada em princípios, logo mais descritiva, como será exemplo uma teoria ética principalista (Renaud, M. & Renaud, I., 1991). Em função dos objectivos deste trabalho, será adoptada uma conceptualização de ética centrada em princípios, dando corpo à tradição da ética aplicada aos cuidados de saúde, considerando-se a moral como uma dimensão pessoal de cada psicólogo que não deverá ser por ele levada em linha de conta na sua prática profissional.

## 1.2 – A PESSOA

Já foi referido que os actos são dirigidos ao outro, pelo que o “*éthos*” terá que incluir sempre o ponto de vista da relação, o ponto de vista do comum. Engelhardt (1998/1996) faz a distinção entre ser humano, que considera numa perspectiva biológica, e pessoa, agente moral capaz de entrar em relação com o outro. Aliás, a pessoa inclui na sua própria definição uma abertura ao outro (Renaud, 1998). Também Hegel (1992/1807) se baseia na relação com o outro para que se possa ser reconhecido como ser humano, logo como pessoa; defende o conceito de reconhecimento, pelo qual não será suficiente sermos reconhecidos como organismos biológicos mas sim como pessoas que se caracterizam pela capacidade em exercer a autonomia.

Em latim, o termo *persona* significa máscara e refere-se à máscara que era utilizada na representação. Esta máscara poderá ter um duplo significado (E.P.L. Nunes, 1998): por um lado representa a pessoa na interacção com os seus semelhantes, todos únicos e por isso diferentes, com o desejo de identificar e viver o seu papel; por outro, a colocação da máscara reveste o indivíduo de outra identidade, fruto da superficialidade das relações muitas vezes vividas na sociedade actual.

Como é sabido, o Homem em sociedade desempenha diferentes papéis, consoante as diferentes posições sociais que necessariamente ocupa. Somos filhos, somos pais, somos irmãos, somos amigos, somos cônjuges, somos empregados, somos trabalhadores, somos membros de uma qualquer associação, somos homens ou mulheres, entre outras posições sociais atribuídas ou adquiridas pelo nosso esforço e dedicação. Mas será suficiente a colocação da “máscara” aparentemente apropriada ao contexto vivido? Bastará identificar o papel ou papéis a desempenhar para que cada um possa descobrir a sua própria identidade pessoal, no fundo a pessoa que é?

Na sua formulação metafísica, Boécio designou *persona* como uma substância individual de natureza racional (Ferrater-Mora, 2001), no qual foi secundado por São Tomás: subsistente de natureza racional (Amaral, 2006). Substância é qualquer

coisa que existe, pelo que tem massa e ocupa espaço. Então, se a pessoa existe no espaço, ela é substância.

É possível isolar duas substâncias exactamente iguais, como por exemplo, duas moléculas de água. Essas moléculas não são, então, verdadeiramente individuais. Já a pessoa é uma substância com vida, o que a torna individual. Existe em si mesma, pertence a si mesma, e não a qualquer outro, subsiste por si já que tem a sua homeostasia, sendo então um sujeito imediato da existência (Lucas, 1995). Qualquer coisa que o é em si, será único, daí a referência a substância individual, que S. Tomás congrega no termo único de subsistente, pois, qualquer coisa que subsiste por si será uma substância individual que forma um todo completo em si mesma, e por isso vive. Então, o subsistente, ou a substância individual, diz respeito a todas as substâncias com vida, ou seja, refere-se a todos os seres vivos.

Ainda que partindo do senso comum, se nos questionarmos sobre qual a característica que distingue definitivamente o Homem dos outros animais, a primeira ideia que nos deverá ocorrer será: pensamos, somos capazes de reflectir. O que distingue então a pessoa é a sua natureza racional; *“o que nos separa do animal é essencialmente uma função, o pensamento, e o que ela torna possível: o mundo da cultura”* (Kirshc, 1996/1993, p. 12). Ora, a cultura adquire-se através da aprendizagem, pelo que uma vez que ninguém nasce ensinado, a racionalidade só se torna útil pelo contacto com os outros. Será então a natureza racional do Homem, com a respectiva natureza relacional, que o caracteriza como pessoa.

Esta conceptualização coloca-se, de uma forma clara, no campo da filosofia. Ainda assim, e admitindo que a noção de racionalidade é um conceito integrador mas, por outro lado, redutor na compreensão da complexidade da mente humana, ela poderá corresponder à perspectiva proposta por Damásio (2010) no campo das neurociências. De facto, para Damásio, o que distingue o Homem é a sua

consciência autobiográfica que se associa ao proto-eu<sup>9</sup> e à consciência nuclear, estas presentes em outras criaturas. Este eu autobiográfico abrange as experiências passadas e expectativas futuras do indivíduo, bem como as suas dimensões social e espiritual, pelo que imerso no banho cultural, o que corresponderá à noção de racionalidade aqui proposta. Do mesmo modo, o proto-eu e a consciência nuclear formam, em conjunto, nas palavras do mesmo autor, o eu-material, que poderá corresponder à substância individual de Boécio. No seu livro “A origem do Homem e a selecção sexual” Darwin (Varela, 2010) afirma que aquilo que distingue o Homem dos outros animais é o seu sentido moral. Contudo, para Darwin, um ser moral será aquele capaz de comparar as suas acções ou motivações passadas e futuras, e aprová-las ou desaprová-las (Varela, 2010). Não que outros animais, na opinião de Darwin, não tenham essa mesma capacidade, mas no Homem ela encontra-se muito mais desenvolvida em função do seu contexto social e cultural. Será bom de ver que, em última análise, também Darwin poderia estar de acordo com esta definição de racionalidade como característica fundamental distintiva do Homem em relação aos outros animais. Deste modo, quando ler “racionalidade” o leitor deverá evocar esta conceptualização que mais à frente será desenvolvida.

### **1.2.1 – A comunicação como base da pessoa cultural**

A racionalidade não deve ser assumida como uma característica que dá superioridade ao “homem que sabe que sabe” sobre as outras espécies. A racionalidade será o resultado de um processo adaptativo da espécie, pelo que deve ser interpretada como uma ferramenta natural do Homem com vista à sua concretização como indivíduo. Foram as contingências naturais que levaram à evolução do Homem no sentido de se tornar num ser racional e de relação.

---

<sup>9</sup> O proto-eu, segundo Damásio (2010), é o primeiro nível de consciência de qualquer animal senciente. O autor define-o como o eixo em torno do qual gira a mente consciente. Constitui a ligação, por excelência, do corpo à mente, uma vez que se configura como o resultado do mapeamento do corpo realizado pelas estruturas cerebrais responsáveis. Este instrumento produz aquilo que Damásio denomina como os sentimentos primordiais, que existem continuamente e independentemente de qualquer objecto, sempre que o animal está acordado. Reflectem o estado actual do corpo ao longo de escalas, como por exemplo a escala que vai do prazer à dor, tendo origem no córtex cerebral. Por isso mesmo, este proto-eu começará a existir muito cedo na escala filogenética, sendo que a complexidade mental se construirá a partir dele. Para o autor todas as emoções serão então variações dos sentimentos primordiais.

Adoptando uma perspectiva antropológica, verifica-se que numa primeira fase o Homem teria tido necessidade dos seus semelhantes para sobreviver, vivendo por isso em grupo no sentido de melhor se poder defender e caçar. À medida que foi evoluindo, foi introduzindo novas variáveis no seu mundo, inventando e alterando o meio ambiente para melhor se adaptar a ele. Passou através de uma cultura, primeiro episódica e posteriormente mimética que, numa fase inicial, responderiam a todas as necessidades de transmissão das capacidades técnicas (Donald, 1999/1991). Só mais tarde, e devido à constante complexificação da técnica, se conseguiu ele próprio individualizar do mundo, dando uso à utilização da palavra na descoberta da autoconsciência, permitindo-se estabelecer verdadeiras relações interpessoais. Também Damásio (2010) vem agora de encontro a esta perspectiva quando afirma que há milhões de anos que inúmeras criaturas têm mentes activas no cérebro, mas que a consciência disso mesmo só terá tido início quando esse cérebro desenvolveu a linguagem pelo que foi possível testemunhar a existência dessa mente. Surgem aqui plasmadas as noções de relação e de consciência ilustradas no aparecimento do primeiro monossílabo gutural, comum a todas as línguas humanas, representador do actual “eu” Português (Serrão, 1998). Aliás, recorrendo ao exemplo desenvolvimental da criança, poderá verificar-se que a percepção da individualidade só surge numa fase posterior do seu desenvolvimento. Desta forma, poderá então enfatizar-se que a individualização da pessoa surge baseada na sua relação com os outros e com o mundo circundante.

Parece claro que a identificação é essencial ao desenvolvimento humano, seja numa fase precoce, seja numa idade mais tardia. Como nos mostrou Daniel Defoe no seu clássico *Robinson Crusoe* (1985/1719), o Homem necessita dos seus semelhantes para satisfazer as suas necessidades, para se conseguir realizar.

Será pois nesta sua relação contemplativa com o mundo que o Homem se terá sentido impelido em desenvolver um meio de o explicar. Se para a satisfação das suas necessidades básicas (leia-se fisiológicas e de segurança<sup>10</sup>) a cultura mimética resultava suficiente, para compreender tudo o que o rodeava, precisaria de um

---

<sup>10</sup> A nomenclatura utilizada é a proposta por Maslow (1987/1954) na sua célebre pirâmide das necessidades humanas.

processo necessariamente simbólico (Donald, 1999/1991). Não quer dizer que a expressão verbal seja exclusiva do Homem moderno. Existem, aliás, alguns exemplos actuais de utilização da linguagem apenas com um sentido mítico. Nos seus estudos antropológicos levados a cabo na América do Sul, Lévi-Strauss (1993/1955) descreve que em algumas das tribos primitivas aí existentes, só os chefes fazem uso das palavras, que nem todos conhecem, para induzir o respeito pela sua autoridade. O seu funcionamento normal é baseado em mímicas, suficientes para a satisfação das suas necessidades. Mas o simbolismo associado à comunicação actual será o resultado de um longo processo adaptativo do Homem à sua necessidade de controlar o ambiente para daí tirar o melhor proveito.

E, será este simbolismo que constitui hoje uma parte importante da comunicação humana que, como afirma Watzlawick (1991/1977), *“cria aquilo a que chamamos realidade”*. Se as palavras pretendem, entre outros objectivos, representar a realidade, então as nossas impressões sobre aquilo que acontece não são mais que ilusões criadas pela nossa perspectiva disso mesmo. O recém-nascido humano é, porventura, o ser vivo que, ao momento do nascimento, se encontra numa situação de maior vulnerabilidade e dependência de todo o reino animal. Deste modo, ele terá que aprender tudo o que necessita para se tornar, um dia, autónomo. Se as palavras são representadoras da realidade, então, o significado que lhes atribuímos será o mesmo que daremos à realidade que vivenciamos; as palavras são aprendidas ao longo do desenvolvimento, através das diversas relações formais e informais construídas. Com a aprendizagem das palavras vem a construção dos seus significados. O significado atribuído à realidade será então dependente das aprendizagens sofridas e dos contextos emocionais que as caracterizam, o que significará dizer que esse significado estará intimamente ligado às relações desenvolvidas ao longo da vida. Existem, desta forma, diversas realidades resultantes das diferentes perspectivas como são encaradas, todas resultantes da própria comunicação e das relações construídas entre os sujeitos, estando longe de poderem ser consideradas verdades absolutas e imutáveis (Watzlawick, 1991/1977). Se ficássemos pelas imagens mentais visuais ficaríamos confinados a representações de aparência, pelo que o pensamento humano terá que consistir

numa mistura entre essas imagens e um conjunto de frases declarativas (Botterill & Carreuthers, 2004/1999) que foram aprendidas e vividas ao longo do desenvolvimento. Essa mistura poderá corresponder aquilo que Damásio (2001/1994) chamou de imagens auditivas ou visuais na nossa consciência.

Logo, será, porventura, na comunicação que residem as grandes diferenças culturais da nossa época. Poderá, à partida, parecer uma afirmação estranha; mas não. Se a cultura, segundo Herskovits (1952), é a parte do ambiente feita pelo Homem, ela serve<sup>11</sup> para este melhor se adaptar ao mundo em que vive. Aliás, uma característica essencial do ser humano é viver num ambiente que ele próprio criou (Moles, 1975/1967). Assim, a questão da diferenciação cultural assume importância pelo facto de proporcionar uma melhor vida ao Homem, já que facilita a adaptação do ambiente às suas necessidades. Pode então afirmar-se que a cultura terá a mesma tradução para todas as pessoas. Contudo, referimo-nos, muitas vezes, a culturas diferentes. Essas diferenças corresponderão, então, não a objectivos díspares, mas a diferentes interpretações daquilo que são as necessidades humanas.

O Homem tem como fim último viver feliz (Mill, 2004/1863). Então esse será também o objectivo último da produção de cultura: potenciar a satisfação das necessidades, promovendo o equilíbrio e nesse sentido a felicidade do Homem. Por isso pode afirmar-se que as necessidades humanas são equivalentes para todas as pessoas, sendo que a interpretação que se faz delas, mediadas pela comunicação e pelas relações que se estabelecem, é que varia de pessoa para pessoa, tornando-nos, de facto, seres únicos e irrepetíveis.

Desta forma, é pela comunicação que se transmite e se faz interiorizar o conceito de cultura de cada um. Não será por acaso que Moles (1975/1967) afirma: “*cultura,*

---

<sup>11</sup> Não se pretende defender a cultura como algo exterior ao Homem, como se fosse qualquer característica que lhe fosse acrescentada a fim de melhorar a sua vida. O Homem é um ser cultural e não um ser com cultura, pelo que esta é inerente à sua condição. Pretende-se, tão só, fazer referência à forma como o Homem se vai aculturando.

*termo tão carregado de valores diversos que o seu papel varia notavelmente de um autor para outro e do qual se enumeraram mais de 250 definições”.*

Como afirma Fernandes (1999), *“a vida em si mesma desconhece o seu próprio destino”*. São as representações mentais que os indivíduos fazem da realidade que levam as sociedades a definir os seus próprios objectivos e as formas de estar no mundo, como que definindo as normas de convivência e sobrevivência dos seus diversos membros. Na verdade, o mundo humano será um espaço de relações sociais construído segundo as posições relativas de cada um dos seus elementos e perante a avaliação subjectiva de cada um. O próprio espaço físico constituirá igualmente a construção do imaginário individual e colectivo, sendo que a relação do Homem com ele será mediada por representações.

### **1.2.2 – A pessoa como relação e racionalidade**

Num mundo simbólico, em que o Homem se tornou incapaz de discernir entre os símbolos apreendidos ao longo da sua evolução individual e a própria realidade concreta, terá inevitavelmente que se concluir que será muito difícil, senão impossível, orientar uma avaliação sensitiva da realidade sem a culturalizar imediatamente. Ou seja, não fará sentido falar do Homem e da sua relação com o mundo sem perceber que, inevitavelmente, esta será sempre uma visão subjectivada pelo fundo cultural de cada um<sup>12</sup>. Ainda que cada pessoa tenha uma perspectiva própria de tudo aquilo que percepção, essa perspectiva foi construída através das representações que lhe foram impostas pela sociedade – o facto social é exterior e coercivo, obrigando por isso a determinadas posturas, a determinados gostos, a determinadas opiniões, ou melhor ainda, a sermos determinadas pessoas. Não será por acaso que uma criança privada do contacto com outras pessoas não conseguirá nunca desenvolver-se e atingir um grau de maturidade que lhe permita vir a exercer a sua autonomia, a fazer as suas escolhas. Somos por isso pessoas na nossa relação com os outros, ainda que não se pretenda negar a importância dos mecanismos geneticamente herdados das aptidões psicológicas (Botterill & Carruthers, (2004/1999).

---

<sup>12</sup> O Homem é um ser hermenêutico. Nessa perspectiva, para o Homem conhecer é interpretar, pelo que se torna impossível uma objectivação absoluta do mundo.



Mediante o exposto fica que o “subsistente” de S. Tomás, a “substância individual” de Boécio, ou o “eu material” de Damásio (2010), serão características do Homem desde o período episódico e mimético; e a “natureza racional”, o “eu autobiográfico” de Damásio (2010) aparece com a descoberta da relação interpessoal, a descoberta da consciência do “eu” que coincide com o início do período simbólico do Homem. De facto Damásio afirma que a consciência nuclear não exige linguagem e deve tê-la precedido no Homem bem como deve estar presente em algumas espécies não-humanas. Já a consciência autobiográfica dependerá em grande parte da linguagem (Damásio, 2010). Também Darwin refere a linguagem como uma das aquisições fundamentais para o desenvolvimento do Homem moderno (Varela, 2010).

Quando dizemos “eu” estamos a assumir que existe uma diferença entre a percepção de mim mesmo e a percepção do outro sobre mim. Por muito treino que alguém tenha no estabelecimento de uma relação empática, rigorosamente, não saberá o que é que o outro dizendo “eu”, sente (Renaud, 1994). Neste sentido, a percepção do “eu” só será possível através da auto-percepção de si próprio como um todo integrado nas partes que dizem respeito ao corpo, ao pensamento, às emoções e aos comportamentos; como refere Domingues (1997) *“o todo e as partes, numa concreta emergência situada, são um todo completo”*.

Não existe, no entanto, uma resposta consensual à questão de quem sou eu e de quem nós somos. Se a subjectividade faz parte integrante do sujeito, do indivíduo, então será muito difícil formular uma definição universal de pessoa, devido à enorme quantidade de reflexões que tal termo suscita e, também, ao facto dos constructos humanos serem muito diversificados. Parece ser seguro, no entanto, que o Homem é, em primeiro lugar, um ser natural, uma vez que vive e faz parte da natureza, sendo que será nesta relação que ele primeiramente se define (Neves, 1996). Mas, e devido, provavelmente, à natureza contemplativa e exploratória da relação do Homem com o mundo natural, este preocupou-se, desde tempos remotos, em estabelecer as características que o diferenciam dos outros seres naturais. Neste sentido, desde sempre a racionalidade foi defendida como exclusiva do Homem, e

como a característica universal responsável pela sua excelência<sup>13</sup> – já Aristóteles afirmava que o racional é da natureza do Homem.

Na sequência do desenvolvimento das suas capacidades contemplativas para com a natureza, e portanto, da racionalidade, o Homem sente-se capaz de aceder à inteligibilidade que tudo controla, dando-lhe a noção de superioridade, concretizada na visão judaico-cristã com a imagem do Homem à semelhança de Deus e, por isso, superior a todas as outras criaturas (Livro do Génesis, 1:26-31; 2:18-24). Mas esta nova forma de olhar o mundo, constitutiva da transcendência humana, leva a que o Homem tenha também que se repensar a si próprio. Desta forma, a objectivação das capacidades que o distingam claramente da natureza torna-se premente, sendo que a racionalidade é hoje, como já foi referido, universalmente aceite como a característica *“mais especificamente humana”* (Neves, 1996)<sup>14</sup>.

Kant, no seu livro “Fundamentação da Metafísica dos Costumes” (1996/1785), defende que, na natureza, se um ser está teleologicamente preparado para a vida possui os instrumentos próprios e adequados para esse fim. Sendo a razão uma característica especificamente humana esta terá que servir num sentido prático na prossecução dos objectivos da pessoa humana. Se não fosse assim, a natureza teria errado ao elegê-la para levar a cabo a tarefa de concretizar a vida; melhor seria, nesse caso, que fossem os instintos a comandar este destino, à semelhança do que se passa nos outros animais. A razão apenas serviria, então, para que este

---

<sup>13</sup> A noção de racionalidade pode ter diferentes leituras. Evans e Over (1996), citados por Boterill e Carruthers (2004/1999) defendem duas noções de racionalidade. Uma delas é caracterizada como o pensamento que geralmente é fidedigno para se atingir os objectivos próprios, e uma outra como o pensamento que se conforma a uma teoria normativa. De facto, os autores argumentam que se a racionalidade fosse interpretada de acordo com esta última noção, muitas pessoas poderiam não ser racionais, sendo que, se interpretada de acordo com a primeira noção, dificilmente se poderia dizer que essa não é uma característica da espécie humana. O papel das emoções na racionalidade é outra dimensão cada vez mais explorada hoje em dia. Damásio (2001/1994), por exemplo, defende que as emoções fazem parte do processo de escolha racional, pelo que sem elas seria muito difícil a uma pessoa fazer qualquer opção. Aliás, esta distinção entre razão e emoção está cada vez mais ultrapassada uma vez que todos sistemas estão integrados pelo que a separação entre mente como razão, e corpo como emoção, faz cada vez menos sentido. Este assunto será discutido no capítulo 2.3 – o pensamento ético.

<sup>14</sup> Tal como foi referido no início deste capítulo deve interpretar-se racionalidade, no contexto deste trabalho, como a tomada de decisão individual centrada na sua historicidade e previsão do futuro, incluindo a sua dimensão cultural e espiritual. Deste modo, a própria relação com os outros se assume determinante na definição desta característica única da pessoa.

ser hipotético se detivesse a admirar e contemplar as suas disposições naturais, impedindo-o de concretizar o seu uso prático. De facto, e para Kant, a razão só pode ser utilizada como uma faculdade que deve exercer um influxo sobre a vontade, ou seja, terá que ter uma expressão prática, contribuindo para as opções que momento a momento cada um de nós tem que tomar, o que faz da vontade, uma vontade boa em si mesma.

O exercício da vontade é pois um exercício de racionalidade, e uma das estruturas essenciais do ser humano. Se a pessoa actua por determinação da sua vontade, em função do exercício da sua racionalidade, resultado do seu desenvolvimento integrado no meio social, então ela é livre, “*é liberdade, enquanto indeterminação do seu ser através do seu agir*” (Neves, 1996, p. 606). Resultam duas características fundamentais do Homem, que se poderão dividir numa componente teórica, contemplativa, predisponente ao conhecimento – a razão – e numa componente prática, predisponente à acção – a liberdade. Se escolhermos mediante a avaliação sensitiva da nossa realidade, prevendo através do raciocínio qual poderá ser a melhor solução caso a caso, então o resultado dos nossos comportamentos terá que ser assumido como nossa responsabilidade. Escolhermos mediante a previsão do que poderá ser melhor dentro da realidade existente no sentido de atingirmos os nossos objectivos pessoais, o que faz do Homem um ser inteiramente livre. Livre porque escolhe em função da sua própria avaliação e porque livre de qualquer determinismo associado, por exemplo, aos instintos presentes em outros animais.

**1.2.2.1 – A razão pura e a emoção pura.** Não se pretende negar, dada a nossa óbvia ligação com os outros animais, que alguns instintos, ou melhor, algumas tendências inatas<sup>15</sup>, como serão as de conservação da vida ou de conservação da espécie, se manifestem no Homem. É verdade que são frequentes os exemplos de

---

<sup>15</sup> Thévenot (1985) afirma, a este propósito, que o Homem não terá instintos que se afigurem como determinantes, mas sim “pulsões” que traduzirão apenas uma tendência inata em realizar determinado comportamento. Deste modo, a pessoa não estará nunca, pelo menos quando age racionalmente, totalmente condicionada. Damásio (2010) propõe o conceito de inconsciente genómico como um repertório de conhecimentos não conscientes que visam dirigir o organismo sobretudo em áreas relacionadas com a vida e a morte, e com a reprodução, que poderão corresponder a esta noção de pulsão de conservação da vida e da espécie. Para evitar confusões relacionadas com o vocabulário da psicanálise é utilizado o termo “tendência inata”.

pais que dão a vida pelos seus filhos (o que poderia representar uma manifestação dessa tendência inata de conservação da espécie), como também não são raros os casos de pessoas que referem não conseguir pôr termo à vida ainda que afirmem ser essa a sua vontade (o que poderia representar uma tendência inata de conservação da vida). No entanto, é a racionalidade que torna a liberdade numa realidade inquestionável e inevitável: "... *A liberdade é, certamente, a ratio essendi da lei moral, mas a lei moral constitui a ratio cognoscendi da liberdade.*" (Kant, 1989/1788, p. 12, nota 1), pelo que, por princípio, o Homem deverá ser capaz de fazer o que é melhor para si, sendo que este melhor deverá ser definido, em última análise, a partir do exercício da sua racionalidade.

Já no seu livro "Inteligência Emocional", Daniel Goleman (1997/1995) refere claramente que, no Homem, em determinadas situações sentidas como ameaçadoras, são as emoções, através do sistema límbico e mais concretamente da amígdala, as primeiras a responder, antecipando-se a uma resposta cortical. Considerando que o aparecimento do sistema límbico, numa perspectiva filogenética, é anterior ao córtex cerebral, poderá enfatizar-se que estas respostas emocionais serão mais primitivas. Ou seja, corresponderão a uma resposta adaptativa a um outro tipo de vida anterior ao actual no Homem, no sentido em que permitem ao animal uma reacção rápida e quase automática quando confrontado com um estímulo ameaçador. Então, e neste caso, o comportamento não será racional, na perspectiva em que Kant o descreve; logo, poderá resultar numa resposta que poderá corresponder a uma tendência inata, como seja a da conservação da espécie, traduzida no sentido protector dos pais em relação aos filhos<sup>16</sup>. Aliás, esta conjugação entre funcionamento emocional e racional, que quando desconexa pode resultar em perturbações emocionais, leva muitas vezes a

---

<sup>16</sup> Não se pretende afirmar que o facto de os pais poderem dar a vida pelos filhos reflectirá apenas uma reacção emocional; ao verificar-se que este fenómeno terá alguma valorização social, seria redutor fazê-lo. Aliás, torna-se muito difícil fazer uma cisão absoluta entre razão e emoção. Ainda que se considere, a partir do que escreveram Rodrigues et al. (1989) e Damásio (2001/1995), que a emoção traduz uma resposta rápida do organismo para reagir a situações urgentes, e que os sentimentos serão a significação cognitiva da emoção, pelo que se afiguram como mais estáveis e duradouros, não se poderá considerar essa diferença como absoluta. Os processos mentais não funcionam, seguramente, de uma forma estanque, pelo que serão estranhas, pelo menos nestes contextos, reacções exclusivamente emocionais ou racionais. Este tema será discutido no capítulo 1.3 – O pensamento ético.

pessoa a tomar decisões que vão contra o seu próprio interesse. As emoções, dada a sua posição na arqueobiologia cerebral, terão um papel mais centrado na sobrevivência do indivíduo enquanto tal, enquanto a racionalidade se constituirá como a adaptação biológica às necessidades sociais do Homem. Deste modo, percebe-se que, na realidade, as decisões “mais” emocionais resultam normalmente em “danos” sociais para o indivíduo, pelo que será a razão que permitirá o adiamento da satisfação emocional com vista ao melhor sucesso e adaptação sociais. Não se pretende com isto afirmar que este agir racional se resume a um funcionamento baseado em normas derivadas de sistemas lógicos válidos. Seria claramente redutor fazê-lo.

Boterill e Carruthers (2004/1999) referem que agir racionalmente é fazê-lo a partir de um raciocínio condicionado pela forma como podemos pensar que é relativa às faculdades e capacidades do cérebro humano, o que nos transporta à noção de racionalidade deliberativa de Rawls (1993/1971) e à hipótese de marcadores somáticos de Damásio (2001/1994). Este assunto será adiante discutido.

No Homem, se alguma tendência inata tem prevalência, será a da sobrevivência que tende a protegê-lo a si e a um grupo restrito – a família – constituído para o ajudar a viver (Michaleli, 1996). De que outra forma seriam explicáveis fenómenos tais como o grande sucesso da contraceção? E a defesa, por alguns grupos sociais importantes, do abortamento, bem como, uma série de infanticídios em que a história se tornou fértil? Se em muitas espécies animais o instinto de conservação da espécie ultrapassa o instinto de sobrevivência, no Homem, parece ser o contrário que sucede. Com a consciência de si próprio o Homem adquire a consciência do sofrimento e do prazer, bem como do seu papel na forma de evitar um e promover o outro. Deste modo, o Homem torna-se individual e como tal prevalece sobre o grupo. Tem um valor por si próprio, pois tem uma inteligência individual diferente da inteligência da espécie. Esta última será caracterizada por um conjunto de instintos que visam defender a espécie como um todo e não o indivíduo.

Parece evidente que o animal ignora a morte, mas “conhece” uma morte que Edgar Morin (1988/1970) caracteriza de morte-agressão, morte-perigo, e morte-inimiga, que constitui uma defesa em relação a situações perigosas. Existem episódios descritos de animais que se escondem para morrer, adoptando comportamentos particulares que se pessoalizados poderiam ter traduções interessantes. Tais reacções e comportamentos, se implicam o indivíduo, são da espécie. Será uma tradução de inteligência específica e não de inteligência individual, logo um instinto. Ou seja, através da tradução de um arquétipo<sup>17</sup> é a espécie que conhece a morte e não o indivíduo. Aliás, a espécie só existe pela morte dos seus indivíduos. Salva-guarda o seu rejuvenescimento e selecciona os mais aptos através da defesa da morte-perigo e morte-agressão, graças a todo um sistema de instintos de protecção. E é porque a espécie é clarividente em relação à morte que o indivíduo animal é cego à morte, pelo que não tem consciência de si, o que o adapta à própria espécie.

O desenvolvimento de uma consciência individual implica, então, uma ruptura com a espécie, ou seja, uma ruptura entre o indivíduo e o instinto. Este passa a ser uma mera tendência pelo que, em última análise, a pessoa consciente pode decidir em função de si própria e não da espécie, o que implica uma ruptura com esta última.

Ainda assim, considerando a existência de um arquétipo de noção de morte no Homem, este manifesta-se de formas diferentes, dependendo da cultura, da história de vida e do nível de desenvolvimento cognitivo e emocional. Por isso mesmo, na base, tal como afirma Voltaire, a consciência da morte no Homem não é algo de inato, mas sim produto de uma consciência que traduz o real. Será somente por experiência que o Homem sabe que tem que morrer.

Este conhecimento da morte e do seu significado varia de sujeito para sujeito, pelo que será por isso mesmo que algumas pessoas acabam por escolhê-la. Os exemplos de pessoas que atentam contra a própria vida são férteis na história do

---

<sup>17</sup> Refere-se a um número limitado de representações mentais pertencentes ao inconsciente colectivo, pelo que são universais no que respeita à espécie, tendo uma natureza inata (Petot, 2001/1991), e que poderão fazer parte do inconsciente genómico proposto por Damásio (2010).

Homem. Existem, para recorrer à nomenclatura de Durkheim (2001/1897), diferentes tipos de suicídio: o suicídio egoísta, altruísta e anómico. Qualquer que seja a ideia que cada um mantenha sobre as motivações do suicídio, não há dúvida que este tem motivações sociais, vistas quer num sentido positivo ou negativo. Os atentados suicidas terroristas, por exemplo, e que se enquadram no suicídio altruísta descrito por Durkheim (2001/1897), poderão constituir um claro exemplo da sobreposição da cultura em relação a uma tendência inata de conservação da vida. Ou seja, trata-se de um exemplo da natureza racional do Homem e da sua capacidade, em virtude disso mesmo, em se sobrepor a qualquer uma das tendências inatas que o caracterizam, inclusivamente aquela que parece ser preponderante sobre as outras – a da conservação da vida. Também António Damásio (2010) se refere a este assunto através do conceito de inconsciente genómico. De facto este autor reconhece a existência de um repertório de conhecimentos não-conscientes que estarão, em primeira instância, relacionados com questões de vida e morte, e de reprodução, e que serão bases inconscientes do comportamento humano que podem ser adaptadas e modificadas pela experiência individual de cada um; não serão por isso determinantes e poderão corresponder às pulsões referidas por Thévenot (1985), e referidas neste trabalho como tendências inatas.

Esta identificação entre a vontade e a razão, que faz do Homem um ser inteiramente livre, dá origem a uma noção que se perpetua na tradição ocidental como princípio fundamental da vida moral e da identidade pessoal – a autonomia (Neves, 1997). A autonomia na escolha para o agir, determinada pela *“autêntica liberdade pessoal do Homem, a sua irrenunciável característica: este, no seu concreto existir, é sempre ser-livre”* (Dias, 1995, p. 147-148). Este conceito refere-se à capacidade de autodeterminação do indivíduo, já abordada a propósito da definição de pessoa formulada por Boécio. A pessoa será então, devido ao uso da sua razão, um ser incondicionalmente livre, senhor de uma vontade autónoma que será o princípio supremo da moralidade, que implica, por esse mesmo motivo, a sua relação com o outro, revestida de um valor inexorável que Kant designa por dignidade. Esta dignidade assenta então na racionalidade do Homem já que é a partir desta sua

característica natural que deve exercer a sua vontade de forma a cumprir com a sua natureza: viver feliz.

Coloca-se ainda assim a questão: esta racionalidade não incluirá as emoções? E se assim for, de que forma? E não será isso uma limitação à liberdade da decisão na pessoa? Do mesmo modo será pertinente questionar como pode um animal com córtex e com amígdala ter consciência ética.

### **1.3 – O PENSAMENTO ÉTICO**

Não é raro ouvir-se dizer que o comportamento das pessoas deve ser baseado na sua “consciência ética”. Mas afinal o que é isto de consciência ética? Como se forma? Será inata ou fruto da educação? Quais são as estruturas cerebrais envolvidas? Todas estas questões, e algumas outras, têm merecido a atenção por parte de muito pensadores, desde filósofos a cientistas, passando por neurologistas e psicólogos. De facto, torna-se importante compreender um pouco mais sobre as bases do pensamento ético, até como forma de se tentar potenciar os resultados ao nível da formação profissional, com vista a garantir uma prática mais adequada e consoante os interesses das pessoas e dos profissionais desta área. Neste sentido, pretende-se compreender um pouco mais sobre as bases de funcionamento do raciocínio ético, dimensão que, afinal, se pretende ver desenvolvida em todos os profissionais.

#### **1.3.1 – A consciência ética**

O problema da consciência, em si mesmo, tem servido para alimentar muitas discussões, em diversos sentidos. Não será por acaso que consciência é uma palavra para a qual abundam os sinónimos, e não só na língua portuguesa. Veja-se, a propósito, o que nos diz Calvin (2004/1996) sobre a confusão que pode gerar-se em função dos diversos significados de consciência. De facto podem encontrar-se como sinónimos termos como vigilante, sensível, acordado, estimulável, deliberado, entre outros.



Segundo Widlöcher (2001/1991), consciência tem um triplo significado, a saber: moral, metafísico e psicológico. Se é o significado moral que deverá merecer aqui uma maior atenção, não se poderá consegui-lo sem primeiro compreender o psicológico. Na base, a ideia de consciência, num sentido psicológico, passa por ser um estado mental (Damásio, 2010) de reconhecimento do mundo e de si próprio, acessível pela introspecção. Nesta perspectiva, a consciência ética ou moral<sup>18</sup> será a capacidade de distinguir o bem do mal de uma forma consciente, ou seja, de um modo perfeitamente identificado pelo próprio. Ora a questão de fundo é precisamente saber até que ponto esta afirmação é verdadeira, ou seja, se a escolha entre o bem e o mal resulta de uma operação racional e consciente da pessoa ou, se por outro lado, este será um processo como que automático sobre o qual a pessoa detém um controlo limitado, o que poderia conduzir à questão levantada por Mobbs, Lau, Jones & Frith (2007) sobre se deveria ser repensada a noção de “free will” (p. 695).

Na verdade existem muitas teorias sobre o desenvolvimento da consciência moral, sendo que os grandes percursores no estudo deste fenómeno terão sido Freud, com o desenvolvimento da noção de consciência, e Piaget com o conceito de autonomia moral (Tancredi, 2005; Killen & Smetana, 2006). Mais tarde Kohlberg desenvolveu os trabalhos de Piaget, sendo que a sua teoria dos seis estádios do desenvolvimento moral se tornou num dos paradigmas de estudo nesta área. Aliás, Kohlberg (1968) defendia já nessa altura que o julgamento moral do Homem envolvia o pensamento e nesse sentido as emoções, ainda que, no seu parecer, estas não desempenhassem um papel central na moralidade. De facto, na primeira metade do século XX, a moralidade era vista como uma forma de adaptação do indivíduo à sociedade que se tornava parte integrante de si próprio através da formação (Turiel, 2006). Este privilegiar da razão no julgamento moral vem, no fundo, na sequência do racionalismo grego, sendo que foi começando a ser colocada em causa com a descoberta do papel dos estímulos aversivos na formação do julgamento moral. Damásio (2001/1994) vem então reforçar a ideia de que as emoções têm uma grande influência na razão, pelo que por isso mesmo terão que

---

<sup>18</sup> Devem interpretar-se, neste contexto, ética e moral como termos sinónimos. Para um maior desenvolvimento sobre a questão da diferença entre ética e moral consultar o capítulo 1.1 – A Ética.

influenciar o desenvolvimento moral. Aliás, na sua obra publicada em 2010, o autor vem defender que “o corpo é o alicerce da mente consciente” (p. 39), pelo que se as emoções se manifestam no corpo se perceberá a ligação próxima entre emoção e razão. Ainda assim Damásio não defende que as emoções se substituam à razão consciente no julgamento moral, apenas propõe um modelo interactivo entre as emoções, os sentimentos e a racionalidade. Já Haidt (2007) propõe um modelo de moralidade, a que chamou modelo de intuição social (Haidt, 2001), baseado em princípios que têm na base uma justificação emocional. Ou seja, os princípios são os mesmos para todas as pessoas, independentemente da cultura, ainda que algumas sociedades ou organizações sociais possam valorizar algum desses princípios em detrimento de outros. Para Haidt o julgamento moral é então automático e primariamente centrado nas emoções, sendo estes princípios baseados na intuição. A reflexão desempenha, neste caso, um papel claramente secundário.

De facto, e segundo Widlöcher (2001/1991), um grande número de actividades complexas de tratamento da informação decorre de uma forma automática e fora do controlo do indivíduo. São processos mentais que não podem de modo algum ser trazidos ao conhecimento (Varela, Thompson & Rosch, 2001/1991), ao contrário do inconsciente psicanalítico que resulta da própria consciência, e que se processam de uma forma automática e involuntária. Resta saber até que ponto isso acontece com a consciência ética, partindo do pressuposto que em termos gerais consciência e racionalidade não seguem exactamente no mesmo sentido.

Por um lado, a ética deve ser definida como uma ciência racional, já que filosófica, e que pretende promover a distinção entre as características boas e más do comportamento humano (Lalande, 1985). Por outro lado percebe-se que as emoções e os sentimentos têm uma influência marcante no pensamento humano (Damásio, 2010; Sá, 2009) pelo que deverão ser relevantes no raciocínio ético. Se os modelos racionalistas defendem que o julgamento moral é produto do raciocínio e da reflexão, hoje cada vez mais se discute o papel das emoções a este nível.

Um dos primeiros autores a questionar o modelo racionalista foi David Hume (1998/1751) que se debruçou, na sua vasta obra, sobre as fundações da moral, questionando-se sobre se esta derivaria da razão ou do sentimento. No fundo a questão central de Hume era saber se a noção de certo e de errado é atingida através de uma cadeia de argumentos e de um pensamento indutivo, ou se, pelo contrário, a pessoa a deduz através de um sentimento imediato instintivo.

Já nessa altura, e ainda que baseado num método centrado na sua experiência pessoal, Hume (1998/1751) acreditava que nunca poderíamos fazer um julgamento moral baseados apenas na razão. Aliás, Hume acreditava que o Homem seria um ser naturalmente empático, centrado no interesse de tudo o que promovesse a utilidade pública/social. Deste modo, o Homem naturalmente consideraria o bem do outro, pelo que a decisão ética, centrada então no interesse social, seria muito mais intuitiva do que racional.

Curiosamente, Tânia Singer publicou recentemente um estudo (2007) onde relacionava a empatia com o sentido de justiça do ponto de vista neurológico. A autora referiu que as regiões do cérebro activadas em experiências onde os sujeitos percebiam que alguém era submetido a emoções negativas seriam as mesmas activadas na resolução de paradigmas relacionados com a justiça. Também Young & Koenigs (2007) vêm defender a importância das emoções na moralidade humana ao afirmarem que certas regiões do cérebro relacionadas com o processamento emocional – o córtex pré-frontal ventromedial – estão também envolvidas nos processos de decisão moral.

Outros autores (Moll, Eslinger & Oliveira-Souza, 2001; Fowers, 2005; Coricelli, Dolan & Sirigu, 2007) acreditam que agir bem, no sentido ético do termo, envolve a concordância com a emoção e a cognição, no sentido em que uma pessoa de bom carácter agirá bem informada mas a partir de uma motivação positiva. Esta ideia é aliás partilhada por Damásio na sua hipótese das emoções como marcadores somáticos (2001/1994), quando afirma que as emoções, através daquilo que nos fazem sentir no nosso corpo, nos indicam o caminho a seguir. A tomada de decisão

consciente implicaria um processo mental operado por todos os níveis do eu, ou seja o eu material, constituído pelo proto-eu e pela consciência nuclear, com uma ligação directa ao corpo, e o eu autobiográfico, implicando então o passado da pessoa e a antecipação do futuro (Damásio, 2010). Também Sá (2009) define sabedoria como o resultado de uma ligação integradora dos três níveis de consciência que propõe, uma sub-cortical, ligada ao corpo e ao funcionamento automático, mediada pelo sistema nervoso autónomo e pelo sistema límbico, outra cortical, mediada por um pensamento hipotético-dedutivo e por isso mesmo histórico e antecipatório, e uma terceira consciência alargada que resultaria das duas primeiras. A sabedoria que nos ajuda a tomar decisões orientadas sofreria deste modo uma influência clara das emoções e de tudo o que estiver relacionado com o que poderemos sentir a nível somático. De facto, se as opções fossem tomadas meramente a partir de um método dedutivo/racional tornar-se-iam em equações com hipóteses tão complexas que tornariam inútil o raciocínio e o esforço de decisão (Damásio, 2001/1994), pelo que é intuitivamente aceitável a ideia de que outras dimensões estão envolvidas nos processos de decisão.

### **1.3.2 – A inteligência**

A reflexão sobre a relação entre a emoção e a razão pode levar, se for perspectivada de uma forma mais abrangente, a questionar sobre quais os processos que estarão na base das tomadas de decisão da pessoa. O nome atribuído ao conjunto de competências utilizadas no processo de decisão que visa, em última análise, a execução de uma qualquer tarefa é inteligência.

Um dos maiores sucessos da psicologia do século XX, segundo alguns autores (Sternberg, 1985; Gardner, 1994/1983), foi o estudo da inteligência. Trata-se de um tema que fascina leigos e cientistas e que tem levado à elaboração de centenas de livros e milhares de artigos.

Nas últimas décadas houve um grande ímpeto nas teorias dedicadas ao conceito de "inteligência". Enquanto no início do século XX o interesse pela inteligência e pela

sua avaliação se centralizava no contexto escolar, nos dias de hoje, o enfoque ampliou-se.

O termo inteligência tem uma utilização surpreendentemente ampla. No campo da psicologia, o termo inteligência pode assumir diversos significados. Stott (1965) destacou três como sendo os principais: (1) potencialidade mental geneticamente determinada; (2) capacidade para adquirir modos de comportamento novos e mais adequados e (3) habilidade(s) para funcionar, fazer, agir em qualquer momento e situação.

Em rigor, não há definição absoluta de "inteligência", acerca da qual exista uma ampla concordância. Há alguns anos, Sternberg e Lubart (1995) foram particularmente felizes ao declarar que uma das batalhas em torno do conceito de inteligência é justamente acerca do que incluir sob a sua definição. Em grande parte, inteligência é algo criado por nós próprios: uma criação para descrever o facto de que em termos de habilidades adaptativas existem diferenças entre as pessoas.

Igualmente interessante é a proposta de Neisser (1979) sugerindo que a inteligência de uma pessoa é apenas o grau com o qual essa pessoa se parece com o protótipo da "pessoa inteligente". Dado que nenhuma característica por si só define esse protótipo, não poderá haver uma definição processual adequada de inteligência. Em princípio, o mais correcto parece ser a combinação, num parâmetro único, de muitas medidas derivadas desse protótipo. O problema reside no facto de que, na prática, muitas das características relevantes para o conceito de inteligência, são, simplesmente, impossíveis de medir.

Assim, a preocupação com aquilo que a inteligência é, e com a identificação da pessoa inteligente, tem levado os investigadores à conclusão de que o conceito de inteligência não pode ser explicitamente definido, não apenas por causa da natureza da inteligência em si, mas também por causa da natureza dos próprios conceitos (Neisser, 1979). Neste sentido, Calvin (2004/1996) parece ter razão quando afirma

que a inteligência não é uma localização mas sim um processo que diz respeito à improvisação de uma solução.

Vale a pena, no entanto, examinar a etimologia do adjetivo "inteligente". O termo vem do Latim, *intellegere*, que significa compreender e, literalmente, a escolha – *lègere* – que vem de dentro – *intus*. Nesse sentido estrito, a pessoa inteligente é aquela que é capaz de escolher, com sentido e compreensão, entre duas ou mais alternativas. Pode-se pois definir pessoa inteligente como aquela capaz de escolher com sentido e compreensão entre as oportunidades que a vida lhe oferece e, assim fazendo, ser uma arquitecta parcial na construção de seu próprio destino, na interrelação com os outros. Dentro desta concepção, apresenta-se como referência o papel do outro no processo, o que também transporta para o campo da ética e do julgamento moral.

Esta heterogeneidade na conceptualização da inteligência é ilustrada por um conjunto de estudos que se baseiam na existência de inteligências separadas de acordo com localizações cerebrais ou com diferentes funcionalidades. Gardner (1994/1983) identifica pelo menos sete tipos de inteligência: a linguística, a musical, a lógico-matemática, a espacial, a corporal-cinestésica, a intrapessoal e a interpessoal.

Mas os grandes avanços nos conceitos de inteligência têm-se dado a partir do conceito de inteligência social com a incorporação das emoções neste domínio. Salovey e Mayer (1990) foram os grandes precursores do conceito da inteligência emocional, embora ele se tenha popularizado a partir da publicação de Daniel Goleman (1997/1995) sobre o mesmo tema.

**1.3.2.1 – A inteligência das emoções.** Durante muito tempo a cultura moderna, fortemente centrada no conceito de racionalidade, reservou um lugar secundário para as emoções. Aliás as emoções eram tidas como a dimensão animal do Homem pelo que o papel da racionalidade seria o de controlar essas mesmas emoções no sentido de se conseguir um comportamento realmente humanizado. A emoção era

vista como um obstáculo que interferia no funcionamento racional dos sujeitos (Mayer, DiPaolo & Salovey, 1990).

A existência de um conflito entre o acto de viver as emoções e o de negar as mesmas tem acompanhado o pensamento ocidental desde há muito tempo (Mayer, Salovey & Caruso, 2004). Tal evidência poderá encontrar explicação, por exemplo, a partir do movimento estóico da Grécia antiga (aproximadamente de 200 a.C. a 300 d.C.), em que a filosofia vigente aludia para a exclusão da emocionalidade na vida dos sujeitos (Mayer, Salovey & Caruso, 2004); apenas a racionalidade e a lógica tinham lugar (Payne, 1986, cit. Mayer, Salovey & Caruso, 2004).

Todavia, a partir do final do séc. XVIII, deu-se o início de uma mudança ilustrada pelo surgimento do movimento romântico europeu que pretendia enfatizar a vivência das emoções proporcionando outras perspectivas para além daquilo que seria lógico. Deste modo, segundo Mayer, Salovey e Caruso (2004), a imagem da rebelião emocional ganhou fulgor com a vaga de pintores, escritores e músicos que desejavam fazer frente ao racionalismo imperante nas artes.

Neste sentido, Damásio (2000/1999) salienta que, se por um lado existiu uma abordagem sobre os vários aspectos da emoção nos finais do séc. XIX, nomeadamente através dos trabalhos de Darwin, William James e Freud, por outro lado, com o avançar do séc. XX, e até há bem pouco tempo, a temática das emoções foi desprezada, em muito, pelo contributo das ciências cognitivas. Os trabalhos desenvolvidos por Binet e Simon, no início do séc. XX, vieram reforçar ainda mais a importância da vertente racional (Filliozat, 2001/1997).

Se ao longo de vários anos as emoções foram surpreendentemente descuradas pela investigação, nomeadamente pela psicologia científica, as últimas décadas têm-se revelado cruciais na elaboração de diversos estudos que apresentam tal temática como pano de fundo (Goleman, 1997/1995). Ceitil (2006) evidencia, a este respeito, a crença de que as emoções, até meados dos anos 80, eram um obstáculo para o funcionamento racional dos indivíduos. Contudo, o contributo das neurociências

permitiu encarar as emoções mediante uma perspectiva menos pejorativa. Ainda segundo o mesmo autor, de entre os vários exemplos possíveis, são incontornáveis os legados de Damásio (importância das emoções na tomada de decisão), os de LeDoux (circuitos cerebrais baseados nas emoções) e os de Edelman (aprendizagem emocional pode aumentar a capacidade de aprender). Contudo, foi Gardner (1994/1983), tal como já foi referido, que abordou pela primeira vez a ideia de inteligências múltiplas – e não apenas o Q.I. – gerando grande controvérsia entre os especialistas. Talvez por isso, na opinião de Ceitil (2006), Gardner teve um enorme contributo na construção do conceito de inteligência emocional, uma vez que introduziu as noções de inteligência intrapessoal e interpessoal.

A inteligência emocional (IE) será definida como uma tentativa de devolver ao Homem a sua totalidade, no que à inteligência diz respeito, centrando a atenção no papel das emoções nos processos de decisão. De facto, e originalmente, a inteligência emocional constituiu-se como um constructo que foi definido a partir da inteligência social. Por sua vez o pioneiro do conceito de inteligência social foi Thorndike que a definiu como a capacidade para compreender homens e mulheres e para agir competentemente nas relações humanas (Thorndike, 1920 citado por Salovey e Mayer, 1990). Deste modo, verifica-se que a novidade trazida pelo conceito de IE reside precisamente na especificação da capacidade da pessoa em identificarmos as suas emoções e as dos outros e em utilizar essa informação nas suas tomadas de decisão (Salovey e Mayer, 1990).

Daniel Goleman (1997/1995) defende que a capacidade para lidar com as emoções é mais importante para obter sucesso na vida do que a noção de inteligência tradicional medida pelo quociente intelectual (QI). Aliás, este autor afirma mesmo que o êxito profissional estará dependente em cerca de 80% para a IE e de 20% para o QI.

Também Damásio (2000/1999) não deixa de vincar a importância dos aspectos emocionais na vida dos sujeitos, afirmando que os indivíduos “estão atentos às emoções dos outros, cultivam passatempos que manipulam as suas emoções, e



governam as suas vidas, em grande parte, pela procura de uma emoção, a felicidade, e pelo evitar das emoções desagradáveis” (p.55).

As emoções são impulsos para o agir, planos instantâneos para lidar com a vida (Filliozat, 2001/1997), desenvolvidos numa fase anterior do percurso filogenético do Homem. Por isso mesmo pode afirmar-se que, no essencial, as emoções humanas são semelhantes às emoções de qualquer mamífero superior, dado que as estruturas que as controlam são também elas equivalentes. Este pressuposto vem de encontro à ideia original de Darwin expressa na sua obra “*The expression of the emotions of Man and Animals*” (cit. Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2003/1999). Deste modo, é possível que, se interpretadas isoladamente, as reacções emocionais sejam lidas como estando ligadas a respostas adaptadas a um tipo de vida individual e não social, interpretando “social” como equivalente à complexa organização social do Homem. Ou seja, o pressuposto é o de que a razão se terá desenvolvido no Homem como forma de o adaptar às necessidades de uma vida social, já que as emoções dariam uma resposta ao seu interesse como ser isolado, isto é, totalmente independente dos interesses dos outros. Recordando a perspectiva de Damásio (2010) sobre a consciência nuclear e sobre a consciência autobiográfica poderá verificar-se que caminha no mesmo sentido dado que a primeira resulta, entre outras dimensões, das emoções e está presente em muito outras criaturas que não o Homem, e a segunda resulta da primeira através da sua complexificação e evolução. Desta perspectiva resultaria que as emoções dariam ao Homem a noção da sua vontade, dos seus desejos, da satisfação imediata das suas necessidades, e a razão a adaptação desses desideratos à realidade social, conjugando os interesses do indivíduo com os dos seus pares, condição fundamental para um adequado desenvolvimento e integração da pessoa humana. Segundo Eduardo Sá (2009) a não vivência emocional, que poderá acontecer quando a pessoa ignora ou reprime a emoção, não permitindo que ela se exprima, poderá resultar em respostas negativas para o indivíduo, como uma manifestação paradoxal da emoção sentida pela pessoa como negativa e geradora de stress, fadiga, desesperança ou mau-estar. Deste modo o indivíduo poderá desenvolver resposta mal-adaptativas não conseguindo escolhas adequadas. Também Damásio (2010) vai de encontro a esta ideia quando

afirma que “o comportamento e a mente, consciente ou não, e o próprio cérebro que os cria recusam-se a revelar os seus segredos quando a emoção (e os numerosos fenómenos que ela oculta) não é tida em conta e não recebe o merecimento devido.” (p. 141). Para Goleman (1997/1995) as emoções constituem uma fonte de energia que não deve ser desperdiçada pelo sujeito no sentido de procurar uma resposta adaptativa, pelo que se torna importante identificá-las e reconhecê-las dando corpo ao conceito de literacia emocional. Por exemplo, a facilidade em reconhecer microexpressões faciais potencia a capacidade empática de um indivíduo (Sá, 2009) e potencia o sucesso das suas relações com os outros. Deste modo, a compreensão do papel basilar das emoções poderá facilitar a compreensão da sua influência nos processos de decisão.

**1.3.2.2 – A Emoção.** Etimologicamente, a palavra emoção deriva do latim *emovere* e significa “pôr em movimento”, espelhando a influência que desempenha no comando dos comportamentos das pessoas (Chabot & Chabot, 2004). Segundo os mesmos autores, as emoções estão sempre presentes no Homem, seja a partir da consciência que este vai adquirindo delas a todo o momento, seja no contacto que este estabelece com os outros. Pode então considerar-se a emoção como uma resposta mental a um determinado acontecimento, emocionalmente competente (Damásio, 2010), que envolve, entre outros, aspectos fisiológicos, experienciais, cognitivos e comportamentais (Mayer, Salovey, Caruso & Sitarenios, 2001). Talvez por isso Damásio (2001/1994) se refira às emoções como um conjunto de alterações no equilíbrio do corpo “justapostas” com determinadas imagens mentais. Quando a esta emoção se associa a percepção subjectiva de um objecto ou acontecimento então desenvolve-se um sentimento. Nesta perspectiva, os sentimentos, para Damásio, têm uma expressão mais contínua. Aliás, o autor desenvolve ainda a noção de “sentimento de fundo” que descreve como correspondendo aos estados do corpo que ocorrem entre emoções, sendo por isso muito mais frequentes ao longo da vida, e de longa duração. Contudo, e paralelamente, Damásio refere-se às emoções como podendo ser primárias e secundárias. Se a estas últimas corresponde a noção acima descrita de alterações somáticas justapostas a imagens mentais, as primeiras referem-se a um conjunto de respostas emocionais inatas,

comandadas essencialmente pela amígdala, e que promovem estados e predisposições pré-determinados que poderão, é claro, ser mais tarde trabalhados num sentido adaptativo. Baird (2008) refere-se a estas emoções como as cores primárias. A manifestação repentina e explosiva destas emoções poderá corresponder então à noção retratada pela expressão “perder a cabeça” pelo que poderiam ser limitadoras do exercício da racionalidade do Homem, tornando-o inimputável em relação aos seus comportamentos, sobretudo quando o estímulo emocionalmente competente funciona como um alarme falso, influenciado pela dimensão cultural da pessoa ou pela sua história individual. O exemplo, descrito por Goleman (2003/1995, p. 26), do pai que dispara inadvertidamente sobre a filha, num momento de grande tensão, poderá corresponder à manifestação de uma emoção primária. Também Johnson-Laird (2006) utiliza o termo “emoção básica” para se referir a todas as emoções comandadas pela amígdala. Descreve-as como sendo inatas e geradoras de expressões faciais universais. Destas emoções será possível distinguir aquelas que poderão ser vivenciadas sem a identificação do objecto que as provoca, como a felicidade, a tristeza, a raiva e o medo, e aquelas que necessitam dessa mesma identificação, como o amor, o nojo e o ódio.

Não serão estas emoções, segundo a hipótese formulada por Damásio (2001/1994), que participam na manifestação do marcador-somático como parte do processo de decisão. Para este autor, os marcadores-somáticos passam pelo uso de sentimentos criados, por via da aprendizagem, a partir de emoções secundárias, pelo que servem de alarme ou de incentivo para a realização de determinada opção. Estas emoções complexas, nas palavras de Johnson-Laird (2006), dependem de inferências conscientes entre as diversas alternativas que se colocam ao sujeito, e só podem ser experimentadas por motivações suas conhecidas e que por isso variam muito de cultura para cultura, de pessoa para pessoa.

Esta distinção entre emoções primárias e secundárias, o que equivale a dizer entre emoções inatas – semelhantes para todos os homens e mulheres – e emoções auto-conscientes – adquiridas ao longo da história pessoal, evocadas através de uma auto-reflexão e auto-avaliação (Tangney, Stuewig & Mashek, 2007), e por isso

distintas de pessoa para pessoa pelo menos quanto ao seu significado e intensidade – é importante no sentido em que nos ajuda a compreender a complexidade do mundo interno da pessoa. De facto, se fossem apenas consideradas as emoções primárias seria talvez verdade que fosse mandatório aprender a controlá-las, ou melhor, aprender a promover respostas mais adaptativas e a filtrar estímulos emocionalmente competentes (Damásio, 2010). Não invalidando a ideia de que “perder a cabeça” será, na maioria das vezes, algo indesejável, pelo que o controlo possível das emoções primárias será sempre positivo, o reconhecimento da existência de emoções complexas, marcadas pelas características únicas de cada ser-humano, vem de encontro à ideia de que, de facto, o Homem é muito mais do que a sua racionalidade, é muito mais do que o calculismo que tal implicaria. Por isso mesmo, para conseguir os melhores resultados possíveis a partir das suas escolhas individuais, não chegará ao sujeito compreender o lado lógico e factual dos acontecimentos. Será necessário um olhar profundo para o interior das suas motivações pessoais, da sua fenomenologia, da sua complexidade, para conseguir aumentar o conhecimento real de si próprio e promover o seu conhecimento sobre os seus sentimentos de emoção. Afinal, não será este um dos objectivos últimos da psicologia, ajudar a pessoa nesse desiderato?

Oatley & Jenkins (2002/1998) consideram as emoções como o centro da vida mental humana, já que estabelecem a ponte com as coisas, com as pessoas e com os acontecimentos, sendo portanto centrais no processo de decisão. Nesta perspectiva, será muito importante uma reflexão sobre as reacções emocionais a fim de promover respostas que possam ser adaptativas em relação aos objectivos traçados, que deverão passar por uma adequada satisfação das necessidades num sentido individual e social das mesmas. No fundo, ao reflectir sobre as suas emoções a pessoa poderá utilizá-las como fenómenos cognitivos inteligentes, promovendo um comportamento mais adaptado no sentido dos seus objectivos. Deste modo, esta abordagem de marcador-somático proposta por Damásio é compatível com a noção de que o comportamento pessoal e social eficaz requer que os indivíduos formem teorias adequadas sobre si próprios e sobre os outros. Este pressuposto implicará que o desenvolvimento da inteligência emocional se torne de

facto um factor importante na concretização pessoal, levando a pessoa a reconhecer de uma forma mais eficaz a sua paleta de sentimentos.

### **1.3.3 – Inteligência emocional e julgamento moral**

Salovey & Mayer (1990) terão sido os primeiros a usar o termo “inteligência emocional”, pelo menos no sentido em que hoje é reconhecido. Tal como ainda há pouco foi feita referência, estes autores definiram a inteligência emocional como um sub-domínio da inteligência social que envolve a capacidade para monitorar as emoções do próprio e dos outros, discriminá-las, e usar essa informação para orientar o seu pensamento e as suas acções. Para estes autores são três os processos mentais que envolvem a inteligência emocional; incluem a capacidade do indivíduo em (1) avaliar e compreender as suas emoções e a dos outros, (2) regular as suas próprias emoções e as dos outros e (3) utilizar as emoções num sentido adaptativo. Estes processos podem ser promovidos no sentido de aumentar a capacidade dos indivíduos em (1) identificar o conteúdo das respostas afectivas de terceiros e escolher os comportamentos mais adequados do ponto de vista social, (2) promover o aparecimento de emoções positivas motivando-se e motivando carismaticamente terceiros com vista à obtenção de determinados objectivos e (3) potenciar a criatividade e a flexibilidade na resolução de problemas conseguindo mais e melhores alternativas.

Também Goleman (1997/1995) apresenta a inteligência emocional como sendo composta pelo auto-controlo, pelo entusiasmo, pela persistência, bem como pela capacidade para se motivar. Desta forma, a inteligência emocional está vinculada a actividades como a automotivação e a capacidade para enfrentar as frustrações inerentes à vida, o controlo dos impulsos, a canalização das emoções para objectivos específicos e positivos e a capacidade para adiar a gratificação e o prazer, ou seja, a tudo o que diz respeito à canalização das nossas emoções para a mediação dos comportamentos intra e interpessoais (Märtin & Boeck, 1997). Desta forma, Goleman (1997/1995) divide a inteligência emocional em cinco áreas distintas:

1. autoconhecimento emocional – reconhecer e identificar uma emoção quando esta se apresenta à consciência, será a chave da inteligência emocional. A falta desta capacidade implicará uma dependência emocional, no sentido em que as emoções comandarão as vivências pessoais. Goleman (1997/1995) refere-se à incapacidade em diferenciar sentimentos e expressá-los por palavras como iliteracia emocional;

2. controlo emocional – capacidade para lidar com as emoções, adequando-as a qualquer situação. Os indivíduos que carecem desta competência terão estados de insegurança mais profundos, recuperando mais dificilmente, por esse motivo, dos contratempos vivenciais;

3. automotivação – dirigir as emoções na obtenção de um objectivo específico será essencial para se conseguir um estado de busca permanente, mantendo a mente criativa na procura de soluções. De outro modo a pessoa poderá vivenciar as emoções de uma forma negativa. Sempre que uma emoção se sente e não se exprime, torna-se negativa, pois não cumpre a sua finalidade (Sá, 2009). O mesmo autor afirma ainda que o efeito emocional pode desencadear uma reacção paradoxal, já que o sistema nervoso pode interpretar os sintomas emocionais (que mesmo que a pessoa tente reprimir e consiga torná-los invisíveis aos outros, segundo Damásio (2010) se manifestam do mesmo modo no corpo) como potencialmente ameaçadoras;

4. reconhecimento das emoções do outro – a empatia é outra capacidade que constrói o autoconhecimento emocional. Esta competência permite ao indivíduo reconhecer as necessidades e os desejos do outro, o que resultará na construção de relações mais satisfatórias;

5. capacidade para as relações interpessoais – a arte de se bem relacionar está, em grande parte, na capacidade de se despertar sentimentos no outro. Esta será a base na qual se sustenta a popularidade, a liderança e a eficiência interpessoal.

Estas 5 áreas poderão, grosso modo, corresponder às áreas definidas por Salovey & Mayer (1990), com a particularidade de Goleman promover a distinção em dois grupos distintos – a inteligência interpessoal, contendo as áreas 4 e 5, e a inteligência intrapessoal contendo as outras três, enquanto Salovey & Mayer consideram as duas primeiras dimensões nos dois sentidos, intra e interpessoal. Então, na forma como é definida por estes autores, pode concluir-se que a inteligência emocional passa pela capacidade de auto e hetero compreender e regular as emoções, conseguindo utilizá-las num sentido positivo de resposta às necessidades pessoais e de promoção de relações inter-pessoais positivas.

Posto isto, a gestão emocional será essencial no percurso do destino do Homem rumo à sua concretização. Sendo o Homem um sujeito de relação, construído através da relação, relacionar-se com os outros não será uma opção mas sim um inevitabilidade. Não existem dúvidas de que a relação entre pessoas envolve emoções, pelo que quanto maior for o conhecimento das mesmas e mais adequada a sua gestão melhores serão os resultados dessas mesmas relações.

Compreender as emoções, aprender a lidar com elas, a interpretar a informação que proporcionam, ou seja, promover a identificação e conhecimentos dos sentimentos, deverá ser um dos objectivos do exercício da racionalidade. Para o próprio Goleman (1997/1995), o intelecto não pode funcionar no seu melhor sem a participação das emoções. O autor acrescenta que a conjugação adequada entre a razão e a emoção faz com que a inteligência emocional e a capacidade intelectual sejam fortalecidas. Esta convicção parece estar de acordo com as descobertas de Coricelli, Dolan e Sirigu (2007); afirmam estes autores que as decisões do Homem não podem ser apenas explicadas pela racionalidade, sendo que determinados tipos de estados afectivos podem induzir mecanismos específicos de controlo cognitivo dos processos de escolha, envolvendo reforço ou evitamento do comportamento experienciado.

De facto, independentemente da validade empírica do constructo “inteligência emocional”, parece ser inegável a importância das emoções, bem como o treino e a

experiência em situações emocionais, na regulação das relações interpessoais. Regulação, bem entendido, enquanto adequação de tomadas de decisão ao aumento da eficácia no atingir dos objectivos pessoais de cada um. A noção de julgamento moral vem, no fundo, de encontro a este desiderato. O que se pretende é promover uma mais correcta compreensão do outro, de nós próprios e do contexto envolvente, a fim de se poder assumir uma posição sobre qualquer situação social de uma forma consciente. Será então facilmente compreensível que será difícil levar a cabo julgamentos morais adequados sem recorrer às competências anteriormente abordadas. A este propósito Schnall, Haidt, Clore & Jordan (2008) afirmam que qualquer pessoa que ignore aquilo que sente quando está a realizar qualquer tipo de julgamento, dificilmente o fará com o sucesso desejado.

Paralelamente, importa considerar outras variáveis. É curioso, por exemplo, o estudo de Koenigs, Young, Adolphs, Tranel, Cushman, Hauser & Damásio (2007) ao demonstrar que pacientes com lesões no córtex pré-frontal ventromedial, uma área do cérebro particularmente importante no controlo emocional, fazem julgamentos mais baseados em pressupostos utilitaristas do que um grupo de controlo. Tal facto faz notar a importância das emoções por um lado, mas também o papel das cognições na interacção com os valores morais e com o contexto social (Moll, Zahn, Oliveira-Souza, Krueger & Grafman, 2005).

**1.3.3.1 – Intuições e automatismos.** Deve evitar-se cair na tentação de reduzir o funcionamento do Homem, no que diz respeito ao seu juízo social, à questão emocional. Greene, Nystrom, Engell, Darley, & Cohen (2004) defendem que existirá um conflito no cérebro entre a emoção e a razão que será mediado pelo córtex cingulado anterior, dando relevância à dimensão cognitiva nas decisões morais. Curiosamente, ou talvez não, Damásio (2010) atribui ao córtex cingulado anterior um papel importante ao nível dos sentimentos, uma dimensão cognitiva das emoções. Haidt (2001) tem uma opinião um pouco diferente. A partir do seu modelo de intuição social, refere que o julgamento moral é provocado a partir de intuições morais rápidas, sendo estas seguidas, e apenas se necessário, por muito mais lentos raciocínios morais que ocorrem, essencialmente, depois das tomadas de decisão:



“The central claim of the social intuitionist model is that moral judgment is caused by quick moral intuitions, and is followed (when needed) by slow, ex-post facto moral reasoning” (Haidt, 2001, pp. 817-818). Haidt dá relevo à diferença entre intuição e racionalidade defendendo que a intuição é automática, inconsciente, pelo menos no que ao seu processamento diz respeito, mais rápida, e requer menos esforço do que o processo de raciocínio que pelo menos em algumas das suas dimensões se torna num processo consciente. Vai ainda mais longe o autor, e numa outra ocasião (Schnall, Haidt, Clore & Jordan, 2008), afirma que o nojo, a raiva e a satisfação desempenham um papel primário na motivação da condenação moral de terceiros. Estas emoções desempenharão o seu papel através das intuições, dando ao indivíduo a noção de que determinada situação é moralmente errada, ainda que não consiga, pelo menos no imediato, explicar porquê. A razão, essa, serviria para justificar as rápidas respostas intuitivas, partilhar com os outros os julgamentos sociais efectuados tentando fazê-los concordar, ou para ser utilizada nos casos em que as próprias intuições pessoais sejam dissonantes. Também McBain (2005) defende esta perspectiva ao afirmar que são as intuições que a pessoa acaba por primeiro valorizar quando tem que tomar uma decisão. Num outro estudo já referido anteriormente, Tania Singer (2007) afirma que as bases neuronais da empatia e do sentido de justiça serão as mesmas, no que resultaria uma ligação entre estas duas dimensões, a primeira habitualmente ligada à compreensão emocional e a segunda como um valor tradicionalmente racional. Aliás, a este propósito Hsu, Anen & Quartz (2008) afirmam que o próprio sentido de justiça será o resultado do processamento emocional e não da aplicação de um princípio racional.

O que parece ser consensual é que o Homem possui uma série de intuições que podem ser, segundo Greene (2002), de diversos tipos. Por exemplo, pode falar-se de uma capacidade intuitiva para perceber se uma palavra está bem escrita ou não, ou para perceber a forma como um objecto vai cair. Este tipo de intuições podem, por um lado, ser treinadas e, por outro, parecem ser independentes das emoções. Esta última dimensão é aquela que para Greene (2002) distingue as intuições morais das outras: as primeiras, se partilham os processos com os outros tipos de intuição,

dependerão essencialmente das emoções, ou seja, as intuições morais serão elas próprias respostas emocionais.

Na verdade, se formos confrontados com uma qualquer questão que exija uma resposta rápida será difícil imaginar que seja um processo cognitivo de avaliação antecipatória entre os prós e os contras de uma dada situação a determinar o caminho a seguir. Levaria seguramente muito tempo até encontrarmos uma resposta e seria mesmo difícil chegar a alguma conclusão. Mais do que isso, o Homem, à semelhança dos outros animais, não lida pacificamente com a incerteza. Precisa de respostas que lhe transmitam segurança sobre a sua integridade pessoal. Então, em todas as situações, necessitamos de respostas rápidas, pelo menos num primeiro momento.

De acordo com MacLean (1952) e com a sua teoria do cérebro triuno, estes processos de funcionamento poderiam ser explicados através da compreensão das estruturas límbicas como sede do controlo emocional e dos processos de decisão. De facto, o sistema límbico, composto pela amígdala, pelo hipocampo, pelo córtex cingulado anterior e pelo hipotálamo, e definido por MacLean como o cérebro intermédio, é uma estrutura cerebral relativamente independente que controla as emoções, a identidade pessoal e algumas funções da memória (Tancredi, 2005). Numa perspectiva filogenética pode afirmar-se que tem uma origem mais primitiva que o neocórtex, equivalente, grosso modo, aos lobos frontais, estruturas responsáveis pelas chamadas funções cerebrais superiores, ou seja, aquelas consideradas como exclusivamente humanas, como sejam, a cognição, a personalidade, a identidade e a integração das emoções e do pensamento. Deste modo, e considerando a evolução humana, poderá afirmar-se que, algures no percurso filogenético da espécie humana, o sistema límbico e as emoções foram utilizados como a estrutura decisória fundamental. Só mais tarde, com a evolução humana e o conseqüente desenvolvimento do neocórtex, os processos decisórios se estenderam a esta estrutura. Desde modo, poderá concluir-se que a resposta emocional pura, primária na nomenclatura de Damásio (2001/1994), ou seja, límbica, será mais rápida do que uma resposta que tenha que ser mediada pelo sistema límbico e pelo córtex

cerebral. Para Sá (2009) este fenómeno serve como demonstração da existência de um nível de consciência a funcionar de forma independente de um outro mais elaborado. Então, estas primeiras respostas mais rápidas seriam as respostas emocionais puras. Na verdade, sabe-se que em situações sentidas como muito urgentes será um processo semelhante ao que a seguir se descreve que tem lugar: como forma de promover uma resposta mais rápida, o processo de decisão não percorre o caminho habitual: estímulo→sistema límbico→córtex→resposta, mas sim um atalho: estímulo→sistema límbico→resposta. Deste modo, o que se perde em espírito crítico, ganha-se em rapidez, o que em muitas circunstâncias poderá ser importante. Como afirma Goleman (1997/1995) num período inicial, de cerca de 100 milésimos de segundo, as pessoas reagem de uma forma muito semelhante. As diferenças de reacção ocorrem num período subsequente. Contudo, noutras situações, este facto coincide com o conceito popular de “perder a cabeça” com as inerentes consequências sociais nefastas. O que também se percebe daqui é que quanto mais a situação for sentida como urgente, menor será a capacidade do indivíduo em controlar a sua reacção. Apenas o treino, com a promoção de reacções mais adaptadas<sup>19</sup> ou com a inibição de alguns estímulos como emocionalmente competentes, poderá ajudar a pessoa a desenvolver a crítica em relação à resposta emocional. Nestes casos, de facto, Haidt (2001) parece estar certo quando afirma que a razão terá um papel secundário à tomada da decisão.

Contudo, e tal como já foi afirmado, nem só a urgência caracteriza a necessidade de rapidez na obtenção de uma resposta. Em todas as circunstâncias o cérebro, como que automaticamente, procura uma solução. Mesmo em situações que possam ser consideradas como eminentemente cognitivas, como por exemplo tentar resolver uma charada, o cérebro não descansa enquanto não encontra uma solução nem que essa seja: não existe nenhuma. Enquanto não conseguir encontrar uma

---

<sup>19</sup> O mecanismo de reacção emocional é muito complexo, actuando junto de diversas estruturas cerebrais. Em situações de medo, por exemplo, entre uma série de outras estruturas, o tronco cerebral atenua de uma forma automática o processamento da dor, minimizando o risco de um ferimento durante a fuga paralisar o indivíduo. Paralelamente, o cerebelo vai atenuar a expressão de receio o que poderia resultar numa reacção oposta (Damásio, 2010). O treino poderá promover esta última reacção em detrimento das outras, como será o caso, por exemplo, dos militares. Neste caso, o treino, para além de diminuir a competência emocional do estímulo, promove as reacções emocionais mais adaptadas.

resposta satisfatória a pessoa está em crise. Uma crise que induz o sofrimento correspondente, sentido na forma de uma activação emocional, de uma reacção ansiosa que induz a sensação de urgência, e no limite, pode ser sentida como mau-estar se a pessoa não conseguir encontrar uma resposta adequada. Em boa verdade, não será difícil concordar que, no caso descrito, a rapidez não constitui um critério fundamental para o sucesso. Então, uma explicação centrada na opção por uma resposta emocional primária (Damásio, 2001/1994) em função da rapidez parece ser redutora. A resposta emocional primária, comandada pela amígdala, e correspondente à tal sensação de “perder a cabeça”, carece de uma série de variáveis que seriam facilmente descortináveis com uma maior distância crítica da situação. Resulta que, por um lado, a razão não parece ser suficiente para se conseguir uma resposta adequada em tempo útil, e por outro, as emoções, por si só, poderão promover soluções aparentemente redutoras.

Beck, Emery & Greenberg (1985) referem os pensamentos automáticos como interpretações ou inferências realizadas de uma forma tão rápida que por vezes a pessoa nem se apercebe dos mesmos, dando apenas conta da emoção gerada, o que terá levado Williams, Watts, MacLeod & Mathews (2000/1997) a defender que estes pensamentos possam ocorrer fora da consciência. Também Gonçalves (1994), referindo-se a alguns dos grandes teóricos das terapias cognitivas, refere que os pensamentos automáticos serão reveladores das atitudes dos indivíduos e destaca igualmente o facto de surgirem fora do controlo consciente do sujeito.

Será curioso verificar que McBain (2005) se refere às intuições como estados mentais temporários que se formam rapidamente e dos quais nos socorremos para tomar decisões. Define-as como “atitudes proposicionais” que podem ser traduzidas por crenças, desejos, esperanças e medos. Também Damásio (2001/1995) se refere à intuição como um mecanismo oculto, ou seja, fora da consciência, através do qual se chega à solução de um problema sem raciocinar. Reber & Reber (2001) definem intuição do mesmo modo, mas consideram que esta constituirá uma resposta a pistas muito subtis apreendidas de uma forma inconsciente. Os mesmos autores referem a possibilidade de tomarmos decisões e resolvermos problemas de um

modo quase involuntário tendo em conta a inconsciência quanto aos processos subjacentes a essas mesmas decisões, quer falemos de pensamentos ou de aprendizagens implícitas. Também Johnson-Laird (2006) defende que as intuições permitirão chegar a melhores decisões nos casos em que seja necessário considerar uma vasta quantidade de informação, uma vez que o raciocínio consciente, nesses casos, terá muitas dificuldades em encontrar respostas.

Poderá então enfatizar-se que as intuições estarão, no mínimo, muito ligadas à noção de pensamento automático, isto se não se quiser considerá-las como sendo equivalentes. De facto, a noção de intuição é referenciada há muito mais tempo do que a noção de pensamento automático que, por sua vez, não é mais do que um constructo muito utilizado nas terapias cognitivas (Gonçalves, 2000), pelo que não será estranha a sua semelhança.

Na prática será possível afirmar que, no mínimo, os pensamentos automáticos e as intuições desempenham o mesmo papel na vida do Homem: ajudá-lo a decidir por forma a acelerar esse mesmo processo de decisão, tornando-o efectivo do ponto de vista prático. Estas intuições estarão então ligadas às emoções mas também à aprendizagem, aos valores e ao contexto social (Moll et al., 2005), ou seja, à dimensão cognitiva e racional do Homem. Corresponderão por isso mesmo às emoções secundárias propostas por Damásio (2001/1995), às emoções complexas propostas por Johnson-Laird (2006), ou às emoções morais introduzidas por Eisenberg (2000). A este propósito Sá (2009) refere que a intuição representa o resultado da ligação espontânea dos diversos tipos de consciência. Ou seja, representará o resultado da relação entre a consciência nuclear e autobiográfica de Damásio (2010), que será o mesmo que dizer entre as emoções e a racionalidade, ou seja, um correspondente das emoções secundárias.

Na verdade, um dos objectivos centrais da terapia cognitiva é alterar as consequências negativas para a pessoa do uso sistemático e sobretudo acrítico dos pensamentos automáticos. De facto, existem um sem número de hipóteses para significar determinado contexto ou situação de vida, sendo que o pensamento

automático nos dará apenas uma dessas perspectivas. Deste modo, ficaremos sempre amputados de uma série de outras alternativas que poderiam ser exploradas e que se poderiam constituir como soluções válidas. Mais ainda, e tal como já foi feita referência, essa perspectiva será aquela que estará mais próxima de uma resposta emocional – “Gut Feeling” para utilizar a expressão de tantos autores (Schnall, Haidt, Clore & Jordan, 2008; Risen & Gilovich, 2008; Horgan & Timmons, 2007; Fine, 2006; Singer, 2005;) o que nem sempre se constituirá como a resposta socialmente mais adequada. Já foi discutido que a razão, no Homem, se terá desenvolvido para dar corpo às suas necessidades sociais, para o ajudar a conjugar os seus interesses com o interesse de terceiros. A ideia da terapia cognitiva não será então impedir a utilização dos pensamentos automáticos, em virtude da sua utilidade e inevitabilidade no processo de decisão, mas aprender a tomar consciência deles o mais rapidamente possível a fim de evitar um conjunto de consequências negativas em função de uma reacção acrítica ao seu significado atribuído.

Acredita-se, na esteira de Risen & Gilovich (2008), de Ferreira, Garcia-Marques, Sherman & Sherman (2006), de Damásio (2001/1995), e de Filliozat (1997), entre outros autores, que este será o papel das intuições, ou das reacções emocionais complexas, no processo de decisão moral da pessoa: proporcionar uma fusão com a razão, pelo menos nas situações onde se prevejam consequências mais sérias para o indivíduo, a fim de potenciar as melhores escolhas para cada um. Tal como concluem Koenigs e colaboradores (2007) existirá uma combinação de mecanismos intuitivos/afectivos com outros conscientes/rationais na base dos julgamentos morais. Também Fine (2006) vem de encontro a esta ideia quando refere que quando o indivíduo está motivado nesse sentido pode realizar julgamentos morais muito mais específicos e razoáveis, ultrapassando qualquer intuição que possa orientá-lo em determinado sentido. Claro que será sempre uma opção pessoal colocar maior energia no processo decisório em função da importância atribuída ao juízo a efectuar. Nesse sentido poderá o sujeito estar mais ou menos atento aos conteúdos dos seus automatismos ou intuições, pelo que a partir daí dará maior ou menor procedência a essas tendências. Esta racionalidade emocional será, na

esteira de Damásio, a vivência sentimental do indivíduo, que acompanhará, então, todos os nossos julgamentos morais, o que chama a atenção para a inevitabilidade da subjectividade a este nível. Ganha relevância a ideia de que ninguém se poderá arvorar como o arauto da moralidade dado que esta existe em função da emoção e da razão, pelo que, no limite, a pessoa poderá afirmar que sente que qualquer coisa será justa de determinada maneira. Esta ideia não significará que o raciocínio consciente não terá um papel a desempenhar na moralidade, mas sim que esse papel será menos substancial do que aquilo que muitos filósofos terão assumido (Suhler & Churchland, 2011).

Como afirmam Young & Koenigs (2007), o cérebro pode provocar constrangimentos na moralidade através das suas respostas intuitivas, mas a decisão sobre o que fazer com esses constrangimentos deve ser determinado pelo debate filosófico, logo pela razão pura. Será precisamente neste ponto que deve ser marcada a diferença naquilo que pode ser o julgamento moral de qualquer pessoa em relação à sua própria vida e o que deve ser o juízo ético de um profissional de saúde.

De facto, esta posição vem de encontro à ideia muito difundida, pelo menos desde Carl Rogers (1974/1942), de que o profissional deverá promover um afastamento do seu quadro de referências para conseguir uma melhor compreensão empática do seu paciente. Esta noção corresponde não só à necessidade do profissional ser capaz de questionar criticamente as suas intuições e pensamentos automáticos, deixando que estes interfiram o mínimo possível no seu juízo crítico. Vai mais longe do que isso, passará inclusivamente pelo questionamento dos seus próprios sentimentos. Na verdade, em termos profissionais, aquilo que o técnico procura não é a sua opinião sobre determinada situação, mas sim aquilo que poderá ser o melhor para o seu cliente, pelo que o processo decisório utilizado nos dilemas pessoais poderá ser insuficiente para resolver os dilemas éticos.

#### **1.3.4 – Julgamento moral e raciocínio ético. Que diferenças?**

Em virtude do exposto poderá afirmar-se que o julgamento moral será o resultado de uma interdependência entre a emoção e a razão. Na verdade esta relação constitui-

se como o paradigma básico da própria inteligência emocional na forma como foi descrita por Goleman (2003/1995) e por Salovey & Mayer (1990). De facto, só alguém com a capacidade de levar a cabo uma boa leitura das suas próprias emoções e das emoções dos outros poderá conseguir juízos equilibrados que incluam o melhor interesse possível para cada um dos intervenientes. Será o mesmo que dizer que alguém competente para avaliar e descrever os seus sentimentos e os dos outros será mais capaz de fazer julgamentos morais equilibrados.

Julgamentos morais são mais do que intuições, considerando a intuição um automatismo de origem emocional, ainda que decorrente da história vivencial da pessoa. Envolvem conceitos sobre grupos, relações interpessoais, perspectivas da sociedade, e conceitos sobre quando os direitos devem ser aplicados e quando devem ser negados (Turiel, 2006). No fundo, envolve a noção de homeostase sócio-cultural proposta por Damásio (2010). Serão pois o resultado da articulação dos dois tipos de consciência – nuclear e autobiográfica (Damásio, 2010); a intuição nas palavras de Sá (2009), com uma dimensão cognitiva, uma reflexão sobre a intuição, sobre as emoções, o que dará lugar aos sentimentos, banhados pelo contexto cultural, pela homeostase social. Se é verdade que em situações que impliquem um grande número de variáveis e o domínio de uma vasta quantidade de informação as intuições poderão dar um contributo importante, será difícil imaginar a utilização de mecanismos inconscientes para resolver problemas complexos como, por exemplo, gerir uma central nuclear, recorrendo ao exemplo fornecido por Johnson-Laird (2006). Na verdade todos aceitamos a ideia de que é necessário, em muitas circunstâncias, um reflexão apurada, sendo que essa mesma reflexão promove uma maior sensação de controlo e segurança nas decisões tomadas.

Como bem afirmou Merlin Donald (1999/1991) o desenvolvimento da racionalidade decorreu da necessidade do Homem em desenvolver uma complexa organização social para sobreviver. Será a razão que permitirá que uma pessoa conjugue a satisfação das suas necessidades com as necessidades dos outros, visando uma mais efectiva adaptação do indivíduo à sua condição de “animal social”. Então se a intuição é fundamental para, em primeira instância, referenciar o caminho a seguir, a



razão servirá para legitimar esse mesmo caminho e para dar à pessoa a segurança necessária através da previsão do seu resultado e assim assumir as consequências positivas e negativas da sua inter-relação com os outros. Será este o papel de mecanismos de regulação automáticos como a punição e a recompensa, a motivação, o altruísmo, e a reciprocidade: ajudar o organismo e auto-regular-se e a sobreviver. Compreender-se-á, contudo, que num contexto social e cultural tão complexo como o do Homem moderno, estes não são suficientes para promover os melhores resultados (Damásio, 2007).

De acordo com Frith & Singer (2008), existirão dois processos responsáveis pela tomada de decisão em dilemas morais. Um primeiro conduzido por intuições, em grande parte inconscientes, rápidas, que provocam um sentimento de congruência no indivíduo quanto à resposta; o indivíduo como que “sente” que a solução será aquela. Um outro processo, muito mais consciente, deliberado e racional, fortemente influenciado pela educação, pela cultura e pelo contexto (Moll et al., 2005) que promove a noção de legitimidade da decisão. No fundo estas ideias corresponderão às noções de senso-comum ou de bom senso, e de juízo reflectido, respectivamente, recorrendo aos termos propostos por Jonh Rawls (1993/1971). Será este juízo reflectido, que não deixa de ser sentimental, que se pretende na resolução de dilemas morais.

O julgamento ético, ou melhor, a análise de um dilema ético terá algumas particularidades. Parece ser evidente que os mecanismos subjacentes à análise de um dilema ético serão os mesmos utilizados no julgamento moral. Contudo, os cuidados a observar terão, neste caso, de ser redobrados. Senão atente-se: foi dito até aqui que as intuições serão mecanismos inconscientes e automáticos, ainda que construídos ao longo da vida da pessoa, que visam mostrar com a rapidez possível o caminho a seguir. Inclusivamente fazem as pessoas sentir-se mais poderosas e efectivas (Vyse, 1997), pelo que mais confiantes nas suas decisões, o que traz à evidência o papel das emoções na sua construção. São no fundo o resultado da articulação entre a consciência nuclear, límbica, e uma autobiográfica, mais cortical (Damásio, 2010).

Já foi também discutido o importante papel das emoções nos processos de decisão, dado que estas são o resultado de uma série de procedimentos complexos que envolvem todas as dimensões do desenvolvimento e do funcionamento humano. Mas também é sabido que as emoções correspondem a um nível de decisão mais primitivo do que a razão, se se levar em consideração a cronologia do seu aparecimento no desenvolvimento filogenético e ontológico do Homem. A razão desenvolve-se, tal como já foi também referido, para adaptar o Homem à complexidade das suas necessidades sociais. Então, será adequado afirmar que as emoções serão a base de um processo decisório importante e poderoso para promover indicações sobre aquilo que será melhor para o indivíduo em particular. Ou seja, as emoções ajudam o indivíduo a compreender o que será melhor para si próprio, seja num contexto individual ou social. Contudo, quando se trata de avaliar o que será melhor para o outro, só a razão permitirá o discernimento necessário, pelo que se constitui como a base do raciocínio ético na resolução de qualquer dilema. Não será por acaso que segundo Myyry & Helkama (2007) os dilemas pessoais evocam um maior processamento emocional do que os impessoais. Ou seja, será a razão que potenciará a distinção entre aquilo que será bom para o próprio e o que será bom para o outro; a razão permitirá que o próprio não confunda o seu interesse com o interesse do outro ou, no limite, com aquilo que gostava que fosse o melhor, para o outro. Uma avaliação emocional dará uma leitura correspondente ao que “eu” entendo que seria melhor se “eu” estivesse no lugar do outro<sup>20</sup>. E, de facto, não é isso que se pretende. Respeitar a dignidade da pessoa humana é mais do que respeitar as diferenças, é ajudar a pessoa a afirmá-las, ajudar o outro na promoção da sua autonomia.

A verdade é que, como afirma Johnson-Laird (2006), é perfeitamente possível entender os princípios da racionalidade – ou seja compreende-se a lógica e o cálculo das probabilidades, mas falha-se, muitas vezes, na sua aplicação prática à vida concreta. E porventura, naquilo que será o resultado dessa omissão, deve a pessoa estar apta a enfrentar as consequências daquilo que de positivo ou de

---

<sup>20</sup> Consultar, a este propósito, o capítulo 1.2.2.1 – A razão e a emoção

negativo lhe trazer esse afastamento das decisões mais racionais. Não é à toa que se afirma que todas as opções têm consequências positivas e negativas, pelo que em boa verdade, no que diz respeito à vida pessoal de cada um, é uma opinião bem defensável que mais do que a direcção da decisão a tomar, o mais importante será mesmo decidir. E viver será isso mesmo, fazer opções que conduzem a novas encruzilhadas, com diferentes alternativas. Então, a pessoa é livre de assumir opções que possam ser “pouco” racionais, já que será o próprio a lidar com o resultado das mesmas. Como afirma Gazzaniga (2005) a função essencial do cérebro humano é tomar decisões.

Mas quando se implica o outro, ou melhor, quando se tenta optar no sentido do melhor interesse do outro e não de si próprio, como será exemplo o exercício de uma profissão como a psicologia, então esta premissa torna-se menos acertada. Quando se assume a responsabilidade de prestar um serviço, exercer uma actividade, que visa o auxílio de uma terceira pessoa num determinado sentido, não se pode ignorar que o outro é diferente de nós. Só a razão permitirá aumentar a probabilidade de ajudar alguém a tomar as suas opções, que serão muito provavelmente diferentes daquelas que o próprio tomaria numa situação idêntica. As emoções, neste caso, auxiliam na compreensão do outro, facilitando o estabelecimento de verdadeiras relações de confiança que facilitam o conhecimento sobre a outra pessoa. Mas este re-conhecimento do outro terá que ser feito em bases racionais, pois as emoções potenciam a identificação e o “outro” é diferente de “mim”.

Então, a avaliação sentimental da realidade, ou seja, a reflexão sobre a resposta intuitiva como resultado da articulação da consciência nuclear e autobiográfica, poderá ser insuficiente. A procura do que poderá ser melhor para o outro só poderia ser conseguida, com maior probabilidade, se fosse puramente racional, que será como quem diz, sem a influência das emoções na aplicação da técnica aprendida para o auxílio da pessoa. A ideia seria afastar o psicólogo de si próprio e centrá-lo no seu cliente. A ideia seria que o psicólogo se desligasse da pessoa que é e passasse a ser apenas um psicólogo, ou seja alguém a funcionar orientado pelos

princípios éticos orientadores da sua profissão e pelas normas e técnicas associadas. Com toda a sua historicidade, é certo, toda a sua formação, é verdade, mas apenas aquela que permitisse melhor ajudar a pessoa. No fundo, seria um profissional onde apenas o eu autobiográfico estivesse presente e em que o eu nuclear desaparecesse.

Está bom de ver que tal objectivo não é sequer possível, quanto mais realizável. E por isso mesmo se poderá dizer que todos os profissionais são imperfeitos, e que o erro faz parte do exercício profissional. Disso mesmo deve estar consciente cada profissional para, dessa perspectiva, possa questionar o quanto baste a sua actuação no sentido de diminuir o risco de tomar decisões que prejudiquem o seu cliente.

Terá sido com esta consciência que Bricklin (2001) definiu alguns pontos que deveriam ser levados em consideração, por um psicólogo, para um exercício eticamente adequado da sua profissão<sup>21</sup>. Em primeiro lugar (1) um conhecimento claro das suas próprias crenças sobre o certo e o errado. Esta é uma condição fundamental para as poder questionar ou pelo menos para evitar que condicionem o seu comportamento no sentido de evitar uma atitude de julgamento do cliente, o que dificulta o estabelecimento de uma relação de confiança. Naturalmente (2) o conhecimento dos princípios e leis que orientam e regem o exercício da profissão é também mandatário para enquadrar o exercício da psicologia. Ainda, (3) adquirir consciência das respostas intuitivas, automáticas, nas mais diversas situações que se colocam no exercício da profissão, é muito importante para que seja possível, no mínimo, questionar essas mesmas respostas. Finalmente, deve associar-se a estas condições uma atitude responsável nas decisões e o reconhecimento das limitações pessoais. É importante, em muitas situações, (4) solicitar a ajuda de outros profissionais que garantam outras perspectivas do dilema em questão. Deste modo estarão garantidas as bases fundamentais do exercício do raciocínio ético.

---

<sup>21</sup> Não se encontra nenhum motivo para que aquilo que está estabelecido para a psicologia não possa servir para outras profissões, sobretudo aquelas de cariz assistencial. Claro que na Psicologia, sendo a relação a sua ferramenta básica de actuação, esta dimensão assume uma relevância ainda mais clara.

Parece pois ser difícil argumentar que a intuição seja a base de um raciocínio ético. Talvez por isso Renaud (1996) alerte para o perigo de um profissional acreditar que apenas pelo facto de agir quotidianamente no âmbito da sua profissão se encontra apto a descobrir, por si só, quais as atitudes eticamente adequadas. É fundamental ter consciência de que surgirá sempre uma resposta intuitiva para cada situação com que a pessoa, e por isso também o psicólogo, se depara. Deste modo, este último deverá conseguir aumentar a sua capacidade para discernir sobre essas intuições, tirar delas o maior proveito, mas com a consciência de que, em boa probabilidade, elas não contêm o essencial da resposta ao dilema que se coloca, mas sim aquilo que o psicólogo desejaria que fosse o resultado desse mesmo problema. Tal como defende Myers (2002) a intuição deve ser fortalecida a fim de melhorar o pensamento e aprofundar o conhecimento.

Claro que esta distinção entre emoção e razão será artificial dado que os processos ocorrem num todo não analisável. Não será de facto possível parar a consciência nuclear e funcionar apenas a partir da autobiográfica. Mas nesta perspetivação teórica poderá dizer-se que o julgamento ético, que visa, em última análise, discernir sobre o melhor interesse de uma qualquer pessoa num determinado contexto sobre o qual se desenhou um dilema ético, deverá ser eminentemente racional. Pretende-se que a pessoa que analisa seja capaz de discernir entre o que seria o melhor para si naquela situação e aquilo que será de facto o melhor para o outro, objecto da sua actuação profissional. Nesta perspectiva torna-se fundamental valorizar o papel da razão e do raciocínio ético no julgamento de dilemas éticos. De outro modo poderá cair-se no erro de tentar reduzir os outros a nós próprios, negando aquilo que é a base da natureza do Homem, a unicidade na diversidade.

**1.3.4.1 - Ainda assim existe um papel para a emoção no raciocínio ético.** Foi dito que as emoções desempenham um papel fundamental na vida do Homem. Sem elas, ou alheados delas, não teria a pessoa a capacidade de escolher, compreender ou motivar-se, no fundo, não teria a capacidade de viver. Quando se afirma que na relação profissional em psicologia, bem como em todas as outras profissões ligadas

à compreensão do ser humano, deverá ser a razão a determinar os caminhos a seguir, não se pretende minorizar o papel das emoções nesse contexto. Estas têm que estar presentes na relação profissional; é impossível imaginar uma relação onde não se troquem e se vivam emoções. O que se defende é que estas emoções, através do treino profissional, devem ser consciencializadas e controladas pelo profissional, a fim de que este possa deter o controlo dessa mesma relação no sentido de a conduzir em direcção aos objectivos propostos e de melhor discernir sobre o verdadeiro bem estar do cliente.

Como facilmente se poderá compreender, inteligência e ética não são necessariamente complementares; o mundo está cheio de exemplos de pessoas consideradas inteligentes cujo comportamento traduz ausência de valores éticos. Desta forma, não será descabido enfatizar que o que poderá distinguir um comportamento ético de um comportamento não ético será a compreensão genuína do outro em todas as suas diferenças e especificidades.

Compreender o outro implica, entre outras condições, o estabelecimento de uma relação empática, definindo-se esta como uma capacidade em transmitir um sentimento de compreensão, tornando a relação possível e fazendo-a evoluir gradualmente para um nível afectivo mais profundo (Rogers, 1974/1942). Caracteriza-se por um autêntico interesse pelo sujeito e pela sua aceitação como pessoa, pela capacidade de representar o seu estado mental interno<sup>22</sup> (Baird, 2008, Blair, 2008; Dadds et al., 2008), pelo que, se pode ser considerado como uma emoção social (Myry & Helkama, 2007), requer um certo nível de processamento cognitivo (Eisenberg, 2000). Ora, em qualquer relação interpessoal e, por maioria de razão numa relação profissional, a compreensão do outro torna-se num princípio básico, fundamental para o início da mesma. Se um psicólogo não for capaz de compreender o outro, como poderá assegurar-se da sua competência em ajudá-lo? A empatia parece promover uma melhor e mais rápida compreensão das

---

<sup>22</sup> É comum a distinção entre empatia cognitiva e empatia emocional (Blair, 2008; Dadds et al., 2008), sendo que à primeira corresponderá o conceito definido no texto principal e à segunda a capacidade de interpretar as expressões emocionais do outro, como por exemplo as reacções às punições e aos estímulos. Estes autores defendem que são diferentes as regiões do cérebro activadas em cada uma destas competências.

necessidades dos outros, estando muito ligada à comunicação (Vignemont & Singer, 2006), pelo que esta última assume uma importância central para um bom exercício profissional.

Como já foi visto, o indivíduo não treinado na percepção auto-consciente das suas emoções, na capacidade de postergar impulsos e intuições e de lidar com eles, dificilmente conseguirá um grande sucesso ao nível das suas relações interpessoais. Estará muito mais centrado nos seus desejos e necessidades, o que não lhe permitirá a obtenção da habilidade para compreender as emoções alheias; para a compreensão do que é o humano.

Existem, é claro, na vida de cada um, determinações psicológicas, familiares, sexuais, espirituais, económicas, culturais, tecnológicas, políticas, entre outras, mas, existe também a possibilidade de modelarmos as nossas emoções, comportamentos e projectos de vida. Tal como afirma Gazzaniga (2005), o cérebro pode ser determinado, mas a pessoa é livre, e será tão mais livre, acrescenta-se, quanto maior for o seu conhecimento sobre si própria. Se hoje se acredita que a pessoa não é constituída por uma essência imutável, sendo que, inclusivé, a evolução se tem realizado a partir das suas próprias modificações<sup>23</sup>, torna-se num imperativo ético a preocupação em evoluir do ponto de vista da compreensão pessoal. Só desta forma se poderá chegar a compreender o outro, assumindo o comportamento uma dimensão ética, essencial para a auto-realização da pessoa enquanto ser pensante e destinada a viver.

As próprias intuições são tantas vezes importantes na relação; nem tudo tem que ser “compreensível”. Mas se não estivermos conscientes das limitações dessas intuições, bem como, se não compreendermos o significado das emoções, mais facilmente se perderá o controlo da relação e nesse sentido existirá uma maior dificuldade em promover o melhor interesse do cliente. Por isso mesmo pode dizer-se que o objectivo de uma relação profissional não é o técnico sentir-se bem, mas sim promover o bem-estar do cliente. O psicólogo, ao começar a tirar prazer da

---

<sup>23</sup> Tal como afirma Damásio (2010) o maestro da mente foi criado pelo seu próprio desempenho, pela sua evolução.

relação profissional poderá mais facilmente desenvolver uma relação “mais emocional” com o seu cliente, o que poderá fazê-lo perder a objectividade e nesse sentido descentrar-se do melhor interesse do outro e focalizar-se naquilo que gostaria que o outro fosse. Por isso mesmo se defende que as mais-valias do técnico nesta relação terão que vir, necessariamente, da dimensão profissional, ou seja, da sensação de realização a esse nível e, é claro, da devida compensação financeira. A satisfação pessoal deverá ficar reservada para as relações pessoais.

Será pertinente questionar a legitimidade do desenvolvimento de um corpo de princípios éticos orientadores da prática da psicologia no seu todo, tendo em consideração as diferentes áreas da psicologia, tão díspares na sua metodologia e objectivos. Contudo, e paralelamente, torna-se fundamental que se consiga fazê-lo, pois estes princípios constituirão a linha básica orientadora do pensamento do profissional de psicologia ajudando-o a não se perder no oceano das suas emoções, navegando nele mas orientado em direcção ao melhor interesse do seu cliente. Os princípios éticos poderão constituir-se como o contexto sócio-cultural do psicólogo, no fundo a sua homeostasia alargada às sua formação técnica e profissional.

A bioética é normalmente aplicada às profissões na área dos cuidados de saúde. Se não existem dúvidas que algumas áreas da psicologia estão de uma forma clara no campo da saúde, noutras a sua contextualização poderá ser mais problemática. Tentar-se-á trazer isso mesmo à discussão nos próximos capítulos.

#### **1.4 – A RELAÇÃO NO EXERCÍCIO DA PSICOLOGIA**

Independentemente da forma como a pessoa leva a cabo as suas decisões, não existem dúvidas de que ela é responsável por elas. O facto de se defender que a génese das decisões não será apenas ontogénica mas também filogénica (Damásio, 2010) não pretende diminuir a responsabilidade das pessoas nas suas tomadas de decisão. Aumentar a compreensão das pessoas sobre a forma como decorrem os processos de decisão visa promover a sua capacidade em exercer a autonomia. Deste modo, o respeito por essa autonomia será uma questão fundamental em



todas as relações interpessoais estabelecidas. Será, também, e por maioria de razão, o exemplo da relação terapêutica em psicologia.

É através do respeito pela autonomia e dignidade do paciente que se fomenta e se cria a verdadeira necessidade do seu consentimento informado, apesar de outros princípios éticos, como seja o da beneficência – recorrendo à teoria principiológica de Beauchamp e Childress (2002/1994) – contribuir também para a pertinência deste imperativo da relação clínica.

Uma pessoa que, por qualquer motivo, esteja ou se sinta condicionada no exercício da sua vontade e/ou para estabelecer relações interpessoais, não estará a exercer a sua qualidade de pessoa. Será este então, verdadeiramente, o papel da psicologia: ajudar a pessoa a cumprir com o seu objectivo natural que passa por viver, viver a sua personalidade autonomamente em relação com o outro.

Existem pessoas que evidenciam uma clara impossibilidade para levar a cabo o exercício da sua vontade. Se é a consciência autobiográfica (Damásio, 2010) que justifica a autonomia no Homem e o constrói como um ser de relação, impõe-se uma questão pertinente: serão essas pessoas verdadeiras pessoas? A pergunta assim formulada não o é inocentemente pois pretende induzir a resposta.

Esta questão lança um tema que tem gerado grandes controvérsias: deverá defender-se a racionalidade como um pressuposto da dignidade humana, constituindo-se como condição para promover o respeito pela pessoa ou, em contrapartida, deve assumir-se um *especiismo*<sup>24</sup>, ou seja, partir de uma opção de valorização da espécie humana em detrimento de todas as outras, sendo que a dignidade passaria pela pertença à espécie *homo sapiens sapiens*; se assim for, que pretexto o justifica? Ambas as opções se afiguram como problemáticas ou pelo menos redutoras. Não parece razoável, por um lado, defender que um ser humano

---

<sup>24</sup> Peter Singer utiliza, na sua obra *Practical Ethics*, publicada em 1993, o termo *speciesism* que não tem uma tradução clara em Português, e que pretende definir a segregação entre espécies. Utiliza-se o neologismo *especiismo*, como se poderia ter utilizado *especismo*, como tradução literal do termo proposto pelo autor.

que se encontra privado da sua capacidade decisória ou da sua consciência autobiográfica, temporária ou definitivamente, não seja pessoa. Essa ideia contraria o artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948) que estatui que todos os Homens nascem iguais em dignidade. Se uma criança não é racional, então ela não seria pessoa. O mesmo seria verdade para qualquer deficiente mental profundo, ou para qualquer pessoa em estado vegetativo persistente<sup>25</sup>. Será razoável a ideia de que uma criança possa ser considerada como um ser de menor valor do que uma pessoa adulta?

Por outro lado, defender a dignidade humana apenas com base no simples facto do Homem pertencer à espécie *homo sapiens sapiens* parece pouco aceitável, pois seria basear essa mesma dignidade num critério meramente genético. Intuitivamente existe a percepção de que um embrião e uma criança são seres diferentes, independentemente das implicações que tal diferença possa ter. E a intuição, como se viu, desempenha um papel central na procura daquilo que é justo, através dos juízos reflectidos na ponderação dos princípios. Será pois razoável que estas duas entidades sejam dignas do mesmo respeito e do mesmo valor? A legislação Portuguesa sobre o abortamento induz a ideia contrária.

O Homem não deve ser considerado um ser superior em relação às outras espécies. Na verdade, o Homem será um ser que se diferencia dos outros pelas suas características naturais, nomeadamente pela racionalidade. Tal como a ave voa e tem por isso um tipo de vida característico, o Homem é racional, o que lhe dá uma vivência única, com características muito particulares.

Existirão, pois, outros argumentos que sustentam, pelo menos em parte, a dignidade de todas as pessoas, racionais ou não racionais, dos quais se poderá destacar a

---

<sup>25</sup> O problema do Estado Vegetativo Persistente constitui-se como uma situação especial em virtude, por um lado, da provável irreversibilidade da situação que se caracteriza por uma incapacidade ao nível das funções cerebrais superiores, mas por outro, da dificuldade diagnóstica e da noção daquilo que será de facto “vida humana”. Existe inúmera bibliografia sobre o assunto, sendo que será interessante consultar, a propósito da realidade em Portugal, o parecer do CNECV 45/CNECV/05 sobre o tema.

questão da potencialidade<sup>26</sup>, a capacidade em estabelecer relações e vínculos afectivos<sup>27</sup>, ou ainda, o facto de todas as pessoas serem fruto de uma relação entre um homem e uma mulher (hoje em dia nem sempre) criando laços afectivos e relacionais<sup>28</sup>.

No entanto, como facilmente poderá ser verificável, nenhum destes argumentos se assume como inquestionável nem absoluto, pelo que uma resposta objectiva sobre a definição de pessoa se torna difícil. Por isso mesmo, alguns autores, como por exemplo Engelhardt (1998/1996) acabam por não considerar alguns destes seres humanos como pessoas ainda que considere que tais ideias “*não representam um*

---

<sup>26</sup> O argumento do potencial é naturalmente discutível. Admite que o facto de uma criança ou mesmo um feto ou um embrião possuírem o potencial de atingir a idade adulta e assim adquirirem a racionalidade e nesse sentido a sua autonomia, deverá constituir-se como um valor em si mesmo. Nesse sentido, seriam portadores de dignidade, dado que esse potencial, que lhes é intrínseco, é disso revelador, pelo que deveriam ser respeitadas como qualquer outra pessoa. Goodman (1988), discorda deste argumento ao afirmar que ter o potencial para ter desejos e interesses não é suficiente para conseguir o direito à vida. Também Engelhardt (1986/1998) diz que se o feto é uma pessoa em potencial, então não é uma pessoa de facto. Este argumento é central na discussão sobre o abortamento, dado que implica, a partir da sua aceitação, que o feto ou mesmo o embrião, por possuírem o potencial de serem racionais, são sujeitos imbuídos da mesma dignidade que qualquer pessoa adulta, pelo que como tal devem ser respeitados. Claro que facilmente se poderá deduzir que este argumento não resolve o problema de todas as pessoas, como por exemplo daquelas que não tenham o potencial de chegar à idade adulta, por serem portadoras de deficiências previsivelmente letais antes desse momento, ou daquelas que não possuam o potencial de atingir a racionalidade, como por exemplo os oligofrénicos profundos, ou ainda, daquelas que por sofrerem de uma doença crónica ou incapacitante, ainda que adultas, deixaram de possuir as competências necessárias para o pleno exercício da racionalidade. Do mesmo modo, diferentes níveis de desenvolvimento implicarão diferentes níveis de potencial. Fica a questão de se saber se tal diferença de potencial deverá merecer uma tradução correspondente no valor do ser. Deste modo um feto de 30 semanas teria maior valor do que um feto de 10 semanas. Quando se consultam as disposições legais em Portugal sobre o abortamento percebe-se que esta reflexão acaba por ter alguma correspondência.

<sup>27</sup> Este argumento defende que, por terem a capacidade em estabelecer relações e vínculos afectivos, todos os seres humanos, ainda que no seu estado fetal, devem ser igualmente respeitados. As pessoas constroem-se na relação com outras pessoas, pelo que em função disso serão também pessoas (Baier, 1985, cit. Por Mahowald). Claro que muitos animais não humanos dispõem da capacidade para estabelecerem vínculos afectivos e relacionais com pessoas, o que evidencia, de algum modo, a fragilidade deste argumento, pelo menos quando tomado isoladamente.

<sup>28</sup> Dado que o ser humano, pelo menos no estado actual do desenvolvimento científico, é fruto da relação entre duas pessoas, e uma vez que desde o início do seu desenvolvimento, e porventura até antes (Sá, 1997), se estabelece uma relação não apenas biológica mas também psicológica entre o filho e os seus progenitores, então, não respeitar qualquer ser humano da mesma forma, poderá constituir uma violência para com todas as pessoas que desejam ter filhos, e que os consideram como iguais. Todavia, este argumento não promove a defesa de uma dignidade intrínseca de todos os seres humanos, uma vez que a valorização da pessoa é atribuída externamente, a partir da qualidade racional dos progenitores. Sendo assim, abre portas a que qualquer pessoa possa querer, para dar um exemplo, considerar um cão como seu filho e exigir que este seja respeitado da mesma forma que qualquer outra pessoa.

*ataque contra aqueles que não são pessoas no sentido estrito”* (p. 191), apenas reflectem os limites do raciocínio filosófico secular.

Neste trabalho, e tendo em consideração o papel das emoções, primárias e secundárias, nas tomadas de decisão, parte-se do pressuposto que todos os seres humanos, que se assumem como organismos, são pessoas em sentido social, e por isso sujeitos de dignidade intrínseca<sup>29</sup>. Nesse caso, o psicólogo fica obrigado a respeitar de igual modo todas as pessoas que sejam objecto da sua intervenção, independentemente da sua idade, género, etnia, perturbação, ou qualquer outra característica considerada. Será esse, por isso, o objecto deste trabalho.

Como síntese será adequado afirmar que o objectivo último da ética será promover o bem de cada pessoa tendo em consideração a sua necessidade em relacionar-se com os outros. Deste modo pretende a ética servir como orientação dos comportamentos humanos a partir de um conjunto de princípios de actuação. Estes princípios serão estruturas racionais que vão ajudar a pessoa nesse exercício exclusivo de coordenação da satisfação das suas próprias necessidades com as dos outros, seus semelhantes. Daqui se depreendem as duas dimensões fundamentais da pessoa humana: a razão e a relação, através das quais se constrói e exerce a autonomia pessoal. O exercício da razão passa pela capacidade de prever os resultados de determinado comportamento em função da experiência adquirida ao longo da vida de relação, considerando a dimensão social e espiritual do indivíduo, ao que poderá corresponder a noção de consciência autobiográfica proposta por Damásio (2010). Os princípios serão uma base comum – pegando na definição de Beauchamp & Childress (2002/1994) – uma moral comum aprendida por todos os membros de uma determinada cultura. Adiciona-se o conjunto de experiências exclusivo de cada pessoa, o que levará a que os resultados do exercício racional sejam diferentes de indivíduo para indivíduo. É essa noção de individualidade que caracteriza a pessoa humana e transforma a liberdade na sua característica

---

<sup>29</sup> Esta temática, pela sua complexidade, não pode ser aqui mais explorada. É um tema sobre o qual os consensos são difíceis, e que merecem profunda reflexão, pelo que não tem aqui cabimento. O leitor mais interessado poderá consultar, entre outros autores, Goodman (1988); Singer (1994/1993); Mahowald (1995); Engelhardt (1996/1998); Neves (1996); Renaud (1998).

fundamental, base por isso da sua dignidade, já que privar alguém de exercer as suas escolhas será impedi-lo de se concretizar como pessoa.

Ainda que o exercício da razão não seja exclusivamente consciente, ou melhor, ainda que a consciência tenha dimensões inconscientes, tal não retira responsabilidade à pessoa no que respeita as suas decisões. De facto, a tomada de decisão far-se-á pela conjugação de uma (1) consciência nuclear, controlada essencialmente sub-corticalmente, e responsável pelas emoções primárias, essencialmente inatas, com uma (2) consciência autobiográfica, essencialmente cortical, centrada na historicidade da pessoa, nas suas expectativas em relação ao futuro e incluindo a sua dimensão social e espiritual. Isoladamente, a consciência nuclear será responsável pelas reacções de urgência, nem sempre socialmente adequadas, sobretudo quando os estímulos emocionalmente competentes sejam falsos ou desadequados em função da realidade social. A consciência autobiográfica, isoladamente, corresponderia à noção filosófica de racionalidade defendida ao longo do texto como uma característica exclusivamente humana, e onde se conjugam os princípios e os valores.

A ligação espontânea destes dois tipos de consciência [alargada] (Sá, 2009) é transmitida ao indivíduo em forma de intuição, automaticamente, e muitas vezes imperceptível. São comparáveis às emoções secundárias ou complexas, bem como com os pensamentos automáticos. Ou seja, a pessoa como que encontra a resposta, estando esta relacionada com o seu lado emocional e com o seu todo pessoal, subjectivo.

Para a maioria das decisões do dia a dia esta decisão intuitiva, mais do que suficiente, é desejável, pois de outro modo o gasto de energia com a enorme quantidade de decisões com que a pessoa vai sendo confrontada seria insustentável para a economia individual. Do mesmo modo, como essa decisão será sentida como mais positiva será assumida com maior motivação. Então, a sensação de sucesso será mais provável e o insucesso melhor suportado.

Em situações mais sérias do ponto de vista das consequências, exige-se uma maior reflexão sobre o conteúdo destas intuições ou pensamentos automáticos, travando por isso o impulso comportamental. A emoção será vivida em forma de sentimento, mais estável e mais compreensível e aceitável para o indivíduo. Esta será a base do julgamento moral, a intuição reflectida que se transforma em sentimento.

Já no que diz respeito ao raciocínio ético do psicólogo, o ideal, caso fosse possível, seria utilizar apenas a consciência autobiográfica. Como se pudesse existir uma racionalidade pura. A consciência nuclear seria anulada pelo profissional no sentido do melhor interesse do cliente. Afastaria o psicólogo de si próprio e centrá-lo-ia no seu cliente. Contudo tal não é possível, de uma forma absoluta. A alternativa será uma reflexão cuidada a partir dos princípios éticos, bem como a discussão com terceiras pessoas sobre as dimensões do dilema ético que esteja em causa. O objectivo será aumentar as perspectivas sobre o dilema a fim de ganhar uma consciência mais clara sobre as variáveis envolvidas na decisão e tentar discernir sobre qual a melhor escolha para o cliente. Significa o reconhecimento da sua falibilidade, da sua incapacidade em conseguir encontrar sempre a resposta que melhor pode servir a cada pessoa. Significa ultrapassar o narcisismo pessoal de cada profissional e reconhecer humildemente a nossa necessidade em enriquecer o nosso conhecimento sobre os outros e sobre o mundo. Esta reflexão será pois eminentemente cognitiva. O primeiro cuidado do psicólogo deve ser interpretar e compreender o seu próprio raciocínio, tentando evitar os automatismos e sentimentos que lhe indicarão aquilo que ele próprio entenderia ser o melhor para si, já que essa decisão dificilmente serviria o seu cliente.

A intervenção em psicologia visa ajudar a pessoa a exercer a sua autonomia em relação com o outro. Evidentemente que, mesmo nos casos onde tal não seja possível, o trabalho do psicólogo é pertinente. Independentemente do nível de desenvolvimento pessoal, todos os seres humanos nascidos serão sujeitos iguais em dignidade pelo que como tal devem ser tratados, tendo em vista a promoção do seu bem-estar em qualquer momento do seu percurso rumo ao exercício da sua autonomia.

## 1.5 – SUMÁRIO

- A pessoa é o centro do raciocínio ético. A resolução dos dilemas éticos deve ser encontrada na especificidade de cada uma.
- A ética, qualquer que seja a perspectiva abordada, destina-se à apreciação das características boas ou más dos comportamentos humanos
- O Homem no uso da racionalidade prática reconhece o verdadeiro bem, sendo que esse bem, poderá acrescentar-se, será representado pela satisfação das necessidades individuais em harmonia com as necessidades dos outros.
- O *éthos* será o princípio dos actos e o seu resultado, o que definirá a conceptualização de base da ética. Neste trabalho adoptou-se uma conceptualização de ética centrada em princípios, dando corpo à tradição da ética aplicada aos cuidados de saúde.
- Será a natureza racional do Homem, com a respectiva natureza relacional, que o caracteriza como pessoa.
- A racionalidade será o resultado de um processo adaptativo da espécie, pelo que deve ser interpretada como uma ferramenta natural do Homem com vista à sua concretização como indivíduo.
- Será na comunicação que residem as grandes diferenças culturais da nossa época. A realidade do Homem é o resultado da construção do imaginário individual e colectivo, sendo que a relação do Homem com ele será mediada por representações.
- A pessoa escolhe mediante a previsão do que poderá ser melhor dentro da realidade existente no sentido de atingir o seus objectivos pessoais, o que faz do Homem um ser inteiramente livre.
- Agir racionalmente será fazê-lo a partir de um raciocínio condicionado pela forma como podemos raciocinar que é relativa às faculdades e capacidades do cérebro humano, o que nos transporta à noção de racionalidade deliberativa e à hipótese de marcadores somáticos.
- Com a consciência de si próprio o Homem adquire a consciência do sofrimento e do prazer, bem como do seu papel na forma de evitar um e promover o outro. Deste modo, o Homem torna-se individual e como tal prevalece sobre o grupo.

- A dignidade assenta na racionalidade do Homem já que é a partir desta sua característica natural que deve exercer a sua vontade de forma a cumprir com a sua natureza: viver feliz.
- Resultará o raciocínio ético de uma reflexão consciente do sujeito? Esta interrogação é importante para melhor potenciar uma formação dos psicólogos de acordo com os valores da profissão.
- Na verdade, se as decisões fossem tomadas meramente a partir de um método dedutivo/racional tornar-se-iam em equações com hipóteses tão complexas que tornariam inútil o raciocínio e o esforço de decisão. Então, algo de intuitivo/emocional deverá estar associado a este processo.
- A inteligência é a capacidade de escolher, com sentido e compreensão, entre duas ou mais alternativas, onde se inclui a relação com os outros. Por isso mesmo, os grandes avanços nos conceitos de inteligência têm-se dado a partir do conceito de inteligência social com a incorporação das emoções neste domínio.
- A inteligência emocional pode ser definida como uma tentativa de devolver ao Homem a sua totalidade, no que à inteligência diz respeito, centrando a atenção no papel das emoções nos processos de decisão. As emoções são impulsos para o agir, planos instantâneos para lidar com a vida.
- As emoções proporcionam ao Homem a noção dos seus desejos, da satisfação imediata das suas necessidades, e a razão a adaptação desses desideratos à realidade social, conjugando os interesses do indivíduo com os dos seus pares.
- Pode-se distinguir entre emoções primárias e secundárias, o que equivale a dizer entre emoções inatas – semelhantes para todos os homens e mulheres – e emoções auto-conscientes – adquiridas ao longo da história pessoal, evocadas através de uma auto-reflexão e auto-avaliação, distintas de pessoa para pessoa. No mesmo sentido pode distinguir-se entre consciência nuclear e intuições.
- As emoções secundárias serão passíveis de desempenhar um papel importante nos processos decisórios e por isso no julgamento moral, sobretudo quando reflectidas, adquirindo designação de sentimentos.
- As intuições ajudam a pessoa a decidir mais rapidamente, tornando o processo de decisão realmente efectivo. Estarão ligadas às emoções mas também à



aprendizagem, aos valores e ao contexto social. Correspondem por isso à noção de emoções secundárias.

➤ O julgamento moral será uma combinação de mecanismos intuitivos e afectivos com outros conscientes e racionais. A pessoa será sempre livre de reflectir mais ou menos sobre as suas decisões, aumentando o seu espírito crítico sobre elas. Pode pois dizer-se que o julgamento moral se baseia em sentimentos da pessoa pelo que será sempre subjectivo.

➤ Os mecanismos subjacentes à análise de um dilema ético em psicologia serão os mesmos utilizados no julgamento moral. Os cuidados a observar terão de ser redobrados já que as consequências da avaliação se reflectirão principalmente no outro.

➤ Num dilema ético o objectivo é avaliar o que será melhor para o outro, o que será provavelmente diferente do que seria melhor para o psicólogo se estivesse no lugar do seu cliente.

➤ Só a razão permitirá aumentar a probabilidade de ajudar alguém a tomar as suas opções, que serão muito provavelmente diferentes daquelas que o próprio tomaria numa situação idêntica. As emoções serão o reflexo dos desejos pessoais. Sendo impossível uma perspectiva racional pura o psicólogo deve estar ciente das suas limitações.

➤ O psicólogo, perante um dilema éticos, deve procurar orientar a sua decisão pelos princípios éticos que sustentam a sua prática. Deve reflectir profundamente sobre as suas intuições e discutir com terceiros o problema a fim de aumentar a sua perspectiva sobre o assunto.

➤ O papel da psicologia passa por ajudar a pessoa a cumprir com o seu objectivo natural, ou seja, viver a sua personalidade autonomamente em relação com o outro.

➤ Se todos os seres humanos, que se assumem como organismos, são pessoas em sentido social, e por isso sujeitos de dignidade intrínseca, o psicólogo fica obrigado a respeitar de igual modo todas as pessoas que sejam objecto da sua intervenção.

## **2 – A BIOÉTICA**

Pretende-se neste capítulo mergulhar numa dimensão da ética que, se por um lado é muito recente tendo em consideração as suas origens ancestrais, por outro tem sofrido uma grande evolução nos últimos anos, constituindo, nas palavras do seu escultor – Van Potter, uma ponte para o futuro: a bioética. Será discutida a sua pertinência e importância nos cuidados de saúde em geral e na psicologia em particular, hoje e no futuro, com vista à promoção do bem individual e do bem comum.

Se a bioética se constitui como um ramo da ética aplicada às ciências da vida num sentido lato, então é natural que se possa criar uma correspondência entre as dimensões normativas da ética, ou seja, entre as suas correntes clássicas e a estruturação do pensamento bioético. Nesse sentido será feita uma pequena incursão pelas teorias éticas da virtude, pelas teorias deontológicas, e pelas teorias consequencialistas. Em sequência, um vislumbre sobre o modelo proposto por Tom Beauchamp e James Childress, corria o ano de 1979, baseado em princípios éticos como teoria da moral comum, e que constitui um constructo muito útil no desenvolvimento do raciocínio bioético. A estruturação da decisão ética desagua na possibilidade de existirem princípios éticos universais, orientadores do exercício da psicologia.

### **2.1 – AS ORIGENS E O PRESENTE DA BIOÉTICA**

A história, bem como as teorias construtivistas da psicologia, ensinam que não se poderá querer compreender com profundidade alguém ou algum fenómeno se não se tiver em conta, entre outras coisas, o seu passado. Não se pretende, ainda assim, desenvolver uma profunda resenha histórica sobre o surgimento da bioética, mas será importante tentar perceber um pouco sobre as principais motivações do seu desenvolvimento.

O termo bioética foi cunhado no fim de 1970 pelo médico oncologista Van Rensselaer Potter no seu texto “Bioethics, the Science of Survival”. A necessidade do seu desenvolvimento como disciplina autónoma da ética terá surgido baseada em três realidades distintas mas complementares entre si.

Em primeiro lugar, o grande desenvolvimento, na década de 60 do século XX, dos cuidados de saúde no que respeita ao aparecimento de novas tecnologias. De facto, foi a partir dessa altura que explodiram técnicas que permitiram a transplantação de órgãos, a contracepção oral, o diagnóstico pré-natal, a generalização do uso da medicina intensiva e da respiração artificial<sup>30</sup>, bem como, os primeiros passos da engenharia genética. Todos estes avanços, inegavelmente positivos, promoveram o aparecimento de novas problemáticas que exigem uma diferente ponderação dos valores tradicionais. Um exemplo clássico disso mesmo é lembrado por Luís Archer (1996), a propósito da criação do primeiro centro de hemodiálise, precisamente em 1960. Não existindo, à data, equipamento suficiente para tratar todas as pessoas necessitadas, foi necessária a elaboração de critérios para seleccionar os candidatos. Paralelamente, não deve ser esquecido que se estas tecnologias são de grande utilidade para o tratamento do indivíduo, será mais discutível a sua aplicação na melhoria dos níveis de saúde da população em geral (Daniels, Emanuel & Jennings, 1996). Em função dos custos envolvidos, percebem-se as novas dificuldades implicadas, o que se constituiu no aparecimento de novos paradigmas relacionados com valores como a equidade e a priorização em saúde, dimensões fundamentais da moderna ética aplicada aos cuidados de saúde.

Em segundo lugar, e paralelamente com o florescimento do desenvolvimento tecnológico, gerou-se uma ânsia no sentido do desenvolvimento do conhecimento biomédico. Neste sentido a experimentação em seres humanos tornou-se cada vez mais necessária e sobretudo mais agressiva, o que terá promovido a tentação de abusos e de violações à dignidade humana. Se a Alemanha nazi foi, numa primeira

---

<sup>30</sup> Uma das grandes consequências sociais do desenvolvimento da medicina intensiva foi a alteração do contexto da morte. De facto, se era comum as pessoas morrerem em casa, junto da família que, tradicionalmente, era alargada, a partir daqui começaram a generalizar-se as mortes hospitalares o que promove, em certa medida, uma morte solitária.

fase, o rosto deste tipo de abusos, estes continuaram para lá do Código de Nuremberga (1947/1949), um pouco por todo o lado. De facto, se o Código de Nuremberga vem estatuir, como grande conquista, e logo no seu artigo primeiro, o consentimento informado como pressuposto de base para a participação em ensaios clínicos, a verdade é que os abusos continuaram junto de pessoas incapazes de prestar esse mesmo consentimento. Nesse sentido, as pessoas de maior vulnerabilidade terão sido as mais prejudicadas, como será exemplo o doente mental. Tornou-se pois central promover a defesa destas e de todas as outras pessoas com especial vulnerabilidade, como forma de promover sociedades mais justas e equitativas.

Finalmente, a questão ambiental foi-se tornando cada vez mais pertinente devido ao avanço da ciência e da técnica. A poluição, como resultado da enorme exploração industrial dos recursos naturais é um problema cada vez mais sério, bem como os riscos associados aos desenvolvimentos de armamentos cada vez mais perigosos à escala global, como sejam as armas nucleares, químicas e biológicas, passíveis de pôr em causa os direitos das gerações vindouras (Renaud, 1996). No fundo, trata-se aqui de considerar o Homem como um todo, como *"um sistema de órgãos e funções dotado de instintos e inteligência, com um património genético e cultural e inserido num meio que é constituído por elementos bióticos, abióticos e sociais."* (Nazareth, 1996, p. 147), que são fundamentais preservar. A bioética dedica-se pois, também, a esta visão integradora do mundo e da vida.

Claro que a bioética, apesar de se constituir como um saber muito recente, tem raízes profundas na antiguidade. A esse propósito, Michel Renaud (2001, p.13) interroga-se: *"...se não é a nossa época que inventou a ética, quais seriam os motivos que nos levariam a concluir que temos a tarefa de a mudar para a tornar adequada ao dia de amanhã?"* De facto, e na nossa opinião, o que mudou foi, antes

de mais, a forma como o Homem se considera<sup>31</sup>. Vivemos hoje, numa sociedade plural, pelo que a imposição de valores se torna muito mais discutível e complexa. Foi em 1948 que foi proclamada a Declaração Universal dos Direitos do Homem, que mais não é do que a assunção de que cada pessoa tem uma dignidade própria e intrínseca. Entrámos, pois, na era dos direitos humanos, com o reconhecimento da igualdade entre todas as etnias, o renascimento do feminismo e o conseqüente aumento dos direitos das mulheres, bem como com a salvaguarda de todas as minorias culturais e a transformação de muitas das instituições tradicionais, incluindo a família, a escola e a religião. É, no fundo, a época em que se reconhece que cada um tem o direito à sua autodeterminação, em que se promove e defende a diferença interpessoal e intercultural.

Neste contexto, necessariamente a ética, e por inerência, a bioética, constituem-se como uma das grandes respostas sociais a estas mudanças profundas e determinantes. Muitas vezes, quando se fala de bioética, surgem questões relacionadas com o facto de esta servir apenas como travão e impedimento ao avanço da ciência. Como se a bioética fosse um cutelo suspenso por cima da cabeça dos cientistas, pronto a cair se estes ultrapassarem determinados limites impostos sabe se lá por quem. É também por vezes confundida com a moral religiosa, sendo por isso contestada por aqueles que se assumem como não crentes ou com crenças diversas.

A bioética não pretende constituir uma reserva moral, guardada por paladinos dos bons costumes, agarrados a tradições ancestrais, com dificuldades de adaptação à evolução do mundo e da cultura humana. Se a cultura pretende adaptar o Homem

---

<sup>31</sup> A evolução social do Homem constitui-se como uma inevitabilidade, já que terá que se ir adaptando às mudanças que ele próprio provoca. A profunda evolução tecnológica das sociedades modernas levou a que as referências tradicionais não mais servissem. Hoje, num mundo cada vez mais complexo, a educação e a formação são valores essenciais. Só deste modo o Homem será capaz de interpretar o mundo e dessa forma encontrar respostas que lhe sejam adequadas. Ao mesmo tempo, quanto mais educado, mais diferente dos outros cada um de nós se torna, já que as experiências educativas são diversas para cada pessoa. Então, somos cada vez mais diferentes e por isso cada vez mais únicos, sendo que o leque de hipóteses que se nos coloca hoje, em cada decisão, é cada vez maior. Também, os maiores níveis de informação a que a pessoa está sujeita, leva a que esta adquira uma maior consciência das opções disponíveis, com a conseqüente diversidade nas escolhas. Logo, o respeito pela decisão individual assume-se, actualmente, como um valor inexorável.

ao mundo e este ao Homem, então a sua evolução deve ser sempre considerada como positiva, dado que persegue esse desiderato.

Pelo contrário, a bioética visa uma melhor adaptação do Homem a estas mudanças; como defende Van Potter (1970), visa a sobrevivência humana e o aumento da qualidade de vida, tendo em conta, é claro, os novos desenvolvimentos científicos e a postura do Homem face à vida. Não será estranho para ninguém que, se a ciência é eticamente neutra, as suas aplicações não o serão, no sentido em que qualquer artefacto desenvolvido pelo Homem pode ter uma boa ou má aplicação<sup>32</sup>.

A este propósito, Neves (2001, p. 26) afirma: “...*nem o progresso é necessariamente positivo, nem o conhecimento possui um valor absoluto...*” Também o conhecido aforismo “nem tudo o que é tecnicamente possível é eticamente desejável” vai neste mesmo sentido. Então, o objectivo da bioética, como “*uma nova transdisciplina*” (Archer, 1996, p. 462) será o de, através de uma análise multi-disciplinar, inter-profissional e multicultural (Pellegrino, 2000), catalisar a melhor utilização possível dos avanços no campo das ciências da vida, abarcando todas as tecnociências, as ciências sociais e as ciências humanas. Dificilmente existirá uma forma melhor de resumir esta ideia senão através do recurso às palavras de Luís Archer (2006, p. 142-143) “*a Bioética pretende desenvolver um diálogo transdisciplinar sobre as tecnologias que convêm ou não a cada sociedade, na perspectiva dos valores que queira salvaguardar. Consciente de que o progresso científico não é um absoluto, a bioética pretende contribuir para a felicidade genuína e sustentável dos indivíduos e da sociedade*”.

### **2.1.1 – O bem da pessoa e o bem comum**

Se a bioética pretende contribuir para a promoção do “bom”, seja na perspectiva do indivíduo ou da sociedade, facilmente se poderá constatar que uma das maiores dificuldades nesse caminho será que o bem do indivíduo nem sempre corresponde ao bem da sociedade. E se assim for, como proceder? Peter Singer, no seu livro “Practical Ethics”, publicado em 1993, apresenta uma concepção de ética que poderá

---

<sup>32</sup> Veja-se o exemplo da utilização da energia atómica em Hiroshima e Nagazaqui.

ajudar a responder a esta questão. Ao negar a ideia de uma ética relativista em função da maioria, e subjectiva em função de cada um de nós, defende uma ideia de racionalidade no juízo ético. Afirma Singer (1994/1993) que para poder afirmar que está a actuar mediante um padrão ético, a pessoa terá que conseguir justificar racionalmente as motivações do seu comportamento, para que este seja compreensível. Claro que não será suficiente uma justificação baseada unicamente no seu próprio interesse, uma vez que a ética inclui o ponto de vista da relação; a ética diz respeito a mais do que um. Por isso, para ser eticamente aceitável, a justificação de um comportamento terá que ser baseada não apenas no próprio interesse da pessoa, mas também no melhor interesse e nos princípios éticos de bases mais amplas, para utilizar a expressão do autor. Desta forma, a ética deverá apresentar um juízo que, de um determinado ponto de vista, possa ser generalizável. Singer, a este propósito, induz a necessidade de se utilizar uma ética utilitarista, no sentido em que terá que se ter em conta o melhor para a maioria das pessoas quando da decisão sobre o curso de acção a tomar para que os resultados possam corresponder ao interesse de uma maioria alargada.

É discutível esta última afirmação do autor. A procura de uma justificação racional centrada no interesse individual e, paralelamente, com o de uma base social mais ampla, pode não ser justificativa de uma ética consequencialista ou utilitarista. Essa base social mais ampla pode corresponder a uma minoria cultural e, nesse sentido, não seguir ao encontro do “melhor para o maior número de pessoas”. Nesta perspectiva, a ética visa a discussão na procura de consensos que permitam bases comuns de aceitabilidade entre as pessoas e os grupos que as representam. De outra forma estar-se-ia a negar os direitos e interesses das minorias, afinal um dos valores fundamentais das sociedades ocidentalizadas.

Também Roque Cabral (2001) julga como difícil a articulação harmoniosa entre o bem comum e o bem individual, sendo que defende a perspectiva que de forma alguma o bem comum poderá justificar a degradação ou o prejuízo efectivo de uma pessoa particular. É um equilíbrio que se torna difícil e que tem levantado, desde sempre, uma grande discussão sobre o seu significado. Ao longo da história da

humanidade foram sendo adoptadas múltiplas e diferentes soluções a este nível, com os mais diversos resultados. Hoje em dia, e nas sociedades modernas ocidentais, de tradição judaico-cristã, o indivíduo costuma estar no topo das prioridades. Ao nível dos cuidados de saúde será essa, igualmente, a tradição que prevalece. De facto, o artigo 2º, da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, adoptada pelo Comité de Ministros do Conselho da Europa, em 19 de Novembro de 1996, estatui que os interesses e o bem-estar do ser humano devem prevalecer sobre o interesse único da sociedade ou da ciência.

Ainda assim, poderá argumentar-se que este conflito poderá até não o ser. Atentando ao que afirma Maritan (2001/1943) poderá depreender-se que, de facto, o bem comum poderá ser indissociável, de certa forma, do bem individual. De facto, Maritain, ainda que considere uma ilusão a ideia de que a autonomia da vontade seja absoluta, ou seja, que a liberdade de cada pessoa não tenha limites, defende que todos as pessoas terão o direito de tomar as suas decisões no que diz respeito ao seu destino pessoal, o que torna o bem comum dependente do bem individual.

Mas então, o que é o bem? Pellegrino (2001) apresenta uma noção de bem no contexto de uma relação profissional de saúde/doente, afinal aquela que neste contexto mais importa, dividida em 4 componentes: o bem clínico; a percepção de bem do doente; o bem dos humanos; e o bem espiritual.

O *bem clínico* estará relacionado com o bem fisiológico do corpo e da mente, bem como com o alívio da dor e do sofrimento através de diversas intervenções onde se inclui, é claro, a intervenção psicológica.

O *bem do doente*, por ele percebido, refere-se às diferenças individuais de cada um, centradas nas suas preferências e valores e no balanço destes com as intervenções propostas. Desta forma, o bem clínico deve estar contextualizado com o projecto de vida e com a situação do doente ou cliente.



O *bem dos humanos* relaciona-se com a preservação da dignidade da pessoa humana, cujo valor lhe é inerente e não dependente de nenhum factor social ou biológico. Neste sentido, o bem humano não estará sujeito à evolução da sociedade, fazendo parte da natureza humana. Esta noção de bem implica, por exemplo, a necessidade do profissional promover o tratamento de todas as pessoas, qualquer que seja a sua condição social, económica ou de saúde, já que tem que respeitar todas as pessoas do mesmo modo em função do seu igual valor. Pode dizer-se que, por um lado, esta noção de bem poderá corresponder a uma noção de bem comum, já que esta noção de respeitar todos do mesmo modo transporta para a questão da justiça, sendo que esta só tem razão de existir porque vivemos em comunidade. Pode então dizer-se que a justiça visa o bem comum, já que visa promover o bom funcionamento social. Por outro lado, sabemos que a racionalidade faz parte da natureza humana, o que implica que o Homem seja um ser individual com consciência de si mesmo, o que transporta para a ideia do respeito pela sua individualidade, devendo o profissional contribuir nesse sentido.

Finalmente, o *bem espiritual* é ditado pelo sentido que o doente dá à sua vida. Se na grande maioria das vezes este bem espiritual, guiado por um conjunto de crenças e doutrinas, está ligado à religião, nem sempre é assim. Aderir a uma crença religiosa pode ser uma forma de viver a espiritualidade. Mas, também se vive sem ter religião. A espiritualidade diz respeito aos valores que transcendem o indivíduo. A religião representa um conjunto de respostas que a humanidade tenta dar às questões aí colocadas.

A satisfação da necessidade espiritual passará por se sentir que se é amado e que se é capaz de amar, dando tradução à vivência humana. É verdade que os outros são fundamentais para a nossa concretização enquanto pessoas, e que as emoções representam os meios para promover essa mesma necessidade. Mas na verdade a significação que determinadas relações merecem para cada um de nós é necessariamente mais complexa do que uma explicação em função de um conjunto de reacções neuroquímicas. Então, espírito será o amor e a capacidade de estabelecer relações significativas. Será pois, ser-se reconhecido como pessoa, em

toda a sua profundidade. Como diz Pellegrino (2001, p. 570), “o domínio do espírito dá um significado último à vida humana”. O bem espiritual torna-se assim o bem maior da pessoa. Desta forma, quaisquer que sejam as crenças espirituais de cada um, elas devem ser respeitadas na intervenção clínica e acomodadas às noções de bem anteriormente descritas.

Como será fácil de ver, o bem, ao nível dos cuidados de saúde, está direccionado para a pessoa. Deste modo, o bem comum poderá estar representado, por um lado, na promoção do bem de cada um dos elementos da sociedade. Ou seja, parte-se do pressuposto que ao defender o bem de cada um se estará a promover uma sociedade melhor para todos.

Mas não existem dúvidas que, por vezes, um bem comum, representado, por exemplo, pela saúde pública, pode ser posto em causa por um qualquer indivíduo. Nesse caso não parece avisado nem intuitivamente adequado nada fazer. John Stuart Mill (1989/1859, p. 13) referiu “...*the sole end for which mankind are warranted, individually or collectively, in interfering with the liberty of any of their number is self-protection*” – o que transporta para a ideia de que em determinadas situações, onde esteja em causa a segurança de outras pessoas, possa ser privilegiado esse bem comum, no caso, a protecção da saúde pública. Veja-se, a propósito, os procedimentos indicados no que respeita às doenças infecto-contagiosas que são consideradas de declaração obrigatória, independentes, por isso, da vontade da pessoa que delas padece. O objectivo será o de garantir a protecção da saúde pública através da prevenção da transmissão dessas mesmas doenças. Deste modo, justifica-se a adopção de algumas medidas compulsórias como forma de prevenir a transmissão dessas doenças. Ou seja, a saúde pública poderá extravasar a protecção do bem individual se este for entendido pelo próprio, à luz do respeito pela sua vontade, como contrário a esse interesse público.

Nestes casos, e segundo O'Neill (2004), as dificuldades residem na avaliação dos riscos, tendo em conta esse bem comum e o bem individual. A avaliação casuística assume aqui um lugar de destaque, sendo que terão que ser evitadas regras

absolutas. No fundo, a problemática gira à volta da questão da manutenção da privacidade em situações onde estão em risco terceiros pessoas, bem como na compulsão ou proibição em relação a determinados comportamentos previsivelmente nocivos da saúde pública de uma forma grave. Caso a caso, cada situação deverá merecer um julgamento adequado em função da avaliação dos valores em questão, sendo que a regra geral deverá ser a protecção do bem individual.

Dando corpo à forma como o julgamento moral e o raciocínio ético têm lugar poderemos encontrar uma justificação psicobiológica para este problema. De facto, para além da consciência nuclear do indivíduo, foi defendido que a noção de racionalidade como característica distintiva do ser-humano assentava essencialmente na consciência autobiográfica onde residem todas estas dimensões de história individual, de realidade social e espiritual. Ou seja, a racionalidade será assente num padrão comum de formação e educação que constituirão a base da nossa moral comum. Então, em relação a um conjunto de valores fundamentais para a estabilidade social a nossa tendência será estarmos de acordo, pelo menos se formos capazes de reflectir ponderadamente sobre as nossas decisões. Significará isto que nos valores fundamentais que sustentam a vida em sociedade, o bem comum, a tendência será para uma concordância de valores, dado que o percurso educativo é comum<sup>33</sup>.

As diferenças existentes numa sociedade sobre a noção de bem comum partirão, sobretudo, de duas questões fundamentais: (1) falta de ponderação sobre as intuições de cada um que de facto poderão dar respostas bem diversas de pessoa para pessoa em função de passados complexos e deficitários no sentido de um

---

<sup>33</sup> Entre sociedades construídas sobre valores muito diferentes as tensões daí resultantes são evidentes. A globalização construída através da facilidade de comunicação e de transporte tem posto em evidência muitas das tensões provocadas por estas diferenças. Torna-se pois difícil lidar com realidades sociais assentes em valores fundamentais contraditórios, pelo que a proposta de Valores Universais, mais do que um desejo será uma necessidade. Regressa o conceito de ética dos consensos como um objectivo fundamental da teoria ética. Esta ideia não vem contrariar a perspectiva de que a educação será uma educação para a diferença e não para a igualdade. O Ser-humano precisa de uma base comum para se desenvolver para a diferença. Tal como sucede a nível filogénico (Damásio, 2010) também a nível individual a pessoa terá que partir da igualdade para a diferença, da heteronomia para a autonomia.

processo de desenvolvimento positivo. Em poucas palavras, um desenvolvimento marcado por vinculações deficitárias e por emoções negativas. Então a pessoa não consegue lidar com o resultado das suas emoções pelo que acaba por tomar decisões que contrariam o seu melhor interesse enquanto ser social e, claro, contrárias ao bem comum. As soluções a este nível centram-se na construção de sociedades cada vez mais equitativas onde todos possam usufruir de um mínimo fundamental para conseguirem de facto ter o direito a um futuro aberto (Rego & Nunes, 2010). (2) Num mundo de estranhos morais (Engelhardt, 1998/1996) é possível que algumas pessoas não partilhem, de facto, alguns desses valores fundamentais da moral comum, em virtude de educações centrada em padrões distintos, e por isso mesmo não estarem de acordo, mesmo depois de juízos bem reflectidos, não tornando possível um consenso claro. Neste caso a democracia tem procurado promover os equilíbrios fundamentais para tentar defender o respeito e interesse das minorias, tentando fazer reflectir isso mesmo na legislação elaborada que pretende defender os valores considerados fundamentais pela maioria, o bem comum.

As diferenças que ainda assim resultam deste exercício, e que por isso mesmo não assentam em questões fundamentais para o bem comum são consideradas como o património social mais importante das nossas sociedades. Devem por isso ser respeitadas e protegidas correspondendo ao contributo de cada indivíduo para o conjunto social.

Residirá aqui o papel fundamental do psicólogo e da psicologia: ajudar a pessoa a exprimir a sua individualidade no contexto social alargado concretizando-se como uma pessoa individual de relação.

## **2.2 – A APLICAÇÃO PRÁTICA DA BIOÉTICA**

Como facilmente será perceptível, existem diferentes perspectivas e modelos teórico-práticos que vão sendo propostos na ética e na bioética. O objectivo deste trabalho não é definir ou defender algum como mais adequado, ou mesmo, defender um ecletismo na aplicação dos diversos modelos.

O que se pretende é induzir um modelo de aplicação neste trabalho, destinado à proposta de uma estrutura de princípios éticos para os psicólogos portugueses e posterior validação de um código deontológico<sup>34</sup> para os mesmos, fundamental para a dignificação da profissão.

Existem três teorias que acabaram por ser consideradas como as teorias éticas normativas, ou melhor, utilizando as palavras de Mappes e Zembaty (1991), as teorias éticas normativas aplicadas, a saber: as teorias da virtude, as teorias deontológicas e as teorias consequencialistas (Reich, 1995).

Pretende-se, a este nível, levar a cabo uma mera descrição, pelo que estas três teorias serão resumidamente discutidas por serem consideradas, por grande parte dos autores nesta área, como fundamentais, constituindo a base das correntes actuais da bioética. Associada a esta discussão, será introduzida a teoria da moral comum, baseada em princípios, como teoria paralela mas distinta em alguns pontos importantes. Não será possível negligenciá-la, uma vez que a análise de princípios éticos de actuação na psicologia será o cerne deste trabalho sendo que, segundo Knapp e VandeCreek (2006), estas teorias são particularmente úteis para os profissionais de psicologia.

### **2.2.1 – As teorias éticas normativas**

A estrutura clássica da ética, proposta por Moore em 1903 (citado por Solomon, 1995), baseia-se em três questões centrais: quais são as coisas boas, quais são as categorias de coisas boas, e qual o significado de bom. A resposta à primeira pergunta seria dada pela ética casuística, a segunda pela normativa e, finalmente, a terceira pela metaética ou ética analítica<sup>35</sup>.

---

<sup>34</sup> Ao longo deste trabalho a expressão “código de ética” será considerada como sinónima de “código deontológico”.

<sup>35</sup> O termo ética analítica é referido por Mappes e Zembaty no seu livro “Biomedical ethics” publicado em 1991.

Verifica-se, então, que a metaética se centra na análise dos termos e dos seus conceitos associados, como por exemplo o conceito de bem, de dever, de princípio, de moralidade, entre outros, bem como na reflexão e explicação dos pontos de vista moralmente aceitáveis.

Já a casuística, é caracterizada pela crença que alguns casos particulares funcionam como referência para a definição das atitudes a tomar. Centra-se na resolução de casos concretos, rejeitando a aplicação de regras e de teorias que não tenham em conta precedentes e circunstâncias específicas. O pressuposto de base é o de que a única forma de levar a cabo juízos morais válidos é compreender em concreto e em profundidade o caso que tenha levantado qualquer dilema, realizando ao mesmo tempo um estudo histórico de casos similares (Beauchamp e Childress, 2002/1994) paradigmáticos. Estes casos paradigmas são claros no que respeita à atitude correcta a tomar e servem de base para, por analogia, decidir o que fazer em casos mais complexos (Kuczewsky, 1998).

A ética normativa estará entre a especificidade da casuística e a abstracção da metaética. O seu papel principal será definir e defender uma teoria adequada à orientação dos comportamentos do Homem, constituindo o ponto da teoria ética mais próximo da sua aplicação prática (Solomon, 1995).

Brink (1989) não segue esta divisão, e defende que a metaética não se distingue claramente da ética normativa uma vez que as considera interdependentes. Na sua opinião, os fundamentos da ética passam pela área da metaética, como sejam a metafísica, a epistemologia, a semântica e a psicologia moral, na construção de uma teoria moral que defina o que é moralmente correcto, e na formulação de princípios de actuação, área clara da ética normativa. Também Beauchamp e Childress (2002/1994) concordam com esta perspectiva, sendo que vão mais longe e incluem a casuística dentro da ética normativa, como uma das múltiplas teorias aí existentes, uma vez que esta última pode ser considerada como um princípio de actuação em si mesmo.

No que a este trabalho diz respeito, será aceite a estrutura clássica da ética proposta por Moore, até porque o objectivo, por agora, é discutir as teorias normativas consideradas mais relevantes pela “Encyclopedia of Bioethics” de Warren T. Reich (Ed.): as teorias da virtude, as teorias deontológicas e as teorias consequencialistas. A base desta divisão centra-se na formulação de que *“toda a acção humana envolve um agente que desenvolve uma acção que tem consequências particulares”* (Solomon, 1995, p. 738). Identificam-se nesta afirmação três componentes distintos: o agente, a acção e a consequência. Serão então estas as três dimensões da ética normativa, no sentido em que, se esta pretende guiar a acção humana deverá apoiar-se numa ou em todas elas. Temos, pois, que as teorias da virtude se debruçam, em primeira instância, nas qualidades do agente, as teorias deontológicas nas normas que regem as acções, enquanto as teorias consequencialistas se preocupam prioritariamente com as possíveis consequências dessas mesmas acções.

**2.2.1.1 – Uma ética da virtude.** As teorias éticas baseadas na virtude consideram que o papel central da definição do bom e do mau está centrado na pessoa como agente promotor dos seus comportamentos. Nesse sentido, a noção de virtude assume-se como fundamental. Mas o que é uma virtude? Aristóteles, por muitos considerado o pai da ética, na sua obra “Ética Nicomaqueia”, distinguiu dois tipos de virtudes: as que são próprias do carácter e as que são próprias da inteligência, ou dito de outra forma, as virtudes morais e as intelectuais. Para este filósofo, a característica fundamental da virtude é o equilíbrio; não será por acaso que se popularizou a expressão “no meio está a virtude” que não é mais do que a assunção que teremos que ser equilibrados em todas as formas de comportamento.

Ser virtuoso será então actuar de acordo com determinada característica que fará com que a acção decorra o melhor possível. Visto isto, Solomon (1995) observa que não são apenas as pessoas que possuem virtudes, mas também todas as “coisas”, no sentido em que a virtude é uma característica de algo que permite que se consiga a obtenção de um qualquer desiderato. Por exemplo, conseguimos sobreviver em virtude do que comemos. Neste contexto, as virtudes na ética serão as

características que alguém deve possuir para conseguir levar a cabo uma tarefa de uma forma positiva, boa, o que constitui o objectivo da ética normativa. Como já foi referido, as características que catalisam os comportamentos constituem a personalidade expressa ou carácter<sup>36</sup>, pelo que as virtudes farão parte do carácter da pessoa, o que leva alguns autores a referirem-se a estas teorias como ética do carácter<sup>37</sup>, ou simplesmente ética, uma vez que na sua etimologia, ética – *éthos* – significa carácter.

A virtude será então um traço de carácter que a pessoa terá que dispor para conseguir levar a cabo a sua vida com sucesso, pelo que as teorias éticas da virtude perseguem três objectivos fundamentais: (1) desenvolver e defender um conceito de pessoa ideal; (2) desenvolver e defender um conjunto de virtudes necessárias para se ser uma pessoa ideal; (3) desenvolver uma forma das pessoas poderem atingir essas mesmas virtudes (Solomon, 1995).

Foi já na Antiga Grécia que foram definidas aquelas que se tornaram conhecidas pelas quatro virtudes cardeais, a saber: a justiça, a prudência, a fortaleza e a temperança (Frattallone, 2001). A justiça contém a medida de proporcionalidade, sendo que a sua completa realização corresponde ao bem comum, dado que a sua própria definição terá que incluir os outros, pois se vivêssemos sozinhos a questão da justiça não se colocava. Se bem que correndo o risco de sermos injustos para connosco, tal desiderato só se torna possível por meio de uma comparação com terceiros. Só se pode saber o que é justo através de uma medida de equilíbrio com os iguais.

A prudência diz respeito ao agir em si, uma vez que, para o fazermos, devemos reflectir, decidir racionalmente para escolhermos a opção mais válida. Agir automaticamente ou instintivamente raramente dá resultado. O racional é natural do Homem, pelo que assim ele deve agir para cumprir com as suas disposições

---

<sup>36</sup> Para uma melhor compreensão reveja-se o capítulo 1.1 – “A ética”

<sup>37</sup> Veja-se Tom Beauchamp e James Childress: Principios de ética biomédica. Masson, S.A. Barcelona, 2002/1994, pp. 58 a 65.



naturais. Devemos pois agir prudentemente através do reconhecimento da realidade, agindo de uma forma informada, o que justifica esta segunda virtude.

Sendo verdade que por vezes é difícil a utilização da prudência, pois a situação pode exigir respostas rápidas e decididas, a fortaleza assume-se como uma terceira virtude no sentido de levar o Homem a enfrentar o perigo sem se deixar levar pela cobardia ou, em sentido contrário, por actuações temerárias.

A temperança, como quarta virtude, tem como fundamento básico a questão do equilíbrio. Nenhuma das outras três virtudes o seria se fosse empregue de uma forma desequilibrada. A temperança revela-se então fundamental para equilibrar os comportamentos, proporcionando todas as virtudes.

Depois do aparecimento do cristianismo na Europa, às virtudes cardeais juntaram-se as virtudes teologais da moral cristã (Solomon, 1995) – a fé, a esperança e a caridade – que com as quatro anteriores formaram as sete virtudes que, em conjunto com os 7 pecados mortais – a gula, a preguiça, a ganância, o orgulho, a inveja, a raiva e a luxúria – dominaram o pensamento medieval sobre a ética.

Pode afirmar-se que as teorias da virtude adquirem um sentido teleológico dado que pretendem responder à questão de como se deve viver e em que consiste viver o bem (Habermas, 1991/1999). Aliás, o Dalai Lama afirma mesmo que a virtude é “*o método pelo qual a felicidade é alcançada*” (Gyatso, 2000/1999, p.94), uma vez que o que nos traz mais satisfação na vida são as acções que fazemos pelo bem dos outros, referindo-se pois a uma virtude de benevolência.

Logo, aquele que estiver disposto, em função do seu carácter, a realizar aquilo que é correcto será o modelo da pessoa moral. O pressuposto de base reside no facto de que sendo tão fácil as pessoas quebrarem normas e regras morais ou formais, resulta muito mais lógico que as pessoas, devido ao seu carácter, queiram tomar as decisões mais certas em função daquilo que assim for considerado (Pence, 1980 citado por Beauchamp e Childress, 1994/2002). Por exemplo, nos cuidados de

saúde, o profissional virtuoso tomaria a decisão de defender o melhor interesse do seu doente, pois assim o consideraria correcto.

Beauchamp e Childress (2002/1994) defendem que embora as virtudes sejam de grande importância, esse facto não implica que não sejam necessárias regras ou princípios para tomar decisões, uma vez que pessoas de bom carácter moral terão também, muitas vezes, dificuldade em definir aquilo que é correcto ou incorrecto fazer. Assim, estes autores propõem uma correspondência entre virtudes e princípios, ainda que reconheçam não ser possível constituir uma relação entre todas as virtudes e princípios ou normas de obrigação. De facto, existem algumas virtudes que poderão apenas facilitar ou potenciar o cumprimento de determinadas normas.

Outros autores, como Peter Singer (1994/1993) ou John Rawls (1993/1971) defendem que as pessoas virtuosas poderão, ainda que com a melhor das intenções, enganar-se, pelo que as virtudes não podem ter um papel definitivo na estruturação daquilo que é correcto fazer. Ou seja, uma pessoa honesta poderá por qualquer motivo involuntário, sem se aperceber, ser desonesta.

Na verdade, as teorias da virtude reassumiram nos últimos tempos um papel importante dada a descrença das pessoas em geral nos mecanismos sociais de controlo dos comportamentos, seja ao nível do direito formal, seja ao nível do julgamento social. Desta forma, se as pessoas não forem virtuosas, através de uma educação apropriada, torna-se muito mais difícil garantir que as coisas corram pelo melhor. MacIntyre (citado por Quirk, 1995) refere que não existe conhecimento moral sem educação, sendo que esta não consiste numa mera assimilação de conceitos e normas, mas sobretudo na aquisição da prudência ou *phronesis*, que não é mais do que o saber prático universal para expressar de modo correcto, as respostas correctas, no momento correcto. Se a sociedade se basear unicamente na repressão derivada do não cumprimento das normas sociais, muito dificilmente se poderá conseguir a criação de uma sociedade justa, equilibrada, corajosa e reflexiva.

Nesta perspectiva, ganha relevo a necessidade de promover uma educação centrada nos valores. Ou seja, uma educação, formal ou informal, que promova a formação de cidadãos participativos e responsáveis, através do questionamento de atitudes, comportamentos e valores. Numa sociedade que defende a diversidade, e em que as opções são cada vez mais heterogéneas e complexas, a educação terá que garantir este espírito crítico que promova as opções livres e responsáveis. Esse será o nosso maior bem comum. A pessoa será tão mais livre quando maior for o seu conhecimento sobre as diferentes variáveis condicionantes da sua realidade social. A educação para os valores, sendo os valores estruturas racionais que auxiliam a pessoa na formação das suas opções, torna-se central na educação dos nossos tempos<sup>38</sup>.

**2.2.1.2 – As teorias deontológicas.** Se é verdade que são as pessoas que actuam, não o será menos que são as suas acções que condicionam a realidade. Já foi referido que o Homem moderno evoluiu como tal quando tomou consciência de si, quando percebeu que era único, distinguindo-se de tudo o resto qualquer que fosse a realidade vivida. Começou pois a alterar o mundo à sua volta bem como a alterar-se a si próprio para conseguir uma melhor adaptação e, nessa perspectiva, uma vida melhor.

Claro que a possibilidade do Homem realizar acções que alterem o mundo faz com que este se transforme não apenas para quem o modifica, mas também para todos os outros, semelhantes e não semelhantes, o que traz de volta um dos pressupostos da ética: a optimização do funcionamento social através da promoção do bem. Também por isso, desde há muito tempo, a ética se centrou no julgamento das acções, dos comportamentos, com o objectivo fundamental de promover as boas atitudes por parte das pessoas ou, em última análise, de evitar que estas fizessem coisas más. Se as teorias éticas da virtude se centram na promoção de uma série de traços de carácter com esse mesmo objectivo, as teorias deontológicas preocupam-

---

<sup>38</sup> A este propósito, o Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto tem desenvolvido um conjunto de projectos na área da Educação para os Valores. A esse propósito consultar, por exemplo, Gonzaga & Nunes (2006).

se, essencialmente, com a formulação de uma série de princípios e normas morais para a prossecução desse desiderato (Solomon, 1995).

Deste modo, ainda segundo Solomon, o desígnio primordial das teorias deontológicas passa por formular e defender um determinado conjunto de regras ou princípios morais, bem como desenvolver um processo de definir o que fazer quando algumas dessas regras ou princípios entrarem em conflito.

Claro que quando se equaciona esta organização deve ter-se em consideração que estas divisões não são estanques. Não se pode falar de carácter sem equacionar que a ênfase aqui colocada supõe implicações ao nível das normas e das consequências, dado que segundo a definição de ética construída no primeiro capítulo deste trabalho, esta encontra-se no início e no resultado dos actos. De igual modo, as teorias deontológicas referem-se ao carácter e às consequências dos actos. Então, uma atitude conscienciosa no seguimento de normas será um traço de carácter fundamental para uma pessoa neste contexto, o que ilustra bem o que acabou de ser referido.

Os deontologistas não defendem o Homem como um simples seguidor de normas, uma vez que admitem que as pessoas podem ter convicções e projectos próprios. No entanto, o limite da criatividade, se assim se poderá dizer, situa-se no cumprimento das regras morais que, em circunstância alguma, poderão ser violadas (Solomon, 1995).

Esta obrigatoriedade no cumprimento de regras morais não é, como será bom de ver, um pressuposto recente. A Antiguidade é fértil em exemplos de sociedades com regras morais impostas a todos e a cada um dos seus membros. A tradição judaico-cristã, basilar na organização do pensamento actual em Portugal, brinda-nos com um exemplo claro de afinidade com as teorias deontológicas. Os 10 mandamentos constituem um conjunto de regras a serem seguidas para além de qualquer outra coisa, por serem os mandamentos de Deus. Trata-se, neste caso, de uma moral heterónoma. Contudo, a sociedade ocidental actual, baseada na liberdade da

pessoa e na sua auto-determinação, não pode aceitar uma justificação unicamente heterónoma. Então, porque se devem seguir determinadas regras?

Os deontologistas não podem defender que se devem seguir determinadas regras para que as pessoas possam ser melhores pessoas, caso contrário estariam a cair numa teoria de carácter, próxima da noção de virtude. Tão pouco, podem defender ser importante obedecer a normas ou a princípios morais para promover determinados acontecimentos, pois estariam a seguir uma teoria consequencialista. Logo, o intuito de respeitar as regras definidas tem que residir nessas mesmas regras, sendo que a justificação das mesmas não pode surgir como totalmente externa à pessoa, pois tal seria uma moral heterónoma, se não metafísica.

Se foram os estóicos os primeiros percursores deste ponto de vista, salientando a importância da razão para o cumprimento do dever, foi Kant que, definitivamente, através da primeira formulação do seu imperativo categórico – *“age apenas segundo aquela máxima que possas querer que se converta, ao mesmo tempo, em lei universal”* (Kant, 1996/1785, p. 92), definiu que só a lei moral poderá ser princípio da boa vontade (Neves, 2001). A lei moral, criada pelo Homem a partir da sua racionalidade tem que ser seguida, sob pena do Homem se estar a negar a si próprio, à sua natureza, o que constitui para Kant a resposta à questão sobre os motivos que devem levar o Homem a respeitar determinadas regras<sup>39</sup>. O autor afirma ainda que a moral está baseada na razão pura e não nas emoções, na intuição ou nos costumes. Desta forma, um comportamento deve ser avaliado não pelas suas consequências ou a partir de quem o praticou, mas pela sua boa vontade. Ou seja, a acção moral corresponde ao que faríamos se só a razão determinasse a vontade, pelo que teria que existir uma razão moralmente válida que justificasse esse comportamento.

Mais recentemente, John Rawls (1971/1993) veio defender, na sua célebre teoria sobre a justiça, quando se refere ao processo de racionalidade deliberativa, que se uma pessoa fizer aquilo que lhe parecer correcto em determinado momento e se daí

---

<sup>39</sup> Reveja-se o capítulo 1 deste trabalho: “A pessoa e a psicologia”.

obtiver consequências negativas, não será por elas responsável. Rawls considera como “correcto” tudo o que a pessoa fizer tendo em conta o seu projecto de vida nas coisas que considera fundamentais para o seu próprio bem. Trata-se de um projecto escolhido com base numa avaliação cuidada sobre todas as consequências que lhe seja possível prever. Como na prática o nosso controlo sobre todas as variáveis que determinarão o nosso futuro é bastante limitado, torna-se difícil a elaboração de um projecto totalmente consistente com vista à obtenção do nosso bem. Mas, afirma Rawls, *“se o agente faz o melhor que uma pessoa racional pode fazer com a informação de que dispõe, o projecto por si escolhido é um projecto subjectivamente racional”* (1993/1971, p. 321). O facto de agirmos mediante este processo de racionalidade deliberativa, onde Rawls inclui também os desejos e aversões como constituintes do mesmo, pode garantir que o nosso comportamento estará acima de qualquer censura, colocando ênfase na característica basilar do Homem: a autonomia.

Apesar de Rawls não se considerar um kantiano (Beauchamp e Childress, 2002/1994), a verdade é que apresenta uma defesa de uma forma de comportamento não centrada nas consequências nem em características especiais do Homem, uma vez que dadas as suas capacidades naturais – a racionalidade – ele é perfeitamente capaz de definir e pôr em prática aquilo que é considerado o correcto. O que Rawls traz de novo, em relação a Kant, é a inclusão da dimensão emocional no processo de deliberação, o que parece muito mais razoável tendo em conta a natureza humana. Claro que a emoção não retira responsabilidade à pessoa, ela apenas vem pautar e tornar única a aferição do custo e do benefício – sentidos em termos emocionais de avaliação de prazer e desprazer – de cada opção que se coloca a cada momento.

Ao referir-se ao seu imperativo categórico, Kant determina que a ética tem que ter uma aplicabilidade universal, e mais, que a universalidade é suficiente para a aceitação moral das normas (Beauchamp e Childress, 2002/1994). De facto, a assumpção de um imperativo universal no comportamento, se bem que compreensível em função da definição de características comuns a todas as

peças, transporta de novo para o conceito de bem comum e torna-se, porventura, difícil de atingir. Não que uma teoria deontológica não sustente a garantia da defesa da diversidade como um valor muito caro à pessoa humana, promovendo a aceitação de diferentes mundividências. Mas porque parece ser fundamental que a ética acompanhe a noção de intuição, ou em alternativa, de senso comum, sendo este muito condicionado pelo relativismo cultural. De facto o senso comum varia muito consoante as diversas realidades culturais e o desenvolvimento individual tornando difícil a aceitação de determinadas normas universais. É verdade que a Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948) sustenta um conjunto de preceitos universalmente aceites, mas também é um facto que estes não foram definidos apenas em função da sua racionalidade, mas sim através da obtenção de consensos entre os diferentes membros da Organização da Nações Unidas, pelo que, poderá afirmar-se, assumem valores de virtude e objectivos consequencialistas.

A aplicação das teorias deontológicas à vida moral comum ou mesmo à actividade profissional levanta pois alguns problemas. Os deveres perfeitos e imperfeitos decorrentes das formulações do imperativo categórico, sobretudo da segunda (Mappes e Zembaty, 1991) – *“age de tal modo que te relaciones com a humanidade, tanto na tua pessoa como na de qualquer outro, sempre como um fim e nunca simplesmente como um meio”* (Kant, 1785/1996, p. 104) – nem sempre são conciliáveis. Considerando, por exemplo, o dever perfeito, por isso absoluto, de não mentir e o dever imperfeito da benevolência, e por isso subjugado ao dever perfeito, não será difícil encontrar situações onde a moral do senso comum nos dirá que será melhor mentir, como seria o caso de mentirmos a um assassino sobre a localização da sua potencial vítima, do que dizer a verdade pondo em causa a benevolência. A não consideração das consequências pode levar, então, a conflitos inultrapassáveis, que só poderiam ser resolvidos com a introdução de outras normas ou princípios, o que torna mais complexa a consideração única da racionalidade, como já foi sendo referido no primeiro capítulo deste trabalho, como justificação da lei moral.

**2.2.1.3 – As teorias consequencialistas.** O terceiro momento da acção de uma pessoa será constituído, nesta classificação, pelas consequências. É a este nível

que se centram as teorias consequencialistas, procurando otimizar os resultados dos comportamentos no que respeita ao bem ou bens considerados mais valiosos pela teoria ética. Ou seja, e por exemplo, se partíssemos de uma teoria que considerasse que o maior valor social seria a criação de riqueza, então todos os actos ou comportamentos que decorressem no intuito de promover a riqueza seriam considerados como moralmente positivos.

Os objectivos fundamentais de uma teoria consequencialista passam então por especificar e defender as coisas que são boas por si próprias, desenvolver técnicas para quantificar e comparar estes bens intrínsecos e, por último, criar condições para potenciar os comportamentos que maximizem os bens em questão (Solomon, 1995).

Se os comportamentos humanos têm, praticamente sempre, um efeito no todo social, então teremos que ter em consideração, no balanço entre o bem e o mal, todas as outras pessoas (Mappes e Zembaty, 1991). Melhor dizendo, o interesse de todos aqueles que poderão ser afectados por determinado comportamento tem que ser tido em consideração no consequencialismo.

Ao distinguirem bens instrumentais de bens intrínsecos (Solomon, 1995) as teorias consequencialistas consideram que existem determinados tipos de bens, como por exemplo virtudes como a honestidade ou a benevolência, que apenas são bons instrumentalmente, ou seja, na medida em que contribuem para a maximização do bem intrínseco. Utiliza-se o epíteto “apenas” pois, se surgir um contexto em que seja possível maximizar o bem intrínseco recorrendo à qualidade oposta a qualquer uma destas virtudes, esse será, segundo estas teorias, o caminho correcto a seguir, o que evidencia a falta de valor próprio destas qualidades.

O consequencialismo assume, hoje em dia, a sua máxima expressão nas teorias utilitaristas que consideram que o único bem intrínseco reside na felicidade humana (Mill, 2004/1863). O paradigma máximo sustenta-se no princípio *age de tal forma que promovas a máxima felicidade para o maior número de pessoas*. Ao fazer-se a distinção entre bens instrumentais e bens intrínsecos, verifica-se que bens



instrumentais serão todos aqueles que contribuirão para este desiderato final. No entanto, considerar a felicidade como um bem não deixa de levantar problemas complexos.

Muitas vezes nos perguntamos sobre o significado da felicidade<sup>40</sup>. Uma das primeiras dificuldades passa por conseguir quantificá-la, o que constitui um dos grandes objectivos do consequencialismo em geral e do utilitarismo em particular. A felicidade não se vive como um todo mas momento a momento. No fundo, é possível afirmar que se teve um dia feliz, o que acontecerá quando se sente que o conjunto de momentos felizes vividos ao longo do dia, subtraindo os negativos, resulta num balanço positivo. No entanto, tal contabilização não é líquida pois os acontecimentos quotidianos não são alvo de uma avaliação objectiva. Tal poderia ser feito por um agente exterior à pessoa que vive a situação, sendo que, ainda assim, teria sempre a limitação decorrente da subjectividade de quem avalia. Nós próprios vivemos muitas vezes situações idênticas, atribuindo-lhes significados diferentes, consoante o nosso humor e expectativas. Ou seja, torna-se difícil objectivar situações concretas no que respeita à sua tradução de quantificação de prazer, quando tal tradução é feita emocionalmente (o prazer como emoção), sendo difícil, senão impossível, uma previsão objectiva da quantidade de prazer que determinada situação provocará.

Não negando a racionalidade do Homem como sua característica natural, e apelando novamente ao processo proposto por Rawls (1993/1971) de racionalidade deliberativa, poderia argumentar-se que este pressuposto de maximização da felicidade passaria pela capacidade limitada, é claro, da previsão de quantidade de prazer que determinado projecto promoveria. No entanto, ao fazer-se um projecto, pretende-se, essencialmente, promover um adiamento do prazer no sentido de mais tarde o potenciar a partir dos resultados da acção projectada. É esse o objectivo dos projectos, e é esse o papel da razão: adiar o prazer com vista a torná-lo maior e sobretudo mais consistente, tendo em consideração a realidade social em que vivemos.

---

<sup>40</sup> Segundo Williams (1987/1972), na esteira de Mill (2004/1863), numa teoria utilitarista, a felicidade como princípio moral significa prazer e ausência de dor.

Pode criar-se uma relação entre esta ideia e a distinção entre emoção e sentimento proposta por C. Rodrigues e seus colaboradores (1989), bem como por Damásio (2001/1994; 2010). Estes autores sustentam que a emoção é irracional, vivida no momento, seja ela positiva ou negativa<sup>41</sup>. Um exemplo pode ser a paixão<sup>42</sup>, normalmente avassaladora e que não pouco frequentemente leva a sua “vítima” a praticar actos irracionais. O sentimento, esse, será a intelectualização da emoção, a sua transformação pela racionalidade, dando-lhe uma maior estabilidade e significado, por exemplo, o amor. Só o sentimento poderá permitir o adiamento da obtenção de prazer, uma vez que a emoção, dada a sua característica irracional, exige uma imediata satisfação<sup>43</sup>.

Pode ser então que a felicidade inerente às teorias utilitaristas se refira a um prazer vivido ao nível do sentimento e não ao nível da emoção, pois esta será a única forma de conseguir prever com alguma segurança quais as formas de o obter. Não será pois um prazer no sentido estrito do termo, como um prazer decorrente, por exemplo, da satisfação das necessidades fisiológicas do indivíduo, mas sim um prazer obtido a partir da satisfação de outro tipo de necessidades consideradas, recorrendo à nomenclatura de Maslow (1954/1987), como superiores, que terão que ter em consideração os outros e a realidade social. Será o sentimento resultante da intuição reflectida que orienta a tomada de decisão moral.

---

<sup>41</sup> Não existem, de facto, emoções negativas e positivas. As emoções não têm esse tipo de conotação uma vez que se constituem como mais uma ferramenta que potencia as decisões das pessoas, e no caso, dos mamíferos superiores. De facto, devido à tradição racionalista, o papel das emoções tem sido visto, muitas vezes, e erradamente, apenas como um “tempero” da vida, ou seja, como um mecanismo pelo qual a pessoa pode ou consegue colorir, adjectivar, as suas decisões. Nesse sentido, seria pertinente a utilização dos termos “boas e más” emoções, como sendo aquelas que trariam melhores ou piores resultados. Mas se as emoções fazem parte do processo de decisão do Homem (Greene, 2002; Damásio, 2001/1994; Haidt, 2001; Goleman, 1997/1995), então todas elas têm um papel positivo na sua vida, não fazendo sentido conotá-las de outra forma. Contudo, e dado ser comumente aceite a ideia de emoções positivas e negativas em virtude da forma como cada um de nós as sente, aceita-se a terminologia para facilitar a compreensão. Sá (2009) vem ao encontro desta ideia quando se refere às emoções negativas como uma vivência errada das mesmas. Ganha sentido, neste caso, essa nomenclatura, dado que se refere a uma vivência patológica das emoções.

<sup>42</sup> Ainda que a paixão não possa ser encarada como uma verdadeira emoção, ao contrário do amor, mas sim como um fenómeno emocional condicionado culturalmente (Oatley & Jenkins, 1998/2002), considera-se aqui como tal para melhor ilustrar a comparação.

<sup>43</sup> Claro que esta distinção entre emoção e sentimento não é pacífica e muito menos consensual. Seja como for será pouco importante se essa diferença existe de facto. Será uma questão de nomenclatura. Parece ser consensual que as emoções, ou os sentimentos, fazem parte do Homem e são actores centrais no seu processo de decisão, pelo que são fundamentais para a vida humana (Consultar a este propósito capítulo 2.3 – O pensamento ético).

Esta questão vem levantar alguns problemas a propósito da distinção entre as diversas teorias normativas. Ao tratar-se de um prazer intelectualizado pode assumir diferentes formatos, como a promoção de determinados traços de carácter ou virtudes, ou então a defesa de certos tipos de normas ou princípios a seguir na perspectiva de obtenção do prazer. Nesse caso, e de acordo com Solomon (1995), a ética da virtude e a deontologia seriam meras formas de consequencialismo, e não faria sentido referir-nos a divisões nas teorias éticas normativas.

A diferença basilar entre estas teorias reside, ainda segundo Solomon, no facto de que as duas primeiras são personalistas, ou seja centradas no indivíduo, enquanto o consequencialismo se dirige ao grupo, ou seja a um maior número de pessoas. Exemplificando, se uma certa teoria moral defendesse a honestidade como o bem intrínseco número um, uma ética centrada na virtude pretenderia, em primeira instância, que a própria pessoa tivesse um comportamento assente na honestidade. Já uma teoria consequencialista teria como preocupação central que o maior número de pessoas tivesse uma atitude baseada na honestidade. Logo, se fosse previsível que determinada pessoa, ao assumir um comportamento desonesto, contribuísse para uma maior implementação da honestidade como virtude nos outros, tal acção seria aceitável e até desejável do ponto de vista ético, coisa que uma ética das virtudes não aceitaria. O mesmo exemplo poderia ser dado para a deontologia, com a diferença que o considerado como bem intrínseco estaria baseado numa qualquer norma, sendo que na deontologia ela seria absoluta no que respeita a cada um de nós e no consequencialismo ela poderia ser quebrada desde que com isso a pessoa estivesse a contribuir para que um maior número de indivíduos seguisse essa norma ou princípio.

Resumindo, se a ética das virtudes e a deontologia também têm em conta as consequências, o consequencialismo inclui igualmente o agente e as normas que regulam a sua acção. A grande diferença reside no facto do consequencialismo ser de algum modo impessoal, preocupando-se, em primeira instância, com o conjunto que forma a realidade social, enquanto as outras duas teorias normativas colocam

uma maior ênfase na pessoa. Aliás, a este propósito, Privitera (2001) refere-se ao utilitarismo como sendo um eudemonismo social uma vez que o grande objectivo parece ser o bem social, baseado no pressuposto de que o Homem precisa dos seus semelhantes para sobreviver.

Muitos autores (Beauchamp e Childress, 1994/2002; Solomon, 1995; Mappes e Zembaty, 1991) consideram a existência de dois tipos de consequencialismo ou utilitarismo: o utilitarismo de regra e o utilitarismo de acto. O primeiro defende que existem determinados tipos de comportamentos que por na grande maioria das vezes provocarem consequências positivas para um maior número de pessoas, sendo difícil prever as excepções, devem ser sempre promovidos e levados a cabo.

Um exemplo claro disto mesmo é representado por um dos argumentos consequencialistas que aponta no sentido da sustentabilidade da confidencialidade nas relações em cuidados de saúde. Se o profissional de saúde quebrar a confidencialidade com o objectivo de proteger, por exemplo, uma terceira pessoa, posta em maior perigo caso a privacidade seja mantida, poderá estar a comprometer a confiança que futuramente outras pessoas poderão ter na sua classe profissional, o que poderia vir a representar um perigo ou um mal maiores. Um caso que tem sido muito discutido nos últimos tempos é o do indivíduo seropositivo que se recusa a comunicar ao seu parceiro sexual estar infectado com o VIH. Uma teoria consequencialista de regra dificilmente defenderia a quebra do sigilo nestas circunstâncias, tal como fez o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2000), dado que tal facto poderia comprometer a confiança das pessoas no médico, inibindo-as de fazer a despistagem do vírus com medo que o diagnóstico fosse revelado contra a sua vontade. Esta realidade poderia constituir um mal maior no futuro do que a potencial infecção decorrente da não informação do parceiro sexual do sujeito em causa, uma vez que poderia vir a privar um maior número de pessoas de serem protegidas contra os seus parceiros sexuais. Ou seja, o médico estaria potencialmente a prejudicar uma pessoa (o parceiro sexual identificado) para proteger um maior número: todos aqueles parceiros sexuais de pessoas que ao não recorrerem ao profissional de saúde não poderiam saber se estariam infectadas e o

mesmo profissional não teria a oportunidade de as convencer a libertar essa informação junto do seu parceiro sexual habitual. Compreende-se deste modo a noção utilitarista de promover o melhor para um maior número de pessoas.

Já um utilitarismo de acto, neste caso, não consideraria de uma forma absoluta a manutenção da confidencialidade, realizando uma avaliação casuística e admitindo que em determinadas situações, em que se previsse que o bem seria maximizado quebrando a confidencialidade, tal deveria ser feito. Ou seja, o utilitarismo de acto considera que as regras nem sempre maximizam o bem, pelo que devem ser consideradas como directrizes amplas mas não absolutas, que podem ser quebradas quando se preveja que cumpri-las não leve ao objectivo fundamental do utilitarismo (Beauchamp e Childress, 2002/1994).

Ainda assim, não deve ser considerado que as normas no utilitarismo de regra são de facto absolutas. Mappes e Zembaty (1991) prevêm a existência de excepções em situações em que dois princípios importantes entrem em conflito. Não se trata de uma avaliação casuística, pois caso contrário estaríamos a cair num utilitarismo de acto, mas sim na criação de regras que prevejam excepções. Ou seja, se ao criar uma excepção em determinada regra se obtiver o mesmo bem que se obteria sem a excepção, adicionado ao bem provocado pela excepção, então, seguramente, a adopção dessa nova regra seria positiva à luz de um utilitarismo de regra.

Como já foi referido, uma das grandes dificuldades do utilitarismo reside na impossibilidade de prever com segurança todas as consequências possíveis dos nossos comportamentos, sendo ainda terrivelmente complicado conseguir uma definição objectiva daquilo que poderá contribuir para a felicidade ou infelicidade das pessoas. O método probabilístico é apontado pelos defensores do utilitarismo como o meio indicado para resolver estas complicações. Sendo o Homem um ser racional, o único processo válido para atingir os objectivos expostos será o de prever o melhor possível o que poderá acontecer, valorizando os acontecimentos o mais equilibradamente que for capaz, considerando o tempo de que dispuser para essa

mesma deliberação (Mappes e Zembaty, 1991), e optar pelas probabilidades mais evidentes.

Claro que as críticas relacionadas com a impessoalidade desta teoria, que de algum modo pode ser vista como a negação do respeito pela autonomia da pessoa, já que coloca a sociedade em primeiro plano, são frequentes. O artigo 2º da Convenção de Bioética do Conselho da Europa<sup>44</sup> (1996) estatui que o interesse do indivíduo deve estar sempre acima do interesse único da ciência e da sociedade, o que diz bem da importância, para a ética contemporânea, em considerar a pessoa como uma entidade autónoma e individual. Ainda que se reconheça o grande valor da sociedade para a humanidade – o Homem é um ser eminentemente social que necessita do seu semelhante para sobreviver – a verdade é que esta só tem sentido como promotora do interesse individual. Não fará por isso sentido tomar uma opção que ponha em causa, de uma forma séria, o bem-estar de uma pessoa apenas porque isso promoveria a satisfação de um número maior. Que tipo de justiça traria às minorias a valorização do maior bem para o maior número de pessoas? Não se estaria a negar uma das maiores riquezas da natureza humana, a sua diversidade? Se é verdade que serão valorizáveis as acções que promovam o melhor para o maior número de pessoas será, no mínimo, discutível que isso seja conseguido à custa de uma qualquer minoria.

### **2.2.2 – A ética baseada em princípios da moral comum**

As teorias normativas desenvolvidas até agora, ainda que tenham como objectivo primeiro conduzir a acção de um ponto de vista ético, foram construídas a partir de teorias filosóficas mais amplas por filósofos tão importantes como Aristóteles, Kant, Mill, entre outros. Desta forma, é importante, ao considerá-las, ter em linha de conta o contexto histórico e situacional em que decorreu a sua génese, que incluía, é claro, visões particulares do mundo, condicionadas por diferentes variáveis

---

<sup>44</sup> “Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with Regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine”. Adaptada pelo Comité de Ministros do Conselho de Europa, em Estrasburgo, em 19 de Novembro de 1996. Ratificada pela Assembleia da República Portuguesa em 1997, constituindo lei em Portugal desde 1 de Janeiro de 2001.

contextuais. Esta realidade torna muito difícil a sua discussão de uma forma isolada (Solomon, 1995).

Contudo, fica claro que teorias como a ética das virtudes, a deontologia kantiana e o utilitarismo são monísticas, no sentido em que possuem um princípio único – a formação da pessoa nas virtudes, o imperativo categórico em Kant e o melhor para o maior número de pessoas no utilitarismo – para regular a acção (Beauchamp e Childress, 2002/1994). As teorias baseadas em princípios sustentam-se, como o próprio nome indica, em mais do que um princípio. Estes princípios são derivados daquilo que se pode denominar como moral comum, ou seja, como já foi anteriormente discutido, a moral compartilhada pelos membros de uma sociedade. Não uma moral ou ética relativista, no sentido estrito do termo, que faria depender a noção de bem da opinião da maioria das pessoas de uma sociedade. Tal pressuposto seria um impedimento para considerar a humanidade como um todo e, tão ou mais grave do que isso, levaria a uma “ditadura da democracia”, com todas as consequências daí decorrentes centradas no desrespeito das opiniões e convicções das minorias. Como afirmam Beauchamp e Childress (2002/1994), os princípios derivados da moral comum são, à partida, ainda que não fundamentais, normalmente aceites pela generalidade das teorias éticas, pelo que foram denominados como *“middle level principles”* (Solomon, 1995, p. 745).

A este propósito Beauchamp e Childress (2002/1994) estabelecem inclusivamente a diferença entre moral comum e moral habitual. A moral comum integra os diferentes comportamentos humanos socialmente aprovados que vão sendo interiorizados ao longo do desenvolvimento pessoal e que, tal como os direitos humanos básicos, são critérios universais, porque centrados naquilo que Maritain (2001/1943) considera a lei natural. No fundo a base dos princípios comuns onde vai ser construída a individualidade de cada pessoa, na consciência autobiográfica. A moral habitual, essa sim, extremamente relativa, será tudo aquilo que tomamos por hábito a partir de um critério de aceitação por repetição. Um exemplo de moral habitual está na base do famoso argumento da rampa deslizante que sustenta que as acções que se vão desenvolvendo no dia a dia acabam por se tornar tão banais que a pessoa deixa

de reflectir sobre elas, o que poderá permitir a aceitação generalizada e pouco criteriosa da sua prática.

A grande vantagem de uma teoria baseada em princípios da moral comum, como é exemplo a proposta por Beauchamp e Childress, (2002/1994) com quatro princípios *prima facie*<sup>45</sup>, é permitir uma maior flexibilidade na sua aplicação prática. Todas as teorias baseadas em princípios únicos ou absolutos, como aquelas acabadas de descrever, acabam por não conseguir dar resposta a dilemas que se afigurem como discordantes com o senso comum.

Do mesmo modo, Rawls (1971) vem de encontro a esta ideia quando se refere ao equilíbrio reflectido como uma capacidade da pessoa em ponderar princípios que sistematizem juízos morais intuitivamente correctos. Essa intuição, que para Rawls corresponde ao sentido de justiça, deve ser questionada pelo próprio, sobretudo se conseguir encontrar motivos que diminuam a sua confiança nos seus juízos pessoais, como poderá ser exemplo uma distorção causada por um estado emocional excessivamente alterado. Desta forma, será conseguida a melhor análise do sentido de justiça pois este resultará de um equilíbrio reflectido entre os princípios gerais e os juízos particulares (Botterill & Carruthers, 2004/1999). Tal posição poderá então corresponder à necessidade de estarmos atentos às nossas limitações que advém das nossas intuições promovendo uma reflexão crítica sobre as mesmas, tanto maior quanto maior for a previsão da gravidade das consequências, tal como foi descrito anteriormente. Por outro lado, e como bem faz notar Peter Singer (2005), a aceitação acrítica desta ideia poderá fazer resvalar para um relativismo ético, com as vantagens e desvantagens inerentes. No fundo, esta aparente dicotomia tem sido um dos grandes debates ao nível da ética normativa: se esta deve estar assente numa teoria clássica, como aquelas que foram desenvolvidas, ou nos julgamentos centrados na moral comum e nas intuições reflectidas.

---

<sup>45</sup> Ao serem estruturados desta forma, a partir da moral comum, os princípios adoptados por Beauchamp e Childress (2002/1994) não são alvo de discordância por parte de nenhuma das teorias éticas já discutidas. Por esse motivo, não podem ser considerados absolutos, sendo que ganham uma grande flexibilidade de actuação ao nível do raciocínio ético e um grande nível de aceitabilidade junto das pessoas em geral.



Na verdade, esta dicotomia poderá corresponder a uma outra, centrada na relação entre racionalidade e emoção. Tal como já foi referido inúmeras vezes, a ética é uma ciência racional, pois pretende promover o melhor relacionamento possível entre as pessoas. É esse o grande sentido do desenvolvimento da racionalidade no Homem – a promoção das relações interpessoais. Mas o Homem é também um ser emocional, sendo que as emoções lhe dão a tradução do melhor para si próprio (Damásio, 2000/1999), tendo em conta o prazer e a ausência de sofrimento. A razão pode “servir” para orientar a satisfação emocional no contexto social, sendo que as emoções visam guiar a razão, tudo no sentido da obtenção da felicidade<sup>46</sup> a caminho da realização pessoal, pelo que se torna evidente a coordenação entre estas dimensões do funcionamento humano.

A própria psicologia, independentemente das teorias de base de onde se possa partir, aponta para a obtenção de um equilíbrio a este nível como paradigma do bem-estar e do equilíbrio pessoal. De facto, e estando longe de se querer fazer aqui uma dissertação sobre as teorias da psicologia, se se atentar, e apenas como exemplo, para as teorias dinâmicas ou para as teorias cognitivas – que representam dois modelos claramente distintos de observação da pessoa – verifica-se que ambas defendem um equilíbrio a este nível. Quando se fala em “Id, Ego e Superego” e se defende que o ego deve coordenar, pelo princípio da realidade, a satisfação das outras duas entidades, está-se a assumir o interesse entre a obtenção de um equilíbrio entre a razão – interpretada pelo superego e representadora das convenções sociais – e a emoção – interpretada pelo *id* em função do princípio do prazer. Sá (2009), na sua obra “Esboço para uma nova psicanálise”, faz precisamente uma aproximação a esta relação entre a emoção e a razão na teoria psicanalítica. Já as terapias cognitivas estatuem a relação entre pensamentos, emoções e comportamentos, sendo que o paradigma do equilíbrio será uma relação harmoniosa entre estas três entidades do funcionamento humano. Ou seja, é

---

<sup>46</sup> O conceito de felicidade aqui referido é diferente daquele definido pelo utilitarismo, centrado na promoção de prazer e na ausência de dor. Está mais relacionado com a procura de uma noção de bem-estar pessoal que extravasa as vantagens materiais ou a vivência de emoções ditas positivas. É um bem-estar, recorrendo às palavras de Maritain (2001/1943) centrado numa noção de adequação moral com as condições sociais e morais implicadas.

importante para a pessoa que os seus pensamentos estejam de acordo com aquilo que sente e com a forma como se comporta<sup>47</sup>.

Parece ser apropriada uma posição, do tipo aristotélica, evitando dicotomias e considerando a pessoa como um todo, ou seja, uma posição equidistante. De facto, e como afirma Brandt (1992), existirão limites à variabilidade pessoal no que à expressão dos comportamentos diz respeito. Ou seja, existem comportamentos expectáveis em função de características pessoais inatas, como o género, ou adquiridas, como a profissão. Esta diferença entre características inatas e adquiridas marca duas realidades distintas. As diferenças de género estarão marcadas por questões biológicas, por isso mesmo intrínsecas<sup>48</sup>. Já as expectativas profissionais estão seguramente muito mais relacionadas com o condicionamento social, porque são na sua quase totalidade aprendidas. Ou seja, aquilo que nos é intrínseco será mais dificilmente contrariável do que aquilo que é aprendido, pelo que existirão sempre condicionamentos a um exercício da autonomia da vontade claramente livre, ainda que isso não sirva, pelo menos em indivíduos considerados competentes, como uma limitação da responsabilidade individual<sup>49</sup>.

Uma teoria baseada em princípios da moral comum terá, à partida, a vantagem desses princípios poderem ser vistos como agentes promotores de ligações entre a teoria e a prática, podendo ser generalizados, dado serem conceptualizados como obrigações *prima facie* (Meara, Schmidt, e Day, 1996). Ou seja, mesmo quando não são decisivos os princípios devem ser tomados em consideração dado que providenciam uma coerência intelectual que torna as normas morais flexíveis mas não totalmente dependentes da sociedade, vindo ao encontro do equilíbrio a que John Rawls (1971) faz referência.

---

<sup>47</sup> É evidente que tanto as teorias dinâmicas como as cognitivas são muito mais complexas do que a forma rudimentar como aqui são apresentadas poderia deixar transparecer. O objectivo não é apresentá-las mas sim apenas fazer sobressair alguns pontos que podem ajudar a compreender esta relação entre razão e emoção no Homem.

<sup>48</sup> De forma alguma se pretende negar que as características inatamente adquiridas, como o género, sejam marcadas por condicionantes meramente biológicas ou genéticas. Como já foi defendido, a socialização do indivíduo desempenha, também a este nível, um papel importante.

<sup>49</sup> A este propósito consultar capítulos 1.2 – A pessoa e 1.3 – O pensamento ético

Por isso mesmo, quando os princípios estabelecidos entram em conflito, cabe ao profissional, em última análise, decidir sobre como resolver o dilema ético surgido, a partir do seu raciocínio ético<sup>50</sup>. Claro que neste processo ele pode, e por vezes deve, consultar colegas, superiores hierárquicos, recorrer ao código de ética, ao direito, informar-se sobre os procedimentos normais em circunstâncias idênticas, bem como consultar a comissão de ética da instituição onde trabalha. Como já foi referido, por muito virtuoso, competente e experiente que seja o profissional torna-se impossível desligar-se totalmente do seu quadro de referências, bem como alhear-se em absoluto daquilo que sente, e realizar uma avaliação neutra e racional das situações que vão surgindo<sup>51</sup>.

Em suma, a vantagem de uma teoria ética baseada em vários princípios *prima facie* será permitir uma maior flexibilidade ao nível do raciocínio ético. Este facto parece ser muito importante tendo em conta a natureza única de cada pessoa, pelo que importa conseguir encontrar decisões que se adaptem a cada caso particular, pelo que o bom senso, ligado definitivamente às intuições, se torna um instrumento central. Deste modo, o psicólogo deverá ser capaz de articular a dimensão racional dos princípios com o seu bom senso adquirido ao longo de toda a sua experiência de vida, o que incluirá uma dimensão emocional, pelo que disso deve estar ciente por forma a tentar diminuir as consequências que daí advenham. Daí ser possível afirmar que a ética que se procura não será uma ética de imperativos, puramente racional, como aquela das teorias clássicas, mas sim uma ética de consensos, conseguidos através da reflexão conjunta do profissional consigo próprio, com auxílio dos instrumentos adequados ao seu alcance, e claro, com outros profissionais.

---

<sup>50</sup> A consciência moral deve ser interpretada como a última instância a que o profissional deve recorrer no seu agir, considerando, é claro, toda a teoria ética subjacente à sua boa prática.

<sup>51</sup> As relações humanas são marcadas por uma intersubjectividade que condiciona, em certa medida, a avaliação puramente neutra da realidade do outro. Do mesmo modo, não se pode negar a existência de tendências e intuições, nem tão pouco a activação emocional que o outro desperta em cada um de nós. A experiência profissional permite, em parte, aumentar a capacidade do psicólogo para conseguir identificar as suas limitações na prossecução de um juízo puramente racional e para tentar evitar tirar conclusões que acabem por ser determinadas mais pelos seus desejos do que pelas reais necessidades do outro. É o reconhecimento disto mesmo que deve levar o profissional a tomar ainda mais atenção às suas avaliações do outro, reflectindo nos seus próprios juízos.

Provavelmente, um grande número de pessoas já terá ouvido alguém afirmar que a decisão ética seria uma mera questão de consciência pessoal. Esta ideia pode representar um apelo a uma ética de prudência, uma das quatro virtudes cardinais da teoria aristotélica, pelo que só por isso, redutora à partida. Mas, pior ainda, faz sobressair um apelo a uma ética sem uma teoria de base, orientada apenas pelo bom senso de cada um, dando por isso lugar a um relativismo ético quase absoluto. Essa seria uma ética meramente intuitiva, e por isso mesmo desadequada porque órfã de princípios racionais, fundamentais para a orientação do pensamento do profissional.

Se os princípios éticos estão na base do raciocínio ético, não se poderá afirmar que a consciência pessoal é a única condição para um agir ético, pelo menos no que ao nível profissional diz respeito. A aplicação lógica e consciente dos princípios assume-se como o fundamento para descortinar o melhor caminho a seguir a fim de serem cumpridas as obrigações inerentes ao exercício da psicologia. É este o equilíbrio necessário, entre a razão e a intuição, procurando o profissional, na medida do possível, desligar-se dos seus quadros de referência, dos seus gostos, dos seus anseios, dos seus medos, dos seus pré-conceitos. Só desta forma será possível uma análise objectiva da situação e uma decisão baseada no melhor interesse da pessoa, a partir da ciência psicológica. De outro modo ninguém poderia dizer estar a exercer psicologia, pois estaria, em vez disso, a impor o seu “bom senso” ao outro.

Se o psicólogo não procurar o melhor para a pessoa que a ele recorre – qualquer que seja a tradução deste “melhor” – como poderá esperar ter algum papel positivo na sociedade? A consciência, ou a prudência, tem um papel fundamental como instrumento deste desiderato. O profissional tem que fazer a análise da aplicação dos princípios prudentemente, estando consciente de que o que persegue é o melhor desempenho possível. E a avaliação desse desempenho tem que estar centrada no outro e não no profissional.

Os diferentes códigos de ética dos profissionais de psicologia espalhados pelo mundo (Ricou, 2005) incluem um grande número de princípios que se tornam difíceis de definir e de distinguir de regras, porque se tratam de generalizações normativas que orientam os comportamentos. Beauchamp e Childress (2002/1994) estabeleceram uma diferenciação entre princípios e regras que parece ser funcional. As regras serão normas de conduta precisas que estabelecem como se deve actuar em circunstâncias específicas, enquanto os princípios serão guias gerais que possibilitam um juízo particular e que orientam na formulação de regras e de linhas de actuação mais detalhadas. Nesta perspectiva os autores propõem a adopção de quatro princípios para a ética biomédica – o respeito pela autonomia; não-maleficência; beneficência; justiça – bem como vários tipos de regras – regras substantivas; regras de autoridade; regras procedimentais.

Como já foi referido, este trabalho não pretende, pelo menos de uma forma objectiva, basear-se em alguma teoria ética específica. Claro que a teoria principiológica desenvolvida por Beauchamp e Childress (2002/1994) tem uma influência latente no pensamento subjacente e naquilo que é considerado como fundamental.

Os princípios aqui propostos aos psicólogos Portugueses<sup>52</sup> – Respeito pela dignidade e direitos da pessoa; Competência; Responsabilidade; Integridade; Beneficência e Não-maleficência – cabem dentro desta caracterização. Será preciso, ainda assim, testá-los junto dos psicólogos tentando aferir se de facto eles correspondem a essa moralidade comum dos psicólogos portugueses. Então, os princípios obtidos depois da consulta aos profissionais representarão, é essa a ambição, uma adaptação dos valores considerados mais importantes no trabalho dos psicólogos espalhados pelo mundo à realidade Portuguesa<sup>53</sup>.

---

<sup>52</sup> Estes princípios são o resultado de um estudo levado a cabo por Ricou (2005) e adaptados aos princípios propostos pela *European Federation of Psychologists' Association* (2005).

<sup>53</sup> Para uma melhor compreensão deste processo, consultar metodologia do trabalho.

Em síntese poderá afirmar-se que a Bioética pretende promover a felicidade das pessoas reflectindo na melhor forma de potenciar as relações entre elas na conjugação com o avanço científico e com as novas tecnologias. No fundo, pretende reflectir sobre o meio de tirar o melhor proveito do desenvolvimento humano. Esse é também o objectivo de todas as ciências humanas e sociais e por isso mesmo da psicologia, pelo que uma prática orientada pelos pressupostos propostos pela Bioética resultará em melhores resultados do ponto de vista da intervenção psicológica.

De todo o modo, considera-se que o bem individual levará ao bem comum pelo que estes se tornam indissociáveis. Promover pois o interesse da pessoa será promover o interesse social, salvo em algumas excepções muito particulares que deverão por isso ser reflectidas, pelo que a psicologia assume essa dupla dimensão de ciência humana e social.

Importa pois a definição de princípios de actuação que possam ser consensuais na sua aceitação, pelo que, deverão ser centrados na moral compartilhada por todos os membros da sociedade. Tal só será possível pois estes princípios são construídos com base nas características naturais do Homem, resultantes de um raciocínio filosófico secular e na natureza das actividades que pretendem orientar. Trata-se pois de um conjunto de princípios sentidos como intuitivamente correctos que se flexibilizam na resolução de dilemas éticos.

Para conseguir uma decisão equilibrada quando perante um dilema ético, deverá o profissional reflectir conscientemente sobre os princípios que entram em conflito e reconhecer a provável necessidade de consultar outros agentes a fim de conseguir uma visão mais abrangente das variáveis em causa.

Deste modo conseguirá um equilíbrio entra a aplicação dos princípios, eles mesmos estruturas racionais, e a sua reflexão pessoal sobre os mesmos, o que implicará uma reflexão sobre as suas próprias emoções, procurando consensos na formulação do seu juízo ético.

## 2.4 – SUMÁRIO

- A necessidade do desenvolvimento da Bioética na segunda metade do século XX terá surgido baseada no grande desenvolvimento das tecnologias, do abuso consequente ao nível da experimentação com seres-humanos, e nos problemas ambientais emergentes.
- A bioética constitui-se como uma das grandes respostas sociais às mudanças profundas e determinantes a que se assiste ao nível da Biologia. Visa a sobrevivência humana e o aumento da qualidade de vida, ou seja o bem comum.
- O bem comum poderá estar representado pela promoção do bem de cada indivíduo, uma vez que ao defender-se o bem de cada um estará a promover-se uma sociedade melhor para todos. Ainda assim, a avaliação casuística deve ser sempre levada em conta.
- As três dimensões da ética normativa, teoria de base das éticas aplicadas, são o agente, a acção e a consequência. Nesse sentido, a orientação da acção humana deve ser procurada através da virtude, ou seja, na qualidade do agente, da deontologia, isto é, nas normas que regem as acções, e do consequencialismo, centrado nas consequências.
- Uma ética baseada em princípios da moral comum tem a vantagem, quando comparada com as teorias éticas normativas clássicas, de ser baseada em vários princípios, aceites pela generalidade das teorias éticas, o que possibilita uma maior flexibilidade na reflexão sobre dilemas éticos.
- No que respeita à psicologia, o facto da sua prática poder ser orientada por princípios baseados na moralidade comum tornarão mais coerentes as considerações sobre as tomadas de decisão nos mais variados dilemas éticos que surgem no desempenho da profissão. Conseguir-se-á deste modo um equilíbrio entre o exercício racional da profissão e a compreensão emocional da pessoa.

### **3 – A ORGANIZAÇÃO FORMAL DA PSICOLOGIA NUM CONTEXTO BIOÉTICO**

Nesta altura, parece pertinente justificar o motivo pelo qual se poderá perspectivar a psicologia, apesar dos seus diferentes ramos e modelos teóricos, como uma ciência única no que aos princípios ou valores de actuação dos seus profissionais diz respeito. No final do capítulo anterior foi deixada uma pista ao referir-se a psicologia com uma ciência com um duplo sentido pessoal e social. Num primeiro momento importa definir o seu objecto único de estudo e intervenção: a pessoa, nas suas diferentes dimensões.

Em seguida, pretende-se uma análise, ainda que não muito exaustiva, das diferentes divisões da psicologia encontradas, com vista à formulação de um arranjo que evidencie os pontos comuns, com vista à integração da ciência psicológica num quadro único de referência bioética. A análise das 53 divisões propostas pela *American Psychological Association* será o ponto de partida, precisamente pelo seu elevado número o que dará uma garantia de maior sistematização. Em contraponto, serão analisadas as divisões propostas por dois autores, um nacional e outro estrangeiro, mais abrangentes, de forma a promover uma perspectiva mais integradora.

#### **3.1 – A PSICOLOGIA E O FACTO PESSOAL TOTAL**

Marcel Mauss (1888/1923, 1924) referiu-se ao facto social como sendo um facto social total pois não poderia ser estudado a partir de uma única perspectiva. O social aparece como um todo, como um sistema complexo de elementos e de relações entre eles, cuja compreensão não pode ser atingida isolando qualquer um deles. Há diferentes centros de interesse, diferentes ópticas de análise e uma complementaridade entre as diversas ciências que estudam a realidade social como sejam o direito, a economia, a sociologia, a antropologia, a história, entre outras, tentando-se assim um estudo o mais objectivo possível da realidade.



O desenvolvimento de uma ciência está relacionado, obviamente, com as outras já existentes e emergentes e, hoje, mais importante que traçar fronteiras entre os diferentes campos de conhecimento, será atender à interdisciplinaridade existente entre as ciências que o produzem, a sua relação com a estrutura social, ou melhor, com as exigências da sociedade onde se desenvolvem.

Seguindo esta linha de pensamento, ao analisar a psicologia, que pode ser definida como o estudo científico do comportamento e dos processos mentais (Eysenk, 1998; Pinto, 2001; Atkinson et al., 2002/2000) do ser-humano, verifica-se que esta, dada a grande diversidade quanto ao funcionamento mental e ao comportamento, foi forçada a recorrer a diferentes perspectivas na abordagem destas dimensões.

Contudo, a divisão da psicologia nas suas diversas perspectivas faz-se para facilitar o estudo e não porque exista na realidade. A pessoa é una e indivisível e o seu funcionamento deve ser considerado como integrado numa dinâmica pessoal e social. Então, se é importante que o psicólogo aborde algumas dimensões do seu objecto de estudo a partir de diferentes perspectivas, a verdade é que deve estar consciente que a psicologia se constitui como um todo íntegro a partir do qual a pessoa poderá ser compreendida (Titchener, 1915). É nesta perspectiva que existem hoje inúmeras divisões na psicologia que variam de autor para autor, bem como de escola para escola. Esta aparente discordância entre as múltiplas divisões da psicologia deve-se às diferentes escolas teóricas existentes.

A observação da natureza e do comportamento humano não é realizada através de um ponto arquimediano (May, 2000/1979). Tal como nas ciências sociais, em que a inclusão do investigador no objecto de estudo constitui uma dificuldade para a objectividade pura e dura, não podemos ignorar o facto da nossa experiência, por muito que tentemos limitar os seus efeitos, esteja constantemente a moldar o instrumento pelo qual observamos a experiência de outrem. Toda a abordagem científica é, pois, historicamente condicionada, pelo que uma das características do conhecimento que produz é o ser duvidoso. Logo, a objectividade na psicologia

como estudo da mente e dos comportamento humanos está condicionada aos pressupostos em que se fundamenta.

Mas nem por isso a psicologia se torna menos útil. Já aqui foi discutida a perspectiva irreal da realidade proposta por Watzlawick (1997/1991) baseada na comunicação humana. Sendo o Homem um ser racional e necessitando por isso de simbolizar o seu mundo envolvente a fim de o poder intelegir, acabou por subjectivá-lo à interpretação que faz dos símbolos.

As palavras são necessárias para representar a realidade e é necessário representá-la para a compreender. Mas as palavras não nascem com a pessoa; são todas, e sem excepção, aprendidas ao longo do ciclo evolutivo que, como será facilmente perceptível, é único e diferente de pessoa para pessoa. Então, os símbolos – as palavras – são aprendidos por cada pessoa em situações diferentes, a partir de interlocutores distintos e em contextos emocionais diversos. Logo, não parecerá estranho que adquiram, para cada pessoa, um significado próprio. O que fica da palavra é a sua interpretação, o seu significado. Os símbolos são uma forma de representar a realidade a fim de a tornar operacional e transmissível. Então qualquer vislumbre do real está sujeito à interpretação de cada um, pelo que a realidade deixou de o ser, ou melhor, a realidade é aquela percebida por cada pessoa em função da sua historicidade, do momento vivido e dos objectivos construídos. Mais ainda, a realidade é complementada por conceitos abstractos que não têm uma tradução visível no mundo dos objectos, como serão exemplos o amor, a solidariedade, a paz, entre muitos outros. O mesmo se poderá dizer da realidade pessoal de cada um, também construída tantas vezes sobre conceitos abstractos como a personalidade, a inteligência e a beleza.

Não se argumenta por um subjectivismo radical (Dewey & Bentley, 1949, citados por Mulligan, 2006) na vivência humana. O que se defende é que a vida se baseia em princípios e valores, e que é a partir deles que se constrói a identidade pessoal e a realidade de cada um. Os valores são estruturas racionais (Duarte, Canário, Serrão, Ricou, 2007) que visam ajudar a pessoa a fazer as melhores escolhas tendo em

consideração os seus interesses e a realidade social, a fim de viver o melhor possível. Contudo os valores são também estruturas rígidas e que por isso não têm uma aplicação prática e directa na realidade. Referem-se a situações tipificadas que dificilmente acontecem da forma idealizada, uma vez que as situações sociais são construídas na diversidade dos elementos que a constituem, ou seja, as pessoas. Mais, por vezes surgem conflitos entre o conjunto de valores pessoais, o que obriga a uma negociação na sua aplicação utilizando as competências relacionadas com o raciocínio ético. Por isso mesmo é frequente, por vezes até mais do que seria desejável, a violação dos princípios definidos pelo próprio como fundamentais. Mais, pode constituir-se como uma atitude saudável a flexibilidade na aplicação dos valores e normas pelos quais nos regemos, cedendo aos nossos desejos muito próprios, satisfazendo a obtenção de prazer a curto prazo. Fará isso de nós seres imaturos e anti-sociais? Claro que não, desde que tal decorra de uma forma consciente assumindo-se a responsabilidade pelas consequências que daí advierem, procurando um equilíbrio entre aquilo que “se deve” e aquilo que “se deseja”, entre o socialmente desejável – que dará maiores probabilidades de sucesso a longo prazo – e a obtenção de prazer a curto prazo. Como já foi referido essa será a essência do ser-humano: um ser de sentimento.

De facto, a existência humana é baseada em contrapontos, em paradoxos funcionais entre aquilo que se sabe e aquilo que se deseja. Por exemplo, todos sabemos que vamos morrer um dia, mas vivemos, pelo menos na maior parte da nossa vida, ignorando isso mesmo, como se não fossemos morrer nunca. E o curioso, é que não o fazer pode levar ao desenvolvimento de uma perturbação emocional, como a perturbação da ansiedade. O mesmo se passa com a paixão. Temos consciência que é efémera, mas sentimo-la, quando temos a felicidade de a viver, como se fosse eterna. Como defende May (2000/1979), contrapondo as posições polarizadas de Skinner e de Carl Rogers, a pessoa deve ser interpretada como objecto e como sujeito, e qualquer visão que não contemple este pressuposto resultará como redutora. Este “dilema” humano é caracterizado pelo autor de uma forma bastante ilustrativa: *“as doenças, as limitações de todos os tipos e cada aspecto do nosso estado biológico que indicamos, são aspectos do lado*

*determinista do dilema – o homem, como a erva do campo, definha e morre. A consciência disso e a acção nessa consciência são o génio do homem como sujeito”* (May, 2000/1979, p. 42).

Parece evidente que as diferentes teorias da psicologia, criadas pelo Homem para melhor compreender o Homem, resultam deste processo e são baseadas em múltiplos pressupostos sobre o seu funcionamento. Logo, o seu objectivo não consiste em determinar qual deve ser a verdade absoluta sobre o funcionamento da pessoa, mas apenas e só enriquecer a sua compreensão como ser multidimensional e não determinista, e por isso mesmo complexa e diferente de qualquer outra. A ênfase deve ser colocada não nas diferenças, mas nos laços existentes entre os diversos pressupostos, tentando uma perspectiva integradora da psicologia, baseada no seu objecto de estudo: a pessoa como facto pessoal total.

### **3.2 – AS DIVISÕES DA PSICOLOGIA**

Parece importante, nesta altura, fazer uma sinopse de algumas divisões encontradas na psicologia. O objectivo, também aqui, é conseguir discernir sobre os pontos comuns das diferentes classificações da ciência psicológica, a fim de encontrar uma fórmula que permita defender um pressuposto da psicologia como uma ciência vocacionada para estudar o facto pessoal total, ou seja a pessoa inscrita na sua dinâmica subjectiva, objectiva e social.

Pretende-se, ainda, reafirmar que não existe a pretensão de criar uma estrutura compreensiva da psicologia com mais qualidades do que outras já existentes, e idealizadas, seguramente, por pessoas mais capacitadas para tal empreendimento. O objectivo é tão só possibilitar, a partir de um arranjo que evidencie os pontos comuns, a integração da ciência psicológica num quadro único de referência bioética, condição *sine qua non* para que seja possível a estruturação dos princípios reguladores de um código de ética para a profissão como um todo.

O primeiro recurso utilizado diz respeito à divisão proposta pela *American Psychological Association* (APA), considerada uma Associação de Psicólogos de

referência mundial, não só pela sua antiguidade (foi fundada em 1892) mas pela organização evidenciada através das publicações que promove e pela abrangência ao nível de membros que, segundo os seus próprios dados<sup>54</sup>, são mais de 155 000.

A APA considera a existência de 53 divisões associadas à psicologia. Tal sistematização não implica, seguramente, que se tratem de divisões estanques. Aliás, a APA propõe uma série de problemáticas distintas que se encontram dentro do campo da psicologia, e cria correlações entre elas e a área da psicologia representada em cada uma das divisões, correspondendo, frequentemente, mais de uma divisão para cada problemática. Deste modo, estas divisões parecem ter um objectivo essencialmente de sistematização e promoção do desenvolvimento da psicologia nessa área, não sendo o seu propósito criar cisões entre os diferentes profissionais de psicologia através de formações díspares. Aliás, para a APA, um dos requisitos para a criação de uma nova divisão passa pela existência de um número mínimo de 600 profissionais interessados em formá-la, o que atesta o que se acabou de afirmar.

As divisões propostas<sup>55</sup> foram traduzidas livremente, bem como as áreas de problemáticas que abrangem.

➤ A **psicologia geral** centra-se na coordenação das diferentes especialidades desta ciência, tendo como objectivo fundamental a incorporação por parte dos psicólogos das múltiplas perspectivas fornecidas pelas sub-disciplinas da psicologia na sua prática e investigação. Trata-se, pois, de uma área de integração de todas as outras.

➤ O **ensino da psicologia** é outra das áreas propostas, sendo a sua preocupação central promover a excelência no ensino da psicologia através da partilha de técnicas de ensino e da valorização dos professores. Constitui-se como mais uma área de integração, fundamental para todas as outras.

---

<sup>54</sup> Dados obtidos através da página da APA com o endereço <http://www.apa.org>.

<sup>55</sup> A página original onde constam as divisões propostas pela APA pode ser encontrada no endereço <http://www.apa.org/about/division.html>.

- A **psicologia experimental** apresenta-se como mais uma divisão generalista, centrada na investigação em contextos tão diversos como as universidades, a indústria, e as instituições públicas, fomentando a psicologia experimental como ciência.
- A divisão de **avaliação e estatística** visa promover uma prática assente em padrões de qualidade elevados, tanto na investigação como na aplicação prática da avaliação psicológica e da estatística associada, o que a torna em mais uma área transversal a todas as outras da psicologia.
- A **neurociência comportamental e psicologia comparada** promove o ensino e a investigação no campo da psicofisiologia, tendo como principais preocupações a percepção e a aprendizagem, a neurociência, a psicologia cognitiva e a psicologia comparada. É uma área fundamental para a compreensão de determinados mecanismos fisiológicos, pelo que se constitui como um auxiliar precioso para as posteriores aplicações práticas da psicologia, bem como para outras ciências ligadas à intervenção no campo da saúde.
- A **psicologia do desenvolvimento** centra-se em todas as questões relacionadas com o desenvolvimento da pessoa humana, incluindo a educação e as condições de vida e crescimento das crianças. Constitui, por isso, uma área bem específica sobretudo ao nível da intervenção, ainda que a APA proponha outras cinco divisões para o trabalho com as crianças. Curiosamente parece não englobar todas as fases do desenvolvimento do Homem já que ignora, por exemplo, a psicologia da involução, sendo que a APA considera uma divisão específica de Psicologia do desenvolvimento do adulto e do envelhecimento.
- A **psicologia social e da personalidade** tem como preocupação fundamental aferir sobre a forma como os indivíduos afectam e são afectados por outras pessoas, bem como pelo seu ambiente físico e social. Trata-se pois de mais uma área de investigação por excelência, cujos resultados são de grande utilidade para a psicologia e para outras ciências humanas.
- A divisão do **estudo psicológico das questões sociais** centra-se no mesmo campo da anterior, sendo que a ênfase está mais colocada no social do que no indivíduo. Desta forma, a investigação polariza-se nos aspectos psicológicos de

fenómenos sociais importantes, como sejam a emigração, o terrorismo, e as crises económicas.

➤ A **psicologia da estética, da criatividade e da arte** preocupa-se com todo o tipo de manifestação artística do Homem, como sejam as artes visuais, a poesia, a música e a dança. Estuda três tópicos que considera interrelacionados: a criatividade, incluindo os processos cognitivos, afectivos, motivacionais e desenvolvimentais envolvidos; as artes, que envolvem o conteúdo estético, a forma e a função; e a resposta do público às artes, incluindo as preferências e os julgamentos. Neste sentido, aplicam-se as teorias da psicologia na compreensão de diversos artistas, estilos e épocas.

➤ A **psicologia clínica** integra a prática e a teoria da ciência psicológica para compreender, prever e aliviar perturbações e desajustamentos individuais, bem como, promover o desenvolvimento e a adaptação pessoais. Centra-se nas componentes intelectuais, emocionais, biológicas, psicológicas, sociais e comportamentais do funcionamento humano através do seu ciclo de vida, nas suas diferentes culturas e níveis socioeconómicos. Envolve a investigação, o ensino e a supervisão, e a intervenção, bem como todas as actividades que promovam a saúde psicológica no indivíduo, na família, no grupo e nas organizações. O psicólogo clínico trabalha directamente com os indivíduos em qualquer período do seu desenvolvimento, isoladamente ou em grupo, utilizando uma variedade de métodos de intervenção e de avaliação com vista à promoção da saúde e ao alívio do desconforto e da inadaptação. Como facilmente se poderá verificar, a psicologia clínica constitui uma área de intervenção por excelência que conjuga a aplicação dos conhecimentos fornecidos por todas as áreas da psicologia.

➤ A **consulta psicológica** focaliza o interesse nesta dimensão, incluindo a avaliação e a investigação nesta área, bem como a educação e o treino dos profissionais a este nível. Acaba, pois, por se constituir como uma divisão transversal em relação a todas as outras que implicam a entrevista psicológica entre o profissional e o cliente.

➤ A **psicologia organizacional e industrial**, para além da investigação, cumpre um papel muito importante ao nível da intervenção em todos os tipos de organizações, estejam estas dedicadas à produção de bens ou à prestação de

serviços. Constitui-se pois, como uma área bastante específica, centrada em questões de optimização do desempenho, satisfação no trabalho e vocação profissional.

➤ A **psicologia educacional** centra-se, essencialmente, no campo da investigação das questões relacionadas com o ensino, o treino e a aprendizagem. O objectivo é promover as teorias da psicologia nesta área, as suas metodologias e aplicações práticas, fornecendo ferramentas essenciais a todos aqueles que trabalham neste campo.

➤ A **psicologia escolar** é composta por profissionais cujo interesse principal diz respeito às crianças e suas famílias no contexto escolar. Surge, por isso, como mais uma área fortemente ligada à psicologia do desenvolvimento e educacional, representada pelos psicólogos que trabalham nas escolas.

➤ A tradução à letra de *counseling* parece corresponder a aconselhamento, do mesmo modo que a tradução de *genetic counseling* se faz por aconselhamento genético (Ricou, 2002). Neste pressuposto, esta divisão deveria ter o nome, em Português, de **psicologia de aconselhamento**. No entanto, o termo aconselhamento induz a ideia de “dar conselhos” o que não corresponde, claramente, ao papel do psicólogo. O aconselhamento a que se refere o termo *counseling* tem como objectivo fundamental promover a adaptação da pessoa nas suas múltiplas vertentes, através de uma intervenção que visa promover a sua capacidade em tomar decisões conscientes (Reber & Reber, 2001), no fundo, promover a autonomia da pessoa. Neste sentido, muitas vezes a psicologia do aconselhamento é confundida com a psicologia clínica, ainda que esta última se centre mais nos processos de doença. Poderá dizer-se que a intervenção em psicologia clínica parte de pressupostos e metodologias próprias que visam ultrapassar determinados quadros de desequilíbrio ou desconforto. O aconselhamento visa auxiliar na promoção da capacidade da pessoa em tomar decisões. Claro que alguém que se sinta incapaz de assumir as suas opções ou, por outro lado, que sistematicamente fique insatisfeito com o resultado das mesmas, poderá facilmente cair em processos de desequilíbrio e desenvolver, deste modo, quadros patológicos, pelo que as fronteiras poderão tornar-se esbatidas.



- A divisão denominada como **psicólogos no serviço público** assume-se como pertinente considerando a necessidade de uma especificação do trabalho dos psicólogos ao nível da prestação de serviços à comunidade. Pressupondo conflitos de interesse próprios e necessidades específicas, esta divisão não pretende assegurar uma área de intervenção específica, mas cobrir as particularidades inerentes a este campo de actuação. Desta forma, são incluídos aqui os psicólogos que trabalhem em hospitais do Estado, na justiça criminal, na segurança pública, na avaliação dos programas de intervenção em territórios índios e com os veteranos de guerra americanos.
- A **psicologia militar** caracteriza-se pelo seu contexto de aplicação específico. Aplicando as teorias e metodologias da psicologia pretende, particularmente, promover o bem-estar e a saúde mental dos militares e suas famílias, avaliar os recrutas no sentido de os seleccionar para as missões mais apropriadas e analisar as missões de manutenção da paz e humanitárias a fim de determinar procedimentos que possam salvar vidas de militares e de civis.
- A psicologia do **desenvolvimento do adulto e do envelhecimento**, que poderia corresponder à psicologia da involução, pretende contribuir para o avanço do conhecimento sobre as mudanças e o desenvolvimento psicológico ao longo da idade adulta. A sua preocupação deriva então para as questões socio-emocionais e para os processos cognitivos da idade adulta e da velhice, assumindo-se como uma área de investigação por excelência.
- A **psicologia da engenharia e experimental aplicada** promove a investigação, o desenvolvimento, a aplicação e a avaliação dos princípios psicológicos relacionados com o comportamento humano associado ao desenho e à utilização de ambientes e sistemas em que as pessoas vivem e trabalham. O objectivo fundamental é potenciar a capacidade das pessoas em viver numa sociedade tecnológica, promovendo a segurança, a eficácia e a fiabilidade dos sistemas através do aumento das capacidades e da compreensão por parte dos utilizadores.
- A **psicologia da reabilitação** preocupa-se, essencialmente, com os aspectos psicológicos da deficiência e da reabilitação, e pretende promover a intervenção nesta área. Constitui-se como o estudo e a aplicação dos princípios psicossociais ao bem-estar das pessoas com deficiências físicas, sensoriais, cognitivas, do

desenvolvimento e emocionais, sejam elas congénitas ou adquiridas. Dada a marginalização a que estas pessoas são normalmente sujeitas, pelas suas diferenças, a ênfase coloca-se não só na intervenção com a pessoa, na reabilitação, mas também ao nível social, promovendo ambientes que optimizem a integração e bem-estar no que respeita às relações interpessoais, ao emprego, à educação, à comunidade e às actividades de lazer.

➤ A **psicologia do consumidor** centra-se nos aspectos pessoais e sociais evidenciados pelas pessoas como consumidores de bens e serviços. Destina-se a áreas específicas como o marketing, a publicidade, a comunicação, o comportamento do consumidor e com todas as questões relacionadas.

➤ A **psicologia teórica e filosófica** pretende uma maior compreensão e discussão das teorias da psicologia nas suas dimensões científica e filosófica, o que faz dela uma disciplina de reflexão por excelência, promovendo a epistemologia e os fundamentos da psicologia.

➤ A **análise do comportamento** constitui-se como uma área de investigação na análise experimental do comportamento animal e humano. Na tradição *behaviorista* da psicologia esta divisão encoraja a aplicação dos conhecimentos na intervenção junto do ser humano.

➤ A **história da psicologia**, tal como qualquer disciplina histórica, centra-se no estudo do desenvolvimento da psicologia como um auxílio para compreender a psicologia contemporânea, as relações da psicologia com outros campos de conhecimento, bem como o seu papel na sociedade.

➤ A **psicologia comunitária** encoraja o desenvolvimento da investigação e da intervenção com vista à inter-relação entre os indivíduos e o sistema social que constituem a comunidade. O objectivo fundamental é promover a saúde e o bem-estar das pessoas, bem como, prevenir problemas nas comunidades, nos grupos e nas pessoas.

➤ A divisão de **psicofarmacologia e abuso de substâncias** centra-se na investigação, no ensino e na disseminação de informação sobre os efeitos comportamentais dos fármacos utilizados em medicina. O conhecimento sobre os efeitos a curto, médio e longo prazo, incluindo os tipos de intervenção para tratamento de abuso destas substâncias, torna-se fundamental na prática clínica.

Ainda que o psicólogo, no seu trabalho, não recorra a psicofármacos, torna-se fundamental que conheça as implicações para as pessoas da administração destas substâncias.

➤ A **psicoterapia** é uma área de intervenção, por excelência, da psicologia, ainda que não seja exclusiva desta. A sua classificação como uma divisão compreende-se na medida em que são necessárias formações específicas para os diferentes tipos de psicoterapia existentes, pelo que as exigências que determina são complexas. Existem diferentes tipos de psicoterapia, destacando-se aqui a título de exemplo, as terapias cognitivas, comportamentais, dinâmicas, centradas no cliente, e o psicodrama.

➤ A **hipnose psicológica** assume-se como outra área de intervenção que levanta os mesmos problemas da psicoterapia, no que respeita à formação específica que exige. Nesse sentido, o ensino e a investigação nesta área assumem-se como fundamentais para uma prática de nível excelente. As áreas de interesse, tal como na psicoterapia, são várias, destacando-se as conexões mente/corpo, a dissociação, e a hipnose com homens, mulheres, adolescentes e crianças.

➤ A **psicologia humanista** centra-se na experiência humana. Os seus fundamentos incluem o humanismo filosófico, o existencialismo e a fenomenologia. O seu objectivo passa por desenvolver métodos de estudo do ser humano, na promoção da sua qualidade de vida. Nesse sentido, pretende contribuir para áreas como a psicoterapia, a educação, a teoria, a filosofia da psicologia, a metodologia de investigação, a organização e a responsabilidade social.

➤ A divisão para o **atraso mental e as perturbações do desenvolvimento** pretende promover a psicologia no que respeita à intervenção e ao tratamento das perturbações a este nível. Os seus objectivos passam por desenvolver a qualidade e as competências dos profissionais nesta área, bem como sensibilizar toda a sociedade para a importância dos factores psicológicos, comportamentais e sociais na vida das pessoas com perturbações do desenvolvimento. São destacadas a importância de um bom diagnóstico diferencial, de uma intervenção precoce de qualidade, bem como de uma transição para a vida adulta devidamente acompanhada.

- A **psicologia da população e do ambiente** pretende promover a investigação e as teorias neste campo por forma a conhecer e a contribuir para melhorar as interacções entre o comportamento humano e o ambiente e a população. Nesta perspectiva, o seu interesse está focalizado em problemáticas tais como as respostas humanas às catástrofes naturais e tecnológicas, à epidemia do VIH, à gravidez na adolescência, à solidão, ao *stress* e a todas as questões relacionadas com o ambiente.
- A **psicologia da mulher** como divisão reconhece uma diversidade nas experiências da mulher que resulta de uma multiplicidade de factores tais como a etnia, a cultura, a língua, o nível socioeconómico, a idade e a orientação sexual. Logo, esta área da psicologia pretende promover a investigação e o conhecimento da mulher com vista a compreendê-la e melhorar a sua vivência. Esta divisão pretende constituir-se como uma voz dos assuntos feministas na psicologia.
- A **psicologia da religião** promove a aplicação dos métodos da psicologia como base compreensiva das diversas formas de religião e espiritualidade. Encoraja, assim, a incorporação dos resultados desse trabalho em contexto clínico ou noutro em que tenha cabimento. Não é mais do que a constatação da religião como um factor significativo para o funcionamento humano.
- A divisão dos **serviços para a criança, para o jovem e para a família** centra-se na aplicação da psicologia em tudo o que diga respeito a estes estratos da população. Questões como o divórcio e a custódia parental, a prevenção dos maus tratos infantis, a SIDA nas crianças, a exposição às drogas, e as crianças abandonadas, constituem alguns dos exemplos mais paradigmáticos de preocupações centrais desta área.
- A **psicologia da saúde** pretende contribuir para o avanço da psicologia para a compreensão da saúde e da doença. Interessa-se pelos aspectos psicológicos, sociais, emocionais e comportamentais da doença física e mental, trabalhando na sua prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. O melhoramento do sistema de saúde vigente bem como a formulação de uma política de saúde, constituem-se, igualmente, como objectivos desta área. A criação de equipas multidisciplinares que integrem a informação biomédica com o conhecimento psicológico é uma das filosofias de base da psicologia da saúde, considerada fundamental em áreas tais

como a reabilitação, a cardiologia, a pediatria, a oncologia, a anestesia, a medicina familiar e a medicina dentária, entre outras.

➤ A **psicanálise** constitui-se como uma das principais teorias da psicologia, pelo que esta divisão se justifica tendo em conta a sua diversidade e riqueza. A prática clínica tendo por base a teoria psicanalítica não é exclusiva do profissional de psicologia, sendo que representa uma das mais conhecidas psicoterapias. Desta forma, esta divisão apresenta nove secções que supõem um amplo leque de intervenção a partir da teoria psicanalítica.

➤ A **neuropsicologia clínica** caracteriza-se pelo estudo da relação entre o cérebro e o comportamento humano, bem como pela aplicação clínica desse conhecimento aos problemas humanos. Apresenta diversas áreas de interesse tais como a fisiologia cognitiva, o desenvolvimento, a reabilitação clínica, a escola, as questões forenses e a psicologia da saúde.

➤ A **psicologia do direito** promove as contribuições da psicologia para a compreensão do direito e das instituições forenses, para a educação dos psicólogos em matérias legais e dos trabalhadores forenses nas questões da psicologia, bem como para a aplicação da psicologia no sistema legal.

➤ A divisão dos **psicólogos na prática privada** assume-se como pertinente considerando a necessidade de uma especificação do trabalho dos psicólogos ao nível da prestação de serviços em actividade privada. Pressupondo conflitos de interesse próprios e necessidades específicas, esta divisão não pretende assegurar uma área de intervenção específica, mas cobrir as particularidades inerentes a este campo de actuação, promovendo a qualidade e a acessibilidade.

➤ A **psicologia da família** recorre às teorias sistémicas da psicologia para aplicação à família como unidade dinâmica. A diversidade familiar é um dos objectos de estudo por excelência, sendo que a educação, a investigação e a prática clínica se assumem como preocupações centrais desta área.

➤ A divisão para o **estudo psicológico das questões relacionadas com os homossexuais femininos e masculinos, e bissexuais** centra-se no estudo e investigação nesta área, com vista à promoção da educação dos psicólogos e do público em geral.

- A divisão para o **estudo psicológico das questões relacionadas com as minorias étnicas** tem como objectivo conduzir a investigação nesta área e aplicar o conhecimento e as técnicas psicológicas às problemáticas das minorias étnicas, que incluem o *stress* psicossocial, a infecção pelo VIH, a identidade pessoal, a avaliação psicológica, o abuso de substâncias, a sexualidade, entre outras.
- A **psicologia dos *media*** centra-se no papel dos psicólogos nos diversos aspectos das tecnologias da informação, como sejam a rádio, a televisão, o cinema, o vídeo, os jornais, as revistas, bem como todas as tecnologias mais recentes. Pretende promover o conhecimento do impacto dos *media* no comportamento humano, bem como auxiliar os psicólogos na utilização das tecnologias da informação na promoção da ciência psicológica.
- A **psicologia do exercício e do desporto** pretende promover o conhecimento nesta área, através da investigação, da educação, bem como a partir da intervenção. As suas preocupações centram-se em questões tais como a motivação para persistir num objectivo e alcançá-lo, as considerações psicológicas das lesões desportivas e sua reabilitação, as técnicas de intervenção psicológica com os atletas, a avaliação das capacidades, a adesão ao exercício como forma de promover o bem-estar, a auto-percepção do sucesso, o desporto jovem, a melhoria da performance e as técnicas de auto-regulação.
- A divisão da **psicologia da paz** tem como objectivo promover o conhecimento, a educação e o treino em assuntos relacionados com a paz, com a resolução não violenta de conflitos, com as consequências e a prevenção da violência e com os conflitos destrutivos. No fundo, pretende-se a aplicação do conhecimento psicológico na persecução da paz, sendo a paz definida como a ausência de guerra e pela criação de condições sociais positivas que diminuam os conflitos destrutivos e promovam o bem-estar humano.
- A **psicologia de grupo e psicoterapia de grupo** assume-se como outra área de intervenção que levanta questões idênticas a qualquer psicoterapia. A filosofia de actuação passa pela intervenção em grupos terapêuticos, como sejam grupos de pacientes com problemas comuns, ou técnicas específicas de trabalho em grupo como o psicodrama, entre outras. Nessa perspectiva, toda a investigação e ensino

abarcam pressupostos próprios, bem como apresentam dilemas éticos particulares, sendo necessária uma formação específica, tal como nas outras psicoterapias.

➤ A divisão correspondente aos **comportamentos aditivos** justifica-se pela especificidade do trabalho do psicólogo a este nível. Desta forma, pretende-se o avanço do conhecimento, da formação e treino profissional e da prática clínica no campo das dependências. Estão aqui incluídas todas as dependências existentes, químicas ou não químicas, como sejam o álcool, a nicotina e todas as substâncias psicoactivas indutoras de dependência, bem como perturbações relacionadas com o jogo, a alimentação, o comportamento sexual, a televisão, a *internet*, entre outras.

➤ O **estudo psicológico do homem e da masculinidade** diz respeito ao avanço do conhecimento na psicologia do homem, através da investigação e da formação, promovendo uma melhoria dos cuidados prestados aos homens. Claro que, tal como na psicologia da mulher, se reconhece a diversidade entre os homens, respeitando a sua etnia, classe social, orientação sexual e nacionalidade.

➤ A divisão correspondente à **psicologia internacional** pretende constituir-se como uma área de estudo e intercâmbio do conhecimento da psicologia através de culturas diferentes. Assume-se então mais como uma divisão generalista e não correspondente a uma área específica da psicologia, à semelhança do que acontece com o *Europsy* (Lunt, Banister & Campbell, 2007).

➤ A **psicologia clínica da criança e do adolescente** persegue os mesmos objectivos da psicologia clínica, ainda que adaptados à criança e ao adolescente. Logo, diz respeito a tudo o que se relacione com o avanço do conhecimento nesta área, ao treino dos profissionais e à qualidade da prática clínica como forma de promover o bem-estar e a saúde mental das crianças, adolescentes e suas famílias.

➤ A **psicologia pediátrica** dedica-se à investigação e prática clínica no que respeita a relação entre o funcionamento físico, emocional, cognitivo e social das crianças e o seu bem-estar físico. Este desiderato inclui a manutenção da saúde, a promoção de comportamentos saudáveis e o tratamento de doenças graves ou crónicas. Acaba por se constituir como uma área da psicologia da saúde aplicada às crianças.

➤ A divisão relacionada com o **avanço da farmacoterapia** tem como objectivo promover os tratamentos psicológicos combinados com a farmacologia. Pretende

encorajar-se o psicólogo a levar a cabo alguns tratamentos em colaboração com outros profissionais de saúde. Nesse sentido, tem como objectivo o treino dos psicólogos na compreensão da importância e funcionamento da psicofarmacologia e da farmacoterapia.

➤ A **psicologia do trauma** pretende promover o conhecimento, bem como a educação do público em geral e dos profissionais sobre as questões relacionadas com o *stress* traumático. O objectivo último é promover uma actuação centrada na evidência científica no que diz respeito à intervenção do psicólogo nesta área.

Foram descritas 53 divisões da psicologia das 56 existentes na *American Psychological Association*. Duas delas, a número 4 e a número 11, não existem nesta altura. A número 4 correspondeu, em tempos, à sociedade psicométrica acabando por ser incluída na divisão 5 de avaliação e estatística, e a número 11 à psicologia e psicoterapia da anormalidade, incluída entretanto na divisão 12, da psicologia clínica. A 31ª – *State Psychological Associations Affairs* – tem um objectivo político, de coordenação entre as diferentes associações estaduais, pelo que não foi incluída.

Como já foi referido, esta sistematização da psicologia proposta pela APA, mais do que distinguir áreas da psicologia, tem como objectivo promover um maior desenvolvimento da ciência psicológica nas suas diferentes vertentes e perspectivas. Por isso mesmo, é possível encontrar áreas mais abrangentes.

O *EuroPsy*, entidade criada com o intuito de normalizar e regular a prática da psicologia na Europa (Lunt, Banister & Campbell, 2007), propõe um conjunto de 15 áreas, partindo daquilo que serão as actividades mais desenvolvidas pelos profissionais de psicologia. Deste modo propõe, em primeiro lugar, a (1) psicologia clínica e comunitária, naquilo que será uma interessante conjugação de duas áreas tantas vezes apresentadas como separadas. Em seguida, a (2) psicologia do aconselhamento. Poderá interpretar-se esta autonomia como o assumir da distinção entre aquilo que é o trabalho do psicólogo ao nível clínico, do seu trabalho de “*counselling*”, ou seja, no auxílio às pessoas para lidar com os acontecimentos



problemáticos da sua vida (Reber, & Reber, 2001). A (3) psicologia da saúde é apresentada também como uma área separada apesar da sua evidente importância e ligação com a dimensão clínica e do aconselhamento. A (4) psicologia escolar e educacional é outra das divisões propostas sendo que parece englobar a psicologia do desenvolvimento, pelo menos naquilo que diz respeito à fase inicial do desenvolvimento humano. Por isso mesmo, outras das áreas colocadas em evidência é a (5) gerontologia aplicada, correspondendo à fase ulterior do desenvolvimento humano, também conhecida como involução. A (6) avaliação psicológica encontra-se nesta divisão como área autónoma apesar da sua evidente contribuição transversal em todas as áreas da psicologia, o mesmo sucedendo com a (7) neuropsicologia e com a (8) psicologia cognitiva aplicada. A (9) psicologia do trabalho e das organizações é outra das dimensões apresentadas dando ênfase à importância da psicologia no sentido de potenciar a realização pessoal numa área tão importante da actividade humana. Aliás, o mesmo se passa com a (10) psicologia do desporto. Tendo em consideração a importância da economia no mundo actual, parece pertinente a autonomização de uma dimensão como a (11) psicologia económica. Provavelmente pelos mesmos motivos a (12) psicologia ambiental, a (13) psicologia do trânsito e dos transportes e a (14) psicologia política, são também áreas em destaque para a EuroPsy, o que visará a compreensão de áreas tão importantes da organização social humana. Finalmente a (15) psicologia forense, corolário da representação da ciência psicológica ao serviço da compreensão e organização social e não tanto, pelo menos directamente, do indivíduo. A EuroPsy refere-se ainda a algumas áreas que deixa entender poderem autonomizar-se num futuro próximo em função da sua crescente importância, a saber a psicologia do trauma, da crise e dos desastres, o comportamento do consumidor, bem como o fenómeno associado à crescente diversidade étnica e cultural.

A prova de que as divisões da psicologia poderão ser tão diversas como o é a pessoa humana parece vir da classificação proposta por Titchener (1915). Por muito que seja antiga, esta classificação põe em evidência a ideia de que o importante é definir os critérios e objectivos pretendidos com a divisão da psicologia que se levar

a cabo. Senão atente-se: este autor propõe como áreas centrais a (1) psicologia da “mente normal”, onde inclui a “psicologia humana geral” e a “especial”, correspondendo à primeira o homem ou a mulher adultos e ao segundo as outras fases do desenvolvimento humano. Na psicologia da mente normal este autor inclui ainda a psicologia animal e das plantas e as “psicologias colectivas”, onde se pode encontrar a psicologia social, a étnica e a das classes profissionais. Considera depois a psicologia das “mentes anormais” onde consta tudo o que se considerava, na época, distúrbios do pensamento, da percepção, das emoções ou do comportamento humano, distinguindo ainda, a este nível, a psicologia das perturbações permanentes das temporárias. Finalmente, Titchener (1915) considera ainda a psicologia educacional, médica ou psicoterapêutica, forense ou da evidência e do testemunho, bem como a psicologia económica que abarca a vocacional e da publicidade.

Recorreu-se ainda a mais dois autores e, se mais uma vez não foi encontrado um consenso, a estrutura proposta pode ser considerada semelhante.

Atkinson e colaboradores (2002/2000) propõem seis áreas distintas, que denominam de subdivisões. A **psicologia biológica**, também denominada de psicofisiologia, ocupa-se do estudo do relacionamento entre os processos biológicos e o comportamento. Pinto (2001), que também propõe uma estrutura com seis divisões, que denomina de áreas de especialização profissional, faz corresponder à psicologia biológica, ainda que não totalmente, a **psicologia cognitiva e experimental**. Define-a como o estudo das actividades mentais de nível superior, tais como a percepção, a aprendizagem, a memória, o uso da linguagem, o raciocínio e a resolução de problemas; é neste sentido que se poderão considerar estas duas divisões como equivalentes, dado que ambas se referem aos processos psicofisiológicos. As diferenças surgem ao nível da componente **experimental** da psicologia. Atkinson e seus colaboradores definem-na como representando uma área própria, o que marca uma diferença em relação ao autor português.

A terceira subdivisão proposta por Atkinson e colaboradores, depois da biológica e da experimental, é a **psicologia do desenvolvimento, social e da personalidade**. Os autores consideram estas três áreas justapostas – desenvolvimento, social e personalidade, uma vez que, ainda que com objectos específicos diferentes, todas se interessam pela diversidade individual e *“procuram sintetizar todos os processos psicológicos numa descrição integrada da pessoa total”* (p. 47). Ou seja, se a psicologia do desenvolvimento estuda todos os factores que moldam o comportamento desde o nascimento até à terceira idade, a psicologia social promove o estudo da forma como as pessoas interiorizam o seu mundo social, bem como, o modo pelo qual as suas crenças, atitudes e comportamentos são influenciados por terceiros. Sendo a psicologia da personalidade o estudo dos pensamentos, das emoções e dos comportamentos que definem a individualidade na acção de cada um, verifica-se que, de facto, todas procuram, e contribuem, em diferentes perspectivas, para uma descrição integrada da pessoa. Surge aqui a outra diferença em relação à divisão proposta por Pinto (2001): este autor considera como distintas a **psicologia social** e a **psicologia do desenvolvimento**; não se centra nas suas afinidades mas sim naquilo que as distingue. Nesse sentido, é referido, a propósito do **desenvolvimento**, que para além dos factores físicos, cognitivos, afectivos e sociais que o afectam, torna-se fundamental analisar a sua interacção com os factores biológicos. Verifica-se, desta forma, uma aproximação à psicologia cognitiva e biológica, ainda que o seu espectro de actuação se centre em todos os factores que influenciem o desenvolvimento humano e não apenas nos psicofisiológicos. Já no que se refere à **psicologia social**, o autor define-a como o estudo do comportamento individual no contexto das interacções com outras pessoas e grupos, pelo que os processos de formação e mudança de atitudes, a conformidade social, a formação de grupos e a sua dinâmica e os conflitos são alguns dos exemplos da sua aplicação prática.

As outras divisões propostas pelos dois autores equivalem-se. Atkinson e colaboradores (2002/2000) consideram a existência da **psicologia clínica e de aconselhamento**, da **psicologia escolar e educacional** e da **psicologia industrial e da engenharia**, enquanto Pinto (2001) se refere à **psicologia clínica**, à

**psicologia educacional** e à **psicologia organizacional**. As definições são essencialmente as mesmas para ambos os autores, ainda que com ligeiras diferenças. No que se refere à psicologia clínica, ambos a definem como a aplicação dos princípios psicológicos ao diagnóstico e tratamento de pessoas com problemas de natureza emocional e comportamental, desde a doença mental até às dificuldades de adaptação e relacionamento social. Atkinson e colaboradores, no entanto, consideram o aconselhamento como uma dimensão mais simples do que a clínica, ou seja, como estando adstrito a problemas menos graves, o que vem de encontro à definição proposta por Reber & Reber (2001) ainda há pouco referida. Já o autor português considera o aconselhamento como parte integrante do processo de intervenção clínico, ainda que se refira à área de consulta psicológica, dentro da clínica, como estando especialmente vocacionada para a intervenção junto de jovens e adolescentes em meio escolar.

A divisão da psicologia escolar e educacional é definida por ambos os autores como estando direccionada para o trabalho nas escolas, sendo a especialidade dos profissionais desta área o ensino e a aprendizagem. Desta forma, e do ponto de vista prático, a ênfase da intervenção a este nível é colocada na avaliação cognitiva e socio-emocional dos alunos, no diagnóstico e acompanhamento dos alunos com necessidades educativas especiais, na elaboração e participação nos programas de ensino adaptado e na avaliação e aconselhamento vocacionais.

Finalmente, no que respeita à psicologia organizacional, nas palavras de Pinto, ou psicologia industrial e da engenharia, proposta por Atkinson e colaboradores, existem algumas distinções relativamente importantes. Se as psicologias industrial e organizacional são definidas pelos autores como equivalentes, já a psicologia da engenharia tem uma tradução diversa. As primeiras referem-se, no essencial, ao trabalho nas empresas em áreas tais como o recrutamento de funcionários e toda a gestão de recursos humanos, incluindo a motivação e a identificação e resolução de conflitos. A psicologia da engenharia, apenas referida pelos autores americanos, pretende promover o relacionamento entre as pessoas e os equipamentos, com vista a um melhor desempenho, segurança e conforto.

### **3.3 – A BIOÉTICA E A ORGANIZAÇÃO DA PSICOLOGIA**

Constata-se facilmente a existência de alguma heterogeneidade nas divisões propostas. Se em parte algumas das diferenças se poderão explicar a partir dos contextos culturais e profissionais diversos, outras devem-se claramente à aplicação de critérios diversos para definir as áreas da psicologia. Quando se aplicam determinados critérios para observar uma qualquer realidade faz-se tendo em conta os objectivos que presidem essa observação. Será esse o exercício que agora se propõe, considerando todas estas divisões.

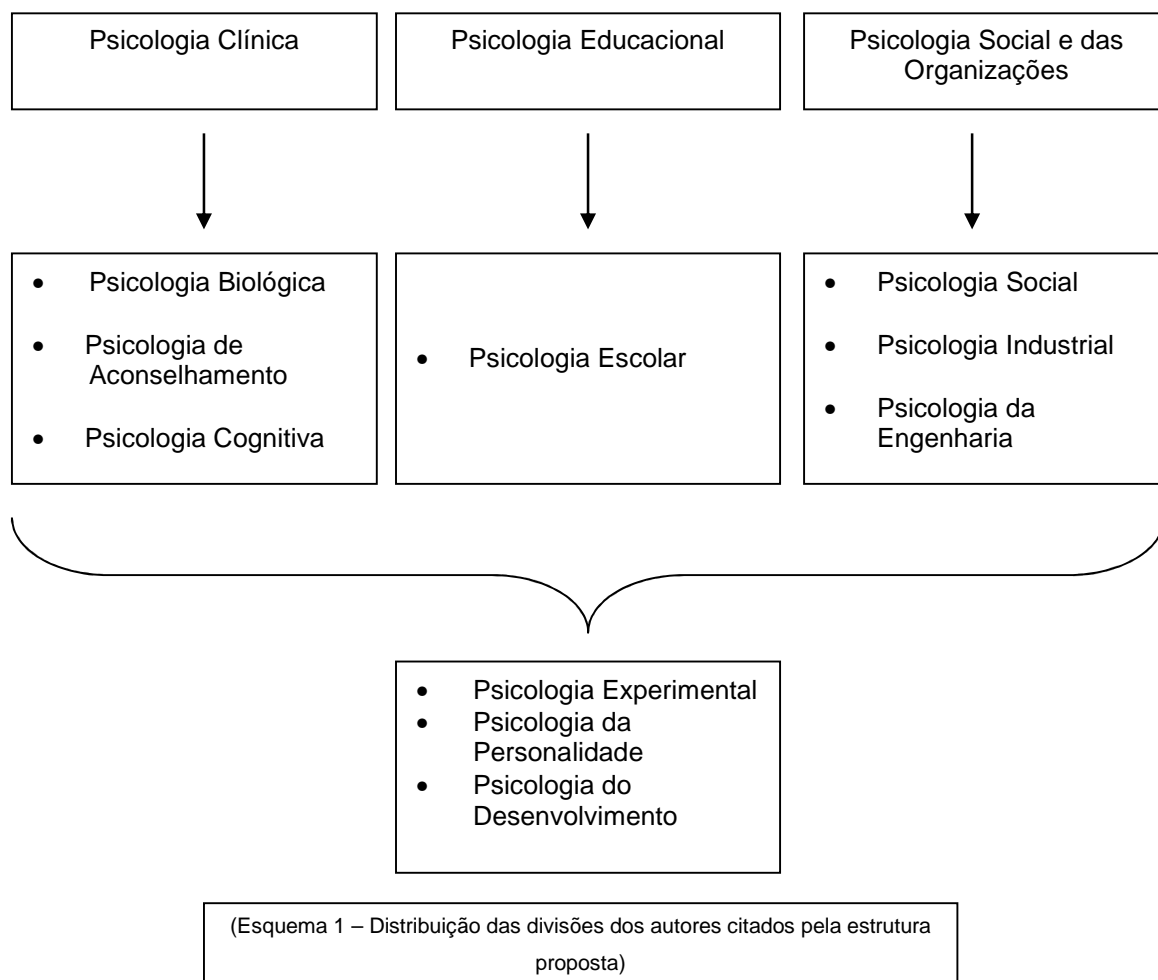
Visto o objectivo principal deste trabalho ser a definição e compreensão dos princípios que devem orientar a prática da psicologia como um todo, e não qualquer área específica, então a divisão pretendida será uma que possibilite uma compreensão da ciência psicológica como um todo. Não é intenção definir um novo modelo compreensivo da psicologia, tendo em consideração as suas diferenças. Para isso existem todas as divisões apresentadas até agora e, com certeza, algumas mais. O que se ambiciona é pôr em evidência as áreas comuns da psicologia, e será esse então o ângulo de visão procurado.

Nesse sentido, e com o objectivo de lançar as bases de um código de ética que sirva todos os psicólogos, terá que se encontrar um critério comum que unifique a psicologia como ciência prática ligada aos cuidados de saúde. Regressa-se, pois, ao início deste capítulo, quando se desenvolveu o conceito de facto pessoal total. Este é, nesta perspectiva, o objecto teórico da psicologia e constitui o motivo pelo qual se torna necessário abordá-la em diferentes espectros, à semelhança daquilo que as ciências sociais fazem a propósito do facto social total (Marcel Mauss, 1988/1923,1924).

Sendo a ética a ciência da relação, e um código de ética a normatização dessa relação, temos que a preocupação se deve centrar na aplicação prática do conhecimento psicológico, ou seja, no trabalho do psicólogo com o seu cliente promovendo e otimizando o seu funcionamento cognitivo, emocional e social. Deste

modo, pegando naquilo que é o espectro do bem-estar da pessoa, e considerando a definição de saúde da OMS, as dimensões fundamentais do funcionamento humano serão a biológica, a psicológica e a social. A saúde da pessoa, que é como quem diz o seu bem-estar, terá que ser promovida tendo em consideração estas dimensões. Neste sentido, e salvaguardando as componentes de **investigação e ensino**, propõe-se como divisões fundamentais a **psicologia clínica**, dando corpo à integração da dimensão cognitiva e emocional e por isso biológica e psicológica, numa perspectiva de prevenção e correcção dos desequilíbrios, a **psicologia educacional**, cuja importância deriva da grande dependência do ser-humano em relação à educação formal e informal para a sua construção como tal, e a **psicologia social e das organizações** mais vocacionada para as necessidades da pessoa com vista ao seu enquadramento social, bem como, à sua relação com as instituições sociais que a representam em diversas dimensões.

Ao não utilizar as estruturações da psicologia propostas por outros autores não se estará a desvalorizá-las, mas sim a considerá-las, a partir do pressuposto assumido, como parte integrante daquelas que compõem a esta divisão, ou mesmo, comuns a todas elas, no sentido em que aí contribuem a partir do conhecimento produzido. Apresenta-se, por isso, e para uma melhor compreensão, um esquema com as divisões agora definidas, onde estão integradas as propostas de Atkinson e colaboradores (2000/2002) e de Pinto (2001).



O quadro 1 integra a estrutura proposta pela APA e pelo *Europsy*, distribuída pelas 3 divisões, psicologia clínica, educacional e social e das organizações. Visto algumas das classificações não terem uma colocação tão óbvia ou exclusiva numa das divisões agora propostas optou-se por criar uma área comum. Tal não significa, aliás como no esquema anterior, que as outras se constituam como divisões estanques, exclusivas da área onde foram colocadas. Por um lado, já foi referido que esta proposta de divisão tem um objectivo de compreensão bioética e não estrutural. Por outro, se todas as ciências devem admitir uma abordagem pluridisciplinar, por maioria de razão, dentro da mesma ciência não poderão existir divisões absolutas. Apenas se tentou dar relevo a determinadas particularidades que as identificam num ou noutro sentido.

Foram incluídas todas as psicoterapias<sup>56</sup> na psicologia clínica por serem métodos que visam a intervenção e o tratamento do sofrimento psíquico (Anzieu, 2001/1991). Sendo esse o objectivo central da psicologia clínica, parece coerente que assim seja. Ainda assim, não se ignora que a psicoterapia não é exclusiva dos psicólogos clínicos e que, por outro lado, nem todos estes são psicoterapeutas. Contudo, é senso comum que são os psicólogos clínicos, em conjunto com os médicos psiquiatras, que mais actuam deste modo.

Pelos mesmos motivos, foi incluída nesta área a psicologia do aconselhamento (APA e *Europsy*), ainda que Pinto (2001) a considere como parte da psicologia educacional. Por esse motivo, colocou-se a divisão de consulta psicológica (APA) nas áreas comuns, que com os seus métodos específicos se torna transversal em relação às diferentes práticas psicológicas. O aconselhamento visa promover a capacidade da pessoa em tomar decisões de uma forma consciente e informada (Reber & Reber, 2001), no fundo o objectivo da psicologia clínica, em devolver à pessoa a sua liberdade, a autonomia que a caracteriza e que potencia o seu pleno desenvolvimento enquanto pessoa.

Foram ainda incluídas na psicologia clínica todas as áreas correspondentes ao abuso de substâncias e outras dependências, por se considerarem indutoras de grande sofrimento psíquico e por isso objecto de intervenção e tratamento. A mesma argumentação está reservada para a psicologia da saúde (APA e *Europsy*), como disciplina interessada na compreensão, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da doença física e mental e disfunções relacionadas (Matarazzo, 1980). A divisão relacionada com o avanço da farmacoterapia (APA), não estando directamente ligada à psicologia, torna-se útil, sobretudo para o psicólogo clínico, com vista a um mais profundo conhecimento sobre as implicações dos psicofármacos no comportamento e nas emoções dos seus clientes.

---

<sup>56</sup> Existem diversas divisões da APA que dizem respeito a um tipo de intervenção psicoterapêutico; são elas: psicoterapia; hipnose psicológica; psicologia humanista; psicanálise; psicologia de grupo; psicoterapia de grupo.



A psicologia do exercício e do desporto (APA) foi como que dividida, ficando a sua componente ligada ao exercício na psicologia clínica, e o desporto (tanto na APA como no *Europsy*) ligado às organizações. Este último poderá estar mais relacionado com as organizações, na medida em que é, hoje em dia, na maioria das vezes, competitivo, incluindo clubes ou outras instituições, com objectivos próprios, que muitas vezes ultrapassam os próprios indivíduos. No entanto, a motivação para o exercício como ferramenta para o bem-estar, bem como as considerações psicológicas das lesões desportivas estarão mais ligadas à saúde individual e nesse sentido à clínica.

A neurociência comportamental e psicologia comparada (APA), bem como a neuropsicologia clínica (APA e *Europsy*), dada a natureza psicofisiológica das suas aplicações sugerem um cabimento mais racional também na clínica. Foram ainda aqui incluídas duas divisões respeitantes a crianças, considerando a dimensão clínica de intervenção junto desta população. Nesse sentido os serviços para crianças, jovens e famílias e a psicologia pediátrica (APA) são descritos como áreas de intervenção e tratamento ao nível do desenvolvimento. O mesmo se passa na gerontologia aplicada (*Europsy*) que se constitui como mais uma dimensão do desenvolvimento humano.

A psicologia do trauma, pela descrição da APA, afigura-se como uma área por excelência da intervenção clínica, pelo que não poderia ser colocada noutra área. Finalmente, a prática privada (APA); não é exclusiva, seguramente, dos psicólogos clínicos, mas será nesta disciplina que ela atinge a sua máxima expressão, pelo que foi essa a razão que motivou aí a sua colocação.

Na psicologia educacional, foram incluídas apenas duas divisões, para além, é claro, das áreas comuns. Consideram-se como mais específicas desta área, em primeiro lugar, a psicologia escolar e educacional (APA e *Europsy*). A formação académica assume-se como uma componente basilar da educação da pessoa humana, na sociedade actual. Se a educação não se resume apenas ao contexto escolar, este último contribui decisivamente para uma melhor educação social e pessoal.

A divisão do atraso mental e das perturbações do desenvolvimento (APA) foi também aqui associada; partindo do pressuposto que a educação é um processo contínuo ao longo da vida, e que neste processo surgem diferentes desafios e problemáticas de adaptação, parece ser coerente que em pessoas com necessidades especiais a educação contínua dos próprios e de toda a sociedade seja uma prioridade. Logo, a psicologia educacional deverá corresponder ao imperativo constitucional de que todas as pessoas tenham acesso à educação, procurando os melhores métodos para aí corresponder.

A psicologia social e das organizações traduz-se por algumas diferenças importantes, do ponto de vista ético, em relação às outras duas áreas propostas. De facto, estando o psicólogo incluído na organização, com deveres e responsabilidades para com ela, poderá desenvolver alguns conflitos de interesse, nomeadamente, nas situações onde o melhor interesse da pessoa, trabalhadora da organização por exemplo, possa ser aparentemente contraditório com o interesse da organização. Na verdade, o objectivo fundamental do psicólogo será sempre promover o bem-estar das pessoas colaboradoras da organização o que, por princípio, se assumirá como positivo para a organização, que tem todo o interesse em contar com colaboradores satisfeitos e motivados. Este desiderato, em certo sentido, constitui-se como um trabalho de promoção da saúde da pessoa, promovendo a sua integração como um dos valores sociais actuais: o trabalho. Contudo, esta conjugação nem sempre se afigura fácil o que poderá levantar dilemas de complexa resolução (Lefkowitz, 2003).

Será importante esclarecer que se considera como uma organização todo o conjunto de pessoas orientadas a partir de uma determinada estrutura na prossecução de qualquer tipo de objectivos formais, através da divisão do trabalho (Schein, 1982/1980) pelo que ultrapassa o âmbito das empresas. É por este motivo que foram incluídas as divisões da APA referentes à psicologia organizacional e industrial (APA), do trabalho (Europsy), do serviço público (APA), da psicologia militar (APA), e da psicologia do desporto (APA e *Europsy*).

A psicologia da engenharia e experimental aplicada, tendo como objectivo fundamental a melhor adaptação das pessoas às novas tecnologias, tem uma aplicação, ainda que não exclusiva, prioritária nas organizações, pelo que se optou pela sua inclusão aqui.

Já no que respeita a psicologia social e da personalidade (APA) parece também óbvia a sua arrumação, dado que se dedica ao estudo dos comportamentos e atitudes dos indivíduos em grupo, bem como da influência exercida pelo ambiente físico e social, o que transporta, em larga medida, para as organizações sociais.

A psicologia comunitária (APA e *Europsy*), com o objecto de estudo focalizado na área social por excelência, centra a sua atenção nos fenómenos grupais, mais ou menos abrangentes. Está, é claro, direccionada para o indivíduo, mas isso é característica da ciência psicológica como um todo. O objectivo último da psicologia comunitária será melhor compreender a influência da realidade social no indivíduo para deste modo potenciar o bem-estar individual, distinguindo-se por isso da sociologia.

Pelos mesmos motivos decidiu-se incluir nesta divisão a psicologia económica e a psicologia política (*Europsy*). São duas dimensões orientadas para duas das mais relevantes ciências sociais dos nossos dias. Pelos motivos expostos anteriormente achou-se por bem colocá-las na psicologia social e das organizações.

Finalmente, foram incluídas nas áreas comuns todas as divisões que, por não serem de intervenção específica constituem-se como métodos e fontes de conhecimento que podem e devem ser utilizadas pelos psicólogos que trabalhem nas três áreas referenciadas. As componentes de ensino e de experimentação estão também aqui referenciadas, pelos mesmos motivos.

Este enquadramento permite concluir que qualquer que seja a perspectiva pela qual se olhe a pessoa humana, ela constitui-se sempre como o objecto primeiro e

fundamental da psicologia. Forma, sem margem para dúvidas, um todo complexo e multi-dimensional, pelo que se tornam necessários diversos enquadramentos teóricos que permitam uma melhor e mais abrangente compreensão da sua realidade. Ainda assim, não se deverá olvidar que o único processo de, em boa verdade, conseguir aceder à realidade de cada pessoa será através de um constructo comunicacional que vise a sua compreensão e aceitação. Neste campo, a psicologia não tem variações quanto à sua forma de actuação, bem como quanto aos seus objectivos. Logo, as regras e os princípios que lhes estão subjacentes, visando a potenciação do trabalho do psicólogo no atingir dos seus objectivos de ajuda da pessoa, são comuns entre todas as suas áreas.

Será esse o tema do próximo capítulo: a justificação da necessidade de um código de ética para todos os psicólogos portugueses, independentemente da sua área de trabalho.

**Quadro 1 - Distribuição das divisões da psicologia da APA e do Europsy pela estrutura proposta**

<b>Psicologia Clínica</b>	<b>Psicologia Educacional</b>	<b>Psicologia Social e Organizações</b>	<b>Áreas Comuns</b>
<b>APA</b>	<b>APA</b>	<b>APA</b>	<b>APA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Neurociência comportamental e psicologia comparada</li> <li>-Psicologia de aconselhamento</li> <li>-Psicofarmacologia e abuso de substâncias</li> <li>-Psicoterapia</li> <li>-Hipnose psicológica</li> <li>-Psicologia humanista</li> <li>-Serviços para a criança, para o jovem e para a família</li> <li>-Psicologia da saúde</li> <li>-Psicanálise</li> <li>-Neuropsicologia clínica</li> <li>-Psicólogos na prática privada</li> <li>-Psicologia do exercício</li> <li>-Psicologia de grupo e psicoterapia de grupo</li> <li>-Comportamentos aditivos</li> <li>-Psicologia clínica da criança e do adolescente</li> <li>-Psicologia pediátrica</li> <li>-Avanço da farmacoterapia</li> <li>-Psicologia do Trauma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Psicologia escolar</li> <li>-Atraso mental e asperterbações do desenvolvimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Psicologia social e da personalidade</li> <li>-Psicologia organizacional e industrial</li> <li>-Psicólogos no serviço público</li> <li>-Psicologia militar</li> <li>-Psicologia da engenharia e experimental aplicada</li> <li>-Psicologia comunitária</li> <li>-Psicologia do desporto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Psicologia geral</li> <li>-Ensino da psicologia</li> <li>-Psicologia experimental</li> <li>-Avaliação e estatística</li> <li>    Psicologia do desenvolvimento</li> <li>-Estudo psicológico das questões sociais</li> <li>-Psicologia da estética, da criatividade e da arte</li> <li>-Consulta psicológica</li> <li>-Desenvolvimento do adulto e do envelhecimento</li> <li>-Psicologia da reabilitação</li> <li>-Psicologia do consumidor</li> <li>    -Psicologia teórica e filosófica</li> <li>    -Análise do comportamento</li> <li>-História da psicologia</li> <li>-Psicologia da população e do ambiente</li> <li>    -Psicologia da mulher</li> <li>    -Psicologia da religião</li> <li>    -Psicologia do direito</li> <li>    -Psicologia da família</li> <li>    -Estudo psicológico das questões relacionadas com os homossexuais femininos e masculinos, e bissexuais</li> <li>    -Estudo psicológico das questões relacionadas com as minorias étnicas</li> <li>    -Psicologia dos <i>media</i></li> <li>    -Psicologia da paz</li> <li>    -Estudo psicológico do homem e da masculinidade</li> <li>-Psicologia internacional</li> </ul>
<b>Europsy</b>	<b>Europsy</b>	<b>Europsy</b>	<b>Europsy</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Psicologia clínica</li> <li>-Psicologia do aconselhamento</li> <li>-Psicologia da Saúde</li> <li>-Gerontologia aplicada</li> <li>-Neuropsicologia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Psicologia escolar e educacional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Psicologia do trabalho e das organizações</li> <li>-Psicologia do desporto</li> <li>-Psicologia económica</li> <li>-Psicologia política</li> <li>-Psicologia comunitária</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Avaliação psicológica</li> <li>-Psicologia cognitiva aplicada</li> <li>-Psicologia ambiental</li> <li>-Psicologia do trânsito e dos transportes</li> <li>-Psicologia forense</li> </ul>

Em síntese, a psicologia pode ser definida como o estudo científico do comportamento e dos processos mentais. Sendo este objecto de intervenção realmente complexo, tornou-se necessário encontrar diferentes formas de o observar para melhor o conseguir compreender. Contudo, a pessoa é um ser complexo e indivisível, um facto pessoal total, pelo que qualquer tentativa de divisão será sempre artificial e sem correspondência na realidade. Não será por acaso que as divisões encontradas na literatura consultada variam consoante a abordagem teórica adoptada, bem como, a partir dos objectivos definidos. Neste trabalho, perspectiva-se a psicologia como uma ciência que visa a compreensão da pessoa como um todo integrado a fim de produzir conhecimento que contribua para a promoção do seu bem-estar, ou seja que promova a saúde global. Nesse sentido, as áreas da psicologia clínica, da psicologia educacional e da psicologia social e das organizações parecem ser as que melhor cumprem com esse desiderato, já que correspondem a áreas do funcionamento humano fundamentais para a promoção do seu bem-estar. Incluiu-se ainda uma área específica reservada à investigação e ao ensino da psicologia, naturalmente transversal a todas as outras.

### **3.4 – SUMÁRIO**

- A psicologia pode ser definida como o estudo científico do comportamento e dos processos mentais do ser-humano.
- É importante que o psicólogo apreenda diferentes dimensões da pessoa a partir de diferentes perspectivas, ainda que deva estar consciente que a psicologia se constitui como um todo íntegro a partir do qual a pessoa poderá ser compreendida.
- A objectividade na psicologia é difícil, mas nem por isso ela se torna menos útil, até porque a pessoa é por definição arquitecta da sua própria realidade.
- A vida baseia-se em princípios e valores, e é a partir deles que se constrói a identidade pessoal e a realidade de cada um.
- Os valores são estruturas racionais que visam ajudar a pessoa a fazer as melhores escolhas tendo em consideração os seus interesses e a realidade social, a fim de viver o melhor possível.

- A flexibilidade será uma característica central no homem para a sua realização pessoal. É importante um equilíbrio entre aquilo que se deve, orientado pelos valores, e aquilo que se deseja, o prazer a curto prazo.
- O objectivo da psicologia não consiste em determinar qual deve ser a verdade absoluta sobre o funcionamento da pessoa, mas apenas e só enriquecer a sua compreensão como ser multidimensional e não determinista, e por isso mesmo complexa e diferente de qualquer outra.
- Existe uma clara heterogeneidade nas divisões da psicologia propostas por diversos autores.
- O objectivo principal deste trabalho é a definição e compreensão dos princípios que devem orientar a prática da psicologia, independentemente da área de actuação, pelo que a divisão pretendida será uma que permita uma compreensão da ciência psicológica como ligada aos cuidados de saúde.
- A definição de saúde da OMS inclui a noção de bem-estar ao nível biológico, psicológico e social. Neste sentido, e salvaguardando as componentes de investigação e ensino, propõe-se como divisões fundamentais a psicologia clínica, a psicologia educacional e a psicologia social e das organizações.

## **4 – ÉTICA, DEONTOLOGIA PROFISSIONAL E CÓDIGOS DE ÉTICA**

Depois de construídos os conceitos, discutidos os processos e definidos os objectos, importará lembrar a ideia subjacente à realização deste trabalho. Já foi discutida a importância da organização formal da psicologia como profissão, tarefa apenas possível se estiverem explícitas as normas subjacentes à actuação dos seus profissionais. As normas, para aumentarem a sua efectividade, deverão estar estruturadas sob princípios de actuação, princípios estes que constituirão os valores da classe profissional. Restará então saber que tipo de valores deverá presidir à actuação dos psicólogos: valores que promovam uma actuação irrepreensível ou, pelo contrário, valores que se limitem a garantir um comportamento aceitável, do ponto de vista profissional, do psicólogo? Esta resposta é central para se compreender que tipo de código de ética deverá ser construído para regular o exercício da profissão.

Claro que para além da necessidade de um código de ética, importa saber utilizá-lo como ferramenta indispensável ao sucesso profissional e, por essa via, para a garantia da melhor intervenção junto das pessoas.

### **4.1 – EDUCAÇÃO OU PENALIZAÇÃO? O MÍNIMO OU O MÁXIMO DA ÉTICA**

Na parte inicial deste trabalho foram discutidos os conceitos de ética e bioética sendo que esta última foi considerada como sendo um ramo da ética aplicada às ciências da vida. Ora, existe um sem número de profissões e actividades humanas que se debruçam directa ou indirectamente sobre a vida. Estas profissões têm em comum o objectivo de assegurar actividades que promovam a defesa e o respeito pela vida, condição até agora, e ao que se sabe, exclusiva do nosso planeta. O ser humano, se representa apenas uma parte pequena deste ecossistema, desempenha um papel fundamental no mesmo, não só pela sua habilidade em modificá-lo e até destruí-lo, como pela capacidade de o compreender, o que lhe dará, na esteira de Hans Jonas, uma responsabilidade acrescida. Então, as profissões que se dedicam à pessoa humana terão igualmente uma responsabilidade acrescida na aplicação



adequada do conhecimento no sentido da promoção do bem-estar do ser-humano e da vida em geral.

É esta elevada responsabilidade que orienta o pensamento sobre esta matéria. É essa mesma responsabilidade que sustenta a importância da regulação das profissões que se dedicam à vida humana, entre as quais se inclui, com toda a pertinência, a psicologia. Se a preocupação é a pessoa humana, então os cuidados têm que ser acrescidos.

Nenhuma profissão poderia ser regulada se não fossem claras as regras que presidem ao seu exercício. Ao conjunto dessas regras determinou-se chamar deontologia profissional, ou seja, o conhecimento das regras de uma profissão, que será como quem diz o conjunto das obrigações que um profissional deve cumprir no exercício da sua profissão (Golser, 2001). Mas como determinar essas regras e como proceder à sua implementação?

Uma das dificuldades para construir “uma” deontologia profissional para a psicologia é, tal como já foi feita referência, encontrar uma estrutura que permita englobar a diversidade de actuação dos seus profissionais. Talvez por isso o percurso para a formação de uma organização que represente de facto o conjunto dos profissionais de psicologia tenha sido tão árduo<sup>57</sup>. O código deontológico tem como um dos seus objectivos isso mesmo: ajudar a estabelecer a actividade numa classe profissional (Seitz & O’Neill, 1996). Então, o primeiro objectivo será construir esse código deontológico, baseado, utilizando uma *lapalissada*, na deontologia profissional. Já no século XVI A.C., pelo menos, é possível encontrar essa preocupação, ilustrada num papiro egípcio onde são descritas *guidelines* para o estabelecimento de diagnósticos e escolhas de tratamentos por parte dos médicos (Sinclair, Norma & Pettifor, 1996) Ou seja, existe desde sempre uma preocupação em normalizar a forma de actuação dos profissionais, construindo normas de funcionamento para uma determinada profissão.

---

<sup>57</sup> Uma série de associações e personalidades contribuíram, através das suas mundivências, para atingir o objectivo de formar a Ordem dos Psicólogos Portugueses. Ainda assim, não pode deixar de se destacar o papel da Associação Pró-Ordem dos Psicólogos nesta caminhada.

A verdade é que regras, por si só, se bem que úteis, não serão suficientes para resolver todos os dilemas éticos que vão surgindo numa sociedade cada vez mais complexa e em constante mudança (Sinclair, Norma & Pettifor, 1996). E é por isso mesmo que se defende que um código deontológico deve ser baseado em princípios e valores e não apenas em regras. E é por isso também que o termo código de ética – da tradição anglo-saxónica – se torna preferível ao termo código deontológico – da tradição francófona. De facto, este último termo poderia contribuir para construir a ideia de que as regras (*deon*, dever) seriam suficientes para construir um bom código, identitário de uma profissão, ao passo que o termo código de ética poderá resultar numa noção de maior abrangência dado o carácter reflexivo e principiológico da ética.

Em resumo, será necessário um código, baseado em princípios, para organizar a actividade profissional numa estrutura identificadora do exercício da psicologia, implementando esse mesmo código junto dos profissionais.

Um dos problemas a resolver será então saber se o código de ética deverá especificar os padrões mínimos de comportamentos aceitáveis na promoção do bem-estar da pessoa humana – o mínimo ético<sup>58</sup> da psicologia – ou pelo contrário, deverá defender uma actuação óptima do profissional, afinal de contas, o resultado que qualquer pessoa aspira obter do recurso a um qualquer profissional, ou seja, o máximo, o melhor.

A resposta a esta questão está longe de ser simples, ainda que esteja induzida não só pela própria interrogação, como pelo facto de se defender a necessidade de basear o código em princípios aspiracionais. Como defende Lindsay (1998), a

---

<sup>58</sup> A teoria do mínimo ético foi proposta por Jeremy Bentham e Georg Jellinek e propõe que o Direito represente o mínimo de moral declarada obrigatória para a sobrevivência da sociedade. Ainda que a moral seja, normalmente, cumprida de forma espontânea, as violações são também inevitáveis pelo que deverá existir uma obrigação de cumprimento das disposições consideradas como fundamentais para o funcionamento social. Esse será o papel do direito: a definição do mínimo ético como círculo incluído num círculo mais amplo constituído pela moral, onde a diversidade será a pedra de toque. Também A.L. Cardoso (2001) define o mínimo ético como uma visão do direito correspondente a um “mínimo” em relação à moral, mas cuja observância se deverá efectuar com o máximo de intensidade.

primeira forma, o mínimo ético, é útil no sentido em que permite um maior controlo e responsabilização do profissional sobre quem pende uma qualquer queixa de violação do código. A segunda forma assume-se como importante para o processo educativo do psicólogo, ajudando-o no desenvolvimento da sua actividade, melhorando os níveis da sua prática e evitando passar a mensagem de que uma actuação medíocre, assente no cumprimento das regras básicas da profissão, será suficiente e satisfatória para atingir os objectivos; contudo, peca por se tornar mais difícil a objectivação de qualquer processo disciplinar.

Não obstante, o mínimo ético deve ser definido pelo direito, pelo que o controlo pelo seu cumprimento deve ser imputado ao Estado, através de legislação específica sobre o trabalho profissional em geral e do psicólogo em particular. Logo, o código de ética necessitará de uma perspectivação mais abrangente que inclua as especificidades da profissão que, melhor do que ninguém, serão conhecidas pelos próprios profissionais. Tal facto não invalida, é claro, que a Associação Profissional não possa ou não deva agir nas circunstâncias em que nem o mínimo ético seja respeitado.

O direito deve vir sempre depois da ciência e após a reflexão ética, devendo restringir-se ao controlo dos actos que de forma notória e directa atinjam os direitos fundamentais e o bem comum (Cardoso, 2001). Logo, caberá à ética o papel de reflectir sobre as implicações mais profundas e menos visíveis do comportamento do profissional, definindo a melhor actuação possível. Esta tarefa apenas estará ao alcance daqueles que, no caso da psicologia, detenham um bom conhecimento da ciência psicológica, pelo que apenas poderá ser levada a cabo pelos seus profissionais. O resultado será a formulação de um código de ética construído pelos próprios profissionais, baseado em princípios e valores, com uma dimensão aspiracional e com um código de conduta que defina os limites do comportamento aceitável.

Se são os profissionais que devem regular a profissão, torna-se evidente o risco de corporativismo, no sentido da protecção da classe e não da protecção dos clientes

que recorrem aos serviços profissionais, o que constituiria um desvio em relação aos objectivos da profissão.

Mas, antes de mais, o que é uma profissão? O conceito foi-se desenvolvendo ao longo do tempo, sendo que inicialmente as únicas ocupações que detinham o estatuto de profissão eram a teologia, a medicina e o direito (Sinclair, Norma & Pettifor, 1996). Segundo o Dicionário da Academia das Ciências de Lisboa (2001), uma profissão é uma actividade remunerada que exige um certo grau de formação ou especialização. Na verdade, também pode significar uma confissão ou declaração pública de princípios, crenças ou opiniões, o que nos transporta para as ideias religiosas de compromisso e de serviço. Estes pressupostos, ainda que se mantenham hoje em dia, são considerados em função da formação e do treino numa prática baseada na evidência científica. Então, segundo Sinclair e colaboradores (1996), os membros de uma profissão deverão prestar serviço ao público e à sociedade, para o que deverão comprometer-se em manter um alto grau de conhecimento e habilitações decorrentes de um processo educativo e formativo, formando uma comunidade que seja capaz de regular o acesso à profissão, treinar os novos membros, socializá-los com as atitudes, valores e práticas profissionais, regular e monitorar a actividade dos mesmos e desenvolver o conhecimento na área. Temos então que, para que se obtenha um desempenho de facto profissional, se torne necessário passar por uma complexa fase de formação, e pertencer a uma comunidade ou classe profissional, uma vez que só é possível aprender os pressupostos do exercício de uma profissão a partir de outros profissionais.

O que também não deve ser esquecido é que uma actividade profissional tem um objectivo específico, formal, o que no caso da psicologia será o de contribuir para o bem-estar, para a saúde global da pessoa. Então, se o mínimo ético consiste na garantia de que o profissional cumprirá os preceitos fundamentais da sua actividade, assegurando a sociedade, através do Estado, uma formação consentânea com os seus objectivos, será à classe profissional, conhecedora das vertentes mais específicas de um bom desempenho, que incumbirá asseverar um nível de

desempenho que promova essa mesma classe junto do público, através da prossecução dos objectivos da profissão.

Este consequencialismo profissional é muito importante para garantir uma maior probabilidade de sucesso no exercício da profissão. Se os psicólogos não forem vistos como profissionais competentes, úteis à pessoa, poder-se-á gerar uma crise de confiança nos mesmos por parte do público. Ora, sem a devida autoridade racional<sup>59</sup> do profissional sobre a pessoa, os resultados do trabalho serão mais do que duvidosos, pelo que se torna essencial, para todos os psicólogos, que exista uma confiança grande por parte do público na sua *praxis*. Então, não restará outra alternativa senão exigir um comportamento num padrão que permita garantir um bom desempenho e não um desempenho aceitável, pelo que um código de ética deverá ser construído com vista a um nível de exigência elevado, mas sustentado em princípios que permitam ao profissional compreender o porquê da necessidade de determinadas posturas.

Há muito tempo que se defende a urgência da criação de regulamentação na psicologia (Machado, 1996). Numa fase inicial, dada a sua precocidade como ciência, os psicólogos exerciam, em certa medida, uma regulamentação informal da sua classe (Machado, 1996). Em grupos pequenos, a coesão aumenta (Ferreira, Neves, Abreu & Caetano, 1996) pelo que se torna mais simples uma consonância na forma de atingir os objectivos do grupo. Paralelamente, em grupos pequenos, nos quais os seus membros se conhecem entre si, será mais fácil manter controlo apertado do exercício profissional. Claro que se já no ano de 1996 se discutia que

---

<sup>59</sup> Max Weber desenvolveu um tríptico de autoridade que incluía a autoridade do tipo racional-legal, a tradicional e a carismática (Whimster, 2004). Dificilmente, qualquer um destes 3 tipos de autoridade, que no fundo a determinam e legitimam, aparece de uma forma pura. Considerando a autoridade como o poder exercido por alguém e considerado legítimo por aqueles que se submetem, temos que para Weber a autoridade tradicional é aquela cuja legitimidade advém da tradição, como serão exemplos a autoridade familiar ou, numa perspectiva social mais abrangente, a monarquia. A autoridade carismática é aquela cuja legitimidade advém das características pessoais da pessoa que a exerce. Ou seja, é o próprio carisma pessoal que leva os outros a reconhecerem-lhe capacidades de liderança. Finalmente, a autoridade racional-legal, típica das democracias modernas, é aquela cuja legitimidade advém do reconhecimento legal e da competência reconhecida. Ou seja, no caso das profissões, a legitimidade advém do grau académico obtido em função da formação e das competências teóricas e práticas adquiridas.

este controlo informal não era suficiente, hoje, depois de já estarem formados mais alguns milhares de psicólogos, essa afirmação assume um carácter de extrema pertinência e urgência. A psicologia já não é uma ciência nova e desconhecida, mas sim uma actividade com cada vez maior impacto social. Não se poderá permitir um retrocesso neste caminho de credibilização da profissão, sob pena de comprometer o seu papel, prejudicando as pessoas.

Desta forma, e como muito bem sublinha Vendrell (1995), o código de ética assume-se como fundamental pois permite o estabelecimento de referências para a prática da profissão, bem como contribui para a formulação de princípios, diminuindo o espaço para interpretações individuais e potencialmente danosas para as pessoas.

Mais, dada a cada vez maior mediatização de actividades no chamado campo da parapsicologia ou mesmo do mero charlatanismo, muitas vezes com uma tentativa de associação lógica e propositada à ciência psicológica, torna-se cada vez mais urgente uma identificação externa da profissão, tornando claros os seus procedimentos e objectivos, evitando confusões por parte do público, finalidade para a qual muito poderá contribuir o código de ética.

Defendemos, então, na esteira de Canter, Bennett, Jones, e Nagy (1996) e de Seitz e O'Neill (1996) que um código de ética deve funcionar como um instrumento educacional para os profissionais, traduzindo os melhores e mais positivos comportamentos e valores inerentes ao trabalho do psicólogo. Se deve configurar-se como um conjunto de deveres, decorrentes da organização da profissão (R. Nunes, 2002), terá que, necessariamente, ter em consideração os seus objectivos, que em última análise, passam pela promoção do bem-estar da pessoa, auxiliando-a na sua concretização pessoal.

Não devemos esquecer que a sociedade tem expectativas bem definidas para as profissões, pelo que os psicólogos têm a responsabilidade de conseguir corresponder-lhes, o que apenas será possível se o código tiver uma estruturação que permita dar resposta aos conflitos que surgirem entre os diversos deveres

profissionais. Para tal, torna-se necessária uma estruturação em princípios éticos que auxiliem o indivíduo na resolução dos dilemas que forem surgindo.

Claro que, ainda que defendamos um código de ética para a psicologia que promova uma actuação óptima do profissional, seria sempre redutor aceitar, ou pior ainda, transmitir a ideia, de que o simples cumprimento das regras imanentes do código seria suficiente para satisfazer todos os requerimentos morais (Beauchamp e Childress, 2002/1994). De facto, se a ética é a ciência da relação, servindo por isso para uma constante e dinâmica avaliação das interacções humanas, o psicólogo deverá ter como imperativo desenvolver um esforço educativo profundo nesta área, pelo que tal desiderato deverá constar de qualquer proposta de código apresentada. Para além disso, o ensino da ética e da bioética, pelos mesmos motivos, deve ser tema obrigatório nos planos curriculares do ensino pré-graduado em psicologia. Para além do desenvolvimento da ciência e da própria sociedade ser mais rápido do que qualquer normatização dos comportamentos, não sendo por isso possível ambicionar um código constantemente actual, não parece ser exequível a contemplação de todos os dilemas passíveis de surgirem na actividade diária do profissional. No entanto, não será seguramente correcto considerar que a ausência de um artigo regulador constitua uma justificação válida para a realização de um comportamento moralmente discutível. Não restará outra solução que não promover a capacidade de reflexão ética dos profissionais através do treino de competências ao nível do raciocínio ético.

Parece então claro que um código de ética será uma ferramenta indispensável para qualquer profissão, para os seus membros, para os futuros profissionais, bem como para a população que eles servem. No entanto, fica a sensação que os diferentes profissionais e, sobretudo, o público em geral, tendem a ignorar a grande maioria dos conteúdos de um código deste tipo, bem como os pressupostos que se lhe encontram subjacentes. Deve insistir-se, por isso, na ideia de que um código deve funcionar, essencialmente, como uma ferramenta educacional sobre comportamentos e valores considerados importantes no ensino, na investigação e na prática profissional, pelo que o seu estudo deve ser interpretado como uma

prioridade. Caso contrário, os profissionais terão maiores dificuldades em resolver conflitos entre os seus próprios princípios profissionais ou com os objectivos das organizações onde desenvolvem o seu trabalho (Seitz e O'Neill, 1996).

Aliás, a identificação e resolução de conflitos éticos tem particularidades que devem ser tidas em consideração e por isso mesmo constituírem-se como objecto de formação por parte dos psicólogos, nomeadamente ao nível do que tem sido referido ao longo deste trabalho como raciocínio ético. R. Nunes (2002)<sup>60</sup> defende que para além dos objectivos de natureza cognitiva inerentes à formação em Bioética, questões de natureza comportamental assumem-se como fundamentais. Desta forma, o desenvolvimento da capacidade em aceitar o outro como pessoa diferente, no que respeita aos seus valores, crenças e ideologias torna-se um imperativo, pelo que a vivência real, ou pelo menos imaginária (que pode ser conseguida a partir da discussão e resolução de casos clínicos) das situações é indispensável para ultrapassar o *“hiato existente entre a teoria e a prática”* (R. Nunes, 2002, p. 49).

#### **4.2 – O EXERCÍCIO DA PROFISSÃO: O CÓDIGO DE ÉTICA**

Estabelecida a importância do código de ética no exercício profissional, importa discorrer um pouco sobre alguns cuidados que o psicólogo deve ter para que possa desenvolver um trabalho baseado nos princípios e nas normas éticas que regulam a sua acção (Canter et al., 1996).

O primeiro desígnio será adquirir um conhecimento profundo e actualizado do código de ética por forma a desenvolver uma compreensão crítica do mesmo e, nesse sentido, possibilitar a sua aplicação prática.

---

<sup>60</sup> Esta obra reporta-se ao ensino da Bioética na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Ainda que aplicada aos estudantes de medicina e por isso futuros médicos, não existem motivos visíveis para que os mesmos procedimentos não sejam utilizados com os psicólogos, dadas as questões levantadas serem, no essencial, as mesmas. Foi levada a cabo uma adaptação dos objectivos de natureza cognitiva propostos por R. Nunes (2002, pp. 49) para a realidade da psicologia: aumentar a sensibilidade do estudante para questões de natureza ética na psicologia, e permitir que estas questões sejam antecipadas na prática profissional; promover a reflexão crítica sobre valores, de natureza pessoal, profissional e da sociedade em geral; identificar os princípios éticos subjacentes à tomada de decisão; aprender a estrutura da análise ética das situações, assim como a sua justificação no plano conceptual; permitir uma abordagem crítica e sistemática da decisão ética no contexto profissional.



Em segundo lugar, torna-se essencial conhecer as leis nacionais que, directa ou indirectamente, são aplicáveis à prática profissional em questão. Por vezes, o próprio código de ética pode entrar em conflito com a lei vigente, sendo que nesse caso o profissional deverá dar a conhecer, a quem de direito, as suas obrigações decorrentes do código de ética, e dar os passos necessários para a resolução do conflito de uma forma responsável (APA, 1992). O ideal será encontrar soluções de consenso que potenciem a melhor resolução do dilema nas suas diferentes perspectivas.

Outro passo essencial será conhecer as regras e os regulamentos das instituições onde presta os seus serviços, de forma a assegurar que seja possível uma acomodação destas obrigações com os princípios e normas éticas inerentes ao exercício profissional. Também aqui os consensos se constituem como a solução ideal.

Uma contínua preocupação e a conseqüente aprendizagem sobre as temáticas relacionadas com a ética deverá constituir um dos campos de interesse do profissional, uma vez que, com a rápida expansão do mundo actual no que diz respeito, por exemplo, à tecnologia, aos novos interesses de investigação e às novas formas de intervenção, diferentes dilemas éticos emergem a todo o momento, sendo impossível um acompanhamento eficaz por parte do direito ou da deontologia.

Aliás, dada a grande e rápida evolução da ciência, bem como da sociedade, a reflexão ética desenvolve-se no sentido de se adaptar às novas realidades. Assim, o profissional deverá, por vezes, colocar-se em causa, admitindo a possibilidade de estar enganado ou de ser ignorante em relação a determinados problemas.

Algumas questões introspectivas são propostas por Canter e colaboradores (1996), questões essas que deverão ser colocadas em situações que possam suscitar algum tipo de dúvida ao profissional, seja pelo facto de *per si* serem novas, seja porque se afiguram como pouco comuns. Nessas alturas o profissional deverá questionar-se (1) sobre a sua competência para lidar com aquela situação particular;

(2) sobre a sua experiência e treino profissional naquela situação; (3) sobre o grau de incerteza dos resultados que poderá obter com a opção tomada; (4) sobre a forma como poderá reagir à abordagem daquela problemática específica ou em relação ao sujeito em causa; (5) sobre a possível existência de ganhos pessoais – sejam económicos, de tempo ou curriculares – que de alguma forma possam condicionar as suas opções. Só com a obtenção das respostas a estas questões o profissional poderá dar-se conta da existência ou não de dilemas éticos que exijam uma reflexão mais cuidada, e que possam suscitar a necessidade de uma mudança de comportamento. Esta auto-monitoração será uma condição central para um comportamento eticamente adequado: só questionando-se sobre os possíveis resultados de determinada situação, o profissional poderá evitar que os padrões éticos sejam ultrapassados e violados. Este processo corresponderá à reflexão profunda necessária em relação às respostas automáticas, intuitivas, que todos temos face a qualquer dilema humano.

Por fim, quando após este exercício subsistirem dúvidas razoáveis sobre os procedimentos ou acções a tomar, então a consulta e a discussão com outros profissionais da mesma área de actuação torna-se essencial. Contudo, esta consulta não deverá servir para promover a partilha da responsabilidade sobre a decisão. Independentemente de concordar ou não com as opiniões emitidas por outros profissionais, ou mesmo por parte de uma comissão de ética, o profissional será sempre o primeiro responsável pela sua actuação. De facto, ninguém melhor que o técnico, que desenvolveu a relação profissional com o cliente, poderá compreender as especificidades de cada situação particular, de cada pessoa. Os pareceres emitidos por uma comissão de ética, ou as opiniões expressas por qualquer outro profissional, deverão ser interpretadas no sentido de ajudar o psicólogo a conseguir obter novas e diferentes perspectivas sobre o dilema ético, que poderão ajudá-lo a melhor compreender a situação e assim decidir em consciência, no sentido do melhor interesse do seu cliente.

Quanto maior for o cuidado do psicólogo em trilhar estes cuidados mais próximo ficará de conseguir atingir o sucesso no exercício da sua profissão. Se é verdade

que qualquer profissional deverá aspirar às normas de conduta o mais elevadas possível, quando nos reportamos a actividades que dizem respeito à intervenção no Homem, esta verdade insofismável adquire a sua máxima expressão.

Como síntese poderá afirmar-se que uma profissão, para chegar a sê-lo, terá que ter regras claras que orientem o seu funcionamento. Ainda assim, e numa sociedade caracterizada por uma evolução e mudanças rápidas, essas regras deverão estar subjacentes a determinados princípios ou valores que poderão congregam o código de ética profissional, tornando-o mais flexível e funcional.

O código de ética deverá ser baseado em princípios aspiracionais, constituindo-se como um instrumento importante na educação dos psicólogos. Esses princípios terão que ser definidos pelos próprios psicólogos já que estes serão os únicos com conhecimento suficiente da ciência psicológica para o fazer. Deste modo, os princípios sofrerão um maior nível de aceitação por parte dos profissionais, garantindo uma maior aplicação das regras inerentes.

Se o público quando recorre a um qualquer profissional espera obter o melhor resultado dessa consulta, então um nível de desempenho minimamente aceitável nunca poderá ser suficiente, pelo que não restará outra alternativa senão tentar promover o melhor desempenho possível. O código de ética deverá pois representar os valores que conduzam a um desempenho de excelência da psicologia, tendo em consideração os seus objectivos de promoção do bem-estar da pessoa humana.

O conhecimento do código, ainda assim, nunca será suficiente para garantir uma actuação adequada, sendo que o psicólogo deverá ter consciência das suas próprias limitações pelo que deverá proceder a uma constante auto-monitoração. Em muitas situações poderá ser necessário a consulta a outros profissionais, ou mesmo a comissões de ética especializadas, mas nunca com o intuito de procurar alguma desresponsabilização em relação à decisão a tomar. Uma prática adequada só será possível a partir de um raciocínio ético integrador de todas estas dimensões, pelo que compete ao psicólogo desenvolver competências a esse nível.

### 4.3 – SUMÁRIO

- A psicologia tem uma responsabilidade acrescida na aplicação adequada do conhecimento no sentido da promoção do bem-estar do ser-humano, pelo que a sua regulação ganha contornos de maior importância.
- Torna-se importante a construção de um código deontológico no sentido de tentar estabelecer a actividade numa classe profissional.
- Um código deontológico deve ser baseado em princípios e valores e não apenas em regras, pelo que a adopção do termo código de ética parece ser mais apropriado para evitar reducionismos.
- Um código de ética baseado em princípios aspiracionais é importante para o processo educativo do psicólogo e para evitar passar a mensagem de que uma actuação medíocre, assente no cumprimento das regras básicas da profissão, será suficiente e satisfatória para atingir os seus objectivos.
- O mínimo ético deve ser definido pelo direito, pelo que o controlo pelo seu cumprimento deve ser imputado ao Estado, através de legislação específica sobre o trabalho profissional em geral e do psicólogo em particular.
- Para que se obtenha um desempenho profissional, torna-se necessário passar por uma complexa fase de formação, e pertencer a uma comunidade ou classe profissional, uma vez que só é possível aprender os pressupostos do exercício de uma profissão a partir de outros profissionais.
- O código de ética assume-se como fundamental pois permite o estabelecimento de referências para a prática da profissão, bem como contribui para a formulação de princípios, diminuindo o espaço para interpretações individuais e potencialmente danosas para as pessoas.
- O psicólogo deverá ter como imperativo desenvolver um esforço educativo profundo na área da Bioética, pelo que tal desiderato deverá constar de qualquer proposta de código apresentada.
- Deve ser promovida a capacidade de reflexão ética dos profissionais através do treino de competências ao nível do raciocínio ético.

- O psicólogo deve ter um conhecimento profundo e actualizado sobre o código de ética, sobre as leis nacionais e sobre as regras e os regulamentos das instituições onde presta os seus serviços.
- A auto-monitoração será uma condição central para um comportamento eticamente adequado, sendo que a consulta e a discussão com outros profissionais da mesma área de actuação pode ser essencial, mas nunca para promover a partilha da responsabilidade sobre a decisão a tomar

## 5 – METODOLOGIA

### 5.1 – CONTEXTUALIZAÇÃO E DEFINIÇÃO DOS PRINCÍPIOS

Não está em causa a importância de um código de ética para o exercício de uma profissão. Aliás, será difícil pensar numa profissão que o seja de facto sem um código de ética que a oriente por todos os motivos elencados ao longo deste texto<sup>61</sup>. Contudo, dificilmente um código de ética poderia não ser centrado em princípios estruturantes e orientadores da actividade profissional. De outro modo, correr-se-ia o risco do mesmo não passar de uma série de imposições ou restrições não valorizadas ou compreendidas pelos profissionais, o que condicionaria a sua efectividade.

Finegan e Theriault (1997), num estudo sobre a relação entre os valores pessoais e a percepção dos códigos de ética, vão de encontro a esta ideia, concluindo que quanto mais os valores pessoais estiverem de acordo com os valores inerentes ao código, maior será a sua aceitabilidade, bem como mais negativamente serão vistas as violações desse código. Por isso mesmo, a simples aprendizagem das regras inerentes ao exercício da profissão é, manifestamente, insuficiente. Mais do que aprender regras, será necessário interiorizar modos de actuação. De facto, dificilmente uma pessoa poderia estar bem integrada na sociedade se apenas tivesse um conhecimento formal das leis e não as conseguisse integrar numa cultura mais abrangente que, no fundo, dá sentido às próprias leis. Para além de representar um corpo estranho, não integrado, aumentaria seguramente a probabilidade de quebrar algumas dessas mesmas leis, fosse por distração ou por falta de compreensão e de concordância. Será, então, nessa perspectiva, que Handelsman, Knapp e Gottlieb (2005) entendem ser necessário um processo de aculturação do profissional para garantir uma prática mais adequada.

A psicologia constitui-se como uma actividade com as suas próprias tradições, valores e métodos, o que representa uma cultura própria de actuação que será necessário embeber. Uma actuação eticamente adequada será apenas possível,

---

<sup>61</sup> Ainda assim esta tem sido a realidade do exercício da psicologia em Portugal.

então, se partir do reconhecimento de uma cultura do exercício da psicologia que tem que ser transmitida, compreendida e aceite pelos profissionais.

A verdade é que a cultura do exercício da psicologia pode e vai, seguramente, diferir dos valores tradicionais de cada um dos psicólogos. Nesse sentido torna-se central que cada um apreenda os valores culturais – leia-se éticos – da psicologia no sentido de conseguir encontrar uma congruência com o seu próprio bom senso (Knapp e Vandercreek, 2004), com as suas intuições. Segundo Berry e Sam (1997), a aculturação só se torna possível se o sujeito conseguir atingir algum nível de satisfação pessoal com o novo contexto cultural, o que faz sobressair a importância da compreensão dos valores em causa, potenciando a concordância com eles. Torna-se, pois, central que o psicólogo compreenda que poderá atingir um melhor desempenho na sua profissão se agir de acordo com os pressupostos éticos inerentes à mesma. Segundo Knapp e Vandecreek (2004) tal objectivo poderá ser potenciado a partir de uma compreensão clara dos princípios que poderão orientar a prática da psicologia.

Num estudo anteriormente efectuado (Ricou, 2005) foi enunciado um conjunto de seis princípios *prima facie* para o exercício da psicologia – a saber: os princípios do Respeito pela Autonomia, da Beneficência, da Não-maleficência, da Justiça, da Responsabilidade Profissional, e da Responsabilidade Social. Na altura este foi o resultado da análise de um conjunto de códigos de ética pertencentes a Associações de Psicólogos de diversos países, pelo que representarão estes princípios a orientação da prática da psicologia numa perspectiva internacional, abrangente. No fundo, ainda que não fosse esse o objectivo na altura, poderiam esses princípios representar a base daquilo que Gauthier (2005) denominou de princípios éticos universais para os psicólogos. De facto, para além desta autora ter utilizado uma metodologia semelhante, os resultados obtidos, ainda que baseados na análise de

um menor número de códigos, foram também eles equivalentes ao estudo referido<sup>62</sup>. Para esta autora, a vantagem de um conjunto de princípios universais para o exercício da psicologia, para além do estabelecimento de uma identidade alargada da psicologia, passaria por ajudar os profissionais a identificar e a resolver dilemas éticos, dando resposta ao objectivo de desenvolvimento do raciocínio ético. Paralelamente, outro dos desideratos passaria por ajudar as associações nacionais ou regionais a desenvolver princípios de actuação apropriados e adaptados à sua própria cultura.

A *European Federation of Psychologists Associations* (EFPA) promove precisamente esse objectivo ao formular um conjunto de 4 princípios que considera deverem ser a base do exercício universal da psicologia: (1) Respeito pela dignidade e direitos da pessoa; (2) Competência; (3) Responsabilidade; (4) Integridade. Vai mais longe e afirma que os códigos de ética das associações membro da EFPA deverão ser orientados – e seguramente não entrar em conflito – com estes princípios éticos (EFPA, 2005). Deste modo, não se poderia chegar a uma formulação final dos princípios éticos dos psicólogos portugueses que não se harmonizasse com os princípios propostos pela EFPA. Foi esse então o primeiro passo deste estudo.

Chegou-se, deste modo, a um conjunto constituído por cinco princípios – Respeito pela dignidade e direitos da pessoa; Competência; Responsabilidade; Integridade; Beneficência e Não-maleficência. Com base nas suas definições, formulou-se uma asserção para cada um deles, dando relevância às suas principais dimensões. Deste modo foi possível construir uma escala visando submeter à apreciação dos psicólogos portugueses estes mesmos princípios, a fim de obter informações sobre o nível de aceitabilidade dos mesmos.

---

<sup>62</sup> Na realidade, Gauthier (2005) elencou 5 princípios: 1 - Respect for the dignity and rights of persons; 2 - Caring for others and concerns for their welfare; 3 - Competence; 4 - Integrity; 5 - Professional, Scientific, and social responsibility. De acordo com aquilo que foi expresso em Ricou (2004, pp. 229-264) poderá verificar-se que ao princípio 1 poderão corresponder os princípios do Respeito pela autonomia e da Justiça; ao princípio 2 os princípios da Beneficência e da Não-maleficência, aos princípios 3 e 4 o princípio da Responsabilidade profissional, e ao princípio 5 o princípio da Responsabilidade Social. A diferença de base poderá estar centrada na maior importância atribuída por Ricou (2004) à Responsabilidade profissional, já que se entende que, mais do que as dimensões que têm directamente a ver com a promoção do bom nome da profissão, ela deve incluir tudo aquilo que, ainda que de forma indirecta, possa ter influência na classe profissional, nomeadamente afectar a confiança das pessoas nos profissionais.



## **5.2 – CONSTRUÇÃO DO QUESTIONÁRIO**

Como o que era pretendido era um estudo analítico, transversal, procedeu-se à criação de uma escala que permitisse a avaliação do grau de aceitabilidade dos princípios propostos. Optou-se por uma formulação do princípio, no formato de uma afirmação, onde se incluíram as principais dimensões a que o mesmo se refere na maioria da literatura consultada.

### **5.2.1 – A consulta aos peritos**

Numa primeira fase, com vista a aumentar a validade das afirmações a utilizar no questionário, foi consultado um conjunto de 5 peritos em Bioética<sup>63</sup>. Foram anotadas e adoptadas as sugestões o que permitiu uma melhor adaptação das afirmações à realidade portuguesa.

Foram considerados como peritos na área da Bioética profissionais com currículo específico e reconhecido nesta área, nomeadamente Doutores em Bioética com publicações relevantes sobre o assunto.

Como os dados a recolher pertenciam ao domínio das atitudes foi utilizada uma escala de *Likert* (5 pontos), no sentido de aferir sobre a intensidade de concordância ou discordância em relação aos itens. Os termos utilizados foram: “fundamental”; “muito importante”; “importante”; “pouco importante”; “indiferente”.

Paralelamente foram colocadas algumas questões de identificação pessoal e profissional com vista a tornar a informação mais específica. Deste modo, pretendeu-se aferir sobre a identificação de género, o grau académico, o tempo de experiência profissional em psicologia, e as áreas da psicologia segundo a divisão já proposta: psicologia clínica, psicologia educacional, psicologia organizacional. Era dada ainda a oportunidade do respondente acrescentar se desempenhava actividades na área da docência ou da investigação. A cada uma das áreas juntou-

---

<sup>63</sup> Consultar anexo 3

se uma pequena explicação a fim de diminuir as más interpretações face à heterogeneidade de classificações na psicologia<sup>64</sup>.

### 5.2.2 – O teste-reteste

Numa segunda fase, levou-se a cabo a aplicação do questionário a uma amostra de 30 profissionais de psicologia, dos quais apenas 18 responderam, em duas ocasiões sucessivas com um hiato de aproximadamente 1 semana, com vista a avaliar a reprodutibilidade de cada um dos itens do questionário.

Foi decidido considerar apenas os resultados obtidos a partir das proporções de concordância (PC). O *Weighted Kappa* (WK) é um valor ponderado que permite discriminar o tipo de diferenças encontradas entre a primeira e a segunda resposta (por exemplo, atribui maior peso a uma resposta de 1 no primeiro questionário e de 5 no segundo, do que a um erro em que no primeiro questionário a resposta foi de 1 e no segundo de 2). Contudo mede a concordância de acordo com o que seria de esperar se esta tivesse sido obtida de forma aleatória, ou seja, é a PC menos a concordância esperada com um tipo de respostas dadas ao acaso, dividida pela concordância perfeita menos a concordância esperada ao acaso, em que  $K=1$  significa concordância perfeita e  $K=0$  significa que a concordância obtida não é melhor do que a que se obteria se as respostas fossem dadas aleatoriamente.

Neste caso, e como existem algumas classes claramente predominantes, a ponderação para o acaso implica valores de WK muito baixos com proporções de concordância altas. Como se verificou que praticamente todos os erros encontrados eram de apenas um nível (existiu apenas uma exceção na qual o sujeito na primeira resposta assinalou o princípio como sendo fundamental, ou seja, 5 e na segunda como importante, ou seja 3) o não considerar a amplitude dos erros não parece, neste caso, ser muito grave. Ainda que Petrie e Sabin (2000) considerem o WK como uma medida mais completa que as PC, já que estas não discriminam os tipos de diferença, concordam que, à semelhança de Feinstein e Cicchetti (1990), esta é uma das limitações de WK, pelo que nestes casos existe normalmente uma

---

<sup>64</sup> Ver capítulo 3.2 – As divisões da psicologia.

grande concordância com um valor de WK baixo. Ainda assim os valores de WK foram apresentados.

### 5.3 – A APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Definido o questionário, passou-se à sua aplicação. Optou-se pela utilização de uma amostra que, se por um lado pode ser definida como aleatória, por outro, pode ser considerada como não aleatória do tipo bola de neve (Kumar, 1999; Goodman, 1961). Na verdade recorreu-se a um questionário *online*, o MedQuest<sup>65</sup>, o que permitiu um mais fácil e rápido acesso à população. A base da amostra utilizada foi constituída pelos membros da Associação Pró-Ordem da Psicologia (APOP), uma associação de âmbito nacional que pretendia a criação da Ordem dos Psicólogos Portugueses, bem como desempenhar um papel de representação dos interesses dos profissionais de psicologia, funcionando deste modo como uma associação profissional. Deste modo, a APOP, depois de dar o seu parecer favorável à realização do estudo, enviou o questionário a cerca de 1400 dos seus associados, solicitando aos mesmos que o reenviassem para todos os psicólogos que conhecessem. Este foi, aliás, o único critério de inclusão no estudo: ser licenciado em psicologia. Era ainda solicitada a atenção dos respondentes para que apenas uma vez preenchessem o questionário<sup>66</sup>. Deste modo, não se pode afirmar que a amostragem seja verdadeiramente aleatória, pois foram seleccionados como base da amostra apenas os elementos pertencentes a esta associação profissional. Por outro lado, não se trata de uma verdadeira amostragem em bola de neve, já que a base inicial é muito grande, não existindo, inclusivamente, um controlo sobre a quantidade de vezes em que o questionário foi passando de sujeito em sujeito. No sentido de obviar estas limitações metodológicas tentou-se a obtenção de uma amostra que pela sua dimensão garantisse um nível de precisão adequado aos objectivos. Deste modo, foi conseguida uma amostra com 1430 sujeitos para um

---

<sup>65</sup> O MedQuest é uma aplicação *web* para questionários na área da saúde, desenvolvida pelo Serviço de Bioestatística da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Abrange instrumentos para a manipulação e armazenamento de dados, nomeadamente, em termos de desenho, recolha e administração; a sua metodologia fulcral radica na geração dinâmica de questionários *web-based* a partir duma base de dados de perguntas e potenciais respostas, aquando dos pedidos do browser cliente ao servidor *web* em causa.

<sup>66</sup> Uma das limitações da ferramenta utilizada para a aplicação do questionário é, precisamente, não permitir a detecção de respostas duplas, ou seja, não foi possível assegurar que a mesma pessoa não respondeu duas ou mais vezes.

universo de cerca de 20000 psicólogos<sup>67</sup>, o que se constitui como um número bastante razoável. Aliás, com uma amostra desta dimensão, ao estimar uma qualquer proporção (p), obter-se-á, no pior cenário (p=0,5), um intervalo de confiança de  $[p-0,03, p+0,03]$ <sup>68</sup>, o que constitui uma amplitude aceitável.

Da primeira página do questionário constava uma explicação genérica do estudo e dos objectivos do mesmo<sup>69</sup>, sendo solicitada a participação dos sujeitos.

Não foram descortinados eventuais riscos ou desconfortos para os participantes na sequência do preenchimento do questionário, sendo que como benefício imediato pode considerar-se a consciencialização sobre alguns dos valores de base do exercício da psicologia. Claro que a informação resultante poderá ajudar a compreender os valores considerados como fundamentais pelos psicólogos portugueses no exercício da sua profissão.

Todos os dados recolhidos permaneceram no anonimato, sendo impossível ao investigador identificar a autoria dos respondentes, uma vez que os questionários preenchidos *online*, sendo anónimos, não possibilitam a identificação dos autores, o que se torna em mais uma vantagem deste tipo de metodologia. Entretanto, todos os dados recolhidos foram salvaguardados e protegidos por forma a não serem utilizados para outro fim que não aquele da investigação em causa.

Não foram previstos custos de participação para os respondentes uma vez que se trata de um questionário *online* utilizável a partir de qualquer computador com ligação à *internet*.

O procedimento estatístico para a obtenção dos resultados utilizou o programa SPSS v.17. Pela análise das características metrológicas constata-se a fidelidade dos resultados, sendo o valor de Alfa de Cronbach obtido superior a 0.70, o que

---

<sup>67</sup> Dados fornecidos pelo Sindicato Nacional dos Psicólogos (2009).

<sup>68</sup> Consultar, a este propósito, por exemplo, Hulley e Cummings (1988).

<sup>69</sup> Consultar anexo 2

evidencia uma consistência interna perante os itens que compõem o instrumento usado. Os resultados obtidos foram interpretados de acordo com o grau de significância  $p < 0.05$ .

Para a análise do nível de aceitabilidade de cada um dos princípios foram calculados os intervalos de confiança por forma a ser possível visualizar os resultados. Devido ao facto de, tal como esperado, as respostas se situarem predominantemente nos níveis de aceitabilidade correspondentes a “fundamental” e “muito importante”, resolveu-se colapsar as outras 3 categorias “Importante”, “Pouco importante” e “indiferente” numa só.

As análises estatísticas utilizadas neste trabalho compreenderam a utilização de testes não-paramétricos por não se encontrar cumprido o pressuposto de normalidade da distribuição. Assim, foi desempenhado o teste de Friedman para identificar as diferenças na selecção dos princípios éticos. No mesmo sentido, o teste de Mann-Whitney foi utilizado para averiguar as diferenças de uma variável medida em duas amostras independentes e o teste de Kruskal-Wallis para testar as diferenças entre duas ou mais amostras (Maroco, 2007).

Com o objectivo de compreender as associações entre as preocupações éticas manifestadas e as características da amostra, consideraram-se as respostas ao conjunto dos princípios e calcularam-se as medianas a fim de serem analisadas as diferenças. O *mean rank* foi a medida utilizada na interpretação do teste de Mann-Whitney.

Para analisar a existência de associações entre os resultados relativos aos princípios isoladamente e as características da amostra foi utilizado o teste de Qui-Quadrado de Pearson que fornece indicações sobre a relevância estatística dessas mesmas associações, calculando-se o *Fisher's Exact Test* nos casos em que o número de células esperado era menor que vinte por cento.

## 6 – RESULTADOS

### 6.1 – A FORMULAÇÃO DAS QUESTÕES

Num primeiro momento, e antes da consulta aos peritos, a formulações das asserções com vista à construção da escala para a avaliação dos princípios foi a seguinte:

Respeito pela dignidade e direitos da pessoa. O Psicólogo deve respeitar as decisões e os direitos da pessoa desde que enquadradas num exercício de racionalidade e de respeito pelo outro. Nesta perspectiva não deve fazer distinções entre os seus clientes/pacientes por outros critérios que não os relacionados com o problema apresentado, e deve promover o exercício da sua autonomia.

Competência. O psicólogo tem como obrigação exercer a sua actividade de acordo com os pressupostos da profissão, promovendo uma formação pessoal adequada e uma constante actualização profissional, de forma a não prejudicar o cliente/paciente e a não contribuir para o descrédito da profissão.

Responsabilidade. O psicólogo deve ter consciência das consequências do seu trabalho junto das pessoas, da profissão e da sociedade em geral, devendo contribuir e assumir a responsabilidade pelas mesmas e promover e dignificar a sua actividade.

Integridade. O psicólogo deve ser fiel aos princípios de actuação da profissão promovendo-os de uma forma activa. Deve evitar os conflitos de interesse e contribuir para a sua resolução, actuando de acordo com as suas obrigações profissionais.

Beneficência e não-maleficência. O psicólogo deve ajudar o seu cliente/paciente a promover e a proteger os seus legítimos interesses. Não deve interferir de modo a prejudicá-lo ou a causar-lhe qualquer tipo de dano.

Depois de analisadas e coleccionadas todas as sugestões levadas a cabo pelo conjunto de peritos consultado chegou-se à seguinte formulação final (em destaque as alterações):

Respeito pela dignidade e direitos da pessoa. O Psicólogo deve respeitar as decisões e os direitos da pessoa desde que enquadradas num exercício de racionalidade e de respeito pelo outro. Nesta perspectiva não deve fazer distinções entre os seus clientes/pacientes por outros critérios que não os relacionados com o problema apresentado, e deve promover o exercício da sua autonomia.

Competência. O psicólogo tem por obrigação exercer a sua actividade de acordo com os pressupostos **científicos e técnicos** da profissão, promovendo uma formação pessoal adequada e uma constante actualização profissional, de forma a não prejudicar o cliente/paciente e a não contribuir para o descrédito da profissão.

Responsabilidade. O psicólogo deve ter consciência das consequências do seu trabalho junto das pessoas, da profissão e da sociedade em geral. **Deve saber avaliar o nível de fragilidade dos seus clientes/pacientes e pautar as suas intervenções no respeito absoluto pela decorrente vulnerabilidade**, e promover e dignificar a sua actividade.

Integridade. O psicólogo deve ser fiel aos princípios de actuação da profissão promovendo-os de uma forma activa. Deve evitar os conflitos de interesse e contribuir para a sua resolução, actuando de acordo com as suas obrigações profissionais.

Beneficência e não-maleficência. O psicólogo deve ajudar o seu cliente/paciente a promover e a proteger os seus legítimos interesses. Não deve interferir de modo a prejudicá-lo ou a causar-lhe qualquer tipo de dano.

## 6.2 – DA ANÁLISE TESTE-RETESTE

Numa segunda fase levou-se a cabo a análise de teste-reteste do questionário a fim de avaliar o nível de reprodutibilidade de cada um dos itens. Os resultados encontram-se expressos no quadro 2.

<b>Quadro 2 - Proporções de concordância relativas ao nível de reprodutibilidade do questionário</b>				
<b>Questão</b>	<b>Proporção de concordância</b>	<b>Intervalo de confiança</b>	<b>Weighted Kappa (WK)</b>	<b>Intervalo de confiança</b>
1.1	0.94	[0.71;0.98]	0.88	[0.6;1.0]
1.2	0.89	[0.64;0.98]	0.68	[0.0;1.0]
1.3	0.94	[0.71;0.98]	0.96	[0.8;1.0]
2	0.89	[0.64;0.98]	0.85	[0.6;1.0]
3.1	0.78	[0.52;0.93]	0.40	[0.0;1.0]
3.2	0.94	[0.71;0.98]	0.64	[0.0;1.0]
3.3	0.89	[0.64;0.98]	0.47	[0.0;0.6]
3.4	0.89	[0.64;0.98]	0.0	
3.5	0.83	[0.58;0.96]	0.79	[0.3;1.0]

Tal como foi referido não foram considerados os valores de Weighted Kappa em virtude de existirem respostas claramente predominantes. Aliás, atentando-se à questão 3.4 pode verificar-se que o valor de WK é de “0”, o que significaria que as respostas teriam sido todas dadas ao acaso. Contudo, e na prática, foram encontradas apenas duas respostas discordantes, o que justifica um valor de PC de 0.89. Na verdade, as respostas à primeira questão situaram-se todas no “fundamental” sendo que no segundo questionário houve dois sujeitos que assinalaram o princípio como “muito importante”. Como o WK mede a concordância em relação ao que seria de esperar com respostas aleatórias, estando todas elas na mesma categoria seria impossível não acertar aleatoriamente. Daí o valor de “0”.



Considerando pois apenas os valores de PC, verifica-se que a resposta que mereceu menor concordância foi a 3.1 que ainda assim obteve um valor de 0.78. Considerando que 1 seria a concordância absoluta, e que o questionário se encontra no domínio das atitudes, os valores parecem ser adequados.

## **6.3 – A ESCALA DE AVALIAÇÃO DOS PRINCÍPIOS ÉTICOS DA PSICOLOGIA**

### **6.3.1 – Caracterização da amostra**

Responderam ao questionário 1430 profissionais de psicologia, sendo cerca de 85% do sexo feminino e 15% do sexo masculino (N=1390) (quadro 3). Deste total 68,2% são licenciados, 22,6% possuem o grau de mestre, 3,1% são doutorados e 6,2% têm outras habilitações que passam, no essencial, por pós-graduações de grau académico inferior a mestre (N=1392) (quadro 4). No que diz respeito aos anos de experiência profissional na área actual de trabalho verifica-se que 17,0% são recém-licenciados com menos de 1 ano de prática, 20,0% têm entre 1 e 3 anos, 22,5% têm entre 4 e 6 anos de tempo de trabalho, 20,1% têm mais de 7 anos e menos de 10, 9,9% trabalha há pelo menos 11 anos mas há menos de 15, sendo que 10,5% trabalha há mais de 15 anos (N=1386) (quadro 5). No que diz respeito às áreas principais de actividade, e segundo a divisão proposta, verifica-se que a maioria, 65,2%, trabalha, ainda que não exclusivamente, na área clínica, 27,3% na área educacional, 16,1% na área organizacional, sendo que, 11,3% exercem, em acumulação ou em exclusividade, funções de docência ou de investigação em psicologia (quadro 6).

<b>Quadro 3</b>		
<b>Sexo</b>	Frequência	Percentagem (%)
Masculino	212	15.3
Feminino	1178	84.7
Total	1390	100.0

(Quadro 3 – Frequência por sexo dos elementos da amostra)

<b>Quadro 4</b>		
<b>Habilitações</b>	Frequência	Percentagem (%)
Licenciatura	949	68.2
Mestrado	314	22.6
Doutoramento	43	3.1
Outra	86	6.2
Total	1392	100.0

(Quadro 4 – Frequência por habilitações literárias dos elementos da amostra)

<b>Quadro 5</b>		
<b>Experiência Profissional</b>	Frequência	Percentagem (%)
< 1 ano	236	17.0
1-3 anos	277	20.0
4-6 anos	312	22.5
7-10 anos	278	20.1
11-15 anos	137	9.9
>15 anos	146	10.5
Total	1386	100.0

(Quadro 5 – Frequência por experiência profissional dos elementos da amostra)

<b>Quadro 6</b>			
<b>Áreas de actividade</b>		Frequência	Percentagem (%)
Psicologia clínica	Sim	933	65.2
	Não	497	34.8
Psicologia educacional	Sim	390	27.3
	Não	1040	72.7
Psicologia organizacional	Sim	230	16.1
	Não	1200	83.9
Docência	Sim	162	11.3
	Não	1268	88.7
Total		1430	100.0

(Quadro 6 – Frequência por áreas de actividade dos elementos da amostra)

### 6.3.2 – Os princípios éticos da Psicologia

A primeira imagem a reter da observação dos resultados no que respeita à aceitação dos princípios éticos é o seu elevado grau de aceitabilidade. De facto, como poderá

ser constatado a partir do Quadro 7, todos os princípios mereceram um grau de aceitabilidade que varia entre o “muito importante” e o “fundamental”, sendo quase residuais as respostas situadas no nível “importante”, “pouco importante” e “indiferente”, sobretudo no que respeita os princípios da Competência e da Responsabilidade. Aliás, foram encontradas algumas diferenças que poderão ser relevantes (Quadro 8). Deste modo verificou-se que os princípios com maior grau de aceitabilidade por parte dos psicólogos portugueses serão os da “competência” e da “responsabilidade”. Num nível seguinte de aceitação surgem os princípios do “respeito pela dignidade e direitos da pessoa” e da “beneficência e não-maleficência” e, finalmente, num nível de menor aceitabilidade, o princípio da “integridade”.

**6.3.2.1 – Respeito pela dignidade e direitos da pessoa.** Este princípio é considerado como fundamental por 66,1% da amostra de psicólogos portugueses utilizada, sendo que 24,8% o consideram como muito importante para um bom exercício da psicologia, e 5,9% o consideram apenas importante ou até menos do que isso (Quadro 9).

Ao analisar os resultados em função das características da amostra verifica-se a inexistência de diferenças significativas com excepção para o tempo de experiência/prática profissional ( $p < 0,01$ ). De facto parece ser relevante o facto de que quanto maior a experiência profissional maior a preocupação com o respeito pela dignidade e direitos da pessoa humana.

**6.3.2.2 – Competência.** Este princípio é avaliado por 78% dos psicólogos da amostra como fundamental, sendo aquele que, em conjunto com o princípio da responsabilidade, merece maior aceitação. De facto, apenas 16,3% dos sujeitos o reputam de muito importante, sendo residual (2,7%) a percentagem de respondentes que pensa nele como importante ou menos do que isso para a sua prática profissional (Quadro 10).

Também aqui, ao cruzar os resultados com as características da amostra, as únicas diferenças com significância estatística encontradas dizem respeito à experiência

profissional ( $p < 0,001$ ). De facto, os anos de prática parecem contribuir para uma maior preocupação do psicólogo em relação a uma prática competente, ou seja, quanto maior a experiência profissional, maior parece ser a importância atribuída a uma actuação competente e cientificamente validada.

**6.3.2.3 – Responsabilidade.** Tal como já foi referido este princípio é aquele que, em conjunto com o da competência, goza de maior aceitabilidade junto dos psicólogos que constituem a amostra. Então, 75,2% dos membros da amostra consideram-no como fundamental, 19,4% referem-no como muito importante, sendo que apenas 2,2% o considera como importante ou até menos do que isso (Quadro 11).

À semelhança do que foi afirmado para os princípios anteriores, também neste caso a experiência profissional parece ser determinante para uma maior valorização da responsabilidade profissional, uma vez que esta é mais valorizada pelos psicólogos com mais anos de prática ( $p < 0,05$ ). Em relação à restante caracterização da amostra não foram encontradas diferenças significativas ainda que se assista a uma tendência para uma maior valorização dos princípios em função do aumento do grau académico.

**6.3.2.4 – Integridade.** Este é o princípio que merece, por parte dos psicólogos da amostra, um menor nível de aceitabilidade. Ainda assim 51,3% dos elementos aponta este princípio como fundamental, sendo que 36,9% o considera como muito importante, cabendo uma percentagem de 8,6 de sujeitos que considera este princípio como apenas importante ou mesmo menos do que isso (Quadro 12).

Curioso será constatar a ausência de diferenças significativas quando se cruzam estes resultados com as características da amostra, mesmo considerando a experiência profissional.

**6.3.2.5 – Beneficência e não-maleficência.** Este princípio recebe por parte dos sujeitos da amostra um nível de aceitabilidade que pode ser considerado como equivalente ao princípio do respeito pela dignidade e direitos da pessoa. Deste

modo, 62,4% das pessoas considera-o como fundamental, 25,0% como muito importante, e 9,4% como importante ou menos (Quadro 13).

No que respeita às diferenças encontradas mediante as características da amostra constata-se que também aqui a experiência profissional contribui para uma maior consciência da importância deste princípio ( $p < 0,01$ ), sendo que, o facto dos profissionais exercerem actividades na área da docência ou da investigação também contribuirá para um maior valorização deste princípio ( $p < 0,01$ ). Acompanhando os resultados dos princípios anteriores verifica-se a mesma tendência para os indivíduos com doutoramento.

**6.3.2.6 – A consciência ética dos profissionais.** Se estes cinco princípios éticos forem considerados como a base do exercício da psicologia, então, os resultados no seu conjunto poderão ser interpretados como constituindo a consciência ética dos profissionais desta amostra de psicólogos portugueses. Nessa perspectiva, o nível de aceitabilidade e de consciência ética pode ser considerado como muito positivo (Quadro 14). Ainda assim, interessará perceber que existem factores que parecem influenciar decisivamente essa mesma consciência ética. Os resultados globais vêm confirmar e ainda reforçar as tendências verificadas para cada um dos princípios isoladamente.

O grau académico, obtido a partir da formação na área, mais concretamente o Doutoramento, parece contribuir para o aumento da aceitabilidade dos princípios éticos. Também o facto dos profissionais exercerem actividades de docência e/ou investigação parece ser um factor que contribui no mesmo sentido. Finalmente, percebe-se, acompanhando quase todos os princípios, que a experiência profissional será também importante para a consciencialização ética dos profissionais de psicologia.

<b>Quadro 7 – Resultados Globais para cada um dos princípios éticos</b>							
<b>Princípios</b>	<b>Fundamental</b>		<b>Muito Importante</b>		<b>Importante ou menos</b>		<b>Total</b>
Respeito pela dignidade e direitos da pessoa	N=945 <b>66,1%</b>	IC 95% [6,3%; 6,8%]	N=355 <b>24,8%</b>	IC 95% [2,3%; 2,7%]	N=85 <b>5,9%</b>	IC 95% [0,5%; 0,7%]	N=1385
Competência	N=1115 <b>78,0%</b>	IC 95% [7,6%; 8,0%]	N=233 <b>16,3%</b>	IC 95% [1,4%; 1,8%]	N=38 <b>2,7%</b>	IC 95% [0,2%; 0,4%]	N=1386
Responsabilidade de	N=1076 <b>75,2%</b>	IC 95% [7,3%; 7,7%]	N=277 <b>19,4%</b>	IC 95% [1,7%; 2,1%]	N=32 <b>2,2%</b>	IC 95% [0,1%; 0,3%]	N=1385
Integridade	N=733 <b>51,3%</b>	IC 95% [4,9%; 5,4%]	N=528 <b>36,9%</b>	IC 95% [3,4%; 3,9%]	N=123 <b>8,6%</b>	IC 95% [0,7%; 1,0%]	N=1384
Beneficência e não-maleficência	N=892 <b>62,4%</b>	IC 95% [6,0%; 6,5%]	N=357 <b>25,0%</b>	IC 95% [2,3%; 2,7%]	N=135 <b>9,4%</b>	IC 95% [0,8%; 1,1%]	N=1384

<b>Quadro 8 – Diferenças de aceitabilidade entre os princípios éticos</b>					
<b>Princípios</b>	<b>Média (Desvio Padrão)</b>	<b>Percentil</b>			<b>Z</b>
		<b>25</b>	<b>50 (Mediana)</b>	<b>75</b>	
Respeito pela dignidade e direitos da pessoa	N=1385 2.62 (0.60)	2.00	3.00	3.00	10.00***
Competência	N=1386 2.78 (0.48)	3.00	3.00	3.00	11.28***
Responsabilidade	N=1385 2.75 (0.48)	3.00	3.00	3.00	11.08***
Integridade	N=1384 2.44 (0.65)	2.00	3.00	3.00	8.55***
Beneficência e não-maleficência	N=1384 2.55 (0.66)	2.00	3.00	3.00	9.39***

\*\*\* Significativo para  $p < 0.001$   
Distribuição de Poisson

**Quadro 9 – Princípio do Respeito pela Dignidade e Direitos da Pessoa**

		Importante ou menos	Muito Importante	Fundamental	$\chi^2$	
<b>Total</b>		N=85 (5,9%)	N=355 (24,8%)	N=945 (66,1%)		
Sexo	♀	N=70 (6,0%)	N=297 (25,4%)	N=804 (68,7%)	0,61	
	♂	N=15 (7,1%)	N=56 (26,5%)	N=140 (66,4%)		
Habilitações Literárias	Lic.	N=57 (6,0%)	N=250 (26,5%)	N=636 (67,4%)	6,92 FET	
	Mest.	N=24 (7,7%)	N=77 (24,7%)	N=211 (67,6%)		
	Dout.	N=0 (0,0%)	N=8 (18,6%)	N=35 (81,4%)		
	Outra	N=4 (4,7%)	N=19 (22,1%)	N=63 (73,3%)		
Área da Psicologia	Clínica	Não	N=29 (6,4%)	N=125 (27,5%)	N=301 (66,2%)	1,39
		Sim	N=56 (6,0%)	N=230 (24,7%)	N=644 (69,2%)	
	Educa- cional	Não	N=58 (5,8%)	N=248 (24,9%)	N=690 (69,3%)	1,88
		Sim	N=27 (6,9%)	N=107 (27,5%)	N=255 (65,6%)	
	Organi- zacional	Não	N=72 (6,2%)	N=299 (25,9%)	N=784 (67,9%)	0,41
		Sim	N=13 (5,7%)	N=56 (24,3%)	N=161 (70,0%)	
	Docência /Investi- gação	Não	N=79 (6,5%)	N=315 (25,7%)	N=830 (67,8%)	2,04
		Sim	N=6 (3,7%)	N=40 (24,8%)	N=115 (71,4%)	
Experiência Profissional (Anos de prática)	< 1	N=21 (8,9%)	N=73 (31,1%)	N=141 (60,0%)	24,71**	
	1-3	N=15 (5,4%)	N=85 (30,8%)	N=176 (63,8%)		
	4-6	N=21 (6,8%)	N=79 (25,6%)	N=209 (67,6%)		
	7-10	N=14 (5,1%)	N=61 (22,0%)	N=202 (72,9%)		
	11-15	N=4 (2,9%)	N=25 (18,2%)	N=108 (78,8%)		
	> 15	N=8 (5,5%)	N=30 (20,7%)	N=107 (73,8%)		

\*\* Significativo para  $p < 0,01$

FET: Fisher's Exact Test utilizado quando o número de células esperado é menor do que 20%

**Quadro 10 – Princípio da Competência**

		Importante ou menos	Muito Importante	Fundamental	$\chi^2$	
<b>Total</b>		N=38 (2,7%)	N=233 (16,3%)	N=1115 (78,0%)		
Sexo	♀	N=33 (2,8%)	N=202 (17,2%)	N=937 (79,9%)	1,02	
	♂	N=5 (2,4%)	N=31 (14,7%)	N=175 (82,9%)		
Habilitações Literárias	Lic.	N=29 (3,1%)	N=161 (17,1%)	N=753 (79,9%)	4,17 FET	
	Mest.	N=7 (2,2%)	N=50 (16,0%)	N=256 (81,8%)		
	Dout.	N=0 (0,0%)	N=4 (9,3%)	N=39 (90,7%)		
	Outra	N=2 (2,3%)	N=18 (20,9%)	N=66 (76,7%)		
Área da Psicologia	Clínica	Não	N=16 (3,5%)	N=74 (16,3%)	N=365 (80,2%)	1,61
		Sim	N=22 (2,4%)	N=159 (17,1%)	N=750 (80,6%)	
	Educa- cional	Não	N=27 (2,7%)	N=169 (17,0%)	N=801 (80,3%)	0,06
		Sim	N=11 (2,8%)	N=64 (16,5%)	N=314 (80,7%)	
	Organi- zacional	Não	N=28 (2,4%)	N=189 (16,3%)	N=939 (81,2%)	4,01
		Sim	N=10 (4,3%)	N=44 (19,1%)	N=176 (76,5%)	
	Docência /Investi- gação	Não	N=36 (2,9%)	N=215 (17,6%)	N=974 (79,5%)	5,87 FET
		Sim	N=2 (1,2%)	N=18 (11,2%)	N=141 (87,6%)	
Experiência Profissional (Anos de prática)	< 1	N=13 (5,5%)	N=56 (23,8%)	N=166 (70,6%)	30,74*** FET	
	1-3	N=7 (2,5%)	N=53 (19,2%)	N=216 (78,3%)		
	4-6	N=8 (2,6%)	N=58 (18,8%)	N=243 (78,6%)		
	7-10	N=4 (1,4%)	N=36 (13,0%)	N=237 (85,6%)		
	11-15	N=2 (1,5%)	N=14 (10,2%)	N=121 (88,3%)		
	> 15	N=4 (2,7%)	N=16 (11,0%)	N=126 (86,3%)		

\*\*\* Significativo para  $p < 0,001$

FET: Fisher's Exact Test utilizado quando o número de células esperado é menor do que 20%



**Quadro 11 – Princípio da Responsabilidade**

		Importante ou menos	Muito Importante	Fundamental	X <sup>2</sup>	
<b>Total</b>		N=32 (2,2%)	N=276 (19,4%)	N=1076 (75,2%)		
<b>Sexo</b>	♀	N=30 (2,6%)	N=227 (19,4%)	N=914 (78,1%)	3,27 FET	
	♂	N=2 (0,9%)	N=49 (23,2%)	N=160 (75,8%)		
<b>Habilitações Literárias</b>	Lic.	N=22 (2,3%)	N=193 (20,5%)	N=728 (77,2%)	6,51 FET	
	Mest.	N=8 (2,6%)	N=61 (19,5%)	N=244 (78,0%)		
	Dout.	N=0 (0,0%)	N=3 (7,0%)	N=40 (93,0%)		
	Outra	N=2 (2,4%)	N=19 (22,4%)	N=64 (75,3%)		
<b>Área da Psicologia</b>	Clínica	Não	N=13 (2,9%)	N=102 (22,5%)	N=339 (74,7%)	3,74
		Sim	N=19 (2,0%)	N=175 (18,8%)	N=737 (79,2%)	
	Educa- cional	Não	N=20 (2,0%)	N=191 (19,2%)	N=785 (78,8%)	3,18
		Sim	N=12 (3,1%)	N=86 (22,1%)	N=291 (74,8%)	
	Organi- zacional	Não	N=29 (2,5%)	N=231 (20,0%)	N=895 (77,5%)	1,24
		Sim	N=3 (1,3%)	N=46 (20,0%)	N=181 (78,7%)	
	Docência /Investi- gação	Não	N=30 (2,5%)	N=254 (20,8%)	N=940 (76,8%)	4,68 FET
		Sim	N=2 (1,2%)	N=23 (14,6%)	N=136 (84,1%)	
<b>Experiência Profissional (Anos de prática)</b>	< 1	N=11 (4,7%)	N=57 (24,4%)	N=166 (70,9%)	20,99 <sup>*</sup> FET	
	1-3	N=4 (1,4%)	N=56 (20,3%)	N=216 (78,3%)		
	4-6	N=7 (2,3%)	N=57 (18,4%)	N=245 (79,3%)		
	7-10	N=7 (2,5%)	N=62 (22,4%)	N=208 (75,1%)		
	11-15	N=0 (0,0%)	N=17 (12,4%)	N=120 (87,6%)		
	> 15	N=3 (2,1%)	N=25 (17,1%)	N=118 (80,8%)		

\* Significativo para p<0,05

FET: Fisher's Exact Test utilizado quando o número de células esperado é menor do que 20%

**Quadro 12 – Princípio da Integridade**

		Importante ou menos	Muito Importante	Fundamental	X <sup>2</sup>	
<b>Total</b>		N=123 (8,6%)	N=528 (36,9%)	N=733 (51,3%)		
Sexo	♀	N=111 (9,5%)	N=449 (38,4%)	N=610 (52,1%)	3,70	
	♂	N=12 (5,7%)	N=79 (37,4%)	N=120 (56,9%)		
Habilitações Literárias	Lic.	N=80 (8,5%)	N=366 (38,8%)	N=497 (52,7%)	6,41 FET	
	Mest.	N=34 (10,9%)	N=115 (36,7%)	N=164 (52,4%)		
	Dout.	N=1 (2,3%)	N=13 (30,2%)	N=29 (67,4%)		
	Outra	N=8 (9,5%)	N=34 (40,5%)	N=42 (50,0%)		
Área da Psicologia	Clínica	Não	N=46 (10,1%)	N=166 (36,6%)	N=242 (53,3%)	1,64
		Sim	N=77 (8,3%)	N=362 (38,9%)	N=491 (52,8%)	
	Educa- cional	Não	N=81 (8,1%)	N=387 (38,9%)	N=527 (53,0%)	2,73
		Sim	N=42 (10,8%)	N=141 (36,2%)	N=206 (53,0%)	
	Organi- zacional	Não	N=102 (8,8%)	N=439 (38,0%)	N=614 (53,2%)	0,11
		Sim	N=21 (9,2%)	N=89 (38,9%)	N=119 (52,0%)	
	Docência /Investi- gação	Não	N=110 (9,0%)	N=478 (39,1%)	N=635 (51,9%)	4,69
		Sim	N=13 (8,1%)	N=50 (31,1%)	N=98 (60,9%)	
Experiência Profissional (Anos de prática)	< 1	N=23 (9,8%)	N=93 (39,7%)	N=118 (50,4%)	4,80	
	1-3	N=24 (8,7%)	N=112 (40,6%)	N=140 (50,7%)		
	4-6	N=32 (10,4%)	N=111 (35,9%)	N=166 (53,7%)		
	7-10	N=23 (8,3%)	N=101 (36,6%)	N=152 (55,1%)		
	11-15	N=9 (6,6%)	N=50 (36,5%)	N=78 (56,9%)		
	> 15	N=11 (7,5%)	N=58 (39,7%)	N=77 (52,7%)		

FET: Fisher's Exact Test utilizado quando o número de células esperado é menor do que 20%

**Quadro 13 – Princípio da Beneficência e não-maleficência**

		Importante ou menos	Muito Importante	Fundamental	X <sup>2</sup>	
<b>Total</b>		N=135 (9,4%)	N=357 (25,0%)	N=892 (62,4%)		
Sexo	♀	N=112 (9,6%)	N=306 (26,2%)	N=752 (64,3%)	0,78	
	♂	N=23 (10,9%)	N=50 (23,7%)	N=138 (65,4%)		
Habilitações Literárias	Lic.	N=90 (9,5%)	N=259 (27,5%)	N=594 (63,0%)	11,05 FET	
	Mest.	N=35 (11,2%)	N=74 (23,6%)	N=204 (65,2%)		
	Dout.	N=1 (2,3%)	N=6 (14,0%)	N=36 (83,7%)		
	Outra	N=9 (10,7%)	N=17 (20,2%)	N=58 (69,0%)		
Área da Psicologia	Clínica	Não	N=53 (11,7%)	N=115 (25,3%)	N=286 (63,0%)	2,83
		Sim	N=82 (8,8%)	N=242 (26,0%)	N=606 (65,2%)	
	Educa- cional	Não	N=92 (9,2%)	N=253 (25,4%)	N=650 (65,3%)	1,54
		Sim	N=43 (11,1%)	N=104 (26,7%)	N=242 (62,2%)	
	Organi- zacional	Não	N=109 (9,4%)	N=298 (25,8%)	N=747 (64,7%)	0,77
		Sim	N=26 (11,3%)	N=59 (25,7%)	N=145 (63,0%)	
	Docência /Investi- gação	Não	N=125 (10,2%)	N=328 (26,8%)	N=770 (63,0%)	10,25**
		Sim	N=10 (6,2%)	N=29 (18,0%)	N=122 (75,8%)	
Experiência Profissional (Anos de prática)	< 1	N=21 (8,9%)	N=73 (31,1%)	N=141 (60,0%)	24,71**	
	1-3	N=15 (5,4%)	N=85 (30,8%)	N=176 (63,8%)		
	4-6	N=21 (6,8%)	N=79 (25,6%)	N=209 (67,6%)		
	7-10	N=14 (5,1%)	N=61 (22,0%)	N=202 (72,9%)		
	11-15	N=4 (2,9%)	N=25 (18,2%)	N=108 (78,8%)		
	> 15	N=8 (5,5%)	N=30 (2,7%)	N=107 (73,8%)		

\*\* Significativo para p<0,01

FET: Fisher's Exact Test utilizado quando o número de células esperado é menor do que 20%

**Quadro 14 – Comparação entre as características da amostra e a aceitação global dos princípios**

Total	Percentil		
	25	50 (Mediana)	75
	12.00	14.00	15.00

		mean rank	Z
Sexo	♀	N=1166 687.13	-0.42
	♂	N=211 699.31	

		mean rank	X <sup>2</sup> (3)
Habilitações Literárias	Lic.	N=943 678.17	13.65**
	Mest.	N=312 693.61	
	Dout.	N=43 902.43	
	Outra	N=81 689.38	

		mean rank	Z	
Área da Psicologia	Clínica	Não	N=452 667.41	-1.54
		Sim	N=928 701.74	
	Educa- cional	Não	N=991 699.05	-1.31
		Sim	N=389 668.72	
	Organi- zacional	Não	N=1151 694.02	-0.76
		Sim	N=229 672.79	
Docência /Investi- gação	Não	N=1219 677.62	-3.39***	
	Sim	N=161 788.01		

		mean rank	X <sup>2</sup> (5)
Experiência Profissional (Anos de prática)	< 1	N=233 613.05	29.89***
	1-3	N=276 635.63	
	4-6	N=308 684.08	
	7-10	N=276 724.15	
	11-15	N=137 793.21	
	> 15	N=145 748.21	

\*\* Significativo para  $p < 0,01$

\*\*\* Significativo para  $p < 0,001$

## 7 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 7.1 – OS PRINCÍPIOS ÉTICOS DOS PSICÓLOGOS PORTUGUESES

O primeiro grande objectivo deste estudo foi articular os princípios éticos obtidos por Ricou (2005) a partir da análise de um conjunto de 19 códigos com os princípios propostos pela EFPA (2005). No quadro 15 são identificados os mesmos.

<b>Ricou (2005)</b>	<b>EFPA (2005)<sup>70</sup></b>
(1) Respeito pela autonomia	(1) Respeito pela Dignidade e Direitos da Pessoa
(2) Beneficência	(2) Competência
(3) Não-maleficência	(3) Responsabilidade
(4) Justiça	(4) Integridade
(5) Responsabilidade profissional	
(6) Responsabilidade social	

(Quadro 15 – Princípios éticos)

Para tal desenvolveu-se o seu conteúdo no sentido de procurar os pontos comuns e formular um conjunto que representasse o significado de todos eles.

#### 7.1.1 – Respeito pela dignidade e direitos da pessoa

A dignidade consiste num valor universal, característico do ser humano, sendo que decorre da sua natureza racional e relacional tornando-o capaz de distinguir o bem do mal (Ardita, 2001) e de construir relações interpessoais. A dignidade será, então, um valor específico e exclusivo da pessoa humana que deve ser respeitada sob pena de lhe ser negada a sua própria condição.

Respeitar a dignidade será então respeitar todas as decisões da pessoa desde que enquadradas num exercício de racionalidade, ou se quisermos, a partir de uma consciência alargada e reflectida. Estas decisões não poderão, é claro, ser desenquadradas da realidade social que envolve a pessoa e que condiciona todo o

---

<sup>70</sup> A tradução é da responsabilidade do autor.

seu ser e o seu agir. Daí a referência aos direitos e daí a natureza relacional do Homem.

Kant (1991/1793) define direito como a *“restrição da liberdade de cada indivíduo para que se harmonize com a liberdade de todos os outros”*. Por seu turno o DACL (2001) define direito como *“aquilo que é justo ou o que é permitido ter ou fazer do ponto de vista ético, moral, jurídico, legal...”*. Os direitos terão, então, como objectivo fundamental regular a vida do Homem em sociedade, ou seja, orientar as suas relações interpessoais, pelo menos a partir de determinados limites. Parte-se do reconhecimento de que a existência de um direito pressupõe o reconhecimento desse mesmo direito no outro, por isso um dever. Então, será dever, ético ou jurídico, de todas as pessoas, dada a sua característica racional, respeitar os direitos de todos e de cada um. Naturalmente, o psicólogo terá essa mesma obrigação, e de uma forma acrescida, em virtude das características e objectivos das relações profissionais que constrói.

Este princípio geral corresponde então à obrigação do psicólogo em olhar para a pessoa como um ser único, diferente de todos os outros, com vontades próprias que deverão, mais do que ser respeitadas, ser promovidas, no contexto relacional característico da pessoa humana. Deste modo poderá afirmar-se que este princípio obriga o psicólogo a respeitar a autonomia e auto-determinação do seu cliente, aceitando de uma forma incondicional todas as suas opiniões, preferências, credos e todas as características decorrentes da afirmação do seu carácter, desde que integradas num quadro de racionalidade e de respeito pelo outro. O psicólogo obriga-se então a tratar todas as pessoas a partir de uma igualdade desigual, considerando uma perspectiva justa na promoção de condições que considerem as diferenças individuais de cada um, e que, à partida, não coíbam determinadas pessoas de poderem atingir o mínimo essencial para uma igual dignidade como seres humanos (Nunes & Rego, 2002).

Será então impossível respeitar a dignidade e os direitos das pessoas sem promover uma actuação justa. Não será por acaso que Rawls (1993/1971) aponta que as

peças se distinguem a partir de duas características fundamentais: possuem uma auto-percepção do seu próprio bem, e são donos de um sentido, ainda que mínimo, de justiça, sendo por isso todas consideradas, ontologicamente, como entes morais e não apenas entes de razão.

Resulta do exposto que respeitar a pessoa como um todo nas suas decisões, bem como reconhecer os seus direitos com vista a um tratamento digno e equitativo, corresponde aos objectivos fundamentais dos princípios do **respeito pela autonomia** e do princípio da **justiça**, da forma como foi definido por Ricou (2005).

### **7.1.2 – Competência**

A competência é definida pelo Dicionário da Academia das Ciências de Lisboa (2001), no que aqui se julga pertinente, como o *“conjunto de conhecimentos teóricos ou práticos que uma pessoa domina, de requisitos que preenche e são necessários para um dado fim”*. Ainda, a *“aptidão para fazer bem alguma coisa”*. No quadro da Psicologia, pode recorrer-se à “Charte Ethique Professionnelle des Psychologues” (1995) onde competência aparece definida como sendo adquirida através de uma formação teórica e prática de alto nível obtida na universidade e constantemente actualizada, bem como de uma formação prática supervisionada pelos seus pares. Refere-se ainda que cada psicólogo garante as suas qualificações particulares em virtude dos seus estudos, da sua formação, da sua experiência específica e fixando pela mesma os seus próprios limites.

No fundo, e tendo em conta estas definições, competência será o reconhecimento de que os psicólogos devem estar conscientes de que têm como obrigação fundamental funcionar de acordo com o exigido pelas leis da arte, por existir um risco real aumentado de prejudicar seriamente alguém quando prestarem um serviço para o qual não estão convenientemente qualificados. Coloca-se, pois, uma grande ênfase na formação e na prática orientada, bem como na constante actualização do profissional. Aliás, Sutton (1997) afirma que o papel do profissional está intimamente ligado a dois tipos de autoridade: (1) uma autoridade interna, baseada no conhecimento, na experiência e nas qualidades pessoais relevantes; (2) uma

autoridade externa conferida para desempenhar esse papel. Parece pois estar aqui expresso o conceito de autoridade racional e legal, por esta ordem, proposto por Max Weber, ainda que num contexto diverso. Deste modo, uma actuação pouco competente levará a um dano potencial do cliente e a uma descredibilização do profissional e da profissão, já que poderá levar ao questionamento da capacidade não só daquele psicólogo mas dos profissionais em geral. O profissional deverá então ter em atenção que quando desempenha a sua actividade de uma forma menos competente estará a contribuir para o descrédito da psicologia, para além, é claro, do prejuízo que o seu cliente poderá sofrer.

Sendo a psicologia uma ciência que tem como objecto o estudo do indivíduo enquanto tal, sendo o seu principal instrumento de intervenção a relação interpessoal, resulta como natural o reconhecimento que profissionais diferentes tenham características diferentes, pelo que cada um deverá ter consciência das suas necessidades específicas, sendo o próprio o melhor juiz da sua competência. Este pressuposto, para além de aumentar a responsabilidade do psicólogo, chama a atenção para a dificuldade do controlo formal dos níveis de competência de cada um dos membros da profissão. Por isso mesmo, independentemente da importância da regulação do acesso à profissão através de um controlo apertado da formação, a consciência individual de cada um é condição central para o sucesso da actividade. Paralelamente, será fácil compreender que a única forma que o profissional tem de responder pelas suas acções e de ter uma noção o mais objectiva possível sobre a sua intervenção, é desenvolver uma actuação baseada na evidência científica. Só deste modo poderá prever as consequências da sua intervenção, sendo por isso de facto responsável por elas.

Na formulação de princípios definida por Ricou (2005), a competência foi enquadrada no princípio da **responsabilidade profissional**, por ter sido entendido que os seus pressupostos se enquadram numa das dimensões desse mesmo princípio considerado mais abrangente. Entende-se que a EFPA (2005) pretenderá acentuar e demarcar bem a ideia da competência como um princípio fundamental da



actuação em psicologia, sublinhando deste modo essa mesma importância. No essencial essa opção parece ser pertinente e adequada.

### **7.1.3 – Responsabilidade**

Segundo o DCAL (2001) responsabilidade é a qualidade de quem está apto a responder pelos seus actos. Na sua etimologia, a palavra responsabilidade relaciona-se com o verbo latino *respondere*, cujo significado será “comprometer-se perante alguém” – alguém que é pessoa, poderá acrescentar-se. Esta definição estará de acordo com a constante no DACL (2001); todavia, um dos pressupostos subjacentes à condição de pessoa é o facto de ela não estar só. Ser pessoa pressupõe uma relação com outro (Engelhardt, 1998/1996), pois só podemos vir a sê-lo a partir do contacto com os outros. Nenhuma criança que esteja privada do contacto com outras pessoas alguma vez conseguirá um desenvolvimento capaz de a fazer atingir a sua autonomia. Foi a partir desse relacionamento que qualquer pessoa se conseguiu tornar num ser de facto único e irrepetível, um ser de dignidade. Ora, esta acentuação na natureza inter-subjectiva do Homem leva a um alargamento da concepção de responsabilidade. Deixa o Homem de ser apenas responsável por aquilo que lhe é imputável para atingir uma dimensão mais ampla. Dá-se uma inversão da relação entre o poder pelo dever, de Kant, para o dever pelo poder de Hans Jonas (1990/1979). Desta forma, fica responsabilizada a pessoa para em função do poder que lhe advém das suas características racionais, obtidas pela sua natureza e pela interacção com os outros, relacionar-se com estes no sentido de os auxiliar a cumprir igualmente com a sua própria natureza. Também o profissional de saúde, que obteve o poder da sua formação técnica, fica responsável por proporcionar, dentro das suas possibilidades (dentro do seu poder), a devolução da autonomia ao sujeito doente; autonomia enquanto restabelecimento do seu estado de saúde, condição *sine qua non* para um usufruto absoluto da liberdade, inerente ao Homem.

Desta forma, passa-se de uma definição que poderia corresponder ao termo anglo-saxónico *accountability* – que numa tradução literal poderia ser “prestar contas”

(Nunes, 2002), para um conceito mais alargado que responsabiliza o psicólogo por ajudar todos aqueles que necessitem dos seus serviços profissionais.

Esta definição poderia, se interpretada de um modo menos cuidado, confundir-se com algum paternalismo, no sentido em que parece assumir que o profissional usufrui de um maior poder, o que o tornaria responsável pelos seus clientes. Mas tal facto será verdade para qualquer outra profissão ou actividade. Cada pessoa, na sua área, e em função dos seus conhecimentos técnicos, beneficia da capacidade, e por isso de maior poder, na aplicação dessas mesmas competências. Esta constatação não pretende, por isso mesmo, induzir a ideia de que algumas pessoas terão por isso maior poder do que outras. Pretende tão só salvaguardar que os profissionais, e neste caso concreto, os psicólogos tenham consciência das consequências do seu trabalho e que o apliquem em prol do bem-estar da pessoa, respeitando-a como tal.

Claro que a noção de imputabilidade está também implícita neste princípio, sendo que esta se refere não só ao cliente como à comunidade em geral e ainda ao grupo profissional como um todo. Nesta perspectiva, este princípio poderá corresponder a um princípio de responsabilidade profissional que, claramente, deverá ter em conta estas diferentes vertentes como potenciais implicações do trabalho do psicólogo. Não será por acaso que a “*Charte Ethique Professionnelle des Psychologues*” (1995) refere como um dos seus princípios fundamentais a responsabilidade, definida como a necessidade do profissional em assumir a escolha, a aplicação e as consequências dos métodos e técnicas que aplica, bem como dos seus pareceres, perante as pessoas, os grupos e a sociedade. Ainda assume a responsabilidade pelo respeito escrupuloso do código de ética, o que abrange a dimensão da classe profissional.

Num mundo cada vez mais centrado no valor da autonomia individual, não pode ser negada uma maior atenção à vida em sociedade e às responsabilidades que esta comporta. No entanto, e segundo Neves (2001, p. 175), “*não se trata verdadeiramente de uma opção entre o indivíduo e a comunidade, entre a*

*reivindicação dos direitos e a imposição das responsabilidades*”, mas sim o reconhecimento de que a pessoa só o é porque cresceu no meio da sua comunidade, e que esta contribuiu para o desenvolvimento das suas opções, gostos e ideais.

Então, o interesse da sociedade deverá ser tido em conta e deverá ser alvo de atenção por parte dos profissionais, tal como os interesses e os direitos de cada indivíduo. A dificuldade reside no facto de por vezes o interesse individual poder entrar em conflito com o interesse social, devendo então o profissional procurar um meio de suprimir, na medida do possível, as potenciais consequências negativas a estes dois níveis. No código de ética canadiano (CPA, 2000), defende-se a priorização do bem-estar individual, sendo que em vários outros, não existindo referência a este princípio, se poderá deduzir o mesmo.

Claro que quando se faz referência ao interesse social, terá que se ter em consideração não só a comunidade humana, mas também todas as outras componentes do mundo natural em que o Homem se insere. O ambiente, os animais, bem como toda a dimensão ecológica são importantes para o bem-estar humano, pelo que compõem o seu interesse social, o que traz de volta a noção de responsabilidade desenvolvida por Hans Jonas (Bernstein, 1995).

Outra dimensão da responsabilidade reside na importância do desenvolvimento do conhecimento, como forma de aumentar o potencial da intervenção psicológica, o que constituirá um benefício para os indivíduos e para a sociedade em geral.

Resumindo, pode afirmar-se que a responsabilidade, assim assumida, cumpre com mais de um objectivo, podendo ser encarada em pelo menos duas vertentes distintas – a profissional e a social. Se à responsabilidade profissional pode ser atribuída a necessidade do psicólogo zelar pelas consequências do seu trabalho junto do cliente e dos seus pares, já a responsabilidade social dirá respeito a essas mesmas consequências numa dimensão mais alargada, ou seja, no que se refere aos grupos mais ou menos alargados de pessoas, aos animais e ao ambiente em

geral, ainda que o trabalho do psicólogo não tenha a este último nível um grande impacto. Incluí-los ambos num princípio geral de responsabilidade é uma opção respeitável, sobretudo numa disciplina que encara a pessoa como o centro da sua intervenção, existindo um menor potencial de impacto negativo na sociedade. Não deverá, ainda assim, ser esquecida esta dimensão mais global de responsabilidade.

#### **7.1.4 – Integridade**

A integridade é definida pelo DACL (2001) como sendo a qualidade daquele que revela inteireza moral; é definida ainda como uma virtude. Aliás, também Beauchamp e Childress (2002/1994) consideram a integridade como uma das quatro virtudes cardeais do profissional de saúde. Mais, Brody (1988) refere-a como a primeira e principal virtude.

Ao definirem integridade como uma conjugação coerente dos aspectos de eu, Beauchamp e Childress (2002/1994) argumentam que, ainda assim, tal facto não é garantia suficiente para que, no âmbito da profissão, esta seja considerada como uma virtude moral. De facto, um indivíduo firme no seu carácter pode ser considerado moralmente perverso e ainda assim íntegro. Então, será necessário que a esta coerência de carácter se adicione uma fidelidade aos princípios de actuação da profissão, defendendo-os quando estão ameaçados. Deve então promover-se, no contexto profissional, a integridade moral como um traço de carácter que consiste numa integração coerente de valores profissionais razoavelmente estáveis e justificáveis, acompanhada de uma fidelidade activa a esses valores tanto no juízo como na acção (Beauchamp e Childress, 2002/1994), definida como integridade pessoal. Só assim será possível promover de facto a integridade da psicologia, objectivo central deste princípio.

Deste modo, a integridade, tal como foi expressa, poderá ficar comprometida sempre que o profissional se deixar influenciar pelos seus próprios interesses ou crenças, nos casos em que surjam conflitos de interesse institucionais, centrados nas hierarquias, ou mesmo a partir de pedidos não razoáveis dos clientes.

No sentido de obviar a uma postura menos íntegra, quando confrontado com as dificuldades acima descritas, o profissional deverá promover a discussão das diferentes perspectivas em equação, tentando encontrar, quando possível, situações de compromisso que evitem uma actuação pouco íntegra.

Não será descabido chamar a atenção para o facto de que a integridade pessoal deverá ter uma correspondência visível com a integridade moral, no sentido de não afectar a imagem da classe profissional. Consiste, então, num aumento de amplitude deste princípio que o deverá fazer corresponder, naquilo que são os seus aspectos fundamentais, ao princípio da responsabilidade profissional desenvolvido anteriormente (Ricou, 2005).

Estes 4 princípios, na forma como estão desenvolvidos e de acordo com a interpretação que é possível ser feita na sua leitura junto da EFPA (2005), correspondem, de uma forma geral, à estruturação referente aos princípios do “Respeito pela autonomia”, “Justiça”, “Responsabilidade profissional” e “Responsabilidade social” propostos por Ricou (2005). O que muda é a ênfase colocada em algumas das suas dimensões. Claro que promover e defender a integridade da psicologia e actuar de uma forma competente tendo em conta as características pessoais do cliente, significará, de todo o modo, agir no sentido de fazer o bem aos clientes e de não os prejudicar.

Ainda assim, será importante realçar a importância da dimensão assistencial da psicologia, pelo que juntar a este conjunto de princípios éticos os princípios da Beneficência e da Não-maleficência parece ser uma opção pertinente e que não desvirtua a proposta feita pela EFPA (2005).

#### **7.1.5 – Beneficência e não-maleficência**

Este princípio deriva do espírito hipocrático do exercício da medicina (Archer, 2006). Se a psicologia tem um espectro de actuação muito largo, estando presente em quase todas as actividades humanas, a verdade é que não deve deixar de ser olhada como uma actividade ao serviço do bem-estar da pessoa humana. Nesse

sentido deve estar sempre presente o seu papel assistencial, interpretando-se o psicólogo como um profissional que desenvolve o seu trabalho na área da saúde<sup>71</sup>. Resulta que um dos deveres prioritários será o de se preocupar em fazer bem ao seu cliente e em evitar, de toda a maneira, prejudicá-lo. Deste modo, ao definir este princípio como um dos princípios centrais do exercício da psicologia, estar-se-á a defender a ideia de que mesmo em processos de intervenção cuja motivação central não seja promover o interesse da pessoa, como, por exemplo, nalguns casos da psicologia forense e organizacional, o profissional deverá ter em atenção que a pessoa deve estar no centro das suas inquietações. Esta preocupação deve ser estendida a todos os implicados no trabalho do psicólogo, incluindo os clientes, os objectos de investigação, humanos ou animais, os alunos, os estagiários ou quaisquer outras pessoas relacionadas directa ou indirectamente com o mesmo. Quando surgirem conflitos de interesse a este nível o psicólogo deverá fazer o máximo esforço com vista à minimização dos danos.

O psicólogo deverá ter sempre, então, o melhor interesse do seu cliente como referência, procurando ajudá-lo e nunca o prejudicar. Claro que qualquer intervenção a que o sujeito se submeta poderá, potencialmente, provocar algum tipo de prejuízo ao indivíduo. Contudo, desde que o balanço entre o risco e o benefício seja positivo, a intervenção é legítima. O dano a evitar será aquele que não cumprir com esta equação bem como todo o prejuízo que resultar de uma actuação grosseira, negligente ou propositadamente malévola.

Considerar estes princípios em conjunto é uma opção seguida por alguns autores (Mapes & Zembati, 1991; Have & Gordijn, 2001), ainda que Beauchamp e Childress (2002/1994) não o considerem desta forma. É verdade que “fazer o bem” será diferente de “não fazer o mal”; por outro lado, representando estes princípios o fulcro da dimensão assistencial da psicologia, considerá-los em conjunto pode ser uma opção pertinente.

---

<sup>71</sup> Consultar, a este propósito, o capítulo 3.3 – A Bioética e a organização da psicologia

No quadro 16 apresenta-se a nova configuração de princípios que por um lado não são contraditórios em relação aos princípios apresentados por Ricou (2005), e por outro, têm a vantagem de corresponderem à base dos princípios propostos pela EFPA (2005), dando corpo à noção de “princípios éticos universais para os psicólogos”, proposta por Gauthier (2005).

<b>Ricou (2005) &amp; EFPA (2005)</b>	<b>Nova formulação</b>
(1) Respeito pela autonomia; (4) Justiça (Ricou, 2005) (1) Respeito pela Dignidade e Direitos da Pessoa (EFPA, 2005)	(1) Respeito pela Dignidade e Direitos da Pessoa
(5) Responsabilidade profissional (Ricou, 2005) (2) Competência (EFPA, 2005)	(2) Competência
(5) Responsabilidade profissional; (6) Responsabilidade social (Ricou, 2005) (3) Responsabilidade (EFPA, 2005)	(3) Responsabilidade
(5) Responsabilidade profissional (Ricou, 2005) (4) Integridade (EFPA, 2005)	(4) Integridade
(2) Beneficência; (3) Não-maleficência (Ricou, 2005)	(5) Beneficência e Não-maleficência

**(Quadro 16 – Princípios éticos com nova formulação)**

## **7.2 – A ESCALA DE AVALIAÇÃO DOS PRINCÍPIOS ÉTICOS**

Considera-se que este inquérito, a uma amostra consistente de psicólogos portugueses, vem ao encontro das ideias introduzidas por uma série de autores (Risen & Gilovich, 2008; Ferreira et al., 2006; Damásio, 2001/1995; Filliozat, 1997; Koenigs et al., 2007) em que se defende que a decisão moral resulta de uma combinação entre mecanismos intuitivos e reflexivos, servindo os primeiros para indicar o caminho e os segundos para o legitimar. De facto, os resultados obtidos parecem indicar que quanto maior for a experiência da pessoa, seja ao nível profissional seja ao nível pessoal, maior será a sua consciência ética. Tanto as intuições como os processos racionais estão muito relacionados com a experiência (Turiel, 2006), pelo que se assume como lógico que as pessoas com maior experiência possam usufruir de uma consciência ética mais desenvolvida.

Num estudo anterior (Ricou, 2005) foram encontradas indicações de que os profissionais com maior experiência assumem posições um pouco mais paternalistas. Uma das hipóteses levantadas para o explicar assentou na existência de algum excesso de confiança por parte destes profissionais, em virtude da sua maior experiência, em relação às suas capacidades para compreender o melhor interesse dos seus clientes. Em contrapartida, os mesmos resultados apontavam para o facto de estes profissionais apresentarem uma maior preocupação no que respeita ao potencial prejuízo das pessoas expressa através de uma maior valorização do princípio da não-maleficência. Mais uma vez sobressai a ideia de que a experiência e a educação contribuem para a aquisição de competências ao nível da decisão moral, ainda que, tal como defendido nessa altura (Ricou, 2005) seja fundamental um maior cuidado ao nível da reflexão e da auto-crítica por parte desses profissionais. Só desse modo se poderá aumentar a segurança nas decisões, segurança de que aquilo que o profissional entende como “bom” para o seu cliente é avaliado por este nessa perspectiva. Ou seja, será a razão que legitima a decisão (Frith & Singer, 2008), dado que será a razão que melhor contribuirá para a compreensão do outro enquanto ser único e diferente de todos os outros. Como foi entretanto defendido o exercício da razão passará pelo reconhecimento das intuições pessoais, por uma reflexão profunda sobre as mesmas em função dos princípios éticos e das normas técnicas e deontológicas subjacentes que orientam e regulam a actividade profissional. Deste modo será mais provável que a decisão do psicólogo vá de facto de encontro ao melhor interesse do seu cliente, contribuindo no sentido do seu bem-estar.

Na verdade, uma das críticas centrais a esse trabalho (Ricou, 2005) passou pela metodologia utilizada, já que em virtude da ausência de uma associação que representasse todos os psicólogos em Portugal, tornava-se difícil a obtenção de uma amostra de psicólogos de uma forma aleatória. Essa questão, ainda que hoje ultrapassada<sup>72</sup>, manteve-se na altura da recolha da amostra que dá corpo a este

---

<sup>72</sup> No dia 4 de Setembro de 2008 foi criada, em Diário da República a Ordem dos Psicólogos Portugueses. No dia 16 de Abril de 2009 foi nomeada a Comissão Instaladora por despacho da Ministra da Saúde, Ana Maria Teodoro Jorge.



estudo, pelo que a solução, já nessa altura preconizada, foi tentar a obtenção de um grande número de participantes que permitisse a obtenção de uma amostra de psicólogos portugueses com algumas garantias de precisão.

Não existindo uma forma realmente aleatória de encontrar os psicólogos, a solução foi retomar a mesma metodologia de base da amostragem em bola de neve (Goodman, 1961). Uma das grandes limitações deste tipo de amostragem reside na sua dependência da amostra inicial (Spreen, 1992). Os sujeitos que são primariamente seleccionados vão influenciar os subsequentes, existindo o risco de criar um viés na amostra. As soluções preconizadas para obviar esse facto passaram por conseguir um grupo inicial com um elevado número de sujeitos e parar apenas quando a amostra atingisse uma dimensão que não suscitasse dúvidas quanto à sua precisão.

Desta forma, e de acordo com Hulley e Cummings (1988) e Krejcie e Morgan (1970), poderá considerar-se, apesar das limitações metodológicas, esta amostra de 1430 sujeitos como sendo suficientemente precisa para se adequar aos objectivos deste trabalho.

Não foram encontradas referências credíveis no que respeita à distribuição dos psicólogos em Portugal, pelo que não será possível levar a cabo um exercício comparativo com os resultados obtidos. Em breve a Ordem dos Psicólogos Portugueses poderá fornecer esses números. De qualquer modo os resultados vão de encontro, por exemplo, à ideia generalizada de que existirá uma grande maioria de psicólogos do sexo feminino. De facto, quase 85% de psicólogas é um valor que impressiona pela discrepância em relação ao sexo masculino.

No que se refere às habilitações literárias também não existem surpresas, considerando os cerca de 74% de licenciados. Este número irá, seguramente, sofrer alterações com a implementação do processo de Bolonha, uma vez que o actual número de 22% de psicólogos com mestrado em psicologia irá seguramente crescer ao longo dos próximos tempos. Já os 3,1% de psicólogos doutorados carecem de

alguma referência para terem algum significado sobre a representatividade da amostra. Os únicos valores comparáveis encontrados foram números genéricos sobre a quantidade de doutorados em Portugal. No ano de 2004 existiam, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (2006), 3963 doutorados e cerca de 69987 licenciados (Instituto Nacional de Estatística, 2008), o que daria, dentro do grupo de portugueses com formação superior, uma percentagem de 5,7% de doutorados. É um número claramente superior ao encontrado para os psicólogos neste estudo. Pode, contudo, ser compreensível este facto e não representar em si mesmo um sinal de viés na amostra. A psicologia constitui-se como uma área do saber relativamente recente. O ensino da psicologia na universidade pública apenas surgiu a partir de 1977 (Pinto, 2002), pelo que é legítimo considerar que poderá ser natural algum atraso no número de doutorados em relação a outras áreas do saber. Aliás, se se atentar na distribuição da amostra no que respeita ao número de anos de experiência profissional verifica-se um maior número de psicólogos com menor experiência. De facto, quase 60% dos sujeitos afirmam ter menos de 6 anos de experiência profissional, sendo que apenas 20% trabalha há mais de 10 anos. Se os primeiros licenciados pela Universidade Pública terão concluído os seus estudos de licenciatura por volta de 1982 (Pinto, 2002), ou seja há 27 anos, a verdade é que o grande desenvolvimento de mais escolas de psicologia só se deu a partir da segunda metade dos anos 90, o que poderá estar na base da explicação destes resultados.

Verifica-se uma grande maioria de psicólogos a trabalhar na área clínica – cerca de 65% – sendo que quase 30% afirma desenvolver o seu trabalho na área educacional. É evidente que estas divisões não são estanques, pois para além de não existirem colégios de especialidade formais na psicologia, onde as pessoas de facto se pudessem inscrever, este arranjo é proposto com base nos pressupostos éticos do exercício da psicologia<sup>73</sup>. Então, as respostas obtidas são o resultado da interpretação que cada um dos respondentes fez em relação à sua actividade, pelo que se existem actividades na psicologia que serão, sem margem para dúvidas, pertencentes à área clínica, outras haverá que poderão suscitar muitas dúvidas. O

---

<sup>73</sup> Consultar, a este propósito, o capítulo 3.3 – A bioética e a organização da psicologia

mesmo se passa em relação às outras áreas da psicologia. Por isso mesmo foi dito aos participantes que poderiam assinalar mais do que uma área, o que alguns fizeram.

Já no que respeita à dimensão social e das organizações, pouco mais de 16% dos sujeitos afirmou aí desenvolver o seu trabalho, o que a torna a área menos procurada. Se é verdade que se constitui como uma aplicação da psicologia cada vez mais importante, a sua autonomização enquanto área de intervenção será mais recente, o que poderá ajudar a compreender este facto. Por outro lado, se algum estudante escolhe a psicologia em função do seu papel assistencial, será natural que se sinta menos atraído pela sua dimensão organizacional.

Cerca de 11% dos sujeitos da amostra aponta a docência e/ou a investigação como área principal ou pelo menos parcial do seu trabalho, o que não deixa de ser um número que surpreende pela sua elevada dimensão, sobretudo considerando os tais 3% de psicólogos doutorados. Contudo, o facto de esta divisão não se referir apenas à docência mas também à investigação, pode ter levado uma série de sujeitos a assinalá-la ainda que apenas tenham participado em projectos de investigação pontuais. Ainda, e dado o mestrado fazer agora parte da dimensão profissionalizante da formação em psicologia, e de este obrigar a uma componente de investigação, poderá levar a um aumento do número de psicólogos com actividade nesta área, já que cerca de 20% dos profissionais desta amostra tem menos de 1 ano de prática profissional. De qualquer modo será sempre positivo registar que a psicologia se apresenta como uma disciplina em que os seus membros se preocupam em desenvolver o conhecimento científico.

### **7.3 – OS PRINCÍPIOS ÉTICOS DOS PSICÓLOGOS PORTUGUESES**

Tal como seria de esperar os princípios éticos propostos a esta amostra de psicólogos portugueses mereceram um elevado grau de aceitabilidade. Tal facto não será de estranhar visto estes serem princípios *prima facie* (Beauchamp & Childress, 2002/1994), ou seja, baseados na moral comum. Nesse sentido, seria expectável que as afirmações que representam as principais dimensões dos princípios

merecessem uma aprovação intuitiva por parte dos sujeitos. De facto, segundo Moll e colaboradores (2005) as intuições serão estados emocionais ligados à aprendizagem, aos valores e ao contexto social. Para Sá (2009) serão o resultado da articulação entre a consciência nuclear e a consciência auto-biográfica, o que na base conduz à mesma inter-relação. Se estes princípios partilham valores sociais mais ou menos consensuais então é natural que profissionais com uma formação específica e cuidada no sentido da ajuda à pessoa humana concordem numa aceitação generalizada dos mesmos.

Ainda assim, e confrontados com cinco afirmações que promovem uma sensação de concordância, surgem algumas diferenças no nível de aprovação que importa registar. Os princípios da competência e da responsabilidade foram aqueles que obtiveram um maior grau de aceitação, colocando-se o princípio do respeito pela dignidade e direitos da pessoa e o princípio da beneficência e não maleficência num nível seguinte, ficando o princípio da integridade num plano inferior. Ainda assim, mais de 50% dos profissionais consideraram este último princípio fundamental.

Em boa verdade estas diferenças só poderão ser explicadas em virtude das características particulares dos psicólogos portugueses, já que a teoria (Beauchamp & Childress, 2002/1994; Gauthier, 2005) defende que todos os princípios têm o mesmo valor, sendo priorizados casuisticamente. Então, poder-se-á afirmar que estas diferenças serão, de algum modo, representativas da prática da psicologia em Portugal. De facto, se o elevado nível de aceitação dos princípios torna evidente que estes são congruentes com o exercício da psicologia, as diferenças apontam para aquilo que distingue a realidade nacional se comparada a outros países. Claro que estudos futuros, noutras comunidades de psicólogos, poderão ajudar a confirmar estas hipóteses.

Noutro momento deste trabalho já foi discutida a pertinência dos princípios submetidos à consideração dos profissionais que constituem esta amostra. Pretende-se agora tentar compreender um pouco mais sobre os motivos das diferenças encontradas.

O princípio da competência assenta sobretudo na questão da formação profissional, e do desenvolvimento das capacidades do psicólogo para poder de facto desempenhar o seu trabalho de uma forma profissional. Portugal esteve até ao presente sem uma organização profissional capaz. Segundo Baptista (2006) existem mais de 30 cursos de licenciatura em psicologia em Portugal, pelo que com a ausência de uma regulação no acesso à profissão torna-se difícil garantir a qualidade da prática de todos os profissionais a trabalhar em Portugal, que segundo o mesmo autor aumenta em número de cerca de 2000 por ano. Torna-se pois natural que uma das grandes preocupações esteja centrada a este nível. Normalmente as pessoas preocupam-se mais com aquilo que é mais provável acontecer, o que neste caso se adequa. Na verdade, para além do prejuízo óbvio que a má prática poderá causar junto dos clientes, é o próprio bom-nome da psicologia que está em causa, o que poderá comprometer o trabalho de todos os psicólogos e nesse sentido o bem-estar de todas as pessoas.

O próprio princípio da responsabilidade se encaminha na mesma direcção. A responsabilidade implica que o profissional esteja consciente da importância do seu papel junto das pessoas e da sociedade. De facto, na ausência de entidades que regulem o exercício profissional só o próprio terá legitimidade para o fazer. Se é verdade que todas as pessoas estarão sob a alçada da lei, a verdade é que a maioria dos prejuízos que um profissional de psicologia poderá causar a um cliente será dificilmente detectável e penalizável a partir da lei geral. Se a responsabilidade individual pelo seu próprio comportamento se constitui como uma dimensão inultrapassável do exercício de qualquer profissão independentemente do seu nível de organização, no caso da psicologia em Portugal, em função do que foi descrito, essa obrigação ganha uma ainda maior relevância.

Se mais de 75% dos respondentes considerou estes princípios como fundamentais para o bom exercício da psicologia, sendo que pouco mais de 2% os considerou apenas importantes ou até menos, já no que diz respeito ao princípio do respeito pela dignidade e direitos da pessoa e ao princípio da beneficência e da não-

maleficência a percentagem de sujeitos que os considerou como fundamentais desce para a casa dos 65%. Ainda assim, o princípio referente ao respeito pela dignidade acaba por merecer um nível de aceitabilidade ligeiramente superior, caracterizada pela menor percentagem de indivíduos que o considera importante ou menos – de 5 para 10% em relação ao princípio da beneficência e não-maleficência.

Todos os princípios visam uma complementaridade no sentido da obtenção dos melhores resultados possíveis na relação profissional. Então, estes dois princípios não se constituem como excepção. Pelo contrário, poderá dizer-se que a sua consonância é marcada. Por um lado, muito dificilmente se poderá, pelo menos na psicologia, promover o bem da pessoa sem considerar a sua própria perspectiva. Por outro, o papel assistencial da psicologia reside na capacidade que o profissional terá em ajudar a pessoa a compreender-se melhor a si própria e a conseguir tomar as melhores decisões. Por isso mesmo, se estes princípios poderão ser muitas vezes bases de dilemas éticos (Beauchamp e Childress, 2002/1994), são também claramente complementares na prossecução do bem-estar da pessoa humana.

É possível que esta menor valorização não tenha outro significado que não a sobrevalorização, pelos motivos expressos, dos princípios da competência e da responsabilidade. Ou seja, não será razoável falar em baixa aceitação quando cerca de 90% de sujeitos considera muito importante ou fundamental determinado pressuposto para o exercício de uma actividade. A reflexão deve pois centrar-se nos motivos da sobrevalorização dos outros princípios e, quando muito, na menor valorização do princípio da integridade.

De facto, este princípio é apontado como fundamental por “apenas” 50% dos psicólogos da amostra. Esta menor percentagem, ainda que se reflecta nos valores finais de aceitabilidade dos princípios (ver quadro 14) não corresponderá a uma menor concordância, mas sim a uma menor importância atribuída. Ou seja, pela consulta do quadro 13 poderá constatar-se que a quantidade de sujeitos que considera este princípio importante ou menos é sensivelmente a mesma que o faz

para o princípio da beneficência e não-maleficência. As diferenças situam-se em relação às pessoas que o consideram fundamental ou muito importante.

A integridade refere-se à fidelidade de actuação em relação aos princípios orientadores da psicologia, chamando a atenção para as medidas que o profissional deverá tomar a fim de evitar um desvirtuar dos mesmos. Já foi feita referência ao elevado número de escolas de psicologia e à falta de identidade comum resultante. Existem muitos modelos teóricos e de intervenção prática diferentes, sendo que acabam por marcar as escolas, influenciando os estudantes e futuros profissionais. Tal facto poderá degradar um pouco esta noção de importância em relação à integridade do profissional quando interpretada em função da profissão e não da pessoa.

Poderá argumentar-se que esta interpretação é contraditória com aquela que pretende justificar a sobrevalorização dos princípios da competência e da responsabilidade. Contudo, será o contrário que poderá suceder. Uma menor identificação quanto aos modelos e valores genéricos da psicologia exigirá sempre uma maior responsabilização individual e uma maior necessidade de competência em relação às técnicas e metodologias adoptadas. Só deste modo se poderá legitimar a sua prática. O contraditório é o risco de se perder ao nível da integridade da profissão.

Seja como for, parecem não existir dúvidas que a organização da profissão e a explicitação da sua identidade comum urge no exercício da psicologia em Portugal. A formação parece ser a pedra de toque nesse sentido, e os resultados obtidos parecem sustentar, claramente, esse desiderato.

### **7.3.1 – Os princípios e os psicólogos**

A partir de uma análise rápida aos resultados do nível global de aceitabilidade dos princípios é possível constatar que, de uma forma geral, existe uma maior valorização dos mesmos em função do nível de formação e dos anos de experiência

profissional. Mais ainda, os profissionais ligados à área do ensino e da investigação evidenciam também uma maior sensibilidade a esse nível.

De facto, verifica-se que os respondentes com doutoramento apresentam uma significativa maior valorização dos princípios quando comparados com os psicólogos licenciados ou com mestrado. Entre a licenciatura e o mestrado não se encontraram diferenças o que poderá resultar de cada vez mais mestrados corresponderem ao mesmo nível de formação das licenciaturas. Mais ainda, como cada vez mais os mestrados são feitos mais cedo no percurso formativo dos profissionais, não se associando uma correspondente experiência profissional, o que por norma não acontece com os doutoramentos.

Na realidade, é possível verificar um aumento progressivo da valorização dos princípios à medida que cresce a experiência profissional. Tal aumento só não se verifica para os profissionais com mais de 15 anos de experiência que ainda assim só apresentam resultados inferiores aos psicólogos com mais de 11 anos de prática.

Contudo, em termos globais, o grupo que apresenta um maior resultado a este nível é o de psicólogos doutorados o que faz acreditar, tendo em consideração que dificilmente se poderá fazer um doutoramento imediatamente a seguir à licenciatura e que ainda assim este levará uma média de 4 anos a ser concluído, que a associação dos dois factores é geradora de um maior nível de aceitabilidade. Também o grupo de psicólogos em actividades de docência e/ou investigação mostra uma maior consciência sobre a importância dos princípios, o que vem ainda mais reforçar a ideia expressa.

Poderá então afirmar-se que a prática e a formação, partindo do princípio que os profissionais ligados ao ensino e à investigação acabam também eles por estar sujeitos a uma maior quantidade de formação, serão dois factores centrais na consciencialização ética no exercício da psicologia. Ou seja, quanto mais conscientes do seu papel de psicólogos, das suas limitações, da suas competências, e das suas responsabilidades, mais competências ao nível do raciocínio ético serão



desenvolvidas, na forma como Tancredi (2005), Turiel (2006), Johnson-Laird (2006), (Damásio, 2007), e Frith & Singer (2008) o descreveram.

Se se considerarem os princípios isoladamente a leitura será semelhante. A experiência profissional aparece como um factor com uma influência significativa em todos os princípios excepto para o da integridade. De facto, a valorização da integridade profissional parece não aumentar com a experiência, o que poderá resultar da já inúmeras vezes referida falta de identidade profissional. Ou seja, a experiência por si só não parece aumentar, junto dos psicólogos, a noção da importância de uma prática da psicologia de cariz mais universal.

Também as habilitações académicas, nomeadamente o doutoramento, não parece ser determinante nessa valorização. Ainda assim, e a este respeito, o mesmo se passa para todos os outros princípios, o que tendo em consideração os resultados globais onde, inclusivamente, o doutoramento parece ser um dos factores mais determinantes no aumento da consciência ética dos profissionais, parece ser contraditório. Contudo, tal facto poderá ficar a dever-se ao, ainda assim, reduzido número de sujeitos da amostra com doutoramento e às diferenças de apresentação de resultados. Ou seja, para os resultados globais de aceitabilidade dos princípios calcularam-se as medianas enquanto que para os princípios isolados, no intuito de se conseguir uma melhor compreensão, foram utilizadas as divisões propostas. Na verdade, é possível, pela observação dos resultados, encontrar indicadores de que o doutoramento contribuirá no sentido do aumento da preocupação com a integridade profissional na mesma medida que em relação aos outros princípios. Se assim for, destaca-se neste caso a formação académica como geradora de maiores ferramentas que possibilitam a compreensão da importância dos valores da prática da psicologia.

No que diz respeito aos outros princípios verificam-se as mesmas tendências sendo que todos eles apresentam um aumento significativo da sua valorização por parte dos profissionais com mais anos de experiência. Neste caso concreto, e reportando ao estudo desenvolvido por Ricou (2005), não se confirma a tendência da

desvalorização do princípio do respeito pela autonomia. Ainda assim, e neste estudo, o princípio do respeito pela autonomia é apresentado em conjunto com o referente ao princípio da justiça, pelo que os resultados não serão replicáveis.

O mesmo se poderá afirmar em relação ao princípio da não-maleficência, mais valorizado nessa amostra pelos profissionais mais experientes (Ricou, 2005). Neste estudo esse princípio apresenta-se em conjunto com o da beneficência o que poderá alterar a interpretação dada pelos respondentes. No caso, a valorização deste princípio acompanha todos os outros pelo que não será possível deduzir qualquer tipo de interpretação específica. Ainda assim, não deixa de ser curioso constatar que este princípio é o único que apresenta uma valorização estatisticamente significativa por parte dos psicólogos que se apresentam como docentes e investigadores, como se essa posição e actividade promovesse um maior cuidado com o bem-estar e, porque não, sobretudo com o potencial prejuízo que tal poderá provocar nas pessoas, associado a uma maior preocupação com a psicologia baseada na evidência científica.

Finalmente, aprez registar que não foram encontradas diferenças em relação às áreas da psicologia, nem ao nível da aceitabilidade global, nem em relação a nenhum dos princípios específicos. Ou seja, independentemente da área de formação e de trabalho na psicologia, os valores éticos dos psicólogos são percebidos de forma semelhante. Ou seja, será possível afirmar que, de facto, a psicologia mantém uma integridade de valores não variável em função de áreas de intervenção tão díspares como, por exemplo, as empresas, a intervenção clínica e o desenvolvimento. Legitima-se deste modo a perspectiva integradora da psicologia em que as suas diversas dimensões estarão baseadas num objecto de estudo único definido, atrás de Marcel Mauss (1988/1923, 1924), como o facto pessoal total.

## 8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formulação de um conjunto de princípios éticos universais para os psicólogos, ainda que não seja uma ideia original (Gauthier, 2005), será uma das boas notícias deste trabalho. Não com o objectivo de impor qualquer tipo de procedimentos uniformes para a psicologia ou pela veleidade de fazer doutrina em qualquer área do exercício profissional, mas tão só pela constatação de que será possível a construção de um conjunto de princípios aspiracionais em Portugal que oriente a prática da psicologia em função dos seus objectivos e da própria natureza humana.

De facto, ao defender-se que a decisão ética dos profissionais se fará a partir da legitimação racional dos caminhos indicados pela “intuição psicológica” dos profissionais, estar-se-á a advogar a necessidade da formação dos psicólogos ao nível da ética profissional e sobretudo do raciocínio ético. Um conjunto de princípios éticos adaptados à realidade portuguesa, mas que não contrariam a base do exercício da psicologia na Europa, será fundamental para conduzir o profissional na sua interpretação das diversas situações que poderá enfrentar na sua prática profissional. Estes princípios poderão constituir a base da homeostasia sócio-cultural do psicólogo, recorrendo à metáfora de Damásio (2010), condição central para a legitimação racional do processo de decisão ética.

Tem-se assistido a um grande aumento do número de psicólogos a exercer em Portugal, fruto de um grande número de escolas formadoras. Este facto tem vindo, aparentemente, a acentuar as preocupações sobre as competências de que os profissionais dispõem para o exercício profissional, incorrendo em situações de má-prática com os prejuízos evidentes para o público e para a própria profissão. Do mesmo modo, esta aparente dispersão formativa poderá acabar por centrar os profissionais mais em si próprios, desgarrando-se do grupo e tornando mais difícil uma prática comum que facilite a identificação externa da profissão.

Os resultados deste trabalho sublinham a importância da regulação formal da psicologia bem como da definição clara dos limites e contornos do exercício profissional. Parece ser clara, já hoje, pelos resultados obtidos, uma menor noção de

integridade entre os profissionais, fruto da referida dispersão formativa e da deficiente identidade de classe. Poderá ser interessante a repetição desta avaliação dentro de alguns anos, verificando uma possível evolução positiva a esse nível após a instalação da Ordem dos Psicólogos Portugueses.

Os riscos com a perda de integridade profissional são claros, pois será cada vez mais difícil, se o processo não for invertido, falar numa psicologia. Aliás, o surgimento de licenciaturas na área da psicologia, mas com outras denominações, será disso um bom exemplo.

Fica clara a importância e a responsabilidade que a recém-formada (2009) Ordem dos Psicólogos Portugueses terá no sentido de promover a identidade de classe e garantir um exercício profissional competente e responsável, coordenando o acesso à profissão e orientando a sua prática.

Uma outra inferência que se poderá tirar deste trabalho está relacionada com a importância da formação e da experiência para um exercício adequado da psicologia. Fica bem expresso que quanto mais longo o tempo de formação e maior a experiência profissional, maior a consciência ética dos psicólogos.

Se parece ser consistente que os processos de decisão são em boa parte intuitivos ou emocionais tal não contraria a importância da formação ou da experiência, bem pelo contrário, dado que estes factores parecem ser determinantes para o aumento do arsenal de repostas intuitivas. Contudo, e porque o exercício da psicologia será, no limite, a procura da promoção da autonomia do outro, catalisando a sua compreensão sobre si próprio e sobre os mecanismos envolvidos nas opções pessoais, as intuições poderão ser limitadoras do processo de decisão ética. De facto, as emoções secundárias estarão ligadas à experiência individual, pelo que representam a vontade pessoal. Se a pessoa é um ser de relação, a verdade é que parece ser o desenvolvimento da razão que acompanhou essa realidade. Ou seja, a razão será o motor da compreensão do outro, e sobretudo da capacidade humana de conjugar a satisfação dos interesses individuais com os de terceiros, a partir,

parece evidente, de uma auto-reflexão emocional. Deste modo, o psicólogo terá que ter consciência das suas intuições, para garantir que estas não o iludem, colocando-o no caminho da sua própria vontade ao confundi-la com o melhor interesse do cliente. Deste modo, a reflexão a partir da sua experiência, formação técnica e auto-conhecimento – a consciência auto-biográfica imersa na homeostasia técnica do exercício da psicologia – é central para que a decisão ética garanta melhores resultados. Evidentemente que, ainda assim, a consulta de outros profissionais com outras perspectivas afastadas da realidade emocional da relação terapêutica, poderá ser importante para aumentar a dimensão do raciocínio ético.

Nesta perspectiva, a reflexão ética, estruturada nos princípios propostos, será fundamental para orientar a relação construída entre o psicólogo e o seu cliente. De outro modo a relação seria muito mais provavelmente orientada no sentido daquilo que o psicólogo sentiria como sendo o melhor interesse do outro, o que corresponderia, provavelmente, ao seu próprio interesse se estivesse no lugar do do outro, negando-se a evidência da diversidade da pessoa humana. Reflectir sobre os seus desejos, sobre as suas próprias intuições, parece ser uma condição central para que o psicólogo consiga cumprir a sua missão de uma forma competente, ajudando a pessoa a definir o que poderá ser melhor para si, auxiliando-a na tomada de decisão, afinal a base da vivência humana.

A reflexão sobre si mesmo, sobre as suas limitações, bem como sobre as características particulares do outro e da sua história, enquadradas numa relação orientada pelos princípios éticos da psicologia, parece ser a pedra de toque para aumentar a probabilidade de um exercício profissional competente e efectivo. Para tal, o psicólogo terá que mobilizar toda a sua experiência, bem como todos os seus recursos pessoais e formativos, na compreensão da pessoa humana.

## 9 – BIBLIOGRAFIA

- Almeida, F. (2004). *Ética em Pediatria. Uma nova dinâmica num relacionamento vital?* Dissertação de candidatura ao grau de Doutor apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto: edição do autor.
- Alonso-Fernandez, F. (1996). *Las otras drogas: Alimento, sexo, televisión, compras, juego y trabajo*. Madrid: Ediciones Temas de Hoy, SA. Madrid.
- Amaral, D.F. (2006). *História das Ideias Políticas. Vol. 1*. Coimbra: Edições Almedina, SA.
- American Psychiatric Association. (1996, July-Aug). Resource document on principles of informed consent in psychiatry. *APA State Update*, pp. 1-4.
- American Psychiatric Association. (1996). *DSM-IV – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ª edição)*, Versão Internacional com os Códigos da ICD-10. Lisboa: Climepsi Editores. (Do original: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition, 1994.)
- American Psychological Association. (1993). Office of Ethnic Minority Affairs: Guidelines for providers of psychological services to ethnic, linguistic, and culturally diverse populations. *American Psychologist*, 48(1), 45-48.
- American Psychological Association. (1996). Committee on Psychological Tests and Assessment: Statement on the disclosure of test data. *American Psychologist*, 51, 644-648.
- American Psychological Association. (2001). *Manual de Publicação da American Psychological Association (4ª edição)*. Porto Alegre: ARTMED editora. (Do original: Publication Manual of American Psychological Association, 1994)
- American Psychological Association. (2002). *Ethical principles of psychologists and code of conduct with the 2010 Amendments*. Disponível: <http://www.apa.org/ethics>
- Anderson, P. (1999). *As origens da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, Lda. (Do original: The origins of postmodernity, 1998)
- Antunes, A. (1998). Consentimento Informado. In Daniel Serrão e Rui Nunes (Eds.), *Ética em Cuidados de Saúde* (pp. 13-28). Porto: Porto Editora.
- Anzieu, D. (2001). Psicoterapia. In Roland Doron e Françoise Parot (Eds.), *Dicionário de Psicologia* (pp. 627-628). Lisboa: Climepsi Editores. (Do original: Dictionnaire de Psychologie, 1991.)
- APAV (2007). *Crimes de Violência Doméstica – Totais Nacionais 2007*. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. <http://www.apav.pt>

- Appelbaum, P.S. (1997, April). Informed consent to psychotherapy: Recent developments. *Psychiatric Services, Vol. 48*, n.º4.
- Appelbaum, P.S. (1997, July). Psychiatric research and the incompetent subject. *Psychiatric Services, Vol. 48*, n.º7, pp. 445-446.
- Aranguren, J.L.L. (1990). *Ética*. Madrid: Alianza Universidad Textos.
- Archer, L. (1996, Abril). Bioética: Avassaladora, porquê? *Brotéria, 4, Vol. 142*, pp. 449-472.
- Archer, L. (1996). Bioética geral. Fundamentos biológicos. In Luís Archer, Jorge Biscaia e Walter Osswald (Eds.), *Bioética* (pp. 17-33). Lisboa: Editorial Verbo.
- Archer, L. (1999, Fevereiro). Ainda os direitos do homem. O consentimento informado. *Brotéria, 2, Vol. 148*, pp. 155-164.
- Archer, L. (2006). *Da Genética à Bioética*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.
- Ardita, M.G. (2001). Dignidade Humana. In S. Leone, S. Privitera, J. T. Cunha (Eds.), *Dicionário de Bioética* (pp. 275-278). V. N. Gaia: Editorial Perpétuo Socorro.
- Associação dos Psicólogos Portugueses. (1995). *Princípios éticos da Apport*. Manuscrito não publicado.
- Association des Enseignants de Psychologie des Universités; Association Nationale des Organisations de Psychologues; Société Française de Psychologie. (1996). *Code de Deontologie des Psychologues*. Disponível: <http://www.sfpsy.org/Code-de-deontologie-des.html>
- Atkinson, R.L., Atkinson R.C., Smith E.E., Bem D.J., & Nolen-Hoeksema S. (2002). *Introdução à Psicologia de Hilgard* (13ª edição). Porto Alegre: Artmed Editora. (Do original: Hilgard's introduction to Psychology, 2000.)
- Australian Psychological Society Ltd. (2007). *Code of Ethics*. Disponível: [http://www.psychology.org.au/Assets/Files/Code\\_Ethics\\_2007.pdf](http://www.psychology.org.au/Assets/Files/Code_Ethics_2007.pdf)
- Baird, A.A. (2008). Moral reasoning in adolescence: The integration of emotion and Cognition. In Walter Sinnott-Armstrong (ed). *Moral Psychology*. (pp. 323-342) Cambridge: MIT Press
- Baptista, T. (2006). Ordem dos Psicólogos deverá arrancar no início de 2007. [11 parágrafos]. *Diário Digital*, 24.11.2006. Disponível por e-mail: [mricou@med.up.pt](mailto:mricou@med.up.pt)
- Barbosa, M. (2006). *Inteligência Emocional e Carácter* (Monografia de Licenciatura em Psicologia). Maia: instituto Superior da Maia.

- Barlow, S., Fuhriman, A. & Burlingame, G. (2004). The history of group counselling and psychotherapy. In Janice DeLucia-waack, Deborah Gerrity, Cynthia Kalodner and Maria Riva (Eds.) *Handbook of Group Counseling and Psychotherapy* (pp. 1-3). Thousand Oaks: Sage Publications Inc.
- Barnett, J.E. (2007). Informed Consent: Too Much of a Good Thing or Not Enough? *Professional Psychology: Research and Practice*. Vol. 38, nr.2, pp. 179-186
- Barret, N.A. (1997). The medical student and the suicidal patient. *Journal of Medical Ethics*; Vol. 23, nº5, pp. 277-281.
- Barreto, J. (1996). Doença Psíquica. In Luís Archer, Jorge Biscaia e Walter Osswald (Eds.), *Bioética* (pp. 314-323). Lisboa: Editorial Verbo.
- Barreto, J. (1998): O internamento forçado nas doenças mentais. In *Bem da pessoa e bem comum. Um desafio à Bioética* (pp. 187-192). Coimbra: Centro de Estudos de Bioética e Gráfica de Coimbra.
- Baron, K., Smith, T., Butner, J., Nealey-Moore, J., Hawkins, M., & Uchino, B. (2007). Hostility, Anger, and Marital Adjustment: Concurrent and Prospective Associations with Psychosocial Vulnerability. *Journal of Behavioral Medicine* Vol. 30 (No. 1, February): pp. 1-10
- Beahrs, J.O. & Gutheil, T.G. (2001). Informed Consent in Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 158:1, pp. 4-10
- Beauchamp, T., & Childress, J. (2002). *Princípios de ética biomédica*. Barcelona: Masson, S.A. (Do original: Principles of Biomedical Ethics, 1994 (4th Edition)).
- Beck, A.T., Emery, G. & Greenberg, R.L. (1985). Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective. New York: Basic Books.
- Beck, J.S. (1997). *Terapia Cognitiva. Teoria e prática*. São Paulo: Artmed Editora S.A. (Do original: Cognitive therapy: basics and beyond, 1995)
- Bee, P., Bower, P., Lovell, K., Gilbody, S., Richards, D., Gask, L., & Roach, P. (2008). Psychotherapy mediated by remote communication technologies: a meta-analytic review . *BMC Psychiatry*. Vol. 8: 60. pp. 1-13
- Bennet, B.E., Bricklin, P.M., & VandeCreek, L. (1994). Response to Lazarus's "How certain boundaries and ethics diminish therapeutic effectiveness." *Ethics and Behavior*, 4, pp. 263-266.
- Bergeret, J., & Dubor, P. (1998). Entrevista com o paciente em psicologia patológica. In Jean Bergeret (Ed.), *Psicologia Patológica – Teórica e Clínica* (pp. 129-135). Lisboa: Climepsi Editores. (Do original: Psychologie pathologique – théorique et clinique, 1998.)



- Bernardo, F. (1996). Ética na investigação em Psicologia: Algumas questões. In Victor Claudio (Ed.) (1998), *Actas do Colóquio Europeu de Psicologia e Ética* (pp. 89-96). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Bernardo, O.P. (1998). *Bioética e saúde* (2ª Edição). Porto.
- Bernstein, R.J. (1995). Rethinking Responsibility. *Hastings Center Report: The Legacy of Hans Jonas*. Vol. 25, Nº. 7 – Special Issue.
- Berry, J. W. & Sam, D. L. (1997). Acculturation and adaptation. In J. W. Berry, M. H. Segall & C. Kagitçibasi (Eds.), *Handbook of cross-cultural psychology 2<sup>nd</sup> Edition*. Vol. 3. *Social Behaviour and Applications*. (pp. 291–326). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Bersoff, D.N. (Ed). (1999). *Ethical Conflicts in Psychology (2nd. Edition)*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bersoff, D.N., & Hofer, P.J. (1991). Legal issues in computerized psychological testing. From *The Computer and the Decision-Making Process*, Erlbaum, pp. 225-243. In Bersoff D.N. (1999). *Ethical Conflicts in Psychology (2nd. Edition)* (pp. 327-330), Washington, DC: American Psychological Association.
- Bersoff, D.N., & Koepl, P.M. (1993). The Relation Between Ethical Codes and Moral Principles. *Ethics & Behavior*, 3(3&4), pp. 345-357
- Binder, R., & McNeil, D. (1996). Application of the Tarasoff ruling and its effect on the victim and the therapeutic relationship. *Psychiatric Services*, 47, pp. 1212-1215
- Blair, R. J. (2008). Fine cuts of empathy and the amygdala: Dissociable deficits in psychopathy and autism. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 61 (1), pp. 157-170
- Blanck, P.D., Bellack, A.S., Rosnow, R.L., Rotheram-Borus, M.J., & Schooler, N.R. (1992, July). Scientific rewards and conflicts of ethical choices in human subjects research. *American Psychologist*. Vol. 47. N.º 7, pp. 959-965.
- Bongar, B. (1992). The ethical issue of competence in working with the suicidal patient. *Ethics and Behaviour*, 2, pp. 75-89.
- Borys, D.B., & Pope, K.S. (1989). Dual relationships between therapist and client: A national study of psychologists, psychiatrists, and social workers. *Professional psychology: Research and practice*, 20, pp. 283-293.
- Borys, D.S. (1994). Maintaining therapeutic boundaries: The motive is therapeutic effectiveness, not defensive practice. *Ethics and Behavior*, 4, pp. 267-273.
- Botterill, G. & Carruthers, P. (2004). *A Filosofia da Psicologia*. Lisboa: Instituto Piaget. (Do original: *The Philosophy of Psychology*, 1999)

- Brandt, R.B. (1992). *Morality, utilitarianism, and rights*. New York: Cambridge University Press.
- Bricklin, P. (2001). Being Ethical: More than Obeying the Law and Avoiding Harm. *Journal of Personality Assessment*, 77(2). 195-202.
- Brink, D.O. (1989). *Moral realism and the foundations of ethics. Cambridge studies in philosophy*. New York: Cambridge University Press.
- British Psychological Society. (1991, May). Ethical research in psychology. Guidelines. *Bulletin of Medical Ethics*. 18.2, 17.1.
- British Psychological Society. (2009) *Code of Conduct for Psychologists*. Disponível: [http://www.bps.org.uk/the-society/code-of-conduct/code-of-conduct\\_home.cfm](http://www.bps.org.uk/the-society/code-of-conduct/code-of-conduct_home.cfm)
- Brody, B. (1988). *Life and death decision making*. New York: Oxford University Press.
- Butow, P., Dunn, S., Tattersall, M. (1995). Communication with cancer patients: Does it matter? *Journal Palliative Care*, 11 (4), pp. 34-38.
- Cabral, R. (2001) Bem comum. In Luís Archer, Jorge Biscaia, Walter Osswald, Michel Renaud (Eds.), *Novos Desafios à Bioética* (pp. 31-32). Porto: Porto Editora.
- Callender, J.S. (1998). Ethics and aims in psychotherapy: a contribution from Kant. *Journal of Medical Ethics*; Vol. 24 nº4, pp. 274-278.
- Calvin, W.H. (2004). *Como Pensa o Cérebro – A evolução da Inteligência, ontem e hoje*. Lisboa: Temas e Debates – Actividades Editoriais, Lda. (Do original: *How Brains Think – Evolving Intelligence, Then and Now*, 1996)
- Canadian Psychological Association (2000). *Canadian Code of Ethics for Psychologists*. Disponível: <http://www.cpa.ca/aboutcpa/boardofdirectors/committees/ethics>
- Canário, C. & Ricou, M. (2007). A redução dos riscos associados ao consumo de substâncias psicoactivas como medida de humanização da saúde”. In Rui Nunes e Cristina Brandão (Eds.) *Humanização da Saúde* (pp. 69-90). Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.
- Canter, M.B., Bennett, B.E., Jones, S.E., & Nagy, T.F. (1996). *Ethics for Psychologists. A Commentary on the APA Ethics Code*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Caplan, A. (2008). Denying autonomy in order to create it: the paradox of forcing treatment upon addicts. *Addiction*. Vol. 103: pp. 1053-1055.
- Cardoso, A.L. (2001). Biodireito. In Luís Archer, Jorge Biscaia, Walter Osswald, e Michel Renaud (Eds.), *Novos Desafios à Bioética* (pp. 31-32). Porto: Porto Editora.
- Cardoso, A.S. & Ricou, M. (2009). Comunicação médico-doente na transição para cuidados paliativos: um estudo exploratório da realidade portuguesa. In Rui Nunes, Guilhermina Rego, Ivone Duarte (Eds.), *Eutanásia e outras questões éticas no fim da vida* (pp. 55-80). Associação Portuguesa de Bioética e Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.
- Cardoso, R.M. (1980). Componentes não-verbais da relação médico-doente. *Psiquiatria Clínica; 1, Supl. (1)*, pp. 65-68.
- Carlier, M. (1995). La Recherche em Psychologie Scientifique au Regard de l'Ethique et du Devoir de Connaissance. In Patrick Cohen e Frederico Pereira (Eds.), *Euroethique. Actes des Premières Rencontres Professionnelles des Psychologues de l'Europe du Sud* (pp. 213-217). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada CRL.
- Cassell, E.J. (1995). Pain and suffering. In Warren Thomas Reich (Editor in Chief), *Encyclopedia of Bioethics. Revised Edition*, (pp. 1897-1905), Georgetown University. New York: Macmillan Library Reference.
- Ceitel, M. (2006). *Gestão e Desenvolvimento de Competências*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Chabot, D & Chabot, M (2004). Emotional Pedagogy: To Feel in Order to Learn: Incorporating Emotional Intelligence in Your Teaching Strategies. Victoria B.C.: Trafford Publishing.
- Charte Ethique Professionnelle des Psychologues. (1995) In Patrick Cohen e Frederico Pereira (Eds.), *Euroethique. Actes des Premières Rencontres Professionnelles des Psychologues de l'Europe du Sud* (p. 301). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada CRL.
- Cheung, Y. (2000). Substance abuse and developments in harm reduction. *Canadian Medical Association Journal*, 162, vol. 12: pp.1697-1704.
- Christensen, M., Emde, R., & Fleming, C. (2004). Cultural Perspectives for assessing infants and young children. In Rebecca DelCarmen-Wiggins e Alice Carter (Eds.) *Handbook of infant, Toddler and preschool Mental Health Assessment*. New York: Oxford University Press, Inc.

- Claydon, T. (2000). Employee participation and involvement. In Diana Winstanley e Jean Woodall (Eds.) *Ethical Issues in Contemporary Human Resource Management*. London: MacMillan Press Ltd.
- Código de Nuremberga (1949). *Nuremberg Code*. Reprinted from *Trials of War Criminals before the Nuremberg Military Tribunals under Control Council Law No. 10, Vol. 2, pp. 181-182.* Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office. (Do original: Nuremberg Code, 1947)
- Código Penal*. (2002). Organização de Carlota Pizarro de Almeida e José Manuel Vilalonga. (5ª edição). Coimbra: Livraria Almedina.
- Colegio Oficial de Psicólogos de España. (1993). *Code of Ethics for the Psychologists*. Disponível: <http://www.cop.es/vernumero.asp?id=7>.
- Conselho Federal de Psicologia do Brasil. (2005). *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Disponível: [http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/legislacao/codigo\\_etica](http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/legislacao/codigo_etica)
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (1996). *Parecer sobre a Obrigatoriedade dos Testes da Sida*. 16/CNECV/1996.
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (1996). *Parecer sobre a liberalização da droga e a despenalização do seu consumo*. 17/CNECV/1996.
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (2000). *Parecer sobre sigilo médico*. 32/CNECV/2000.
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2001). *Relatório e Parecer sobre a Declaração de Helsínquia modificada em Edimburgo, no ano 2000*. 34/CNECV/2001.
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2004). *Parecer sobre o projecto de lei n.º 28/ix informação genética pessoal e informação de saúde*. 43/CNECV/2004.
- Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with Regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine* (1996). Strasbourg: Council of Europe.
- Corey, G., Williams, G.T., & Moline, M.E. (1995). Ethical and legal issues in group counseling. *Ethics and Behavior*; 5(2), pp. 161-183.
- Corey, G., Corey, M.S., & Callanan, P. (2007). *Issues and Ethics in the Helping Professions*. Belmont: Thomson Brooks/Cole
- Coricelli, G, Dolan, R. & Sirigu, A. (2007). Brain, emotion and decision making: the paradigmatic example of regret. *Trens in cognitive sciences*. Vol. 11(6): pp. 258-265.

- Coval, F.B. (2006). Considerações sobre a Ética Aristotélica: Uma leitura do De Anima. *Revista Portuguesa de Filosofia*, 62.
- Cunha, J.A., Freitas, N.K., & Raymundo, M.G. (1993). *Psicodiagnóstico-R. (4ª Edição revista)*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Dadds, M.R., Hunter, K., Hawes, D.J., Frost, A.D., Vassallo, S., Bunn, P., Merz, S., El Masry, Y. (2008). A Measure of Cognitive and Affective Empathy in Children Using Parent Ratings. *Child Psychiatry and Human Development*. 39: pp. 111–122
- Damásio, A. (2001). *O Erro de Descartes – Emoção, Razão e Cérebro Humano* (22ª ed.). Mem Martins: Publicações Europa-América. (Do original: Descartes' Error. Emotion, Reason and the Human Brain, 1994)
- Damásio, A. (2000). *O Sentimento de Si*. Mem Martins: Publicações Europa-América. (Do original: The Feeling of What Happens, 1999)
- Damásio, A. (2007). Neuroscience and Ethics: Intersections. *The American Journal of Bioethics*, 7:1, pp. 3-7
- Damásio, A. (2010). *O Livro da Consciência. A construção do cérebro consciente*. Maia: Temas e Debates. Círculo de Leitores. (Do original: Self Comes to Mind, 2010)
- Daniels, N., Emanuel, E. & Jennings, B. (1996). Is justice enough? Ends and means in bioethics. *The Hastings Center Report*; Nov/Dec. Vol. 26 (6). pp. 9-15.
- Declaração Universal dos Direitos do Homem*. (1948). Proclamada pelas Nações Unidas em 10 de Dezembro.
- Defoe, D. (1985). *Robinson Crusoe*. Lisboa: Círculo de Leitores. (Do original: The life and strong surprising adventures of Robinson Crusoe of York mariner, 1719.)
- Delanglade, B. (1995). Mission propre du psychologue et politique de recrutement. In Patrick Cohen e Frederico Pereira (Eds.), *Euroethique. Actes des Premières Rencontres Professionnelles des Psychologues de l'Europe du Sud* (pp. 83-86). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada CRL.
- DeLucia-Waack, J. (2006). *Leading psychoeducational groups for children and adolescents*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Dias, J.F. (1995). *Liberdade-Culpa-Direito Penal (3ª edição)*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Dicionário de Língua Portuguesa Contemporânea da Academia das Ciências de Lisboa*. (2001). Lisboa: Editorial Verbo.

- Dobson, C. (2008). Conducting research with people not having the capacity to consent to their participation. The British Psychological Society
- Domingues, B., O.P. (1997). Estrutura metafísica da pessoa humana e respectiva dignidade. *Separata de Hvmánística e Teologia, Ano XVIII*.
- Donald, M. (1999). *Origens do pensamento moderno*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (Do original: *Origins of the Human Mind*, 1991.)
- Doron, R, & Jalley, E. (2001). Carácter. In Roland Doron e Françoise Parot (Eds.), *Dicionário de Psicologia* (pp. 627-628). Lisboa: Climepsi Editores. (Do original: *Dictionnaire de Psychologie*, 1991)
- Duarte, I. (2006). *Igualdade de Oportunidades para a Criança Surda*. (Dissertação não publicada apresentada para a obtenção do grau de mestre em Bioética). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto
- Duarte, I., Canário, C., Serrão, C, Ricou, M. (2007). A Educação Sexual em Meio Escolar: uma perspectiva ética. *Nascer e Crescer. Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*. 16/1 : pp. 24-28.
- Dufourt, R., & Fagot-Largeault, A. (1995). Ethique de la Recherche dans les Sciences du Comportement Humain. In Patrick Cohen e Frederico Pereira (Eds.), *Euroethique. Actes des Premières Rencontres Professionnelles des Psychologues de l'Europe du Sud* (pp. 47-52). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada CRL.
- Durkheim, E. (2001). *O suicídio. Estudo Sociológico (7ª Edição)*. Lisboa: Editorial Presença. (Do original: *Le Suicide*, 1897.)
- Edwards, R.B. (1981). Mental health as rational autonomy. *The Journal of Medicine and Philosophy*; 6, pp. 309-322. In Thomas Mapes, & Jane Zembaty (Eds.), *Biomedical Ethics. 3rd. Ed.* (pp. 269-275). New York: McGraw-Hill, Inc.
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, regulation, and moral development. *The Annual Review of Psychology*. 51: pp. 665-697.
- Emery, R. & Laumann-Billings, L. (2002). Child abuse. In Michael Rutter & Eric Taylor (eds.) *Child and Adolescent Psychiatry 4<sup>th</sup> edition*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Engelhardt, H.T. (1998). *Fundamentos da Bioética*. São Paulo: Edições Loyola. (Do original: *The Foundations of Bioethics*, second edition, 1996)
- Ericsson, P. (1999). Introduction: The three fases of harm-reduction. An examination of emerging concepts, methodologies and critiques. *Substance Use Misuse*, vol. 34: pp. 1-7.

- European Association of Psychologists Associations. (2005). *Meta-Code of Ethics. Revised edition accepted by General Assembly, Granada*. Disponível: <http://www.efpa.be>
- Evans, D. (1994). Comments on Strang et al's editorial "Hair analysis for drugs: technological breakthrough or ethical quagmire?" *Addiction*, Vol. 89 n<sup>o</sup>3, pp.295-300.
- Eysenk, M. (1998). *Psychology – an integrated approach*. New York: Addison Wesley Longman Limited.
- Fallowfield, L.J., Jenkins, V.A., & Beveridge, H.A. (2002). Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. *Palliative Medicine*, 16, pp. 297-303.
- Fava, L., Morton, J. (2009). Causal modeling of panic disorder theories. *Clinical Psychology Review*. Vol. 29(7): pp. 623-637
- Fédération Belge des Psychologues, (2004). *Code Deontologique*. Disponível: <http://www.bfp-fbp.be/index.php?hid=13&sid=41&bid=62&language=FR>
- Feinstein, A.R. & Cicchetti, D.V. (1990). High agreement but low kappa: I. The problems of two paradoxes. *Journal of Clinical Epidemiology*. Vol. 43(6): pp. 543-549
- Fernandes, A.T. (1999). *Para uma sociologia da cultura*. Porto: Campo das Letras Editores S.A.
- Ferrater-Mora, J. (2001). Pessoa. In *Dicionário de Filosofia*, Vol. 3 (K-P) (p. 2263). São Paulo: Edições Loyola.
- Ferraz, J. (2008). *O problema ético do animal selvagem de estimação*. (Dissertação não publicada apresentada para a obtenção do grau de mestre em Bioética). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.
- Ferreira, J.M., Neves, J., Abreu, P.N., & Caetano, A. (1996). *Psicossociologia das organizações*. Alfragide: Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda.
- Ferreira, M, Garcia-Marques, L. Sherman, S. & Sherman, J. (2006). Automatic and Controlled Components of Judgment and Decision Making. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 91, No. 5, pp. 797–813
- Filliozat, I. (2001). *A Inteligência do Coração: Rudimentos de gramática emocional*. Lisboa: Editora Pergaminho. (Do original: L'Intelligence du Coeur, 1997).
- Fine, C. (2006). Is the emotional dog wagging its rational tail, or chasing it? Reason in moral judgment. *Philosophical Explorations* Vol. 9(No. 1): 83-98

- Finegan, J., & Theriault, C. (1997). The Relationship Between Personal Values and the Perception of the Corporation's Code of Ethics. *Journal of Applied Social Psychology*, 27, 8, pp. 708-724.
- Fischman, M. (2000). Informed Consent. In Bruce Sales e Susan Folkman (Eds.) *Ethics in Reasearch with Human Participants* (pp. 35-48). Washington DC: American Psychological Association
- Fischhoff, S. (2005). Media Psychology: A Personal Essay in Definition and Purview. [Electronic Version]. *Journal of Media Psychology*, 10. Disponível em <http://www.apa.org/divisions/div46/images/MEDIADEF.pdf>.
- Fisher, C.B., Fyrberg, D. (1994). Participant Partners: College Students Weigh the Costs and Benefits of Deceptive Research. *American Psychologist*, 49, 417-427.
- Fisher, C.B. (2004). Challenges in Constructing a Cross-National Ethics Code for Psychologists. *European Psychologist*, Vol. 9, Nº 4, pp. 273-277.
- Fleiss, J.L. (1981). *Statistical methods for rates and proportions (2nd. ed.)*. New York: John Wiley.
- Fleming, M. (1997). *Adolescência e autonomia. O desenvolvimento psicológico e a relação com os pais (2ª edição)*. Porto: Edições Afrontamento.
- Folkman, S. (2000). Privacy and Confidentiality. In Bruce Sales e Susan Folkman (Eds.) *Ethics in Reasearch with Human Participants* (pp. 35-48). Washington DC: American Psychological Association
- Foucault, M. (1954). *Maladie mentale et psychologie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Fowers, B.J. (2005) *Virtue and psychology: Pursuing excellence in ordinary practices*. Washington, DC, US: American Psychological Association
- Frankel, M. S. (1996). Developing Ethical Standards for Responsible Research: Why? Form? Functions? Process? Outcomes? *Journal of Dental Researsh* 75(2), pp. 832-835.
- Frattallone, R, (2001). Virtude. In S. Leone, S. Privitera, e J. T. Cunha (Eds.), *Dicionário de Bioética* (pp. 1141-1145). V. N. Gaia: Editorial Perpétuo Socorro.
- Frith, C.D.& Singer, T. (2008). The role of social cognition in decision making. *Philosophical Transactions of the Royal Society*. Vol. 363. pp. 3875-3886
- Gabbard, G.O. (1994). Reconsidering the American Psychological Association's Policy on Sex With Former Patients: Is It Justifiable? *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 25, N.º 4, 329-335.



- Gameiro, A. (1997). *Hábitos de Consumo de Bebidas Alcoólicas na População Portuguesa*. Editorial Hospitalidade.
- Gardner H: (1994). *Estruturas da Mente: A Teoria das Inteligências Múltiplas* Porto Alegre: Editora Artes Médicas. (Do original: *Frames of Mind: The theory of multiple intelligences*, 1983).
- Gauthier, J. (2005). Toward a Universal Declaration of Ethical Principles for Psychologists: A Progress Report. In M.J. Stevens & D. Wedding (Eds.), *Psychology: IUPsyS Global Resource*. Hove, UK: Psychology Press.
- Gazzaniga, M.S. (2005). *The Ethical Brain*. New York: Dana Press.
- Gleitman, H., Fridlund, A., & Reisberg, D. (2003). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (Do original: *psychology*, 1999).
- Goleman, D. (1997). *Inteligência emocional*. Lisboa: Temas e Debates. (Do original: *Emotional intelligence*, 1995).
- Golser, K. (2001). Códigos Deontológicos. In S. Leone, S. Privitera, e J. T. Cunha (Eds.), *Dicionário de Bioética* (pp. 156-159). V. N. Gaia: Editorial Perpétuo Socorro.
- Gonçalves, O. (1994). *Terapias cognitivas: teorias e práticas*. Porto: Edições Afrontamento.
- Gonzaga, M. & Nunes, R. (2006). A Bioética na educação para os valores e para uma sexualidade responsável. In Rui Nunes e Guilhermina Rego (Eds.) *Desafios à sexualidade humana*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Goodman, L.A. (1961). Snowball Sampling. *Annals of Mathematical Statistics*. Vol. 32: pp. 148-170
- Goodman, M.F. (1988). *What Is A Person?*. Clifton: The Humana Press Inc.
- Graaf, L., Huibers, M., Riper, H., Gerhards, S., & Arntz, A. (2009). Use and acceptability of unsupported online computerized cognitive behavioral therapy for depression and associations with clinical outcome. *Journal of Affective Disorders*. Vol. 116(3): pp. 227-231
- Grant, J.M. (1991). The fetal heart rate is normal, isn't it? Observer agreement of categorical assessments. *Lancet*: 337:215.
- Greene, J. (2002). *The Terrible, Horrible, No Good, Very Bad Truth about Morality and What to Do About it*. (Dissertação apresentada para a obtenção do grau de doutor em Filosofia). Princeton University. Publicação do Autor.

- Greene, J., Nystrom, L., Engell, A., Darley, J., & Cohen, J. (2004). The Neural Bases of Cognitive Conflict and Control in Moral Judgment. *Neuron*. Vol. 44: pp. 389-400.
- Gyatso, T., Sua Santidade o Dalai Lama. (2000). *Ética para o novo milénio*. Lisboa: Editorial Presença.  
Do original: Ethics for the New Millenium, 1999.
- Haas, L.J., Benedict, J.G., & Kobos, J.C. (1996). Psychotherapy by Telephone: Risks and Benefits for Psychologists and Consumers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27, 154-160.
- Haas, L.J. & Malouf, J.L. (2005). *Keeping up the good work: A practitioner's guide to mental health ethics* (4th ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, Incorporated.
- Habermas, J. (1999). Comentários à ética do discurso. Lisboa: Instituto Piaget. (Do original: Erläuterungen zur Diskursethik, 1991).
- Haidt, J. (2001). The Emotional Dog and Its Rational Tail: A Social Intuitionist Approach to Moral Judgment. *Psychological Review* Vol. 108, (no. 4): pp. 814-834.
- Haidt, J. (2007). The New Synthesis in Moral Psychology. *Science* 316: 998.
- Haidt, J. & Graham, J (2007). When Morality Opposes Justice: Conservatives Have Moral Intuitions that Liberals may not Recognize. *Social Justice Research*. Vol. 20, nº 1. pp. 98-116.
- Handelssman, M.M., Knapp, S. & Gottlieb, M.C. (2005). Training Ethical Psychologists: An Acculturation Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 36, No. 1, 59–65
- Hare-Mustin, R.T., Marecek, J., Kaplan, A.G., & Liss-Levinson, N. (1979). Rights of Clients, Responsibilities of Therapists. *American Psychologist*, 34, 3-16. In Bersoff D.N. (1999). *Ethical Conflicts in Psychology (2nd. Edition)* (pp. 341-345), Washington, DC: American Psychological Association.
- Have, H. & Gordijn, B. (2001). *Bioethics in a European Perspective*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers
- Havranek E.P., & Allen L.A. (2008). Listening to patients. *Journal of the American College of Cardiology*. Nov 18;52(21): pp. 1709-10.
- Heckathorn, D. (1997). Respondent-driven sampling: a new approach to the study of hidden populations. *Social Problems*, Vol. 44, no. 2: pp. 174-199)
- Hegel, G. (1992). *Fenomenologia do espírito*. Petrópolis: Editora Vozes. (Do original: Phänomenologie des Geistes, 1807).

- Herskovits, M.J. (1952). *El hombre y sus obras: la ciencia de la antropología cultural*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Herzog, H. (2005). [Dealing With the Animal Research Controversy](#). In Chana Akins; Sangeeta Panicker & Christopher Cunningham (Eds.). [Laboratory animals in research and teaching: Ethics, care, and methods](#). (pp. 9-29). Washington, DC: American Psychological Association
- Hibell, B., Andersson, B., Bjornason, T., Kokkevi, A., Morgan, M., & Narusk, A. (1995). *European School Survey Project on Alcohol and Drugs. Alcohol and other drugs use among students in 26 European countries*. Common Europe. Pompidou Group.
- Horgan, T. & Timmons, M. (2007). Morphological Rationalism and the Psychology of Moral Judgment. *Ethical Theory & Moral Practice*. Nr. 10: pp. 279–295
- Hottois, G. (1998). Deontologia e Ética Médicas. In Gilbert Hottois e Marie-Hélène Parizeau (Eds.), *Dicionário da Bioética*. Lisboa: Editora Piaget. (Do original: Les mots de la Bioéthique, 1993).
- Hsu, M., Anen, C., & Quartz, S.R. (2008); The Right and the Good: Distributive Justice and Neural Encoding of Equity and Efficiency. *Science* 320, 1092
- Hulley, S., & Cummings, S. (1988). *Designing Clinical Research*. New York: Williams & Wilkins.
- Hume, D. (1998). *An Enquiry Concerning the Principles of Morals*. Edited by Tom Beauchamp. New York: Oxford University Press. (Do original publicado em 1751).
- Illes, J. & Sahakian, B. (2011). *The Oxford Handbook of Neuroethics*. New York: Oxford University Press
- Instituto Nacional de Estatística (2006). *A Península Ibérica em números 2006*. Madrid: Instituto Nacional de Estatística, IP & Instituto Nacional de Estadística
- Instituto Nacional de Estatística (2008). *Anuário Estatístico de Portugal 2007*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP
- Isaacs, M. & Stone, C. (1999). School counselors and confidentiality: Factors affecting professional choices. *Professional School Counseling*. 2, pp. 258-266.
- Jenkinson, J. (1991, March). Restrictions on the Use of Psychological Tests : Who Should Use What? *Australian Psychologist*, Vol. 26, n.º 1.
- Jonas, H. (1990). *Le principe responsabilité*. Paris: Cerf. (Do original: Das Prinzip Verantwortung, 1979).

- Kant, I. (1996). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres (12ª edición)*. Madrid: Edición Luis Martínez de Velasco. Espasa Calpe, S.A. (Do original: Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, 1785).
- Kant, I. (1989). *Crítica da Razão Prática*. Lisboa: Edições 70. (Do original: Kritik des praktischen Vernunft, 1788).
- Kant, I. (1991). On the Common Saying: "This may be true in theory, but it does not apply in practice". In Hans Reiss (Ed.), *Kant: Political Writings*. New York: Cambridge University Press. (Do original: Über den Gemeinspruch: Das mag in der Theorie richtig sein, taugt aber nicht für die Praxis, 1793).
- Kaplan, D. (2000). Using an informed consent brochure to help establish a solid therapeutic relationship. In R.E. Watts (Ed.) *Techniques in marriage and family counselling: Volume one* (pp. 3.10). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Kaptchuk, T., Kelley, J., Conboy, L., Davis, R., Kerr, C., Jacobson, E., Kirsch, I., Schyner, R., Nam, B., Nguyen, L., Park, M., Rivers, A., McManus, C., Kokkotou, E., Drossman, D., Goldman, P., & Lembo, A. (2008). Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *British Medical Journal*. Vol. 336, 999-1003
- Killen, M., Smetana, J. (2006). *Handbook of Moral Development*. London: Routledge.
- Kirshc, M. (1996). Introdução. In Jean-Pierre Changeux (Ed.), *Fundamentos Naturais da Ética*. Lisboa: Instituto Piaget. (Do original: Fondements Naturels de l'Éthique, 1993.)
- Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2009). Long-Term Effects of an Internet-Based Treatment for Posttraumatic Stress. *Cognitive Behaviour Therapy*. Vol. 12(1). pp. 1-6
- Knapp, S.J. & Vandercreek, L.D. (2001). Ethical Issues in Personality Assessment in Forensic Psychology. *Journal of Personality Assessment* 77(2), pp. 242–254
- Knapp, S.J. & Vandercreek, L.D. (2004). A Principle-based analysis of the 2002 American Psychological Association Ethics Code. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. Vol. 41, nº. 3, 247-254
- Knapp, S.J. & Vandecreek, L. D. (2006). *Practical ethics for psychologists: A positive approach*. Washington DC, American Psychological Association
- Knapp, S.J. & Vandecreek, L. D. (2008). The ethics of advertising, billing, and finances in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, Volume 64(5): pp 613-625.

- Koenigs, M., Young, L., Adolphs, R., Tranel, D., Cushman, F., Hauser, M., & Damasio, A. (2007). Damage to the prefrontal cortex increases utilitarian moral judgements. *Nature* April 19; 446(7138): pp. 908-911.
- Kohlberg, L. (1968). The child as a moral philosopher. *Psychology Today*. Vol. 2, no. 4, pp. 24-30
- Koocher, G.P., & Keith-Spiegel, P. (1998). *Ethics in Psychology. Professional standards and cases (2nd edition)*. New York: Oxford University Press, Inc.
- Koocher, G.P. (2003). Ethical Issues in Psychotherapy with Adolescents. [\*Journal of Clinical Psychology\*](#), Vol. 59, pp. 1247-1256.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational Psychological Measurement* 30, 607-610
- Kuczewski, M. (1998). Casuistry and principlism: The convergence of method in biomedical ethics. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 19, 509-524.
- Kumar, R. (1999). *Research methodology. A step-by-step guide for beginners*. London: Sage Publications Ltd.
- LaBrie, J., Pedersen, E., Lamb, T., & Quinlan T. (2007). A campus-based motivational enhancement group intervention reduces problematic drinking in freshmen male college students. *Addictive Behaviour*. Vol. 32(5) pp. 889-901.
- Lagarde, H. (1957). *Manuel de Philosophie: Morale*. Paris: Emmanuel Vitte, Éditeur.
- Lakin, M. (1994). Morality in group and family therapies: Multiperson therapies and the 1992 ethics code. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 344-348.
- Lalande, A. (1985). *Vocabulário – técnico e crítico – da Filosofia*. Porto: Rés-Editora, Lda.
- Laxenaire, M. (1991). Problèmes éthiques en psychothérapie. Tables rondes sur les neurosciences. Journées annuelles d'éthique. In Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. (1992). *Éthique et recherche biomédicale: rapport 1991*. Paris: La documentation française.
- Leach, M.M., & Harbin, J.J. (1997). Psychological ethics codes: A comparison of twenty-four countries. *International Journal of Psychology*, 32 (3), 181-192.
- Lefkowitz, J. (2003). *Ethics and Values in Industrial-Organizational Psychology*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers .
- Lei de Saúde Mental. (1998). *Diário da República – I Série A. N.º 169 de 24 de Julho*.

- Lévi-Strauss, C. (1993). *Tristes trópicos*. Lisboa: Edições 70, Lda. (Do original: Tristes Tropiques, 1955).
- Lindsay, G. (1996). Ethical codes and ethical dilemmas. In Victor Claudio (Ed.) (1998), *Actas do Colóquio Europeu de Psicologia e Ética* (pp. 3-9). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Lindsey, R.T. (1986). Informed consent and deception in psychotherapy research: An ethical analysis. *Counseling Psychologist*, 12, 79-86. In Bersoff D.N. (1999). *Ethical Conflicts in Psychology (2nd. Edition)* (pp. 441-443), Washington, DC: American Psychological Association.
- London, M., & Bray, D.W. (1980). Ethical Issues in Testing and Evaluation for Personnel Decisions. *American Psychologist*, 35, 890-901. In Bersoff D.N. (1999). *Ethical Conflicts in Psychology (2nd. Edition)* (pp. 295-298), Washington, DC: American Psychological Association.
- Lucas, R.L. (1995). *El hombre, espíritu encarnado*. Madrid: Colección Síntesis .
- Lunt, I., Banister, P., & Campbell, E. (2007). EuroPsy is here. *The Psychologist*, July, Vol. 20, nr. 7.
- Machado, P.P. (1996). Princípios éticos da Associação dos Psicólogos Portugueses: Contributos para a regulamentação ética da profissão em Portugal. In Victor Claudio (Ed.) (1998), *Actas do Colóquio Europeu de Psicologia e Ética* (pp. 17-22). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Mackillop, W.J., Stewart, W.E., Ginsburg, A.D., & Stewart, S.S. (1988). Cancer patients' perceptions of their disease and its treatment. *British Journal of Cancer*, 58, pp. 39-46.
- MacLean, P. (1952). Some psychiatric implications of physiological studies on frontotemporal portion of limbic system (visceral brain). *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*. Nov 4(4). Pp. 407-418
- Mahowald, M.B. (1995). Person. In Warren Thomas Reich (Editor in Chief), *Encyclopedia of Bioethics. Revised Edition*, (pp. 1934-1941), Georgetown University. New York: Macmillan Library Reference.
- Mann, T. (1994). Informed consent for psychological research: Do subjects comprehend consent forms and understand their legal rights? *Psychological Science*, 5, 140-143. In Bersoff D.N. (1999). *Ethical Conflicts in Psychology (2nd. Edition)* (pp. 428-430), Washington, DC: American Psychological Association.
- Mappes, T.A., & Zembaty, J.S. (1991). *Biomedical Ethics (3rd. Edition)*. New York: McGraw-Hill, Inc.

- March, S., Spence, S. & Donovan, C..(2009). The efficacy of an internet-based cognitive-behavioral therapy intervention for child anxiety disorders. *Journal of Pediatric Psychology*. Vol. 34(5): pp. 474-487
- Margolin, G. (1982). Ethical and legal considerations in marital and family therapy. *American Psychologist*, vol. 37(7), pp. 788-801.
- Maritain, J. (2001). *Natural Law – Reflections on Theory & Practice*. Indiana: St. Augustine's Press.  
Do original publicado em 1943.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com recurso ao SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marques, M.E. (1996). Ética na avaliação psicológica: Contextos e metodologias. Introdução ao Simposium. In Victor Claudio (Ed.) (1998), *Actas do Colóquio Europeu de Psicologia e Ética* (pp. 163-164). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Märtin, D., Boeck, K. (1997). *O que é a inteligência emocional?* Lisboa: Editora Pergaminho, Lda
- Maslow, A.H. (1987). *Motivation and Personality, Third Edition*. Revised by Frager, R., Fadiman, J., McReynolds, C., & Cox, R. Addison-Wesley Educational Publishers Inc. (Do original publicado em 1954).
- Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807-17
- Matarazzo, J.D. (1986). Computerized clinical psychological test interpretations: Unvalidated plus all mean and no sigma. *American Psychologist*, 41, 14-24.
- Mauss, M. (1988). *Ensaio sobre a dávida*. Lisboa: Edições 70. (Do original: *Essai sur le don, forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, 1923, 1924).
- May, R. (2000). *A psicologia e o dilema humano*. Petrópolis: Editora Vozes. (Do original: *Psychology and the human dilemma*, 1979).
- Mayer, J., DiPaolo, M., & Salovey, P. (1990). Perceiving Affective Content in Ambiguous Visual Stimuli: A Component of Emotional Intelligence. *Journal of Personality Assessment*. Vol. 54 (3), pp. 772-781.
- Mayer, J., Salovey, P., & Caruso, D. (2004). Emotional Intelligence: theory, findings, and implications. *Psychological Inquiry*, vol. 15, 3, 197-215.
- Mayer, J., Salovey, P., Caruso, D., & Sitarenios, G. (2001). Emotional Intelligence as a Standard Intelligence. *American Psychological Association*. Vol. 1, nr. 3, pp. 232–242.

- McBain, J. (2005). Moral Theorizing and intuition Pumps; Or, Should We Worry about People's Everyday Intuitions Regarding Ethical Issues? *Midwest Quarterly*. Vol. 46(3). pp. 268-283.
- McConnell, W.A., & Kerbs, J.J. (1993). Providing Feedback in Research With Human Subjects. *Professional Psychology: Research and Practice*. Vol. 24. n.º 3, 266-270.
- McEvoy, P. (2007). Effectiveness of cognitive behavioural group therapy for social phobia in a community clinic: A benchmarking study. *Behaviour Research and Therapy* Vol. 45 pp. 3030–3040
- McMillan, R.C. (1995). Responsibility *to* or *for* in the physician-patient relationship? *Journal of Medical Ethics*. Apr; 21(2): 112-115.
- Meara, N.M., Schmidt, L.D., & Day, J.D. (1996, January). Principles and virtues: A foundation for ethical decisions, policies, and character. *The Counseling Psychologist*, Vol. 24 n.º 1, 4-77.
- Melo, H., & Nunes, R. (2006). *Projecto de diploma n.º p/06/apb/06 que regula o exercício do direito a formular directivas antecipadas de vontade no âmbito da prestação de cuidados de saúde e cria o correspondente registo nacional*. Porto: Associação Portuguesa de Bioética.
- Meyer, B., Berger, T., Caspar, F., Beevers, C., Andersson, G., & Weiss, M. (2009). Effectiveness of a Novel Integrative Online Treatment for Depression (Deprexis): Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*. Vol. 11(2)
- Michaleli, M. (1996, Décembre). Le désir d'enfant et l'infertilité du couple. Désir de grossesse, désir d'enfant: Aspects psychologiques et sociologiques. Paper presented at Conseil de l'Europe. Troisième Symposium sur la Bioéthique. *L'assistance médicale a la procreation et la protection de l'embryon humain*. Strasbourg.
- Mill, J.S. (1989) *On liberty and other writings* (ed. S. Collini). Cambridge University Press. (Do original: On liberty, 1859).
- Mill, J.S. (2004). *Utilitarismo*. Lisboa: Lisboa Editora. (Do original: Utilitarianism, 1863).
- Miranda, A. (2009). *Bioética e saúde mental. No Limiar dos Limites: O que o Doente Mental Mantém de Homem Ético*. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de mestre em Bioética. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Mobbs, D., Lau, H., Jones, O. & Frith, C. (2007) Law, Responsibility, and the Brain. *PLOS Biology*. April, Vol. 5, (4), pp. 693-700



- Moles, A.A. (1975). *Sociodinâmica da cultura*. São Paulo: Editora Perspectiva. (Do original: Sociodynamique de la Culture, 1967).
- Moleski, S.M. & Kiselica, M.S. (2005). Dual relationships: a continuum ranging from destructive to the therapeutic. *Journal of Counseling and Development*, 83 (1), pp. 3-11.
- Moll, J. Eslinger, P., Oliveira-Souza, R (2001). Frontopolar and anterior temporal cortex activation in a moral judgement task: Preliminary functional MRI results in normal subjects. *Arquivos de neuro-psiquiatria* 59(3-B): pp. 657-664.
- Moll, J., Zahn, R., Oliveira-Souza, R., Krueger F. & Grafman, J. (2005). The neural basis of human moral cognition. *Nature Reviews - Neuroscience* vol. 6: pp. 799-809.
- Monteiro, A. R. (2004). *Educação e Deontologia*. Lisboa: Escolar Editora.
- Montes, J.R., & Haya, J.M.L. (1997). Basic ethical principles in bioethics and biolaw. Mental competence and consent in severe mental disorders. *Working Paper for EU Project Biomed II*. Utrecht.
- Moreira, C. (2009). *As psicopatologias dos alunos em contexto escolar*. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de mestre em Bioética. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Morel, A., Hervé, F., & Fontaine, B. (1998). *Cuidados ao toxicodependente*. Lisboa: Climepsi Editores. (Do original: Soigner les Toxicomanes, 1997).
- Morin, E. (1988). *O Homem e a Morte (2ª edição)*. Mem Martins: Publicações Europa-América, Lda. (Do original: L'Homme et la Mort, 1970).
- Mulligan, R. (2006). Transactional Economics. John Dewey's Ways of Knowing and the Radical Subjectivism of the Austrian School. *Education and Culture* 22(2): pp. 61-82.
- Murphy, K.R., Davidshofer, C.O. (1998). *Psychological testing. Principles and applications (4th. Edition)*. New Jersey: Prentice-Hall International, Inc.
- Myers, D.G. (2002). The Powers and Perils of Intuition. *Psychology Today Magazine*, Nov/Dec.
- Myyry, L. & Helkama, K. (2007). Socio-cognitive conflict, emotions and complexity of thought in real-life morality. *Scandinavian Journal of Psychology*. 48: pp. 247-259.
- National Board of Italian Psychologists. (1989). *Code of Ethics*. Disponível: [http://www.psy.it/codice\\_deontologico\\_inferiore.html](http://www.psy.it/codice_deontologico_inferiore.html)

- Nazareth, J.M. (1996). Aspectos demográficos e de ecologia humana. *In* Luís Archer, Jorge Biscaia e Walter Osswald (Eds.), *Bioética* (pp. 17-33). Lisboa: Editorial Verbo.
- Nederlands Institute for Psychologists. (1998). *Professional Code*. Disponível: <http://www.am.org/iupsys/resources/ethics/ethic-com-natl-list.html>
- Negrete, J. (2001). Harm reduction: quo vadis?. *Addiction*, Vol. 96: pp. 543-545.
- Neisser, U. (1979). The concept of intelligence. *Intelligence*, vol. 3, pp. 217-227.
- Neto, D. (1996). *Tratamento combinado e por etapas de heroinodependentes. Características e evolução de uma amostra*. Lisboa: Universitária Editora.
- Neves, M.P. (1996, Maio/Junho). Repensar o Homem. *Brotéria*. 5/6, Vol. 142; pp. 603-609.
- Neves, M.P. (1997). Autonomia e responsabilidade da pessoa. *Actas do IV Seminário do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida*. Lisboa.
- Neves, M.P. (2000). Ética em Filosofia. Texto de apoio da disciplina de Ética e Filosofia do Mestrado em Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Manuscrito não publicado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Neves, M.P. (2001). A Problemática Contemporânea da Autonomia Moral. *Temas Fundamentais de Ética*. Actas do colóquio de homenagem ao Prof. P. Roque de Aguiar Cabral, S.J. Publicações da Faculdade de Filosofia Universidade Católica Portuguesa, Braga.
- New Zealand Psychological Society (2002). *Code of Ethics*. Disponível: [http://www.psychology.org.nz/Code\\_of\\_Ethics](http://www.psychology.org.nz/Code_of_Ethics)
- Nogueira, C. & Saavedra, L. & Neves, S. (2006). Critical (Feminist) Psychology in Portugal. Will it be possible?. *Annual Review of Critical Psychology*, 5
- Nunes, E.P.L. (1998, Maio). Que é ser pessoa. *Cadernos de Bio-Ética*. Nº 16.
- Nunes, M.L.T. (1993). Entrevista Psicológica. *In* Jurema Alcides Cunha (Ed.), *Psicodiagnóstico-R*. Porto Alegre: Artes Médica.
- Nunes, R. (1995). *Questões éticas do diagnóstico pré-natal da doença genética*. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Nunes, R. (2002). *Bioética e Deontologia Profissional. Relatório sobre o programa, o conteúdo e os métodos do ensino teórico e prático da disciplina de Bioética e Deontologia Profissional*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.

- Nunes, R. (2002b). Deafness, Genetics and Dysgenics. *In* Rui Nunes, Helena Melo, Cristina Nunes (Eds.) *Genoma e Dignidade Humana*. (pp. 51-60) Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.
- Nunes, R. (2005). *Regulação da Saúde*. Porto: Vida Económica
- Nunes, R., & Rego, G. (2002). *Prioridades na saúde*. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal, Lda.
- Nunes, R., & Rodrigues, M.R. (1998). Reabilitação auditiva na infância. Poderes e limites da intervenção médica. *In* Rui Nunes (Ed.), *Controvérsias na Reabilitação da Criança Surda*. Porto: Fundação Eng.º António de Almeida.
- Nunes, R.C. (2008). *A Humanidade, essa desconhecida*. Bond. Book on Demand.
- Oatley, K. & Jenkins, J.M. (2002). *Compreender as emoções*. Lisboa. Instituto Piaget. (Do original: Understanding emotion, 1998).
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2003). *Relatório Anual 2003: A evolução do fenómeno da droga na União Europeia e na Dinamarca*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.
- O'Neill, O. (2004). Informed consent and public health. *Philosophical Transactions of the Royal Society. B Biological Science*. July 29; 359(1447): 1133-1136
- Organização Mundial de Saúde. (1946, June). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference*. New York.
- Orlitzky, M. & Swanson, D. (2006). Socially responsible human resource management: charting new territory. *In* John Deckop (Ed) *Human Resource Management Ethics*. Greenwich: Information Age Publishing
- Ornelas, J.H. (1997). Psicologia comunitária. Origens, fundamentos e áreas de intervenção. *Análise Psicológica*, 3 (XV): pp. 375-388
- Ornelas, J.H. (2007). Psicologia Comunitária. Contributos para o desenvolvimento de serviços de base comunitária para pessoas com doença mental. *Análise Psicológica*. 1 (XXV): pp. 5-11
- Osswald, W. (1999, Agosto/Setembro). A encruzilhada bioética. *Brotéria*. 2/3, Vol. 149; pp. 231-235.

- Palha, A.P., & Esteves, M. (2008). Drugs of abuse and sexual functioning. *Advances in Psychosomatic Medicine*. Vol. 29. pp. 131-159.
- Patrício, L. (2002). *Droga: Para que se saiba*. Lisboa: Editora Figueirinhas.
- Peele, S., & Brodsky, A. (1991). *The truth about addiction and recovery: The life process program for outgrowing destructive habits*. New York: Fireside.
- Pellegrino, E.D. (2000). Bioethics at century's turn: Can normative ethics be retrieved? *Journal of Medicine and Philosophy*. Vol. 25, n.º 6, pp. 655-675.
- Pellegrino, E.D. (2001). The internal morality of clinical medicine: A paradigm for the ethics of the helping and healing professions. *Journal of Medicine and Philosophy*. Vol. 26, n.º 6, pp. 559-579.
- Peterson, Z. (2002). More than a mirror: the ethics of therapist self-disclosure. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training*. Vol. 39(1), pp.21-31
- Petot, J.M. (2001). Arquétipo. In Roland Doron e Françoise Parot (Eds.), *Dicionário de Psicologia* (p. 83). Lisboa: Climepsi Editores. (Do original: Dictionnaire de Psychologie, 1991).
- Petrie, A., & Sabin, C. (2000). *Medical statistics at a glance*. London: Blackwell Science.
- Pettifor, J.L. (1996, February). Ethics: Virtue and politics in the science and practice of psychology. *Canadian Psychology*. 37(1): 1-12.
- Pettifor, J.L. (2004). Professional ethics across national boundaries. *European Psychologist*, Vol. 9, nr. 4, December, pp. 264-272
- Pinto, A.C. (2001). *Psicologia Geral*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Pinto, A. C. (2002). Uma leitura comentada de dois artigos de J. Ferreira Marques sobre a Psicologia em Portugal e uma reflexão sobre cenários futuros. In *Homenagem ao Prof. Doutor J. Ferreira Marques* (pp. 23-38). Lisboa: Stória Editores
- Pipes, R.B. (1997). Nonsexual relationships between psychotherapists and their former clients: Obligations of psychologists. *Ethics & Behaviour*, 7(1):pp. 27-41.
- Pittenger, D. (2002). Deception in Research: Distinctions and Solutions From the Perspective of Utilitarianism. *Ethics & Behaviour*, 12(2): pp. 117-142
- Plano Nacional para a redução dos problemas ligados ao álcool 2009-2012 (2009). Instituto da Droga e da Toxicodependência. Consultado em 27 de Janeiro de 2010: [http://www.idt.pt/pt/noticias/documents/2009/05/pnrpla2009\\_2012.doc](http://www.idt.pt/pt/noticias/documents/2009/05/pnrpla2009_2012.doc)

- Pope, K.S. (1991). Dual relationships in psychotherapy. *Ethics and Behaviour*, 1, 22-34. In Bersoff D.N. (1999). *Ethical Conflicts in Psychology (2nd. Edition)* (pp. 231-234), Washington, DC: American Psychological Association.
- Pope, K., Keith-Spiegel, P. (2008). A Practical Approach to Boundaries in Psychotherapy: Making Decisions, Bypassing Blunders, and Mending Fences. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 64(5): pp. 638-652.
- Pope, K., Keith-Spiegel, P. & Tabachnick, B. (1986). *American Psychologist*. Vol 41(2), pp. 147-158.
- Pope, K., Sonne, J. & Holroyd, J. (1993). *Sexual feelings in psychotherapy: Explorations for therapists and therapists-in-training*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Pope, K. & Vasquez, M. (2001). *Ethics in Psychotherapy and Counseling. A practical guide. Second Edition*. San Francisco, CA: Jossey-Bass
- Potter, V. (1970). Bioethics, the science of survival. *Perspectives in Biology and Medicine, Autumn*: 127-153.
- Privitera, S. (2001). Utilitarismo. In S. Leone, S. Privitera, J. T. Cunha (Eds.), *Dicionário de Bioética* (pp. 1114-1115). V. N. Gaia: Editorial Perpétuo Socorro.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (2003). The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of change. In John Norcross & Marvin Goldfried (Eds.) *Handbook of psychotherapy integration. Second Edition*. New York: Oxford University Press.
- Pryor, R. (1988, January). Conflicting responsibilities: A case study of an ethical dilemma for psychologists working in organisations. *NSW Department of Industrial Relations and Employment. Information Paper*.
- Pryor, R. (1989, September). Test use: training and qualifications. *NSW Department of Industrial Relations and Employment. Information Paper*.
- Psychological Society of Ireland. (2008). *Code of Professional Ethics*. Disponível: [www.psihq.ie/Code%20of%20Ethics.2008.doc](http://www.psihq.ie/Code%20of%20Ethics.2008.doc)
- Quirk, M.J. (1995). Ethics: Moral epistemology. In Warren Thomas Reich (Editor in Chief), *Encyclopedia of Bioethics. Revised Edition*, (pp. 727-736), Georgetown University. New York: Macmillan Library Reference.
- Ramião, T. (2006). *Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo*. Lisboa: Quid Júris - Sociedade Editora

- Ramos, T. (2009). *A intervenção na Criança/ Jovem em Risco – Um percurso a construir*. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de mestre em Bioética. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Rapin, L. (2004). Guidelines for ethical and legal practice in counseling and psychotherapy groups. In Janice DeLucia-waack, Deborah Gerrity, Cynthia Kalodner and Maria Riva (Eds.) *Handbook of Group Counseling and Psychotherapy* (pp. 151-169). Thousand Oaks: Sage Publications Inc.
- Rawls, J. (1993). *Uma teoria da justiça*. Lisboa: Editorial Presença. (Do original: A Theory of Justice, 1971).
- Reber, A. & Reber, E. (2001). *The Penguin Dictionary of Psychology*. London: Penguin Books
- Reeves, H. (2000). *Aves, maravilhosas aves. Os diálogos do céu e da vida*. Lisboa: Gradiva – Publicações, Lda.
- Rego, G. & Nunes, R. (2010). *Gestão da Saúde*. Lisboa: Prata & Rodrigues Publicações, Lda.
- Renaud, M. (1994, Dezembro). A intimidade e a alteridade da pessoa. *Cadernos de Bio-Ética*. Nº 7.
- Renaud, M. (1996). Os direitos das gerações vindouras. In Luís Archer, Jorge Biscaia e Walter Osswald (Eds.), *Bioética* (pp. 150-154). Lisboa: Editorial Verbo.
- Renaud, M. (1998). A tensão entre o bem da pessoa e o bem comum. In *Bem da pessoa e bem comum. Um desafio à Bioética* (pp. 9-16). Coimbra: Centro de Estudos de Bioética e Gráfica de Coimbra.
- Renaud, M. (2001). Ética de hoje, ética de amanhã. In Luís Archer, Jorge Biscaia, Walter Osswald, e Michel Renaud (Eds.), *Novos Desafios à Bioética* (pp. 13-19). Porto: Porto Editora.
- Renaud, I.C.R., Renaud, M. (1991). Moral. In *Logos: enciclopédia luso-brasileira de filosofia (1ª edição, reimpressa em 1999)*, 3º Volume. Lisboa: Editorial Verbo.
- Richard, D., Senon, J.L. (1999). *Dictionnaire des Drogues, des toxicomanies et des dépendances*. Paris: Larousse-Bordas.
- Richelle, M. (2001). Psicologia. In Roland Doron e Françoise Parot (Eds.), *Dicionário de Psicologia* (pp. 618-619). Lisboa: Climepsi Editores. (Do original: Dictionnaire de Psychologie, 1991).
- Ricou, M. (1998). Ética e Saúde Mental. In Daniel Serrão e Rui Nunes (Eds.), *Ética em Cuidados de Saúde* (pp. 61-80). Porto: Porto Editora.

- Ricou, M. (2000). Cultura Surda: um conceito a testar? *In* Rui Nunes (Ed.), *Perspectivas na Integração da Pessoa Surda* (pp. 243-254). Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.
- Ricou, M. (2002). Dimensão Psicológica da Genética Clínica, *In* Rui Nunes, Helena Melo e Cristina Nunes (Eds.) *Genoma e Dignidade Humana* (pp.61-70). Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.
- Ricou, M. (2003). Abordagem Clínica e Jurídica à Criança Maltratada: a perspectiva da psicologia. *Revista de educação social*, (pp. 131-140). Porto: Universidade Portucalense Infante D. Henrique
- Ricou, M. (2004). A Dependência: Doença ou Alienação Social? *In* Rui Nunes, Miguel Ricou, Cristina Nunes (Eds.) *Dependências Individuais e Valores Sociais* (pp. 83-98). Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Coimbra, Gráfica de Coimbra, Lda.
- Ricou, M. (2004b). Psicologia da Criança e do Adolescente: uma abordagem a partir da ética profissional. *Nascer e Crescer. Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*. (pp. 234-238) Vol. XIII, n.º 3
- Ricou, M. (2005). The Urgency of an Ethics Code of Conduct for Portuguese Psychologists. *International Psychology Reporter* (pp. 19-20) Vol. 9, n.º 2, Spring/Summer.
- Ricou, M; Salgado, J; Alves, C; Duarte, I; Teixeira, Z; Barrias, J; Nunes, R (2004) A comunicação e a alteração de comportamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, Vol. 5, n.º 2: pp. 131-144.
- Ricou, M., Teixeira, Z., Figueiredo, C., Duarte, I., & Barbosa, J. (2001). Álcool, gravidez e informação. Uma perspectiva ética. *In* Rui Nunes e Helena Melo (Eds.) *A Ética e o Direito no Início da Vida Humana* (pp. 221-244). Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.
- Riper, H., Kramer, J., Smit, F., Conijn, B., Schippers, G., & Cuijpers, P. (2008). Web-based self-help for problem drinkers: a pragmatic randomized trial. *Addiction*. Vol. 103(2): pp. 218-227
- Risen, J. & Gilovich, T. (2008). Why People Are Reluctant to Tempt Fate. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 95,( No. 2): pp. 293-307.
- Ritterband, L., Thorndike, F., Cox, D., Kovatchev, B., & Gonder-Frederick, L.(2009). A Behavior Change Model for Internet Interventions. *Annals of Behavioral Medicine*. Vol 38, Nr. 1, pp. 18-27

- Ritterband, L., Thorndike, F., Gonder-Frederick, L., Magee, J., Bailey, E., Saylor, D., & Morin, C. (2009). Efficacy of an Internet-based behavioral intervention for adults with insomnia. *Archives of General Psychiatry*. Vol. 66(7). Pp. 692-698
- Riva, M. (2004). Current and historical perspectives on the field of group counseling and psychotherapy. In Janice DeLucia-waack, Deborah Gerrity, Cynthia Kalodner and Maria Riva (Eds.) *Handbook of Group Counseling and Psychotherapy* (pp. 1-3). Thousand Oaks: Sage Publications Inc.
- Rodolfa, E., Ko, S., & Petersen, L. (2004). Psychology Training Directors' Views of Trainees' Readiness to Practice Independently. *Professional Psychology: Research and Practice*. Vol 35(4), Aug, pp. 397-404
- Rodrigues, C., Teixeira, J.M., & Gomes, M.F. (1989). *Afectividade*. Porto: Autores e Contraponto, edições.
- Rodrigues, J.V. (2001). *O Consentimento informado para o acto médico no ordenamento jurídico português (elementos para o estudo da manifestação da vontade do paciente)*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Rogers, C. (1974). *Psicoterapia e consulta psicológica*. Lisboa: Moraes Editores. (Do Original: Counseling and psychotherapy, 1942).
- Rosenthal, R. (1994). Science and Ethics in Conducting, Analysing, and Reporting Psychological Research. *Psychological Science*, 5, 127-133. In Bersoff D.N. (1999). *Ethical Conflicts in Psychology (2nd. Edition)* (pp. 407-413), Washington, DC: American Psychological Association.
- Rotgers, F. (1998). Beyond the war on drugs: Harm-reduction in correction. *Corrections Today*, 60, vol. 6: pp. 110-114.
- Rousseau, P. (2009). The other person. *JAMA* Vol. 302 No. 8: 832
- Russ, S.W. (2001). Tackling Ethical Dilemmas in Personality Assessment. *Journal of Personality Assessment*. 77(2). pp. 255-258
- Sá, E. (1996). Apanhar sol por dentro... Reflexões a propósito da ética na avaliação clínica. In Victor Claudio (Ed.) (1998), *Actas do Colóquio Europeu de Psicologia e Ética* (pp. 151-154). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Sá, E. (1997). Aspectos psicológicos da esterilidade e da infertilidade. In Eduardo Sá (Ed.). *A maternidade e o bebé*. Lisboa: Fim de Século Edições.
- Sá, E. (2009). *Esboço para uma nova Psicanálise*. Coimbra: Edições Almedina, SA
- Salovey, P. & Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*. Vol. 9. pp. 185-211.



- Savater, F. (1993). *Ética para um jovem*. Lisboa: Editorial Presença. (Do original: *Ética para Amador*, 1993).
- Schank, J.A., & Skovholt, T.M. (1997). Dual-relationship dilemmas of rural and small-community psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28, 44-49.
- Schein, E.H. (1982). *Psicologia Organizacional (3ª edição)*. Rio de Janeiro: Editora Prentice-Hall do Brasil, Lda. (Do original: *Organizational Psychology (3rd. Edition)*, 1980).
- Schnall, S., Haidt, J., Clore G.L. & Jordan, A.H. (2008). Disgust as Embodied Moral Judgment. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 34; 1096
- Schuckit, M.A. (1998). *Abuso de álcool e drogas (4ª edição)*. Lisboa: Climepsi Editores. (Do original: *Drug and Alcohol Abuse – a Clinical Guide to Diagnosis and Treatment – Fourth Edition*, 1995).
- Schutte, N.S., Malouff, J., Thorsteinsson, E.B., Bhullar, N., & Rooke, S.E. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and individual differences*. Vol. 42: pp. 921-933.
- Seitz, J., & O'Neill, P. (1996, February). Ethical decision-making and the code of ethics of the Canadian Psychological Association. *Canadian Psychology*, 37(1): 23-30.
- Sen P., Gordon, H., Adshead, G., & Irons, A. (2007). Ethical dilemmas in forensic psychiatry: two illustrative cases. *Journal of Medical Ethics* 33: pp. 337-341.
- Serrão, D. (1998). A comunicação gestual e a evolução do homem. In Rui Nunes (Ed.) *Controvérsias na reabilitação da criança surda* (pp. 13-23) Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina do Porto e Gabinete de Investigação de Bioética da Universidade Católica Portuguesa. Porto: Edição Fundação Eng. António de Almeida.
- Serrão, D. (1998). Ética das atitudes médicas em relação com o processo de morrer. In Daniel Serrão e Rui Nunes (Eds.), *Ética em Cuidados de Saúde* (pp. 83-92). Porto: Porto Editora.
- Shapiro, D.E., & Schulman, C.E. (1996). Ethical and Legal Issues in E-Mail Therapy. *Ethics & Behaviour*, 6(2), 107-124.
- Sharpe, V.A. (2000, February). "Behind closed doors": Accountability and responsibility in patient care. *The Journal of Medicine and Philosophy*. Vol. 25 (1), 28-47.

- Silva, C. (1996). A doença oncológica. *In* Luís Archer, Jorge Biscaia e Walter Osswald (Eds.), *Bioética* (pp. 302-305). Lisboa: Editorial Verbo.
- Silva, J., & Pires, A. (1996). A ética na investigação em psicologia. *In* Victor Claudio (Ed.) (1998), *Actas do Colóquio Europeu de Psicologia e Ética* (pp. 181-183). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Silva, P.M. (1997). *Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina anotada*. Lisboa: Edições Cosmos.
- Simões, M.M., & Almeida, L.S. (1996). Problemas éticos e deontológicos na prática da avaliação psicológica. *In* Victor Claudio (Ed.) (1998), *Actas do Colóquio Europeu de Psicologia e Ética* (pp. 169-177). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Sinclair, C. S., Norma P. & Pettifor, J.L. (1996). The history of Ethical Codes and Licensure. *In* Larry J. Bass & Stephen T. DeMers (Eds), *Professional conduct and discipline in psychology* (pp. 1-16). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sindicato Nacional dos Psicólogos (2009). Disponível em <http://www.snp.pt>
- Singapore Psychological Society. (2000). *Code of Professional Ethics*. Disponível em <http://www.singaporepsychologicalsociety.org/code.cfm>
- Singer, P. (1994). *Ética Prática (1ª edição brasileira)*. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora, Lda. (Do original: *Practical Ethics – Second Edition*, 1993).
- Singer, P. (2005). Ethics and Intuition. *The Journal of Ethics*. 9: 331-352
- Singer, T. (2007). The neuronal basis of empathy and fairness. *Novartis Foundation Symposium*. Vol. 278, pp. 20-30
- Single, E. (1995). Defining harm reduction. *Drug and Alcohol Review*, Vol. 14: pp. 287-290.
- Sleek, S. (1995, November). Online therapy services raise ethical questions. *APA Monitor*, p. 9.
- Sleek, S. (1996). Ethical dilemmas arise treating AIDS patients. *APA Monitor on Psychology*, 27(6), 30.
- Slimp, P.A., & Burian, B.K. (1994). Multiple Role Relationships During Internship: Consequences and Recommendations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 39-45. *In* Bersoff D.N. (1999). *Ethical Conflicts in Psychology (2nd Edition)* (pp. 266-269), Washington, DC: American Psychological Association.

- Slote, M. (1995). Ethics: Task of ethics. In Warren Thomas Reich (Editor in Chief), *Encyclopedia of Bioethics. Revised Edition*, (pp. 720-726), Georgetown University. New York: Macmillan Library Reference.
- Smith, D. (2003, January). What do you need to know about the new code. *APA Monitor on Psychology, Vol. 34, n° 1*, pp. 62-65.
- Solomon, W.D. (1995). Ethics: Normative ethical theories. In Warren Thomas Reich (Editor in Chief), *Encyclopedia of Bioethics. Revised Edition*, (pp. 736-747), Georgetown University. New York: Macmillan Library Reference.
- Somberg, D.R., Stone, G.L., & Claiborn, D.C. (1993). Informed consent: Therapists' beliefs and practices. *Professional psychology: Research and practice, 24*, 153-159.
- Sonne, J.L. (1994). Multiple relationships: Does the new ethics code answer the right questions? *Professional Psychology: Research and Practice, 25*, 336-343. In Bersoff D.N. (1999). *Ethical Conflicts in Psychology (2nd. Edition)* (pp. 227-230), Washington, DC: American Psychological Association.
- Sonne, J.L. (2007). Nonsexual Multiple Relationships: A Practical Decision-Making Model For Clinicians. *The Independent Practitioner*
- Sousa, M.P. (1982). Problemas éticos na *praxis* clínica psiquiátrica. *Psiquiatria Clínica; Vol. 3, (3)*, pp. 127-139.
- Spiegel, D. & Harrington, A. (2008). What is the placebo worth? The doctor-patient relationship is a crucial part of its value. *British Medical Journal*, Vol. 336: 967-968.
- Spinoza, B. (1996). *Ethics*. London: Penguin Books. (Do original: *Ethica Ordine Geometrico Demonstrata*, 1677).
- Spreen, M. (1992). Rare populations, hidden populations, and link-tracing designs: What and why? *Bulletin de Methodologie Sociologique. Vol. 6*. pp. 34-58
- Sternberg, R.J. (1985). Implicit Theories of Intelligence. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 49, nr. 3, pp. 607-627
- Sternberg R.J. & Lubart T.I. (1995). *Defying the Crowd: Cultivating Creativity in a World of Conformity*. New York: The Free Press.
- Stolorow, R.D. (1992). Subjectivity and self psychology: a personal odyssey. In Arnold Goldberg (Ed.) *New Therapeutic visions. Progress in Self Psychology. Vol. 8* (pp. 241-250). Hillsdale: The Analytic Press
- Stott, L.H. & Ball, R.S. (1965). Intelligence: A changing concept. *Monographs of the Society for Research on Child Development*, vol. 30, pp. 4-45.

- Suhler, C. & Churchland, P. (2011). The neurobiological basis of morality. In Judy Illes and Barbara Sahakian (Eds.) *The Oxford Handbook of Neuroethics* (pp. 33-58). New York: Oxford University Press
- Sullivan, T., Martin, W.L., & Handelsman, M. (1993). Practical benefits of an informed-consent procedure: An empirical investigation. *Professional Psychology: Research and practice*, 24, 160-164.
- Sutton, A. (1997). Authority, autonomy, responsibility and authorisation: with specific reference to adolescent mental health practice. *Journal of Medical Ethics*. Feb; 23(1): 26-31
- Szasz, T. (1960). Ideology and Insanity. *The American Psychologist*, 1960. In Thomas Mappes & Jane Zembaty (1991). *Biomedical Ethics (3rd. Edition)* (pp. 263-268), New York: McGraw-Hill, Inc.
- Szasz, T. (1982). The psychiatrist as moral agent. *Whittier Law Review* 4(1): 77-85.
- Tancredi, L. (2005). *Hardwired Behavior. What neuroscience reveals about morality*. New York: Cambridge University Press.
- Tangney, J., Debra J. & Mashek, D. (2007). Moral Emotions and Moral Behavior. *The Annual Review of Psychology*. 58:23. pp. 1-28
- Teixeira, J.C. (2006). Introdução à psicoterapia existencial. *Análise psicológica* 3(XXIV): pp. 289-309.
- Thévenot, X. (1985). *Repères éthique pour un monde nouveau (4<sup>ème</sup> édition)*. Paris: Editions Salvator.
- Thomas, J.T. (2007). Informed Consent Through Contracting for Supervision: Minimizing Risks, Enhancing Benefits. *Professional Psychology: Research and Practice*. Vol.38, nr. 3, pp. 221-231
- Titchener, E.B. (1915). Psychology: What it is and what it does. In: *A beginner's psychology*. (pp. 1-42) New York: MacMillan Co.
- Tranel, D. (1994). The release of psychological data to nonexperts: Ethical and legal considerations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 33-38. In Bersoff D.N. (1999). *Ethical Conflicts in Psychology (2nd. Edition)* (pp. 303-307), Washington, DC: American Psychological Association.
- Trull, T. (2005). *Clinical psychology (7<sup>th</sup> ed.)*. Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.
- Turiel, E. (2006). Thoughts, emotions, and social interactional processes in moral development. In M. Killen & J. Smetana (Eds.). *Handbook of Moral Development*. London: Routledge.

- Turkat, I. (1986). The behavioral interview. In A. Ciminero, K. Calhoun & H. Adams (Eds.). *Handbook of Behavioral Assessment (2nd. Edition)*. New York: Wiley
- Vallejo, R.J. (1991). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.
- VandeCreek, L., & Knapp, S. (2000). Risk management and life-threatening patient behaviors. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 56(10), pp. 1335-1351.
- Varela, F., Thompson, E., & Rosch, E. (2001). *A Mente Corpórea – Ciência Cognitiva e Experiência Humana*. Lisboa: Instituto Piaget. (Do original: *The Embodied Mind*, 1991).
- Varela, S. (2010). *O sentido de moral. O sentimento de compaixão na origem da natureza humana segundo Charles Darwin* [Documento em PDF]. Disponível em <http://sites.google.com/site/susanaamvarela>
- Vendrell, N. (1995). Le code déontologique. Un instrument de travail pour la profession. In Patrick Cohen e Frederico Pereira (Eds.), *Euroethique. Actes des Premières Rencontres Professionnelles des Psychologues de l'Europe du Sud* (pp. 43-45). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada CRL.
- Veríssimo, R. (1999). *Normalidade, alienação e saúde mental*. Texto de apoio da disciplina de Psicologia Médica da Licenciatura em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Manuscrito não publicado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Veríssimo, R., Ricou, M., & Pereira, C.L. (2008). Inteligência Emocional e Somatização em Clínica Geral. *Arquivos de Psiquiatria*, Volume V, números 1/2, pp. 95-99.
- Vieira, F.S. (1996). Ética e lei em psiquiatria. "Rio com piranha jacaré come de costas". *Psiquiatria Clínica*; Vol. 17, (2), pp. 133-137.
- Vignemont, F. & Singer, T. (2006). The empathic brain: how, when and why? *Trends in Cognitive Sciences*. Vol.10 No.10
- Vyse, S. (1997). *Believing in magic: The psychology of superstition*. New York: Oxford University Press
- Walker, N.W., & Myrick, C.C. (1985, Spring). Ethical considerations in the use of computers in psychological testing and assessment. *Journal of School Psychology*, Vol. 23 (1), pp. 51-57.
- Wampold, B.E., Minami, T., Tierney, S.C., Baskin, T.W., Bhati, K.S. (2005). The Placebo Is Powerful: Estimating Placebo Effects in Medicine and Psychotherapy

- From Randomized Clinical Trials. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 61(7 ): 835-854
- Warmerdam, L., Straten, A., Twisk, J., Riper, H., & Cuijpers, P. (2008). Internet-based treatment for adults with depressive symptoms: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*. Vol. 10(4)
- Watzlawick, P. (1991). *A realidade é real?* Lisboa: Relógio d'Água Editores Lda. (Do original: How real is real? Confusion, disinformation, communication, 1977).
- Weiner, I.B. (1989). On competence and ethicality in psychodiagnostic assessment. *Journal of Personality Assessment*, 53(4), 827-831.
- Whimster, S. (2004). *The Essential Weber: a reader*. London: Routledge.
- Widiger, T.A., & Rorer, L.G. (1984). The Responsible Psychotherapist. *American Psychologist*, 39, 503-515. In Bersoff D.N. (1999). *Ethical Conflicts in Psychology (2nd. Edition)* (pp. 348-354), Washington, DC: American Psychological Association.
- Widlöcher, D. (2001). Consciência. In Roland Doron e Françoise Parot (Eds.), *Dicionário de Psicologia* (p. 83). Lisboa: Climepsi Editores. (Do original: Dictionnaire de Psychologie, 1991).
- Wier, M., Ariëns, G., Dekkers, J., Hendriksen, I., Smid, T., & Mechelen, W. (2009). Phone and e-mail counselling are effective for weight management in an overweight working population: a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. Vol. 9(6)
- Williams, B. (1987). *Introducción a la ética*. Madrid: Ediciones Cátedra, S.A. (Do original: *Morality: An introduction to ethics*, 1972).
- Williams, J., Watts, F., MacLeod, C. & Mathews, A. (2000). *Psicologia cognitiva e perturbações emocionais*. Lisboa: Climepsi Editores. (Do original: *Cognitive psychology and Emotional Disorders*, 1997).
- Winslade, W.J. (1978). Confidentiality. In Warren T. Reich (Ed.), *Encyclopedia of bioethics*. New York: The Free Press.
- World Medical Association. (2008, October). *Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Edimburgh. Disponível em [www.wma.net](http://www.wma.net)
- World Psychiatric Association. (1996/2005). *Declaration of Madrid*. As approved by the General Assembly of the World Psychiatric Association in Madrid, Spain, on August 25.

- Young, L., & Koenigs, M. (2007). Investigating emotion in moral cognition: a review of evidence from functional neuroimaging and neuropsychology. *British Medical Bulletin* 84: 69–79
- Zhang, W., Robertson, J., Jones, A.C., Dieppe, P.A., & Doherty, M. (2008). The placebo effect and its determinants in osteoarthritis: meta-analysis of randomised controlled trials. *Annals of the Rheumatic Diseases*; 67;1716-1723.
- Zinnbauer, B. & Pargament, K. (2000). Working with the sacred: four approaches to religious and spiritual issues in counselling. *Journal of Counseling and Development*, 78(2), pp. 162-171

# **ANEXO I**



## 1 – CONSENTIMENTO INFORMADO EM PSICOLOGIA

O consentimento informado constitui-se como uma obrigação ética e legal do psicólogo no sentido da prestação de toda a informação necessária para que o cliente possa compreender e assentir na intervenção considerada pertinente (Barnett, 2007). Contudo, ainda que obrigatório, o consentimento não deve ser interpretado como tal, ou seja, não deve ser essa obrigatoriedade que deve motivar o profissional para a sua obtenção no início de uma relação clínica ou na realização de qualquer procedimento específico. A obtenção do consentimento informado deve passar por um processo pelo qual se pretende promover o máximo de confiança possível da pessoa na relação a construir, a fim de se conseguir um maior sucesso terapêutico. Sullivan, Martin e Handelsman (1993) apontam que os profissionais que procedem à obtenção de consentimento informado são classificados pelos seus pacientes como mais competentes e como sendo de maior confiança, o que vem ilustrar o que acaba de ser dito. Na realidade, o paradigma do consentimento informado será a tomada de uma decisão conjunta entre o psicólogo e o paciente, no que respeita à definição de objectivos e às estratégias de intervenção, o que permitirá um maior envolvimento do sujeito no processo (Beahrs & Gutheil, 2001) e resultará numa maior satisfação da sua parte (Knapp e VandeCreek, 2006).

Mas o que será uma quantidade de informação razoável para que o consentimento seja de facto informado? A resposta a esta questão constitui-se como uma das maiores dificuldades relacionadas com a obtenção de um consentimento válido. Se a noção de “informação razoável” poderia ser um critério baseado na noção do que uma pessoa razoável deseja saber sobre um qualquer procedimento antes de o aceitar, a verdade é que as diferenças entre as pessoas são por vezes de tal ordem que o critério de “média” se torna redutor. Se até no ensino o conceito de “aluno médio” está ultrapassado, na saúde mental, em que existe um pressuposto de heterogeneidade, dificilmente este conceito poderia ser pacífico.

Na verdade, e porque existe a necessidade de construir uma relação terapêutica, torna-se fundamental a criação de uma relação de confiança entre o psicólogo e o

paciente que promova o conhecimento do segundo por parte do primeiro. Este conhecimento é mandatório já que o técnico não pode saber à partida o que será melhor para o seu cliente; de facto, se as pessoas são todas diferentes, torna-se impeditivo saber com segurança o que será melhor para o outro, como será que ele melhor poderá atingir a sua condição de normalidade.

A discussão do conceito de normalidade decorre pois disto mesmo, pois será muito difícil definir o que é normal para qualquer outra pessoa que não nós próprios. O estabelecimento da relação, através de um processo comunicacional competente, desempenhará um papel central na persecução deste objectivo.

A verdade é que a área da saúde mental implica complexidades muito próprias em virtude da elevada prevalência de dificuldades cognitivas e de perturbações emocionais que poderão condicionar a capacidade de decisão. Nesta perspectiva, as dificuldades para se conseguir um consentimento válido serão ainda maiores. Por isso mesmo, serão discutidas a noção de competência diminuída e o problema do tratamento compulsivo. A definição de saúde mental torna-se, neste contexto, determinante, pelo que será também objecto de uma pequena reflexão. A questão do consentimento informado será ainda abordada ao longo da maioria dos próximos capítulos no contexto dos temas tratados.

## **1.1 – NORMALIDADES E ANORMALIDADES NA SAÚDE MENTAL**

O termo saúde, e o seu oposto doença, podem ter diversas conotações e interpretações, sendo sempre difícil definir de um modo claramente objectivo um estado de saúde ou de doença. Hoje em dia, numa sociedade de consumo como aquela em que vivemos, onde o hedonismo é um dos valores centrais (Ricou, 2004), uma das referências principais para definir saúde ou doença é a noção de bem-estar ou, numa forma mais estruturada, de qualidade de vida.

Uma das grandes dificuldades para avaliar a qualidade de vida ou o bem-estar de alguém é a subjectividade que estes conceitos implicam. Se no que respeita à dor, expoente do sofrimento físico, esta apresenta dimensões que dependem da

avaliação individual (Cassel, 1995), quando se entra em campos relacionados com o sofrimento decorrente da gestão emocional, da capacidade perceptiva ou do resultado dos comportamentos, poderá imaginar-se a dificuldade em conseguir referências claras e determinantes da presença de um estado de saúde ou de doença. Será por isso mesmo que são frequentes as expressões populares referentes à perturbação mental como será exemplo “de médico e de louco todos temos um pouco”. Vivemos na sociedade da “diferença” onde esta, para lá de ser aceite, é encorajada, sendo cada vez mais verdade que a riqueza do ser humano está na sua diversidade. Então torna-se difícil, senão a partir do próprio sujeito, discernir entre aquilo que poderá ser saúde ou doença mental, entre aquilo que poderá ser considerada como uma diferença normal ou uma diferença patológica. Deverá ser este o primeiro passo do psicólogo na abordagem a qualquer cliente<sup>74</sup>, aferir sobre a normalidade de determinado comportamento, emoção ou pensamento.

Se em todas as áreas que implicam uma abordagem centrada na pessoa humana a relação estabelecida entre os intervenientes é essencial, quando se pretende aceder a questões relacionadas com o psiquismo de um qualquer indivíduo, a comunicação assume aspectos que se configuram como paradigmáticos. Ora o diálogo exige encontro, e esse encontro exige regras de funcionamento, que neste tipo de relação assumem características peculiares e singulares.

Numa relação entre duas pessoas, existem, na maioria das vezes, motivações diferentes. Na relação entre o profissional de saúde e o seu cliente, essas diferenças podem assumir contornos ainda mais claros, sendo que desta forma, os desencontros poderão ser frequentes. Basicamente, a motivação é a energia que leva a pessoa a escolher determinado rumo, é o mecanismo que entra em acção quando esta tem que tomar qualquer resolução no sentido da satisfação de uma

---

<sup>74</sup> Tal como já foi feita referência no capítulo 3 – A organização formal da psicologia num contexto bioético – considera-se a psicologia como uma profissão ligada à área da saúde ainda que não trabalhe apenas os processos de doença. Por isso mesmo a questão da normalidade deve ser tida em conta em função das diversas áreas de trabalho da psicologia. Contudo, parece evidente que será na área clínica que esta problemática se torna mais evidente e pertinente. É mais vezes na psicologia clínica que há pedidos de ajuda por parte dos sujeitos por algum tipo de incapacidade funcional dos mesmos. Será nestes casos que, em primeira instância, o psicólogo deverá aferir da normalidade desses comportamentos e nesse sentido sobre a necessidade de ajudar a pessoa na alteração dos mesmos.

qualquer necessidade. Nesse sentido, assume contornos éticos, uma vez que implica uma opção valorativa. No entanto, estas motivações não dependem única e exclusivamente da vontade do sujeito, sendo que, muitas vezes, podem estar no plano inconsciente, transmitindo verdades que interferem na objectividade da comunicação (Bernardo, 1998).

Considerando a comunicação tão importante, será essencial não esquecer que comunicar é muito diferente de informar. A comunicação é um conjunto de transacções que podem assumir os mais diferentes formatos. Nesse sentido, parece claro que o psicólogo deverá ter em atenção que o quadro de referências é variável de pessoa para pessoa, o que leva, como já foi referido, a motivações diferentes no momento do estabelecimento da relação. Serão, aliás, essas referências, que poderão assumir o formato de princípios de vida, que dão a percepção da individualidade, ou seja, da identidade pessoal.

Nunca devem, então, ser dados como adquiridos os objectivos que levam um qualquer indivíduo a consultar o profissional. Este deverá socorrer-se de toda a sua *imaginação psicológica* no sentido de olhar sempre para o outro como alguém totalmente diferente, e deste modo respeitar a unicidade de cada ser humano, tentando inferir sobre os seus modos de funcionamento e sobre os seus valores éticos e culturais – enfim, sobre a sua normalidade.

### **1.1.1 – A normalidade**

Claro que a definição de normalidade não é simples. No mundo em que hoje vivemos estamos constantemente a ser confrontados com a diferença, sendo esta uma inerência do nosso modelo social. O mundo é cada vez mais complexo pelo que se torna necessária uma cada vez maior quantidade de informação para que uma pessoa esteja capaz de realizar opções conscientes. Viver é hoje cada vez mais optar mediante a grande diversidade de soluções que o mundo nos oferece. Tudo o que cada um sabe foi aprendido ao longo do seu ciclo evolutivo que possui uma característica singular: é único e diferente de pessoa para pessoa. Logo, não parecerá estranho que essas aprendizagens adquiram, para cada pessoa, um

significado próprio. Na verdade, só se poderá aprender, directa ou indirectamente, através dos outros, pelo que se torna impossível uma aprendizagem normalizadora. O ensino promove, isso sim, a diferença entre as pessoas, pelo que será possível dizer que quanto mais uma pessoa conseguir aprender com os outros, mais deles será diferente.

Este aparente paradoxo constitui-se como a base da justificação para a existência de cada vez maiores diferenças entre os membros da nossa sociedade, sendo por isso um dos seus maiores valores o respeito pelo outro, pela sua autonomia.

Claro que não se está a defender um subjectivismo fundamentalista. A vida é baseada em pressupostos aprendidos, e é a partir deles que se constrói a identidade e a realidade pessoais. Todos defendem determinados princípios de vida, claramente racionais no sentido em que permitirão, idealmente, atingir o desiderato de viver o melhor possível. Não quer isso dizer que esses princípios sejam absolutos e inquestionáveis em todos os contextos. É frequente dizer-se que constitui uma atitude saudável ser-se flexível na aplicação dos princípios e normas pelos quais a pessoa se rege, cedendo aos seus desejos muito próprios, satisfazendo as suas emoções. Fará isso de nós seres irracionais ou incoerentes? Claro que não. A razão e a emoção fazem parte do Homem, e será também uma atitude racional escolher satisfazer as emoções, escolher o prazer a curto prazo, desde que tal não comprometa seriamente o projecto de vida pessoal.

Sendo o ser humano referência central da Bioética e sendo que o Homem existe na relação humana e não pode prescindir dela, a educação torna-se um fenómeno de relação cujo conteúdo é pautado por valores, atitudes, informações, conhecimentos, sentimentos e capacidades, que têm como objectivo promover aprendizagens fundamentais, consideradas necessárias e úteis para o desenvolvimento da pessoa (Monteiro, 2004), e nesse sentido dotá-la da capacidade de escolher, de optar pelos princípios que entende serem mais adequados, ou mesmo de optar por conscientemente não seguir essas orientações. A educação será também uma experiência social, em contacto com a qual a pessoa aprende a descobrir-se a si

mesma, desenvolve as relações com os outros, adquirindo bases no campo do conhecimento e do saber fazer (Duarte, 2006).

Fica então claro que a variabilidade humana se assume como uma das características fundamentais da pessoa, promotoras da sua dignidade, pelo que se torna um imperativo respeitar a diversidade cultural, social e individual. Então, em que consistirá o normal e o anormal?

Existem, segundo Veríssimo (1999), quatro critérios aos quais se deve recorrer quando se pretende avaliar a normalidade de uma qualquer atitude ou comportamento humanos, no contexto da saúde mental.

O primeiro, definido como critério pessoal ou heurístico, é utilizado por qualquer um na avaliação imediata da realidade. Será, numa visão simplista, tudo o que cada um julga como normal ou anormal, sem grandes reflexões ou considerações. Quando se encontra alguém ou alguma coisa muito diferente daquilo que é habitual, rapidamente surge uma qualificação de anormalidade, ou quando muito, de estranheza. Consideram-se nesta avaliação, ainda que disso a pessoa possa não se aperceber, todos as referências habituais, como sejam os grupos sociais, onde se inclui a família e os amigos, bem como os procedimentos mais frequentes. Rápida e automaticamente a pessoa apercebe-se de que existe algo de estranho, e que qualquer seu comportamento ou de terceiros é estranho ou anormal. Aplicando unicamente este critério, facilmente poderão surgir atitudes preconceituosas e intolerantes para com aqueles que não se situam na esfera relacional habitual.

O critério estatístico mostra que calculando a média de aparecimento de uma determinada característica na população geral, somando as médias dos desvios, e calculando deste modo o desvio padrão, se poderá obter um critério de normalidade, que se situará na média mais ou menos dois desvios padrão. Neste sentido, serão considerados anormais todos os indivíduos que se posicionem, pelas suas características, nos limites externos dessa zona da curva de distribuição. Se tomado isoladamente, este critério levaria a considerar como anormais determinadas

peças com características socialmente aceites, como sejam indivíduos muito trabalhadores ou muito competentes, o que ilustra bem o seu critério redutor. Contudo não deverá ser ignorado que a referência estatística será sempre relevante, uma vez que será difícil encontrar um exemplo de qualquer comportamento anormal que seja realizado pela maioria das pessoas. Ou melhor, poderá afirmar-se que “qualquer mentira repetida muitas vezes se torna verdade”, o que significa que alguma atitude considerada anormal, se repetida sistematicamente pela maioria das pessoas, acabará por ser normalizada.

O terceiro critério de normalidade – o critério sociocultural – vem de encontro ao que acabou de ser dito. De facto, a normalidade varia consoante a diversidade social e cultural e não apenas pela diversidade biológica. Está bem de ver que a aplicação individual deste critério levará a atitudes claramente etnocêntricas, que se habituais, dificultarão a compreensão do outro. É frequente surgirem situações em que a pessoa é confrontada com hábitos estranhos à sua cultura mas que, nem assim, se bem contextualizadas e compreendidas, possam ser consideradas anormais.

Finalmente o critério funcional ou deficitário evidencia que o anormal resulta também da avaliação do prejuízo sentido pelo próprio ou mesmo por outros, subjacente a uma lesão ou a uma disfunção. Este critério põe em evidência que determinada característica pode ser vivida como mais anormal por uma pessoa do que por outra, consoante o grau de prejuízo ou incapacidade sentidos.

Não existe, pois, uma fronteira nítida entre o normal e o anormal, e todas as alterações aparentes do comportamento ou das atitudes humanas têm que ser integradas num contexto de outros sinais e sintomas, da cultura abrangente e do grau de incapacidade consequente.

Posto isto, não será difícil perceber a existência de uma ampla variabilidade de características pessoais e de estilos adaptativos, pelo que avaliar alguém tendo apenas em consideração um quadro de comportamentos habituais, ou mesmo, um

conjunto de sinais e sintomas, levará seguramente a equívocos graves, intolerados numa área tão sensível como os cuidados de saúde.

Então, a única forma de se conseguir aceder a um conhecimento minimamente razoável de alguém será através de um bom processo comunicacional, ferramenta indispensável para qualquer profissional de saúde, que assume contornos ainda mais fundamentais no trabalho em psicologia.

## **1.2 – A RELAÇÃO CLÍNICA E O CONSENTIMENTO INFORMADO**

A relação clínica é uma relação interpessoal com contornos muito especiais, dado que, logo à partida, tem objectivos específicos. Paralelamente, trata-se de uma relação assimétrica, uma vez que existe uma procura de ajuda por parte do paciente, baseada na crença sobre a competência que o técnico de saúde mental dispõe no seu campo de actuação. A relação deverá então ser conduzida no sentido da satisfação das necessidades do paciente – dentro do campo de actuação profissional, claro está – e apenas nesse, sendo estranhos à mesma quaisquer outros objectivos. Também por este motivo será muito importante que o técnico tenha plena confiança nas suas capacidades. De outro modo será mais difícil resistir à tentação de aproveitar a relação profissional para dar resposta a quaisquer necessidades narcísicas, exibindo o seu poder e a sua capacidade, e valorizando-se pessoalmente através desse processo, mas correndo o sério risco de isolar cada vez mais o outro no gueto das suas auto-percepções negativas, fazendo-o sentir-se ainda menos valorizado.

É determinante que a relação possa ser suficientemente flexível para que o paciente a possa configurar mediante a sua estrutura psicológica particular, sendo o técnico a adaptar-se aos seus ritmos e às suas necessidades. Será pois adequado afirmar, de acordo com Vallejo (1991), que enquanto o entrevistador controla a relação, é o entrevistado que a dirige.

No preâmbulo da Declaração de Madrid (1996/2005) é feita referência à especificidade da bioética no campo da psiquiatria, quando contraposta com as



outras áreas da medicina. A tal especificidade não deverá ser alheia a importância que a relação médico-doente assume nesta especialidade da medicina. Na psicologia, cujas ferramentas de trabalho estão centradas apenas na relação, esta realidade torna-se ainda mais evidente. Sabe-se que a relação é algo que se vai construindo ao longo do tempo, pelo que há muito sobre o paciente e sobre as suas necessidades a que não se consegue ter acesso no início do processo. Por esse motivo, se num tratamento cirúrgico, para dar um exemplo, o consentimento informado se deverá obter antes da intervenção, na maioria dos processos de intervenção psicológica poderá dizer-se que o consentimento informado se estrutura ao longo de todo o processo, dando corpo a um modelo que Knapp e Vandecreek (2006) baptizaram de participativo. Deve pois ter-se em consideração que existem variáveis que se podem alterar ao longo do processo, seja por um maior conhecimento do próprio paciente e por uma melhor compreensão das suas problemáticas, seja porque a própria competência do sujeito se pode alterar ao longo da intervenção. A capacidade para dar consentimento não pode ser vista de uma forma dicotómica de sim ou de não, mas como algo que acompanha e estrutura a própria relação.

Interessante será também notar que se o objectivo último de algumas intervenções em psicologia, sobretudo na clínica, é promoverem a autonomia e desta forma a independência do paciente, então, a própria aceitação em participar num tipo de intervenção como seja a psicoterapia, é parte integrante desse percurso. Deste modo, fica clara a ideia de que em psicologia o consentimento informado faz parte do processo e não se constitui como um pré-requisito.

Fica clara a importância da estruturação de uma relação de confiança entre o psicólogo e o seu cliente, o que transforma o processo de obtenção do consentimento informado numa dinâmica pessoal entre estes dois elementos. Contudo, e constituindo-se o consentimento informado como uma obrigação legal no ordenamento jurídico Português (art. 38º do Código Penal), importa encontrar algumas referências que permitam, senão orientar os técnicos, pelo menos resolver conflitos que possam surgir entre o psicólogo e o seu cliente. Parece ser evidente

que nos casos em que existam conflitos algo terá corrido mal do ponto de vista do estabelecimento da relação terapêutica. Mas a verdade é que nem sempre é possível controlar todas as variáveis presentes numa relação pelo que os problemas podem surgir. Como afirma Barnett (2007), todos os serviços profissionais, independentemente de serem prestados por técnicos altamente qualificados, implicam riscos que não podem ser escamoteados perante os clientes, até como forma de melhor os ajudar a lidar com os mesmos.

Segundo Knapp e Vandecreek (2006) o conceito de pessoa razoável deverá determinar qual a informação que deve ser passada ao paciente. Alguns estudos têm vindo a ser realizados sobre esta temática mas, aparentemente, nenhum em Portugal. Contudo será razoável afirmar, tendo em consideração a realidade Norte-Americana descrita por estes mesmos autores, que os pacientes querem, normalmente, informação sobre o *setting* terapêutico, sobre as características profissionais do psicólogo, como o tempo de experiência<sup>75</sup> e dados curriculares relevantes, sobre a natureza da terapia, tipos de técnicas a utilizar, possíveis efeitos não desejados dessas mesmas técnicas, como por exemplo sentir-se mal numa primeira fase ao abordar alguns assuntos, sobre o direito a obter uma segunda opinião, sobre questões de confidencialidade e sobre o término da intervenção.

### **1.2.1 – O consentimento informado na forma escrita**

Outro tema sobre o qual não existe um consenso claro relaciona-se com a necessidade da existência de um formulário de consentimento escrito. Em Portugal, se exceptuarmos os casos previstos na lei<sup>76</sup>, bem como algumas intervenções médicas que impliquem um risco claramente maior que o habitual para o paciente, como por exemplo nas intervenções cirúrgicas, não existe uma grande tradição de formulários escritos para solicitar o consentimento informado. Contudo, existem

---

<sup>75</sup> Torna-se especialmente importante, no contexto do consentimento informado, que o paciente possa consentir sobre a intervenção de um profissional que trabalha sobre a orientação de um supervisor. Deste modo, os riscos para a relação profissional diminuem grandemente (Thomas, 2007).

<sup>76</sup> O consentimento informado por escrito é obrigatório por lei nos casos de abortamento voluntário, de esterilização voluntária e para a participação em ensaios clínicos ou outros projectos de investigação.

autores (Knapp e Vandecreek, 2006; Barnett, 2007) que defendem uma utilização combinada da forma verbal e escrita na obtenção do consentimento informado em saúde mental. Argumentam que um formulário escrito pode aumentar a compreensão do processo e mesmo promover a discussão verbal sobre o mesmo, desde que, e naturalmente, seja utilizada uma linguagem apropriada, evitando termos legalistas ou intimidatórios, o que poderia ter um efeito paradoxal.

Na verdade, a construção de um formulário de consentimento informado pode acabar por ser contraditória com a ideia de um consentimento participativo, ao longo do processo. Dificilmente seriam incluídas no documento todas as questões relacionadas, pelo que este teria sempre uma formulação redutora que poderia no futuro significar um maior número de problemas do que as vantagens que oferece. Contudo, e no que se refere a alguns pontos particulares, como aqueles que se referem ao *setting* terapêutico ou às características do psicólogo, será difícil encontrar um argumento válido no sentido de desaconselhar a utilização de um formulário escrito, desde que este nunca sirva para desresponsabilizar o técnico sobre alguma coisa que o paciente não tenha compreendido e que, de algum modo, pudesse estar expresso nesse formulário. Ainda, será importante reflectir sobre se a excessiva formalização do processo, com a assinatura de um documento deste tipo, não poderia ter um efeito paradoxal nalguns clientes, como assustá-los quanto às possíveis consequências da intervenção. Claro que se estes formulários fossem de utilização generalizada nos cuidados de saúde, este risco seria diminuído ou mesmo obviado. Mas faria isso sentido? Não será melhor convencer os técnicos da importância em promover de uma forma adequada um processo de obtenção do consentimento informado e deste modo estabelecer uma relação de maior confiança, catalizando o sucesso terapêutico?

### **1.3 – A OBTENÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO**

Estão definidos cinco passos necessários para a obtenção do consentimento informado livre e esclarecido. Deste modo, (1) avaliar a competência do paciente deverá ser o primeiro passo a seguir, seguindo-se o (2) estabelecimento de um processo comunicacional que possibilite ao cliente a (3) compreensão das variáveis

envolvidas na problemática em causa. Finalmente pretende-se que, (4) voluntariamente e sem qualquer tipo de pressão, a pessoa (5) consinta sobre alguma das alternativas terapêuticas propostas e discutidas (Antunes, 1998).

### **1.3.1 – A competência**

A avaliação da competência constitui-se como uma questão fulcral pois nela reside toda a lógica subsequente à própria intervenção. Tal como Barnett (2007) refere, o cliente tem que compreender a informação apresentada, dar o consentimento voluntariamente, sendo que para tal tem que ser competente. No campo da saúde mental esta dimensão terá ainda maior importância mas também maior complexidade. Em boa verdade, na maioria dos casos o profissional poderá levar a cabo uma adequada avaliação da competência com facilidade, uma vez que esta decorre da compreensão, por parte do cliente, das questões envolvidas no problema apresentado e das consequências da intervenção ou da não-intervenção. Apenas nos casos situados numa zona de transição, ou seja, entre as pessoas que objectivamente compreendem o que se está a passar e aquelas que de uma forma clara não evidenciam essa capacidade, maiores cuidados são exigidos. Nessa altura poderá ser necessária uma avaliação psicológica mais cuidada e estruturada e, em última análise, pode ser aconselhável a opinião de uma terceira pessoa. Nas outras situações, qualquer profissional minimamente experiente, poderá determinar se o seu cliente compreende o que está em causa.

Um bom exemplo desta zona cinzenta, de maior dificuldade, é aquilo que sucede com algumas crianças ou adolescentes. Como se sabe, idade não é sinónimo de maturidade, sendo que por isso mesmo existem inúmeros casos de maioridade antecipada no campo da lei civil (Rodrigues, 2001). Do mesmo modo, existirão crianças com uma maturação mais lenta. Então, se tal se verifica em termos legais, por maioria de razão poderá suceder ao nível da avaliação clínica e ética.

Na verdade, os profissionais de psicologia, sobretudo aqueles mais vocacionados para a área da clínica e da educação, acabam por lidar no seu trabalho, não poucas vezes, com pessoas que apresentam algum tipo de perturbação no seu

funcionamento. A grande questão que aqui se coloca é saber até que ponto esse desajustamento é indutor de incompetência para decidir. Haas and Malouf (2005) definiram competência como a capacidade para iniciar uma acção voluntária e determinar uma escolha autónoma.

Uma das principais características da doença mental é limitar a pessoa no exercício da sua autonomia, dado que esta, muitas vezes, é levada a fazer escolhas diferentes daquelas que faria se não se sentisse desequilibrada. Claro que vivemos mediante a nossa realidade, e essa realidade é definida pela percepção que temos dela, que por sua vez é condicionada por todo um conjunto de variáveis cognitivas e emocionais, pelo que nesta perspectiva seria difícil encontrar decisões verdadeiramente autónomas. Regressa o problema da normalidade humana e dos limites aceitáveis dessa normalidade. O exercício da autonomia é escolher a partir daquilo que a realidade oferece (Savater, 1993) e não escolher a própria realidade. Um indivíduo tetraplégico, por muito que o desejasse, não poderá fazer opções que se relacionem com a marcha. Contudo, não deixará por isso de ser autónomo, já que poderá fazer qualquer escolha dentro da sua realidade. Do mesmo modo, uma pessoa que sofra de uma perturbação emocional, como por exemplo uma perturbação do humor, que lhe altere a percepção da realidade, nem por isso as suas escolhas deixarão de ser autónomas, pois partem da sua própria percepção e são adequadas e admissíveis, ainda que porventura bastante pessimistas e diferentes daquelas que a mesma pessoa faria se não se encontrasse deprimida. Admitir o contrário seria considerar que existe uma perspectiva correcta de ver o mundo, e um sem número delas erradas.

Deste modo, ainda que se possa argumentar que a partir desta alteração percebida da realidade a pessoa poderá fazer escolhas que lhe sejam prejudiciais, tal não deve alterar a noção de competência. De facto, se pegarmos no exemplo de alguém que sofre de uma fobia, e que por isso mesmo faz determinado tipo de evitamentos, sabemos que não raras vezes acaba por se prejudicar, já que ao atribuir um índice de perigosidade manifestamente exagerado a um estímulo poderá desenvolver comportamentos que acabam por ser incapacitantes. Contudo,

a pessoa apercebe-se do exagero da sua reacção, apenas afirma não conseguir controlá-la. Nesse sentido ela será sempre autónoma, quanto mais não seja para procurar ajuda no sentido de tentar ultrapassar o problema.

Outra leitura poderá ser feita se ao invés de perturbações emocionais forem consideradas perturbações cognitivas ou perceptivas. No primeiro caso, se é verdade que por vezes a pessoa, num momento inicial, pode não reconhecer a ideia de perturbação, na maioria das vezes acaba por fazê-lo. Já em perturbações cognitivas ou que afectem de uma forma clara a capacidade perceptiva da pessoa, isso poderá não suceder. Nesses casos a pessoa terá uma leitura deficiente da realidade, uma vez que percepção dados que de uma forma objectiva não estão lá. É o caso dos delírios e das alucinações que introduzem na esfera perceptiva da pessoa dados falsos ou contraditórios. Então, dificilmente as escolhas que o indivíduo leve a cabo poderão ser consideradas como competentes, uma vez que ele acaba por se afastar de uma forma clara daquilo que seria a sua própria normalidade, sendo que disso não tem consciência. É evidente que estas divisões não serão estanques, pelo que teremos perturbações onde esta leitura poderá resultar muito mais dúbia. Serão esses os casos da tal zona cinzenta, onde residem alguns dos mais complexos dilemas éticos para resolver, pelo que resulta uma maior responsabilidade do psicólogo.

Talvez centrados nestas dificuldades, na esteira da afirmação dos direitos das pessoas, e considerando a infeliz tradição de isolar e marginalizar o doente mental (Ricou, 1998), alguns autores deram corpo a uma corrente que se determinou chamar de anti-psiquiatria e que terá, actualmente, um paralelo em algumas teorias comunitaristas (Ornelas, 2007).

**1.3.1.1 – A anti-psiquiatria.** Já foram referidas algumas das dificuldades em traçar fronteiras entre o normal e o patológico. Tal como é sabido, em tempos não tão remotos como isso, o doente mental ou “alienado” era a “morada do demónio”, sendo que, para o exorcizar, era queimado na fogueira. Ainda recentemente, o “louco” era escondido pelos seus familiares, no sentido de evitar a vergonha de

contar como membro da família com um elemento tão desestruturado, tendo em conta os padrões vigentes. Este historial é de certo modo compreensível devido à interpretação da doença mental como uma consequência divina, o que levou a que a sua interpretação científica só tarde se tenha estruturado.

A doença mental não será mais do que uma exacerbação dos traços normais da nossa personalidade. Ou seja, a diferença entre um funcionamento considerado normal ou patológico reside no vincar de algumas características do indivíduo a partir das quais resultarão consequências negativas para o próprio.

Alguns autores (Foucault, 1954; Szasz, 1960) vão mais longe e consideram a doença mental uma simples variação quantitativa da norma, sendo que, nessa perspectiva, todos possuímos estruturas psicóticas, e a manifestação pessoal da loucura seria um prolongamento da alienação colectiva. A doença mental, enquanto relacionada com os problemas inerentes à vida e não a patologias cerebrais, seria então um mito (Szasz, 1960) ou uma invenção cultural, e a psicopatologia desprovida de significado; só teria valor dentro de uma cultura que a reconhecesse como tal (Foucault, 1954).

Consideram-se, nestas perspectivas, como patológicos os fenómenos que, numa perspectiva evolucionista e estatística, se afastam da média geral da população, e que marcam as etapas passadas de uma evolução anterior ou que anunciam as fases seguintes de desenvolvimento. Mais, Foucault (1954) considera que a doença mental não é um simples desvio cultural, mas sim uma manifestação dessa mesma cultura. Os diagnósticos psicopatológicos são projecções das sociedades, uma vez que se baseiam naquilo que é desvio da norma. Dado que a doença mental não é uma realidade de *per se*, mas sim um conceito teórico, torna-se, tal como todos os outros conceitos com o decorrer do tempo e para quem acredita neles, um facto. Ora, segundo Szasz (1960) também a feitiçaria já foi considerada uma realidade indesmentível, sendo apontada como causa de muitos fenómenos que o Homem não sabia explicar. Neste sentido, a saúde mental implicaria uma dimensão ética muito importante uma vez que estaria muito relacionada com os problemas

vivenciais, ou seja, com a dificuldade ao nível do cumprimento das normas éticas, políticas e sociais a que todos estamos sujeitos. Estas dificuldades só poderão ser analisadas, interpretadas ou ter sentido dentro de um contexto ético e social específico (Szasz, 1960). Desta forma, segundo este autor, será impossível que a orientação socioética do profissional não o influencie no desempenho do seu trabalho, o que implicará, em si mesmo, contornos éticos problemáticos. Szasz, em 1982, vai ainda mais longe, quando afirma que aquilo a que chamamos doença mental não é mais do que uma diferença de opinião entre o doente e o profissional, pelo que a intervenção nestes casos consistiria numa tentativa de forçar a pessoa a mudar a sua perspectiva.

As relações humanas são fonte de conflitos dada a existência de uma grande diversidade de valores. Assim, existem claras diferenças comportamentais, o que cria, inevitavelmente, dificuldades na convivência humana. A doença mental serviria para camuflar determinadas necessidades, valores e aspirações do Homem, através de uma justificação amoral e impessoal (Szasz, 1960). O exemplo paradigmático dado por este autor refere-se ao tratamento compulsivo. Para Szasz (1982) não existe justificação para privar alguém da sua liberdade em função da sua saúde, dada a relatividade desse mesmo estado de saúde. Sendo discutível a atribuição do epíteto “patológico” a determinados comportamentos, pensamentos ou emoções, torna-se complicado definir com garantia absoluta se um indivíduo está ou não doente. Logo, colocar esta noção discutível de saúde acima da liberdade, seria o mesmo que para alguém que defenda que a fé é mais importante do que a liberdade, esteja justificada a prática religiosa coerciva.

Provavelmente esta corrente de pensamento terá servido de inspiração ao desenvolvimento das teorias comunitaristas que se centram, precisamente, na relação entre os problemas sociais e a Saúde Mental. Defende Ornelas (1997) que o conceito de doença como factor eminentemente pessoal foi substituído pela atribuição da responsabilidade ao sistema social em proporcionar um ambiente adequado ao desenvolvimento individual. Nesta perspectiva a intervenção ao nível da saúde mental deveria passar muito mais por um nível educacional, de crítica



social, de implementação de reformas e planeamento social, do que por uma perspectiva de intervenção junto do indivíduo. (Ornelas, 1997).

Existirão poucas dúvidas que qualquer doença, e por maioria de razão a doença mental, seja factor de marginalização e exclusão sociais, pelo que a inclusão e readaptação do indivíduo ao seu sistema social deve ser considerada como uma prioridade não menos importante do que qualquer outra. Tal como em tantas outras áreas da saúde (Cardoso & Ricou, 2009) também a saúde mental deverá defender uma intervenção cada vez mais centrada na manutenção do indivíduo no seu meio social, dando corpo à ideia de que muito do sofrimento do indivíduo advém da sua sensação de incapacidade na representação dos seus papéis sociais, provocando-lhe sentimentos de desadaptação e frustração.

Contudo, reduzir o trabalho em saúde mental a uma intervenção comunitária, fosse ao nível do *empowerment* (Ornelas, 1997; Ornelas, 2007) fosse ao nível da alteração de mentalidades (Szasz, 1960), seria reduzir o ser-humano a uma dimensão social, negando a sua complexidade. Mais ainda, a desadaptação social da pessoa que sofre de perturbação mental, se é um facto, não pode ser apontada como uma causa dessa mesma perturbação. Muitas vezes ela será consequência, pelo que importa compreender os motivos que levarão alguém, em determinada altura da sua vida, a deixar de conseguir sentir-se integrado e funcional na sua vida. Por isso mesmo, a retirada temporária, ainda que compulsiva, de uma pessoa da sua realidade pode ser importante no sentido de fornecer ao profissional de saúde o tempo e o afastamento necessários para compreender e ajudar o doente a recuperar a sua capacidade de adaptação ao seu contexto social.

De facto, se uma pessoa não for capaz de compreender a realidade por forma a realizar uma escolha consciente e nesse sentido autónoma, não faria sentido que os profissionais de saúde cruzassem os braços e assistissem à sua degradação pessoal e marginalização social. Viver humanamente é escolher, fazer opções, pelo que a intervenção em saúde mental deverá sempre ter como objectivo a devolução da capacidade do indivíduo em realizar essas mesmas escolhas.

Contudo, forçar alguém a iniciar um tratamento que o próprio não compreende, não pode deixar de ser considerado como uma violência, como uma violação da sua liberdade, e sobretudo como uma atitude que pode pôr em causa a relação de confiança entre o profissional e o paciente. Por isso mesmo, e no sentido de tentar encontrar as soluções mais equilibradas possíveis, salvaguardando os valores em causa nesta equação e garantindo que o único objectivo será o de proteger o melhor interesse da pessoa em causa, tornou-se necessária a elaboração de critérios que ajudassem a um melhor discernimento entre as pessoas que deveriam ser submetidas a um tratamento compulsivo daquelas em que tal não será uma opção justificada.

**1.3.1.2 – O tratamento compulsivo.** Parece ser evidente que, independentemente da pertinência de muitas das considerações efectuadas por personalidades identificadas com correntes como a anti-psiquiatria ou a psicologia comunitária, algumas reservas devam ser colocadas relativamente a alguns dos seus argumentos. Não se defende, bem como não o faz a esmagadora maioria dos autores consultados, que a saúde seja mais importante do que a liberdade. De outro modo o consentimento informado não seria considerado, hoje em dia, como um instrumento fundamental de toda a prática ao nível da prestação de cuidados de saúde (Beauchamp & Childress, 2002/1994; Nunes, 2005). Qualquer indivíduo competente, ou seja, capaz de compreender o que está em causa e realizar uma escolha autónoma (Haas and Malouf, 2005), tem o direito de recusar tratamento, o que ilustra bem o que se acabou de afirmar. A questão que se coloca é se alguém que esteja privado da sua racionalidade, tal como Evans e Over a definiram (1996)<sup>77</sup>, pode, de facto, usufruir de liberdade. Tal como se tem tentado defender ao longo deste trabalho, parece que não.

O tratamento compulsivo (TC) visa a devolução da liberdade à pessoa, e não o oposto. Não será por acaso que em Portugal o artigo 8º da Lei de Saúde Mental, publicada em 24 de Julho de 1998, determina que o TC só poderá ser levado a cabo

---

<sup>77</sup> Consultar, a propósito da definição de racionalidade a nota de rodapé nr. 8 deste trabalho.

quando este for a única forma de garantir a submissão a tratamento da pessoa, findando logo que cesse este fundamento, ou quando for proporcionado ao grau de perigo e ao bem jurídico em causa. É feita, ainda, uma referência ao facto do TC dever ser substituído, sempre que possível, por tratamento em ambulatório. Esta regulamentação evidencia bem o objectivo último deste tipo de intervenção: devolver ao sujeito a sua capacidade de fazer escolhas voluntárias, no fundo, devolver-lhe a sua liberdade.

Em segundo lugar, ao contrário do que defendem Szasz (1982) e Foucault (1954), o TC não visa a mera protecção da sociedade, valorizando-a desta forma em detrimento da pessoa. Também a este respeito a lei Portuguesa é bem clara: no Artigo 12º são apontados os critérios de perigosidade pessoal ou para terceiros e a falta de discernimento necessário para avaliar o sentido e o alcance do consentimento, nos casos em que a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o estado de saúde do doente, como condições gerais para se poder levar a cabo o TC. Percebe-se deste modo que ainda que a protecção da sociedade seja um dos pressupostos possíveis para a efectivação de um TC, a ênfase dessa justificação assenta no respeito pela liberdade da pessoa. Mesmo a referência à protecção social não deverá ser desenquadrada da sua ligação ao melhor interesse do indivíduo. A pessoa só o é na relação com os outros (Engelhardt, 1996/1998), pelo que comportamentos que, de uma forma grave<sup>78</sup>, possam pôr em causa a integração social da pessoa, devem ser evitados, sob pena de esta se sentir cada vez mais afastada dos outros, o que contribuirá para o agravamento do seu estado. Logo, poderá concluir-se que os interesses da sociedade e da pessoa convergem neste ponto.

---

<sup>78</sup> Não se pretende, evidentemente, uma normalização dos comportamentos. Tal não seria possível, nem desejável. Todos os dias somos confrontados com alguns comportamentos que podem ser classificados como gravemente anti-sociais (assistem-se a muitos no dia a dia do trânsito automóvel em Portugal) e que não são, seguramente, objecto de tratamento compulsivo. Utiliza-se o epíteto de “grave”, neste contexto, para se fazer referência às atitudes desenvolvidas de uma forma involuntária, e motivadas em grande parte por um corte com a realidade observável que, em condições habituais, aquela pessoa não teria, e em que as consequências daí resultantes a possam prejudicar no futuro. No sentido de tornar mais objectivos estes critérios, propõe-se ao leitor mais interessado que recorra ao quadro elaborado por Montes e Haya (1997) onde estão descritas as perturbações mentais mais vulgares, com os riscos e benefícios associados à hospitalização, recomendando, caso a caso, o internamento voluntário ou involuntário.

Finalmente, e em terceiro lugar, e ainda que possa ser verdade que a doença mental seja uma projecção da realidade social, acredita-se que não se resume a isso mesmo. De facto, e apenas para dar um exemplo, os conteúdos dos delírios em doentes esquizofrénicos têm variado em conformidade com os avanços científicos e tecnológicos da sociedade, bem como de cultura para cultura (American Psychiatric Association, Diagnostic statistical manual of mental disorders, 4th. edition [DSM-IV], 1996/1994); hoje em dia um delírio esquizofrénico poderá consistir na percepção que o sujeito desenvolve que alguém lhe tenha tirado todos os órgãos e trocado por outros, fenómeno que dificilmente poderia ser imaginado quando não se falava em transplantes. Outro exemplo poderá ser dado a partir da neurose histérica de conversão que, se era frequente há algumas décadas, hoje é quase inexistente, sendo mais frequente em populações de nível socio-económico mais baixo (DSM-IV, 1994/1996). Também é verdade que alguns comportamentos considerados como doenças no passado são hoje aceites como diferenças e comportamentos normais. A homossexualidade é um paradigma disso mesmo; já foi considerada como uma doença mental e hoje é vista, em termos científicos, como uma opção sexual absolutamente normal da pessoa, e desaparecida dos manuais de psicopatologia.

Contudo, ainda que a correlação entre cultura e doença mental seja evidente, a verdade é que esta última sempre existiu, e se as suas manifestações têm sofrido algumas alterações, o sofrimento pessoal que as acompanha tem sido idêntico, pelo que associá-la a uma mera projecção da sociedade parece ser extremamente redutor. Mais ainda, se se torna evidente que todo o trabalho que possa ser realizado ao nível comunitário no sentido de promover a compreensão e aceitação da doença mental junto da população, e assim melhor poder integrar as pessoas com diagnósticos ligados às perturbações mentais é extremamente positivo, limitar a intervenção dos profissionais a isso mesmo seria promover uma imagem pobre da complexidade humana.

É verdade que ser pouco rigoroso ou mesmo cometer abusos, sobretudo no que respeita ao TC e aos diagnósticos apressados e desajustados, poderá ser devastador para as pessoas, o que constitui má prática e deve ser penalizado com

firmeza. Também por isso as perspectivas sobre a saúde mental se têm vindo a alterar, valorizando-se hoje a prevenção e a manutenção do doente na comunidade, no intuito de se preservar os papéis sociais e familiares que desempenha (Barreto, 1998), e diminuir o impacto da doença mental.

**1.3.1.3 – Critérios para o tratamento compulsivo.** A *American Psychiatric Association* (Vieira, 1996) estabeleceu os critérios para o TC que visam diminuir a possibilidade de serem cometidos equívocos que possam prejudicar a pessoa. Não deve ser esquecido que privar o doente da sua liberdade representa um malefício para o próprio, pelo que apenas em circunstâncias de necessidade absoluta deve ser considerado. Desta forma, o TC deverá ser decretado por uma autoridade judicial na sequência de uma avaliação clínico-psiquiátrica levada a cabo por dois médicos psiquiatras<sup>79</sup> somente nos casos em que se cumpram a totalidade dos seguintes pressupostos: (1) existência de perturbação mental grave; (2) razoável expectativa de tratamento eficaz; (3) recusa ou incapacidade para consentir na admissão voluntária; (4) falta de capacidade para dar consentimento informado; (5) perigo de dano a terceiros ou a si mesmo em consequência da perturbação, incluindo substancial deterioração física ou psíquica. Ainda que estes critérios não mereçam ser alvo de nenhuma contestação ética, por vezes, segundo Barreto (1996) são difíceis de colocar em prática.

Compreende-se a partir da decomposição destes critérios que o TC está limitado a casos onde seja diagnosticada uma doença mental, e nunca qualquer outra situação que pelas suas características seja geradora de incompetência – como em qualquer caso de inconsciência temporária ou definitiva. Nestes casos o profissional de saúde, para efectuar qualquer tratamento necessário e/ou urgente deverá recorrer ao consentimento presumido ou ao julgamento substitutivo<sup>80</sup>. A perturbação mental

---

<sup>79</sup> A avaliação clínico-psiquiátrica dos pacientes candidatos a um tratamento compulsivo é da responsabilidade dos médicos psiquiatras com a eventual colaboração de outros profissionais de saúde mental como os psicólogos. Por outro lado, o requerimento só possa ser levado a cabo pelo representante legal do doente, por qualquer pessoa com legitimidade para requerer a sua interdição, pelas autoridades de saúde pública ou pelo Ministério Público. Ainda assim, será de crucial importância que o psicólogo seja capaz de discernir sobre essa mesma possibilidade a fim de solicitar, a quem de direito, esse mesmo requerimento, quando necessário.

<sup>80</sup> Mais tarde, no capítulo 1.3.3 – O consentimento voluntário, estes conceitos serão discutidos.

diagnosticada deve ser considerada pelo profissional como grave para justificar um TC, o que vem sublinhar a importância da avaliação do técnico e a sua responsabilidade a este nível, garantindo que o TC só será determinado quando proporcionado ao grau de perigo e ao bem jurídico em causa.

O segundo critério – razoável expectativa de tratamento eficaz – pretende assegurar que o TC só se faça se o paciente daí obtiver algum benefício. A expressão tratamento eficaz não se refere, *tout court*, à cura, mas a qualquer ganho a nível do alívio do sofrimento do paciente e que contribua para devolver a sua autonomia da vontade. De outro modo o TC não seria um tratamento mas apenas uma privação da liberdade o que fugiria, claramente, do âmbito dos cuidados de saúde.

O terceiro critério – recusa ou incapacidade para consentir na admissão voluntária – vem assegurar que qualquer paciente com perturbação mental que não seja capaz de consentir na intervenção clínica deverá ser respeitado de acordo com os pressupostos do TC. Ou seja, parece evidente que um paciente incompetente que recusa e se manifesta contra um determinado tratamento considerado pelo profissional como fundamental para uma melhoria do estado actual, sem o qual o paciente poderia provocar ou incorrer numa situação de perigo ou de dano, poderá ser submetido a TC. No entanto, existirão quadros em que a pessoa não se recusa à intervenção, podendo até manifestar a sua aceitação, mas sem compreender aquilo que está realmente em causa, ou seja, sem dar um consentimento informado de facto. Nestes casos o profissional poderia cair na tentação de tratar o paciente tendo em vista a sua passividade ou incompreensão do problema. Tal seria no entanto uma contradição em relação à necessidade da obtenção de um consentimento livre e esclarecido para a realização de uma intervenção na área da saúde (Nunes, 2005). Este terceiro critério visa então garantir que em qualquer circunstância em que um paciente com uma perturbação mental diagnosticada não seja capaz de consentir de uma forma consciente num determinado tratamento, o profissional, a fim de poder levar a cabo a intervenção, terá que verificar o cumprimento de todos os critérios para TC, exactamente da mesma forma que procederia nos casos em que o paciente manifestasse a sua recusa.

O quarto critério – falta de capacidade para dar consentimento informado – resume-se à incompetência. É uma condição de base para a possibilidade de realização de um TC que o indivíduo não seja capaz de compreender aquilo que está em causa em função da perturbação que sofre e das consequências que poderão surgir a partir da recusa do tratamento proposto. De outro modo, qualquer indivíduo autónomo terá, por princípio, direito a recusar qualquer intervenção na área da saúde.

Finalmente, o quinto critério refere-se à perigosidade do indivíduo caso não seja tratado. Deve interpretar-se esta perigosidade como estando sempre relacionada com o indivíduo. Ainda que se possa perceber da leitura deste último ponto que o perigo para terceiros pessoas poderá ser também critério para TC, a verdade é que proteger o indivíduo de fazer mal ou prejudicar terceiros pessoas em função de uma qualquer perturbação deve ser encarado como sendo do seu próprio interesse. Deste modo, pode depreender-se que o TC visa sempre, e em primeira instância, o melhor interesse da pessoa e não da sociedade.

Tal como já foi feita referência, também a formulação de alguns diagnósticos tem, muitas vezes, consequências que afectam a qualidade de vida dos visados e dos seus familiares. Estigmatizam o indivíduo, por vezes durante anos, provocando dificuldades ao nível das diversas dimensões da esfera vivencial, como sejam o auto-conceito, o emprego, os relacionamentos inter-pessoais, entre outras variáveis, deixando a pessoa de ser considerada humana e passando a ser olhada e tratada como mentalmente doente (Edwards, 1981; Miranda, 2009). Os psicodiagnósticos, ainda que de muita utilidade (Christensen, Emde & Fleming, 2004) devem ser realizados com muita atenção, já que assumem, não poucas vezes, uma dimensão assustadora para a pessoa e para as famílias. Deve o psicólogo ter em atenção que estes não podem servir para lhe dar segurança, ao “encaixar” o paciente dentro de referências por si conhecidas. Não se pode olvidar que a individualidade da pessoa humana tem implicações que nenhum diagnóstico consegue abarcar. Os diagnósticos não são mais do que uma soma de critérios que se conjugam entre si e

que se manifestam mais ou menos intensamente, durante mais ou menos tempo. Por isso são entidades abertas, que podem sofrer alterações ao longo do tempo ou mediante um maior conhecimento sobre a pessoa.

Será coerente, pois, a perspectiva de Szasz (1960), quando afirma que o profissional de saúde mental não deve condicionar os pontos de vista “pessoais, sociais e éticos” da vida do seu cliente. Não é esse o objectivo da intervenção a este nível. Não se estaria a ajudar o indivíduo nessa circunstância, logo não seria ético considerá-lo.

Mas, se for cumprida a regra de ouro da intervenção psicológica, ou seja, desde que exista uma formulação clara e objectiva de um pedido por parte da pessoa, com vista a promover um processo de orientação para dar resposta às suas necessidades de segurança, de interacção social, de auto-estima ou de realização que por qualquer motivo, consciente ou não consciente ao sujeito, não conseguem ser satisfeitas, será razoável recusar esse pedido de ajuda? Não será importante proteger uma pessoa da prática de um qualquer acto anti-social que lhe possa provocar consequências a nível pessoal ou social, quando esta não está consciente disso mesmo e quando, provavelmente, depois de levada a cabo a intervenção, esse comportamento possa não vir a ter lugar?

Independentemente da concepção que cada um tenha de doença ou de saúde mental, se existir uma expectativa real de ajudar o paciente a obter uma melhoria na sua qualidade de vida, se depois de analisadas as variáveis pessoais, familiares, sociais, culturais, e todas aquelas que fazem parte da complexidade e diversidade humanas, existir um acordo que determinada intervenção poderá ser positiva para a pessoa, então a consciência ética do profissional deve impeli-lo no cumprimento do dever que lhe foi incumbido no seguimento da formação de que beneficiou.

Claro que muito dificilmente se poderá obter um conhecimento suficiente sobre a pessoa humana se não for desenvolvida com ela uma relação de confiança através do estabelecimento de um processo comunicacional efectivo. Não poucas vezes é a



este nível que surgem muitas dificuldades. O atingir deste desiderato poderá ser facilitado pela adopção de determinadas atitudes, que serão em seguida discutidas.

### **1.3.2 – O processo comunicacional e a compreensão do problema em causa**

Uma das primeiras pré-condições para aumentar a probabilidade de sucesso da construção de uma relação é que o técnico detenha um bom auto-conceito, ou seja, que esteja à vontade consigo próprio por forma a não sentir a oportunidade da relação profissional como um meio para se auto-promover e dar azo à satisfação das suas necessidades narcisistas. Tudo o que o cliente não precisa, dado o seu estado muitas vezes debilitado, e em função de uma relação assimétrica em que um procura ajuda e o outro presta essa mesma ajuda, é de alguém que o faça sentir ainda mais inferiorizado. Será muito fácil o profissional, ainda que involuntariamente, assumir uma atitude de sapiência, usufruindo dos seus conhecimentos e da sua posição privilegiada na relação, e daí tirar benefícios secundários da posição de controlo que deve deter. Nunca como aqui se assume como fundamental que o profissional reconheça, como vem expressamente referido em alguns dos códigos de ética de diferentes países<sup>81</sup>, as suas incapacidades, ainda que temporárias, devidas a qualquer factor pessoal ou profissional, para lidar com determinado cliente.

Em segundo lugar é imperioso que o profissional assuma uma atitude de escuta activa. Não será por acaso que a Língua Portuguesa considera uma distinção entre ouvir e escutar. Se ouvir está ao alcance de qualquer pessoa que não sofra de deficiência auditiva, já o escutar exige uma maior atenção e motivação. Então, para escutar activamente, que não significa mais do que promover o discurso do outro através de uma atitude de atenção e de compreensão, será necessário ter em consideração diversos factores: (1) saber deixar falar; (2) assumir uma atitude empática; (3) centrar a atenção naquilo que é dito; (4) eliminar juízos imediatos; (5) adoptar uma atitude permissiva; (6) evitar o efeito de halo; (7) reformular.

---

<sup>81</sup> Ethical Principles for Scandinavian Psychologists, 1998; American Psychological Association Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct, 2002; Colegio Oficial de Psicólogos de España, 1993.

Saber deixar falar (1) é uma característica essencial para quem quer promover uma relação, o que só será conseguido se, como já foi referido, existir um maior interesse no cliente do que em si próprio. Interromper o outro está, em princípio, fora de questão, dado que esse facto pode ser interpretado como uma mensagem no sentido da não aprovação, contribuindo para a sua inibição. Então deve ser adoptada uma atitude de atenção concentrada, mostrando interesse no discurso da pessoa.

A empatia (2), termo cunhado por Carl Rogers (1974/1942), passa pelo desenvolvimento da capacidade em transmitir um sentimento de compreensão por parte do técnico tornando a relação possível e fazendo-a evoluir gradualmente para um nível afectivo mais profundo. É no entanto uma ligação afectiva com limites bem definidos por parte do profissional. Caracteriza-se por um autêntico interesse pelo outro e pela sua aceitação como pessoa. No fundo trata-se da compreensão da pessoa no seu todo, mas uma compreensão autêntica, centrada nas diferentes perspectivas da realidade que inevitavelmente surgem. Rogers definiu-a da forma mais simples e mais esclarecedora possível: “ver o mundo pelos olhos do outro”.

Claro que a empatia não será possível se o profissional não for capaz de se centrar naquilo que é dito pelo seu cliente (3), mantendo os seus canais de comunicação bem abertos, evitando perder-se em interpretações exageradas e sobretudo presas à sua perspectiva particular do problema. Aliás, um esforço no sentido de eliminar todos os juízos imediatos (4) que qualquer pessoa tem tendência a formular é condição essencial para se conseguir o estabelecimento de uma relação positiva. O Homem tem que dar um significado cognitivamente compreensível a tudo aquilo que percebe, pois não lida bem com a incerteza, e tem que o fazer de uma forma rápida. Será por isso mesmo que quando conhecemos alguém rapidamente formulamos um juízo baseado nas suas características que para nós se tornam mais relevantes naquele momento, mas que em geral passam pelo aspecto físico, pelo vestuário e pelo discurso inicial. No fundo, passará pelo conjunto das nossas intuições ou dos nossos pensamentos automáticos, já discutidos a propósito do

pensamento ético. Se é muito popular a ideia de que “as primeiras impressões são muito importantes”, também não deixa de ser o povo a considerar que “as aparências iludem”, o que vem enfatizar a importância destas duas dimensões do pensamento humano: a intuição e a racionalidade. Não será difícil concordar, e na sequência do que foi afirmado no capítulo 2.3, que as primeiras avaliações, se transmitem uma informação automática baseada na experiência pessoal acumulada, não deixam de ser redutoras. Então, querendo obter-se um conhecimento do cliente o mais rico possível, não pode o profissional deixar-se influenciar pelas impressões iniciais, ou deve fazê-lo pelo mínimo possível, tentando racionalizar os seus significados.

Rogers (1974/1942) definiu a permissividade (5) como uma das qualidades que deve caracterizar a relação terapêutica. Permissividade relativa à expressão de sentimentos por parte do cliente. Este último deve acabar por reconhecer que todos os sentimentos e atitudes podem exprimir-se; nenhuma atitude é demasiadamente agressiva e nenhum sentimento demasiadamente culpado ou vergonhoso para ser expresso na relação. Tal desiderato só será atingido se o profissional conseguir evitar deixar transparecer as suas emoções pessoais, não apenas através do seu discurso, porventura a parte mais fácil, mas também a partir do controlo da sua postura, gestos e mímicas.

Ainda, não constituirá com toda a certeza uma novidade para nenhum profissional que trabalhe na área da saúde que à medida que vai adquirindo experiência através do trabalho com diversas pessoas, existe uma tendência para associar casos anteriores com casos presentes (6). Aliás, esse é um dos processos básicos para fazer psicodiagnósticos, pelo que mais do que uma tendência natural, será algo desejável em determinados contextos. Contudo, sendo verdade que cada pessoa é uma pessoa diferente, não poderá o técnico deixar-se influenciar, em demasia, por esses mesmos psicodiagnósticos, incorrendo numa tendência de tentar adaptar a pessoa aos mesmos, precisamente o contrário do desejável. No fundo, este processo não é mais do que o efeito de halo, presente em tantos momentos da vida

de todos nós e que acabará por se situar, tal como em relação aos juízos imediatos, no campo do pensamento intuitivo.

Em qualquer processo de intervenção psicológica é indispensável um conhecimento o mais profundo possível da história, do contexto do pedido, bem como da dinâmica de funcionamento da pessoa, pelo que quanto maior for a confiança na relação estabelecida maiores as probabilidades de sucesso. Por isso mesmo torna-se necessário encorajar o paciente a continuar, o que pode ser conseguido a partir de interjeições paralinguísticas de encorajamento e de manifestação de compreensão, bem como através de reformulações daquilo que foi dito (7), o que poderá ter uma tripla finalidade: mostrar que existe atenção e compreensão por parte do profissional; devolver o conteúdo do discurso do cliente de uma forma mais racional e integradora, ajudando-o a melhor interpretar os significados; funcionar como uma oportunidade de esclarecimento para o profissional sobre o conteúdo do discurso.

Finalmente, uma terceira condição para um correcto estabelecimento de um bom processo comunicacional passa pela existência de uma resposta por parte do cliente, resposta essa vulgarmente conhecida como *feed-back*. Um dos motivos pelos quais comunicar é tão diferente de informar é porque a comunicação inclui a troca dos significados; nunca fica fechada, e só deve ser interrompida quando o emissor se certificar que o receptor interpretou convenientemente a sua mensagem. Mais do que nunca, na relação terapêutica, o que se pretende é uma relação, uma troca de experiências, de sentimentos e de significados.

Na psicologia, a comunicação assume-se como tão importante uma vez que a base do trabalho do psicólogo é a própria relação, sendo que, mais do que em qualquer outra área da saúde, a expressão “cada caso é um caso” se assume como uma verdade insofismável. A relação é o único processo realmente válido para promover o conhecimento sobre a forma como o sujeito interpreta as suas relações com os outros e com os objectos significativos na sua vida, permitindo uma compreensão global do seu funcionamento. Esta será uma condição *sine qua non* para discernir

sobre a realidade a observar, bem como sobre as possibilidades em intervir, o que constitui a base do consentimento informado.

Só deste modo se poderá igualmente promover a melhor compreensão do problema e de todas as variáveis envolvidas por forma a melhor garantir um consentimento de facto informado.

### **1.3.3 – O consentimento voluntário**

A propósito do consentimento informado nos cuidados de saúde costuma afirmar-se que ele deve ser obtido sem qualquer tipo de pressão emocional, subjectiva ou objectiva, sobre o sujeito (Nunes, 2005). Uma das questões que se poderá colocar a este propósito é se será isso possível. De facto, e tal como foi discutido a propósito do pensamento ético, torna-se muito difícil compreender até que ponto uma decisão é isenta de constrangimentos emocionais ou de qualquer outro tipo. Mais ainda, resta saber se será possível uma decisão de facto livre desses mesmos constrangimentos. O reconhecimento que cada pessoa fará sobre a sua realidade dependerá de um conjunto de factores nem sempre totalmente conscientes por parte da pessoa. Não deixa de ser curiosa a relação encontrada entre a inteligência emocional e o estado de saúde físico e mental, sendo que pessoas com alguma fragilidade na sua regulação afectiva têm tendência para acentuar o relato de queixas somáticas ou de afectos negativos (Veríssimo, Ricou & Pereira, 2008; Schutte, Malouff, Thorsteinsson, Bhullar & Rooke, 2007). Tal correlação parece trazer à evidência a forma como as emoções podem afectar a percepção da realidade, pelo que, deste modo, interferir na noção de voluntariedade do consentimento. A verdade é que os pacientes apresentam dificuldades em discernir sobre tudo o que é discutido numa consulta médica. Butow, Dunn & Tattersall (1995) afirmam que o paciente apenas se recorda de cerca de 25% dos factos médicos apresentados numa consulta com o seu oncologista. Por outro lado, parecem existir dissonâncias entre aquilo que o profissional pensa que transmitiu ao paciente e aquilo que este realmente ouviu e compreendeu (Fallowfield, Jenkins & Beveridge, 2002; Mackillop, Stewart, Ginsburg & Stewart, 1988) o que se por um lado nos transporta de novo para o problema da

comunicação, e para a importância da sua qualidade no processo terapêutico, por outro nos faz questionar sobre a questão da compreensão e voluntariedade.

Mais do que valorizar as dificuldades deve procurar-se diminuir ao máximo o efeito das variáveis que, por qualquer motivo, possam condicionar a voluntariedade da pessoa na aceitação de uma ou outra proposta de intervenção. Aquilo que se sabe é que quanto mais o paciente estiver envolvido com a sua decisão, sentindo-se como parte activa na mesma, maiores serão as probabilidades da intervenção chegar a bom porto (Knapp e VandeCreek, 2006). Então, e à semelhança do que foi discutido a propósito do pensamento ético, sendo verdade que as nossas decisões serão sempre condicionadas pelo nosso estado emocional, o papel do profissional passa por promover ao máximo essa ideia de voluntariedade. Tal como em qualquer área da actividade humana, poderá dizer-se que o nível de aspiração será directamente proporcional ao nível de realização. Ou seja, quanto mais acreditarmos que será possível, mais próximos ficaremos da concretização. Então, será este o espírito que deve presidir à concretização deste ideal de voluntariedade.

É evidente que terá que existir um limite aceitável para lá do qual o consentimento perderá validade. Mas esse limite não pode ser definido senão a partir do próprio profissional. O trabalho numa área tão sensível como o bem-estar humano é de grande responsabilidade. Essa responsabilidade deverá levar o psicólogo a procurar adquirir todas as competências comunicacionais possíveis que o ajudem a estabelecer uma relação da maior confiança possível com o seu cliente. Do mesmo modo, a noção exacta de que as propostas de intervenção a fazer ao cliente são isentas de qualquer tipo de pressão no sentido de o convencer a aceder só pode ser definida pelo próprio técnico. Então, será esta consciência profissional o dínamo central que pode conduzir a um consentimento válido, em função da qualidade da informação prestada e de uma aceitação o mais voluntária possível.

É evidente que o consentimento como consequência do respeito pelo princípio da autonomia não pode limitar-se a estas dimensões dicotómicas de pressão ou voluntariedade, competência ou incompetência, informação ou ignorância. Num

universo cultural como o nosso, recorrendo às palavras de Rui Nunes (2005), são necessárias outras formas e outras figuras no sentido de fazer cumprir com o direito à auto-determinação pessoal. De facto, existem demasiados contextos e situações para que possam ser tipificados mas, por outro lado, promover o direito à autodeterminação terá implicações que não podem ser simplificadas. Deste modo, podem ser consideradas algumas variantes do consentimento que podem ser utilizadas em situações particulares (Nunes, 2005).

**1.3.3.1 – O consentimento implícito.** De acordo com a sua própria denominação, este tipo de consentimento diz respeito às situações que estão implícitas na relação psicólogo/cliente. Ou seja, um cliente quando procura um psicólogo tem, normalmente, uma noção sobre o que consiste esta relação. Nesse sentido, existirão alguns procedimentos, como sejam algumas variáveis relacionadas com o *setting*, ou mesmo algumas observações clínicas por parte do psicólogo, que não carecem da obtenção de um consentimento expresso. Ou seja, subentende-se que se o cliente recorre ao profissional estará tacitamente a consentir algumas destas intervenções, que têm um risco inferior ao risco mínimo, ou seja, aquele que as pessoas aceitam correr no seu dia-a-dia apenas por estarem vivas.

Parece evidente que se salvaguardam situações, que não serão tão raras como isso, onde o cliente desconhece ou tem uma percepção errónea daquilo em que consiste uma consulta de psicologia. Nesses casos pode ser muito útil começar por discutir com o cliente todas as questões, por mais básicas que pareçam, relacionadas com a própria consulta.

**1.3.3.2 – O consentimento presumido.** O consentimento presumido será de duvidosa utilização em psicologia. O exemplo clássico na utilização deste tipo de consentimento é o episódio de urgência, no qual não seja possível a obtenção do consentimento informado e não existam dados seguros de que a pessoa se oporia aquela intervenção.

A verdade é que, se é duvidosa a existência de situações de urgência em psicologia, dificilmente se produzirão resultados sem a intervenção activa da pessoa. Então, exceptuando as situações de tratamento compulsivo que têm particularidades muito próprias, será difícil equacionar uma situação em psicologia que seja suficientemente urgente a ponto de ser necessário e aceitável presumir o consentimento.

**1.3.3.3 – Consentimento familiar.** O consentimento familiar refere-se ao reconhecimento que a família, em muitos casos, através do seu representante, poderá ser o melhor recurso para consentir determinada intervenção junto de um paciente incapaz de dar o seu consentimento. É evidente que, na área da saúde mental, sendo o consentimento destinado a uma intervenção relacionada com a perturbação mental, estes casos entram no campo do tratamento compulsivo. Apenas nos casos em que a intervenção se destine a outros objectivos que não a saúde mental se poderia falar deste tipo de consentimento. Contudo, e na verdade, o consentimento familiar está reservado para as pessoas que nunca foram competentes, e por isso, nunca manifestaram a sua vontade, como seja o caso de crianças ou de pessoas com um tipo de incapacidade que tenha surgido muito precocemente na sua vida (Beauchamp e Childress, 2002/1994); de outro modo, estar-se-à a falar de julgamento substitutivo.

Este tipo de consentimento assume-se de tão maior importância quanto o reconhecimento que será difícil fazer uma intervenção em crianças, com o mínimo de expectativa de sucesso, sem a participação activa da família, ou pior ainda, com a sua resistência. Então, obter o consentimento familiar para uma intervenção junto da criança não irá apenas ao encontro do legítimo respeito pela auto-determinação familiar, como contribuirá para aumentar as expectativas de sucesso na intervenção.

**5.3.3.4 – Julgamento substitutivo.** À semelhança do consentimento familiar esta figura destina-se também às situações em que a pessoa não está capaz de consentir na intervenção em função de uma situação, temporária ou definitiva, de incompetência. A diferença é que, de acordo com Beauchamp e Childress



(2002/1994), o julgamento substitutivo apenas deve ser utilizado em situações onde a pessoa já tenha sido competente, pelo que, dar ou não o assentimento estará relacionado com a percepção que o familiar, ou outro representante, tenha sobre a decisão que a pessoa tomaria caso pudesse ela própria tomar a decisão. Por isso mesmo só poderá exercer julgamento substitutivo quem tiver um conhecimento profundo da pessoa, pelo que pertencer à sua família pode não ser suficiente. Naturalmente que, nesta perspectiva, as crianças ficam fora do julgamento substitutivo uma vez que nunca foram competentes. Pode deste modo afirmar-se que o consentimento familiar representará, então, não o que a pessoa desejaria naquelas circunstâncias, mas o que os familiares desejam para a pessoa nesse contexto, o que transformará este último numa solução de recurso em relação ao primeiro.

De todo o modo, dificilmente o julgamento substitutivo se aplicará no contexto da intervenção psicológica, uma vez que, em situações de perturbação mental será a figura do tratamento compulsivo a mais indicada para ser utilizada.

**1.3.3.5 – Declaração antecipada de vontade.** O julgamento substitutivo dará maiores garantias, comparando com os consentimentos familiar e presumido, de que a intervenção irá ao encontro do melhor interesse da pessoa, uma vez que se baseia na sua vontade, ainda que manifestada de uma forma indirecta. Mas será a declaração antecipada de vontade, fundada no conceito de autonomia pura (Beauchamp & Childress, 2002/1994), aquela que com maior segurança representará a decisão da pessoa caso esta a pudesse manifestar. Trata-se pois de tentar garantir o respeito pelo direito da pessoa decidir mesmo nas situações em que esta esteja incompetente<sup>82</sup> (Melo & Nunes, 2006).

---

<sup>82</sup> Não tem cabimento neste trabalho uma discussão aprofundada sobre as Directivas Antecipadas de Vontade, ou testamento vital. Aconselha-se o leitor interessado a recorrer aos documentos nacionais e internacionais sobre a matéria, como a Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina (1997), a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (2000), a Constituição da República Portuguesa (1976), a Lei sobre Informação Genética Pessoal e Informação de Saúde (2005), a Carta dos Direitos do Utente dos Serviços de Saúde (2005), bem como o projecto de diploma da Associação Portuguesa de Bioética que regula o exercício do direito a formular directivas antecipadas de vontade no âmbito da prestação de cuidados de saúde (2006).

Ao nível da prática da psicologia parece ser difícil encontrar situações concretas onde uma situação deste tipo tenha cabimento, sobretudo se exceptuarmos algumas situações ligadas à investigação clínica em doentes incapazes. Noutras áreas dos cuidados de saúde existem situações muito concretas onde esta manifestação antecipada da vontade da pessoa, seja na forma oral ou na forma escrita, poderá ser de grande utilidade no sentido de ajudar os profissionais de saúde a orientarem as suas intervenções na direcção do melhor interesse da pessoa. Situações limite de não-reanimação ou utilização de determinado tipo de tratamentos em pessoas inconscientes serão os exemplos mais comuns. Contudo, esta declaração antecipada deverá ser o mais específica possível no que diz respeito à intervenção e ao contexto da sua aplicação.

Por tudo aquilo que foi afirmado, não existem dúvidas de que se poderia considerar a necessidade de obtenção de consentimento livre e esclarecido como um princípio. A verdade é que para Luís Archer (1998) este se constitui num corolário do princípio do respeito pela autonomia, sendo que, por outro lado, poderia ser associado ao princípio da beneficência, uma vez que o envolvimento do cliente nas decisões se constitui como uma mais-valia para o processo terapêutico (Sullivan, Martin e Handelsman, 1993; Beahrs & Gutheil, 2001; Knapp e VandeCreek, 2006). Se este facto se constitui como uma realidade em todas as áreas dos cuidados de saúde, assume-se como central na psicologia, onde a não participação do cliente no processo o torna inexecutável. Será razoável por isso a opinião de Beauchamp e Childress (2002/1994) quando consideram o consentimento informado não como um princípio, mas como uma regra substantiva<sup>83</sup>, um instrumento que, tal como o princípio, serve de guia de acção, ainda que mais específico.

Não é objectivo, nem poderia ser, definir regras de funcionamento para os psicólogos. A ambição que está na base da realização deste trabalho é contribuir para promover as condições essenciais para uma efectiva compreensão do ser humano, o que parece ser eticamente essencial. Quanto maior for o sentimento de

---

<sup>83</sup> Tom Beauchamp e James Childress (1994/2002) definem regra substantiva como sendo uma especificação dos princípios. Ou seja, as regras substantivas serão formuladas como guias de acção, sendo por isso mais práticas e específicas do que os princípios.

incompreensão a que um indivíduo afastado do conceito de normalidade vigente for sujeito, menor será a sua capacidade em expressar as suas necessidades pessoais e sociais, aumentando o seu estado de isolamento e a sua noção de incapacidade para funcionar num mundo que lhe poderá parecer cada vez mais estranho, ou mesmo hostil. E não será isso mesmo a doença mental?

#### **1.4 – SUMÁRIO**

- O consentimento informado constitui-se como uma obrigação ética e legal do psicólogo no sentido da prestação de toda a informação necessária para que o cliente possa compreender e assentir na intervenção considerada pertinente.
- Para que se obtenha um consentimento realmente informado torna-se fundamental a criação de uma relação de confiança entre o psicólogo e o paciente que promova o conhecimento do segundo por parte do primeiro.
- Existem quatro critérios aos quais se deve recorrer quando se pretende avaliar a normalidade de uma qualquer atitude ou comportamento humanos, no contexto da saúde mental: heurístico, estatístico, sociocultural e funcional.
- O consentimento informado pode ser obtido na forma escrita. Contudo, este não pode servir para desresponsabilizar o técnico sobre alguma coisa que o paciente não tenha compreendido e que, de algum modo, pudesse estar expresso no formulário. Ainda assim, será melhor convencer os técnicos da importância em promover de uma forma adequada um processo de obtenção do consentimento informado oral e deste modo estabelecer uma relação de maior confiança.
- Estão definidos cinco passos necessários para a obtenção do consentimento informado livre e esclarecido: (1) avaliação da competência; (2) estabelecimento de um processo comunicacional; (3) compreensão das variáveis envolvidas; (4) voluntariedade; (5) consentimento.
- A doença mental é factor de marginalização e exclusão sociais, pelo que a inclusão e readaptação do indivíduo ao seu sistema social deve ser considerada como uma prioridade não menos importante do que qualquer outra.
- Em algumas situações pode ser necessária a retirada temporária, ainda que compulsiva, de uma pessoa da sua realidade no sentido de fornecer ao profissional

de saúde o tempo e o afastamento necessários para compreender e ajudar o doente a recuperar a sua capacidade de adaptação ao seu contexto social.

- Deve ser lembrado que forçar alguém a iniciar um tratamento que o próprio não compreende será uma violação da sua liberdade, e sobretudo uma atitude que pode pôr em causa a relação de confiança entre o profissional e o paciente pelo que existem critérios rigorosos a presidir a aplicação do tratamento compulsivo.
- O consentimento deve ser voluntário, sendo que esta é uma condição discutível. Será a consciência do profissional o dínamo central que pode conduzir a um consentimento válido, em função da qualidade da informação prestada e de uma aceitação o mais voluntária possível por parte do cliente.
- Existem algumas variantes ao consentimento que podem ser utilizadas em situações particulares. O consentimento implícito, o consentimento presumido, o consentimento familiar, o julgamento substitutivo e a declaração antecipada de vontade. Nem todos têm aplicação prática em psicologia.

## 2 – A CONFIDENCIALIDADE E A RELAÇÃO

Confidencialidade refere-se a algo que tem carácter privado, íntimo. Está intimamente ligada a um conjunto de conceitos tais como confiança, respeito, segurança, intimidade e privacidade. Será a capacidade de se manter um segredo, constituindo a manifestação da percepção de si mesmo como diferente e separado dos outros.

A confiança é a base da relação, sendo que para que esta exista é fundamental que os intervenientes tenham a garantia de que o outro, em quem confiaram, irá manter a discrição em relação ao que foi dito. Será muito difícil imaginar um psicólogo a conseguir sucesso no seu trabalho se a pessoa com quem se encontra não tiver confiança nele. Por outro lado, se o pressuposto de uma relação profissional é que esta seja confidencial, não será adequado alterar esta realidade depois de iniciada. Estes constituem-se, aliás, como alguns dos argumentos que sustentam a necessidade de manter a confidencialidade na relação profissional. Por estes motivos, e alguns outros que serão discutidos, o ponto de partida será considerar a confidencialidade na relação clínica como absoluta. No entanto, e na verdade, o psicólogo, como membro integrante e participativo da sociedade, tem também responsabilidades genéricas para com ela. Deste modo, e como será bom de ver, surgem por vezes conflitos difíceis de ultrapassar entre a manutenção da confidencialidade da relação, no intuito de salvaguardar o direito à privacidade individual, e a necessidade de a colocar em causa em função do interesse social.

É evidente que este tema da confidencialidade e privacidade estará também relacionado com o arquivamento dos processos clínicos e dos meios auxiliares de diagnóstico.

Serão estes os temas abordados neste capítulo, bem como outros considerados de força maior (Nunes, 2005) e perturbadores do valor da privacidade individual, como sejam a transmissão de doenças contagiosas, as situações de perigo para crianças

e jovens ou outras pessoas em especial vulnerabilidade, ou questões relacionadas com as ameaças de suicídio e homicídio.

## **2.1 – A CONFIDENCIALIDADE COMO UM VALOR ABSOLUTO**

Este título é à partida estranho, sendo que visa colocar uma maior ênfase na importância que a privacidade assume ao nível das relações na área das ciências humanas e mais ainda na psicologia. De facto, na vida o absoluto é, no mínimo, improvável. No campo da ética aplicada a uma profissão como a psicologia, mais difícil ainda será considerar valores totalitários. A verdade é que, segundo VandeCreek (2006), aquilo que os pacientes mais esperam de um espaço como uma consulta de psicologia é a possibilidade de falar com alguém num ambiente seguro e livres do medo de qualquer tipo de repercussões. Então, a confidencialidade será, seguramente, um valor central na intervenção psicológica.

Existem, pois, três argumentos básicos que suportam a necessidade de considerar a confidencialidade absoluta no contexto da relação profissional entre o psicólogo e o seu cliente: argumentos baseados na autonomia e privacidade, argumentos baseados na fidelidade da relação e argumentos consequencialistas (Beauchamp e Childress, 2002/1994).

Os argumentos baseados no respeito pela autonomia e pela privacidade vêm de encontro a tudo o que já foi discutido a propósito do conceito de pessoa e dignidade humana<sup>84</sup>. Constituem-se como um fim em si mesmo, ou seja, são argumentos de princípio e não apontados em razão directa de uma qualquer consequência. Nesta perspectiva, a confidencialidade terá um valor intrínseco, inerente à condição de pessoa humana. Segundo Kant (1996/1785) o exercício da vontade é uma das estruturas essenciais do ser humano, pelo que este é livre, “*é liberdade, enquanto indeterminação do seu ser através do seu agir*” (Kant, 1996/1785). Resultam, desta forma, duas características fundamentais do Homem que se poderão dividir numa componente teórica, contemplativa, predisponente ao conhecimento – a razão – e numa componente prática, predisponente à acção – a liberdade.

---

<sup>84</sup> Consultar a este propósito o Capítulo 1 – A ética, a pessoa, a relação e a psicologia.

Esta identificação entre a vontade e a razão, que faz do Homem um ser inteiramente livre, dá origem a uma noção que se perpetua na tradição ocidental como princípio fundamental da vida moral e da identidade pessoal – o respeito pela autonomia. Este conceito refere-se, então, à capacidade de autodeterminação do indivíduo. A pessoa, devido ao uso da sua razão, será um ser incondicionalmente livre, senhor de uma vontade autónoma que será o princípio supremo da moralidade, o que implica que a sua relação com o outro, incluindo, claro, o profissional, esteja revestida de um valor inexorável que Kant designa por dignidade. Desta forma, ao quebrar a confidencialidade o psicólogo estará a violar a dignidade da pessoa humana.

Na realidade, se o pressuposto da relação entre o psicólogo e o seu cliente é que esta é confidencial, e à *posteriori* isto se alterar, poder-se-á estar a violar a dignidade da pessoa. Quanto mais o técnico souber sobre o seu cliente melhor poderá desenvolver o seu trabalho. Contudo, ainda que a consulta ao psicólogo seja absolutamente voluntária, ninguém está obrigado a contar tudo o que lhe diz respeito. Deste modo, quando a pessoa o faz, considera, naturalmente, os pressupostos envolvidos na relação. E um deles é que a relação é privada. Não se poderá afirmar com segurança que se a pessoa soubesse à partida que o psicólogo libertaria algumas das informações a terceiras partes sem o seu conhecimento e/ou consentimento que esta manteria a mesma disposição inicial em falar sobre elas. Ou seja, se a dignidade humana consiste na possibilidade da pessoa escolher livremente em função da realidade com que se depara, não se estaria a considerá-la ao alterar essa mesma realidade sem ter informado previamente a pessoa sobre as circunstâncias que poderiam levar a que a confidencialidade não fosse respeitada. Deste modo, a quebra da confidencialidade representará sempre uma violação ao respeito pela autonomia da pessoa uma vez que esta estará a ser induzida em erro pela crença na privacidade da relação.

Claro que se as exceções a essa mesma confidencialidade forem discutidas no início da relação, este problema será ultrapassado, podendo levantar-se, nesse

caso, outro tipo de dificuldades relacionadas com a construção de uma relação de confiança. Na verdade a confidencialidade acaba por assumir uma dimensão utilitarista já que parece ser verdade que contribui para uma comunicação psicólogo/cliente mais aberta (VandeCreek, 2006). Contudo, e porventura na maioria das vezes, não é possível prever e/ou discutir todas as situações que possam suscitar a quebra da privacidade da relação, pelo menos em todas as suas dimensões, o que nos devolve ao mesmo problema. Aliás, a privacidade refere-se ao direito da pessoa em decidir o momento, o lugar, a forma e as informações que deseja partilhar com alguém, pelo que diz respeito não apenas ao que é dito no contexto da relação profissional mas também a todas as informações que decorrem dessa mesma relação ainda que de uma forma indirecta (Corey, Corey & Callanan, 2007). Ou seja, todas as informações que o profissional obtiver sobre um seu cliente, independentemente da fonte, são sujeitas a sigilo. Inclusivamente, se um profissional encontrar um seu cliente fora do contexto profissional, é essencial que não viole a sua privacidade, pelo que a interacção entre os dois nesses contextos informais deve também ser objecto de discussão prévia.

É evidente que o princípio do respeito pela autonomia não pode ser considerado absoluto, existindo outros que orientam a prática do profissional de psicologia. Contudo será importante considerar que a quebra da privacidade sem o consentimento da pessoa será sempre uma violação ao seu direito à auto-determinação.

Os argumentos baseados na fidelidade referem-se às premissas, implícitas e explícitas, da relação. Na verdade, facilmente se poderá depreender da dificuldade em estabelecer uma relação sem confiança. Aliás, é frequente a utilização do termo “relação de confiança” reportando-se às relações na área da saúde. Mas, no geral, relações sem confiança tendem a ser limitadas nos seus objectivos e sobretudo no seu sucesso. Ora, será difícil imaginar uma relação de confiança entre duas pessoas sem regras de privacidade. Naturalmente, aquilo que se diz a alguém não é, por princípio, público, até porque se destina a essa pessoa e não a qualquer outra. Se o



destinatário for diferente a mensagem será seguramente outra. Então, para manter a privacidade é fundamental a confidencialidade.

Ora, ao quebrar a confidencialidade esperada pela pessoa estar-se-á, sem dúvida, a violar a sua privacidade. Tal atitude poderá colocar em causa a confiança entre os interlocutores. Se assim for, a relação pode ser quebrada. Sabe-se que a relação tem, em si mesma, um grande valor terapêutico. Como afirma Rousseau (2009) o toque pessoal e humano do profissional de saúde é fundamental para o tratamento. Até em intervenções tão técnicas como aquelas que se destinam a tratar problemas cardíacos avançados a comunicação com o profissional assume uma dimensão muito importante (Havranek & Allen, 2008). Vários estudos sobre o efeito placebo (Wampold, Minami, Tierney, Baskin & Bhati, 2005; Bijlsma & Welsing, 2008; Zhang, Robertson, Jones, Dieppe & Doherty, 2008) concluíram que a relação médico-paciente é crucial para potenciar esse mesmo efeito. No fundo, defende-se que o efeito real de uma intervenção é o resultado do tratamento activo adicionado ao efeito placebo, sendo que este último passa pela crença do paciente nessa mesma intervenção (Spiegel & Harrington, 2008). Será bom de ver que a crença da pessoa na intervenção será mediada pela relação profissional de saúde/paciente. Num estudo com pacientes com Síndrome do Cólon Irritável, Kaptchuk e colaboradores (2008) concluíram que um contacto com um paciente de apenas 45 minutos onde são discutidas questões relacionadas com as crenças associadas aos sintomas do paciente, num ambiente de aceitação e de empatia, com promoção de expectativas positivas, foi o suficiente para quase duplicar os resultados ao nível da melhoria global dos sintomas e da sua severidade, bem como da qualidade de vida, em relação a um grupo de pacientes a quem foi administrado um tratamento placebo de acupunctura e a quem foi dada apenas uma explicação técnica.

Então, se parece estar comprovado o efeito terapêutico da relação, no fundo a base do exercício prático da psicologia, qualquer atitude do técnico que contribua para o degradar dessa mesma relação poderá constituir-se como um prejuízo para o paciente. Limitar o efeito benéfico da relação através da quebra de confiança da mesma na sequência de uma violação da confidencialidade poderá contrariar o

princípio da não-maleficência, pois não deixa de provocar um malefício ao paciente, privando-o conscientemente de um forte instrumento terapêutico. Este facto deve ser tido em consideração pelo psicólogo quando confrontado com qualquer situação onde pondere a quebra da confidencialidade. Não invalidando todos os motivos que possam existir nesse sentido, será importante que esteja ciente dos prejuízos resultantes para a pessoa.

Os argumentos consequencialistas<sup>85</sup>, centrados nas teorias éticas que lhe dão o nome direccionam-se mais no sentido da defesa da profissão. Evidentemente que se o objectivo da profissão é promover uma melhor ajuda para a pessoa, então, defender o bom nome da profissão e a confiança que as pessoas em geral depositam nela será uma forma indirecta de ajudar a pessoa. Contudo, também sabemos que os argumentos consequencialistas acabam por se tornar um pouco impessoais no sentido em que interpretam o bem como o melhor para o maior número de pessoas (Neves, 2001), o que pode resultar numa degradação do valor da pessoa enquanto ser único e não repetível. Todavia, no que respeita à confidencialidade, a questão principal que se coloca é o facto de a privacidade da relação poder contribuir para uma relação de maior confiança entre o psicólogo e o seu cliente. Na verdade, se os clientes não tiverem confiança no profissional, poderão não lhe fornecer todos os elementos necessários, ou mesmo, poderão evitar manter uma postura autêntica na relação. Desta forma, os profissionais poderão não ser capazes de estabelecer os diagnósticos mais correctos, ou recomendar as terapêuticas mais acertadas.

E o problema não diz respeito apenas à pessoa que foi alvo da quebra da privacidade. Aliás, o problema maior colocar-se-à pela perda da confiança genérica na classe profissional. Ou seja, ao quebrar a confidencialidade, o profissional poderá estar a abalar a confiança do público em geral na classe, limitando futuras intervenções. Se se tornar regra que em determinados contextos ou situações específicas o profissional não respeitará o direito à privacidade da pessoa, outras pessoas que possam viver situações comparáveis muito mais dificilmente terão

---

<sup>85</sup> Para uma melhor compreensão rever o capítulo 2.2.1.3 – As teorias consequencialistas

confiança no psicólogo. Mais do que isso, fica posto em causa um dos princípios fundamentais do trabalho profissional que passa pela defesa intrangisente do melhor interesse do cliente. Numa perspectiva consequencialista, orientada pela ideia do melhor para o maior número de pessoas, dificilmente a defesa de um bem que potencialmente se poderá obter com a quebra da confidencialidade será maior que o prejuízo que a quebra de confiança na classe implicará, com a ajuda deficitária às pessoas em geral que tal poderá produzir.

Um exemplo típico do acabado de afirmar é a problemática da infecção pelo VIH. Um sério problema prático que se tem apresentado a alguns profissionais de saúde, independentemente da área onde desenvolvem o seu trabalho, está relacionado com a tomada de conhecimento que um dos seus clientes está infectado pelo VIH e que mantém relações sexuais desprotegidas com a pessoa com quem mantém uma relação estável (CNECV, 2000). Porventura, uma grande maioria de pessoas, intuitivamente, concordaria que o melhor a fazer seria informar o parceiro sexual em causa, evitando deste modo a sua infecção ou pelo menos permitindo o despiste e subsequente início de terapêutica adequada. Contudo, uma perspectiva consequencialista do problema suscitaria uma solução um pouco diversa. O rastreio para o VIH é voluntário se exceptuarmos alguns casos particulares (CNECV, 1996). Deste modo, reconhece-se à pessoa o direito a não tomar conhecimento sobre o seu estado de saúde, ainda que do ponto de vista médico tal seja, neste caso, totalmente desaconselhado. Mais uma vez está em causa o princípio do respeito pela autonomia (Beauchamp e Childress, 2001/1994). Deste modo, tornando-se regra geral que em casos como o acima descrito o profissional deve ser obrigado a libertar a informação ao parceiro ou parceira sexual do indivíduo infectado, alguém que tenha tido algum tipo de comportamentos de risco para a infecção pelo VIH e não queira, de forma alguma, que o seu parceiro ou parceira sexual habitual disso tome conhecimento, poderá evitar realizar o despiste ou sonegar essa informação aos profissionais de saúde que entretanto consultar. Tal facto poderá contribuir para que um maior número de pessoas não tome conhecimento sobre a sua infecção pelo VIH, o que para além de as colocar em perigo directamente pelo não início das terapêuticas, colocará num perigo ainda maior todas aquelas pessoas com quem

esta se relacionar do ponto de vista sexual. Mais ainda, o profissional não terá a oportunidade de prestar todos os esclarecimentos necessários sobre o VIH, nem tão pouco de tentar convencer a pessoa infectada a revelar a informação ao seu parceiro sexual. Nesta perspectiva poderia assim resultar um mal maior para um maior número de pessoas do que aquele que resultaria do respeito pela privacidade da relação no que concerne ao conhecimento da infecção de alguém nas condições inicialmente descritas.

É evidente que o dilema descrito resulta da dificuldade que um profissional de saúde terá em lidar com uma situação em que toma conhecimento da existência de um risco sério para a saúde de alguém e nada fazer para o tentar evitar, sobretudo quando tal se afigura como possível de ser feito com sucesso. Por isso mesmo o parecer emitido pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2000) é muito claro quando defende que nestes casos poderá ser possível a quebra do sigilo. Não deixa porém de defender que o técnico deverá envidar todos os esforços para persuadir a pessoa infectada de comunicar a sua situação ao parceiro ou parceira. Pode acrescentar-se que, para se evitar o máximo de consequências possíveis ao nível da quebra de confiança na classe profissional, só em última instância a privacidade deverá ser quebrada. Mais, a pessoa deverá ser sempre a primeira a saber que tal irá acontecer a fim de evitar não só as consequências agora descritas mas também todas as outras resultantes dos argumentos anteriormente elencados.

Nenhum destes três argumentos implica regras absolutas de confidencialidade. No entanto ajudam a compreender algumas das principais consequências da sua quebra, tanto para o próprio como de uma forma geral, o que contribui para a ideia de que a confidencialidade deve ser interpretada como uma regra fundamental. Não será por acaso que todos os códigos deontológicos das diversas profissões na área da saúde defendem regras quase absolutas no que à confidencialidade diz respeito. No entanto, e como será bom de ver, qualquer regra, quando aplicada de uma forma cega e absoluta, poderá provocar situações, no mínimo, de questionável valor ético. Por isso mesmo a ideia defendida é que a confidencialidade deverá ser absoluta,

mas como regra geral. Tal solução constitui-se, aparentemente, como a única capaz de promover a atenção e a compreensão das pessoas para a importância da privacidade. Entretanto, todo um conjunto de situações, que serão discutidas em seguida, deverão ser interpretadas como exceções à regra e avaliadas de uma forma casuística. Motiva-se deste modo o profissional a reflectir criticamente sobre cada situação específica e evita-se a criação de regras para a quebra da confidencialidade que poderão ter exactamente o efeito contrário.

## **2.2 – O SUICÍDIO, O HOMICÍDIO E O RISCO PARA TERCEIRAS PESSOAS**

Os psicólogos, sobretudo aqueles que trabalham na área da clínica, confrontam-se, não pouco frequentemente, com a possibilidade de encontrar um cliente suicida (Bongar, 1992). Outra situação grave que por vezes se coloca a estes profissionais, está relacionada com os casos em que uma pessoa se refere às suas intenções em cometer homicídio ou qualquer outro tipo de agressão a terceiros, como será exemplo o abuso de menores. Ainda, e no que respeita às doenças graves ou incuráveis, como o cancro, e às doenças socialmente marginalizantes, como a infecção pelo VIH, um dos problemas que por vezes surge é o facto da pessoa afirmar que prefere o suicídio a uma morte prolongada (C. Silva, 1996). É certo que um terapeuta deve ter competências que lhe permitam dispor da capacidade suficiente para guiar o sujeito na desmobilização de tais intenções. No entanto, nos casos em que tal não seja possível, o único caminho poderá ser a quebra de confidencialidade, no sentido de proteger o cliente ou os terceiros a quem este possa prejudicar.

Vários códigos de ética de diversas associações de psicólogos (New Zealand Psychological Society, 2002; Nederlands Institute for Psychologists, 1998; American Psychological Association, 2002), bem como a Associação Psiquiátrica Mundial (Declaration of Madrid, 1996/2005) prevêm, explicitamente, a quebra da confidencialidade sem autorização do cliente, sempre que esteja em causa a segurança deste ou de terceiros, salvaguardando, no entanto, que sempre que possível, tal deve ser comunicado ao próprio.

Também o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2000), tal como já foi referido, a propósito do risco directo de infecção pelo HIV, defende a quebra da confidencialidade desde que quando encarada como última hipótese para prevenir a infecção do parceiro sexual, dado que a melhor solução passará, evidentemente, por ajudar a pessoa a compreender as implicações do seu comportamento, tanto para os outros como para si própria, motivando-a a alterá-lo (Sleek, 1996).

De facto, e baseados nos princípios da beneficência e da responsabilidade social (Ricou, 2005), os profissionais de saúde, depois de bem avaliadas as consequências para a relação, e desde que o façam após esgotarem todas as outras hipóteses, poderão equacionar quebrar a confidencialidade, tendo o cuidado de o fazer apenas com as pessoas directamente envolvidas e que de alguma forma possam evitar que o problema ocorra. Será importante, no entanto, ter em atenção alguns aspectos que serão agora discutidos.

### **2.2.1 – Condicionantes à quebra da confidencialidade.**

Quando um cliente avisa o seu terapeuta de que pretende fazer algo contra si próprio ou contra terceiros, tal poderá significar, na maioria das vezes, um pedido de ajuda, no sentido do evitamento do comportamento. De facto, muitas vezes, uma tentativa de suicídio ou mesmo um pedido de eutanásia não será mais do que uma atitude de desespero face à sensação de incompreensão ou abandono por parte da equipa de saúde ou da família (C. Silva, 1996). Desta forma, o profissional deverá ser capaz de avaliar quais as reais intenções do sujeito, incluindo a sinceridade e validade das mesmas, tentando dar-lhes uma resposta e evitando, desta forma, a quebra da confidencialidade com as consequências inerentes: a quebra da confiança com o previsível fim da relação terapêutica e potencial prejuízo para o cliente, bem como, a quebra de confiança na classe profissional. Só em última instância se deverá então quebrar a confidencialidade e apenas se tal contribuir de uma forma efectiva para evitar o risco em causa.

**2.2.1.1 – O suicídio.** Existem autores, como por exemplo Daniel Serrão (1998) que, provavelmente, em virtude da tradição judaico-cristã prevalecte em Portugal,

atribuem um valor à vida humana que pode ser considerado como superior ao do respeito pela autonomia. Desta forma, qualquer que seja a motivação do cliente, e mesmo que possa ser considerado como competente, o psicólogo não deverá aceitar a sua decisão em suicidar-se, devendo envidar os esforços necessários para o evitar incluindo, evidentemente, a quebra da confidencialidade. Nesta circunstância, a questão crítica situa-se a montante. Ou seja, torna-se fundamental que os limites da confidencialidade sejam discutidos na altura da obtenção do consentimento informado, limitando deste modo as consequências negativas da quebra da privacidade.

Mas existem outros pontos de vista sobre o suicídio. Barret (1997) defende que se o sujeito estiver na posse de todas as suas capacidades deve ser livre de escolher a altura e o local da sua morte. Também Sleek (1996) entende a contemplação do suicídio em indivíduos com doenças incuráveis como uma sensação de “conforto” proveniente da vivência da possibilidade de escolha do momento da morte. Desta forma, encara este tipo de suicídio como oposto ao dos doentes depressivos, nos quais o suicídio representará uma total falta de esperança. Defende, então, que não será legítimo negar-lhes essa possibilidade, se bem que deva haver uma avaliação realista de cada caso específico a fim de assegurar que a decisão não seja afectada por um estado depressivo ou por qualquer outra doença mental. Brandt (1992) concorda com esta opinião ao afirmar que a decisão de uma pessoa em cometer suicídio pode ser racional, refutando os argumentos contra a imoralidade do mesmo, sejam os de ordem teológica, os respeitantes à lei natural, bem como os que defendem que o suicídio prejudica terceiros e a sociedade em geral. Claramente, para este autor, o suicídio é moralmente aceitável, desde que os motivos sejam racionais.

Na verdade, e de acordo com estas perspectivas, o problema poderá colocar-se de uma outra forma: como ter a certeza que uma pessoa que pretende suicidar-se está na posse de todas as suas capacidades e que a decisão está livre de qualquer tipo de condicionamento emocional? O próprio Brandt coloca algumas reticências quanto aos potenciais erros de julgamento. Torna-se pois muito difícil garantir de uma forma

absoluta que a decisão de uma pessoa em suicidar-se, dadas as óbvias condições de tensão emocional em que normalmente estes processos se desenrolam, é determinada racionalmente. Mais, ainda, todos nós já escutámos histórias sobre pessoas que afirmavam consciente e consistentemente que queriam morrer, que tentaram o suicídio, e que entretanto voltaram a obter prazer em viver. Então, como ter uma forte convicção de que determinada opção representa, de facto, a vontade da pessoa, ou mesmo que essa vontade não poderá sofrer alterações? Pode argumentar-se que tal é verdade para qualquer nível de decisão, pelo que então deveria ser questionado o próprio princípio do respeito pela autonomia. Contudo, e no caso concreto do suicídio, a diferença no erro estará em tentar manter viva uma pessoa que quer morrer ou deixar morrer alguém que quereria, no fundo, viver.

Fica claro que a dúvida existirá sempre. Nesse sentido, o papel do profissional deverá ser sempre explorar todas as hipóteses, por mais pequenas que estas sejam, que indiquem e ajudem a pessoa a viver. Estar-lhe-à vedada, por não ter cabimento no seu papel e não por qualquer questão de moral, a ajuda ao suicídio. Compete-lhe explorar as dimensões relacionadas com a vida da pessoa pelo que, em último caso, o profissional deverá dar os passos necessários para evitar o suicídio, inclusivamente, a quebra da confidencialidade, explorando todas as possibilidades em reverter a ideia suicida. No fundo, equivalerá ao mesmo que dizer que o cliente não necessitará da ajuda do psicólogo para morrer, sendo o papel deste último ajudá-lo a querer viver.

Em conclusão, pode dizer-se que a primeira preocupação do psicólogo, a fim de evitar problemas maiores no futuro, deve ser discutir, no início da relação, os limites da confidencialidade na mesma. Quando confrontado com qualquer uma destas questões – perigo de dano a terceiros ou a si mesmo, de uma forma séria – deve avaliar a situação caso a caso, eventualmente discuti-la com colegas e tomar uma decisão consciente que tenha em linha de conta o melhor interesse do seu cliente, mas também o interesse de pessoas que possam ser directa e gravemente afectadas pela situação em causa. Por fim, deverá sempre avisar a pessoa dos passos que entende dever dar para a persecução dos valores que defende a partir



do exercício da sua profissão. Binder e McNiel (1996) afirmam que os clientes que são avisados sobre a decisão do terapeuta em relação à quebra da confidencialidade têm menor probabilidade de descontinuar o processo. Claro que deverá ficar bem claro que de uma forma ou de outra o seu compromisso é com o seu cliente pelo que as decisões que toma vão no sentido de promover o seu melhor interesse contextualizado na sua realidade social, e nunca orientar a sua actuação de uma forma defensiva, procurando as soluções que lhe possam parecer mais simples do ponto de vista do seu comprometimento pessoal e profissional.

**2.2.1.2 – As ameaças a terceiros.** No caso das ameaças para terceiros existe esse valor acrescido que será a possibilidade de proteger uma outra pessoa o que, seguramente, caberá nos objectivos da profissão. Contudo não deverá ser esquecido que a informação, a partir da qual se poderá ajudar a terceira pessoa, foi obtida na sequência da relação profissional. Ou seja, se não existisse uma relação profissional deste âmbito, provavelmente, essa informação não estaria acessível. Este facto ilustra a responsabilidade que o psicólogo detém com a utilização dessa informação. Não deverá pois olvidar que o seu papel será, em primeira instância, ajudar o seu cliente. E que tal ajuda passará também por tentar que ele evite a realização de um comportamento socialmente marginalizante<sup>86</sup>. Então essa será a sua primeira e mais importante responsabilidade: convencer a pessoa a evitar o comportamento nocivo. Não fará sentido acreditar que se alguém conta ao seu psicólogo que vai, por exemplo, fazer mal a alguém, esteja à espera de obter algum tipo de apoio ou incentivo nesse sentido. Então, não será totalmente descabido afirmar que aquilo que a pessoa, na maioria das vezes, desejará, é conseguir ser convencida a não realizar esse comportamento. Então essa será a primeira responsabilidade do profissional. Segundo Corey, Corey e Callanan (2007) poucas das ameaças proferidas pelos clientes são de facto concretizadas, pelo que não devem ser reveladas por rotina. Ainda para mais, na maior parte das vezes em que

---

<sup>86</sup> Na sequência do famoso caso Tarasoff (Koocher e Keith-Spiegel, 1998), foi defendido (Siegel, 1979, citado por Koocher e Keith-Spiegel, 1998) que se a confidencialidade tivesse sido mantida, o cliente poderia ter sido mantido em psicoterapia e o crime de homicídio que foi cometido poderia ter sido evitado. Nesta perspectiva, a confidencialidade deveria ser mantida sobretudo com uma finalidade instrumental.

terceiras pessoas foram avisadas por um profissional do perigo que corriam já estariam conscientes desse mesmo perigo (Binder & McNeil, 1996). Para além dos prejuízos evidentes para a relação psicólogo-cliente, pode trazer complicações para a relação com a pessoa alvo das ameaças. Contudo, a verdade é que nem sempre se obtém sucesso no trabalho com as pessoas, ou que a leitura desse sucesso muitas vezes não é visível de uma forma objectiva, e que se torna difícil discernir sobre a real probabilidade da concretização das ameaças. Nesses casos, então, e como última forma de tentar evitar um comportamento que trará prejuízos para o próprio, bem como para um terceiro, poderá ser equacionada a quebra da confidencialidade, dentro das condições já descritas, ou seja, avisando sempre a pessoa do que se pretende fazer. É fundamental, nestes casos, que o profissional tenha prática e competências para o trabalho com pessoas perigosas e que seja capaz de avaliar o nível de aliança terapêutica construída.

Uma interpretação diferente poderá ser realizada no contexto das situações de perigo para crianças e jovens ou para outras pessoas com especial vulnerabilidade como sejam os idosos ou os doentes mentais. De facto os maus-tratos têm raízes profundas na nossa sociedade, sendo que, se hoje a preocupação social existente sobre o problema é muito maior, será em virtude de uma série de transformações sociais que não só fizeram modificar a noção do que é maltratar alguém<sup>87</sup>, como alteraram a visibilidade do fenómeno (Emery & Laumann-Billings, 2002). Contudo, e como se sabe, as mudanças sociais não se fazem ao mesmo tempo em toda a população. Existem ritmos diferentes o que promove ainda mais a diversidade social. Então, é natural encontrar pessoas que ainda não se adaptaram a determinadas realidades mantendo por isso comportamentos adaptados a outros valores sociais já não aceites hoje em dia. A aceitação incondicional do técnico (Rogers 1974/1942) deve, nestes casos, ter limites. Tal como o aconselhamento genético deve ser neutro apenas até certo ponto (Nunes, 2002b) também o técnico só pode aceitar algumas

---

<sup>87</sup> Cada vez mais, hoje em dia, se tem abandonado o conceito de “maus-tratos” dada a complexidade da sua definição e delimitação (Ramos, 2009). Hoje, a definição legal consiste na “situação de perigo” que diz respeito a um conjunto de situações que incluem os maus-tratos físicos, psicológicos, o abuso sexual, e o envolvimento da criança ou jovem em ambientes que afectem gravemente o seu desenvolvimento, como a prostituição, a exposição ao consumo de substâncias psicoactivas, a mendicidade, entre outros.

diferenças até determinado limite, quando está em causa o bem-estar de outras pessoas, como sejam os filhos ou outros dependentes com especial vulnerabilidade.

A primeira grande mudança a que se assistiu está relacionada com a crescente complexidade tecnológica, o que tornou a educação num dos pilares centrais das sociedades modernas. Nesse sentido, o Estado assume o papel de proporcionar um mínimo de educação a todas as pessoas para que estas possam assumir as suas responsabilidades na sociedade. Então, esse aumento da complexidade, a par da necessidade de conhecer e potenciar o desenvolvimento da pessoa humana, levou à necessidade de especialização, constatando-se hoje a existência de uma nova classe de profissionais de saúde, dedicados ao estudo e compreensão do desenvolvimento, e por isso muito mais atentos e sensibilizados para as perturbações nessa área, onde se incluem naturalmente os maus tratos (Ricou, 2003).

Como implicação directa, o poder dos pais sobre as crianças já não é ilimitado: os pais já não são donos das crianças (Nunes, 1998). Mais ainda, estas transformações decorrem em simultâneo com a autonomização das mulheres que são também mães. É conhecido que, tradicionalmente, as mulheres eram subalternizadas em relação ao homem, pelo que dificilmente assumiam outro papel na sociedade que não fosse o de esposa e o de mãe. Desta forma, muitas das coisas que se passavam no seio da família ficavam guardadas em segredo, estando o acesso às crianças muito dificultado. Actualmente a mulher estuda e trabalha tal como o homem, pelo que se constitui como um membro da família com um papel activo nas decisões. Para além disso a mãe, por definição, mantém uma ligação privilegiada com a criança, sendo por isso um elemento fundamental no processo de decisão sobre o melhor interesse da mesma. Esta realidade, se por um lado pode diminuir o tempo de contacto entre os pais e a criança, por outro, pode promover a tomada de decisões mais ponderadas e informadas, e tornar a família visível aos olhos da comunidade, dado que o recurso a infantários ou outras instituições de apoio é fundamental, tornando público o que antes era privado: o melhor interesse das crianças.

Como resultado prático de tudo isto temos que o paradigma da disciplina como o fulcro de uma educação adequada alterou-se. Hoje, com a conquista da contracepção ter um filho é uma opção e não uma inevitabilidade. O objectivo central da paternidade e da maternidade não é o de criar soluções para a viabilidade económica da família. Logo, a criança não é educada no sentido de desempenhar um papel determinado, pelo que a aprendizagem de regras deixa de ser o fulcro. No nosso mundo actual, onde as opções são inúmeras, o fundamento da educação centra-se na ideia de dotar a pessoa da capacidade e da confiança para escolher. Neste sentido, o amor assume o papel central na educação. Só sentindo-se amada a criança terá a confiança suficiente em si para poder efectuar escolhas, base da vivência humana actual. Naturalmente que esta mudança terá contribuído e muito para a sensibilização das pessoas no que diz respeito à importância de um desenvolvimento harmonioso de todas as crianças.

Em resumo temos que se a responsabilidade pelas crianças é de todos, ela cabe em primeiro lugar aos profissionais que desempenham o seu trabalho ao nível da infância; não como substitutos da família, mas como garantes da sua sensibilização e formação nos valores primordiais da educação de um filho e, em segunda instância, pela intervenção pronta nos casos em que se verifique que o melhor interesse da criança possa estar posto em causa (Ricou, 2004b).

Deste modo, torna-se sua obrigação agir mediante situações que possam pôr em causa o bom desenvolvimento da criança. É evidente que o mesmo se deverá aplicar a outras pessoas dependentes, com especial vulnerabilidade, como sejam pessoas com limitações cognitivas ou idosos. Ainda que aqui não esteja em causa o desenvolvimento estará em causa o bem-estar e o melhor interesse dessas pessoas.

Não está em cima da mesa apenas a quebra da confidencialidade mas também a queixa às entidades responsáveis que possam, de facto, fazer algo de concreto para a protecção das pessoas em causa. Aliás, a intervenção, tal como consta no

ordenamento jurídico Português (Diário da Republica, I Série - A, n.º 204, de 1 de Setembro de 1999) deve ser efectuada logo que a situação de perigo seja conhecida, e recorrendo ao mínimo de entidades e instituições possíveis no sentido de assegurar a preservação do máximo de privacidade possível. Claro que a promoção da responsabilidade parental é um valor prioritário uma vez que, por princípio, manter uma ligação positiva dentro da família irá de encontro ao melhor interesse da criança (Ramos, 2009). Nesse sentido, tudo o que o técnico for capaz de assegurar em termos da defesa do melhor interesse da pessoa, melhor.

Não compete pois ao profissional fazer juízos de valor sobre o comportamento dos pais e, através da queixa a qualquer entidade responsável, penalizá-los ou mesmo castigá-los. O objectivo será sempre o melhor interesse da criança, pelo que será nesta perspectiva que as decisões devem ser tomadas. Então, tudo o que se conseguir resolver no seio familiar, e com o mínimo de intervenção externa, tanto melhor para todos os intervenientes.

Numa segunda linha de intervenção o profissional poderá, e sempre com o consentimento e colaboração dos pais ou responsável legal, pedir a colaboração de diversas instituições que possam desempenhar um papel activo no processo. É o caso das escolas, das Instituições Portuguesas de Solidariedade Social, da segurança social e mesmo dos hospitais que, através de um trabalho em parceria, e dada a sua proximidade, poderão ajudar as famílias e prevenir situações de risco (Ramião, 2006). O objectivo será encontrar soluções de compromisso entre os pais ou responsáveis legais e as diferentes entidades envolvidas, no sentido de permitir uma monitoração dos problemas, assegurando a defesa dos interesses das pessoas em causa.

Numa terceira linha estão então as Comissões de Protecção (CP), bem como o Ministério Público e os Tribunais que devem funcionar, então, como última instância. As CP intervêm apenas com o consentimento expresso dos pais ou do representante legal, o mesmo acontecendo com a criança se esta tiver idade igual

ou superior a 12 anos (Diário da Republica, I Série - A, n.º 204, de 1 de Setembro de 1999).

Será também ao Ministério Público e aos Tribunais que deve ser endereçada a queixa sobre situações de perigo para outras pessoas em especial vulnerabilidade, com competência claramente diminuída, mas de preferência com o seu consentimento.

Não deveremos esquecer que desde a publicação da Lei 7/2000, de 27 de Maio, e a partir da alteração introduzida ao n.º2 do artigo 152.º do Código Penal, se definiram as situações de perigo como tendo a natureza jurídica de crime público, o que na prática faz com que deixe de depender de queixa por parte do ofendido o procedimento criminal contra o autor desses crimes. O objectivo destas leis será reforçar a protecção das vítimas, sejam elas crianças sejam elas adultas competentes ou incompetentes, chamando a atenção para a gravidade dos mesmos.

O extremar de posições nunca se constitui como o ideal em nenhuma situação, sendo que a retirada da criança à família será sempre uma solução de recurso pelo impacto negativo que sempre representa para todos os intervenientes (Ramos, 2009). Contudo, a garantia de uma adequada promoção e protecção dos direitos das crianças e jovens no sentido de um desenvolvimento harmonioso, com reconhecimento legal e constitucional é um valor, no mínimo, inultrapassável (Ramião, 2006).

Já no caso em que a pessoa em perigo é considerada como competente a situação poderá merecer uma leitura um pouco diferente. Será o exemplo clássico do cônjuge agredido, situação que também se configura como um crime público. De facto, e ainda que a pessoa agredida, muitas vezes durante anos, e tantas outras dependente economicamente do agressor, possa ser considerada como estando em especial vulnerabilidade (Baron et al., 2007), a verdade é que é, por norma, competente. E não só é considerada competente porque tem capacidade para iniciar

uma acção voluntária e determinar uma escolha autónoma (Haas and Malouf, 2005), ou seja, compreendendo o que está em causa, como aos olhos da lei é considerada um sujeito de direito, capaz, pelo que qualquer processo legal terá que ter a sua colaboração activa.

Decorre que, se não for conseguida a concordância da pessoa em tomar uma decisão consciente no sentido de ser ajudada a terminar com uma situação normalmente indutora de um grande sofrimento, dificilmente qualquer acção empreendida terá êxito. Pelo contrário, poderá até ser contraproducente. Senão imagine-se uma situação, infelizmente demasiado comum (APAV, 2007), de uma mulher vítima de agressão por parte do seu companheiro e que recorre à consulta de psicologia, no seu Centro de Saúde, onde acaba por revelar ser vítima de violência doméstica há já vários anos. Contudo não pretende apresentar queixa contra o companheiro, nem tão pouco abandoná-lo.

Não existem dúvidas que a primeira coisa a fazer será, para além do apoio e compreensão inerentes, tentar compreender as motivações da sua aparente decisão. Sem dúvida que o objectivo será discutir as diversas alternativas existentes, tentando reforçar os cenários que melhor a poderão, no seu caso concreto, ajudar. A questão que se coloca é se, recusando-se a pessoa a desenvolver qualquer atitude que possa contribuir para cessar a situação actual, deverá o técnico apresentar uma queixa às autoridades.

Mais do que uma resposta de sim ou não, que será sempre redutora em função da grande diversidade de cenários possíveis, importa reflectir sobre o resultado da acção do psicólogo na perspectiva do bem-estar daquela mulher. Será que efectuar uma queixa, ou mesmo como que forçar a pessoa a fazê-lo, não poderá contribuir para, por um lado, afastar aquela mulher do profissional, seja por vergonha de manter uma situação que este objectivamente reprova e rejeita, seja por decepção, seja ainda por pressão do companheiro agressor? E que resultado previsível terá uma queixa se a mulher se recusar a levar em frente o seu testemunho, ou mesmo se negar as acusações?

De facto, e nestes casos, dificilmente se poderão equacionar boas soluções que não obtenham o acordo entre as partes envolvidas, ou seja, entre o profissional e o seu cliente. De outra forma poderá contribuir-se, ainda que involuntariamente, para uma maior sensação de isolamento e de incapacidade por parte da pessoa que não se sente capaz de terminar com uma situação que para além de a magoar, tantas vezes a envergonha. Nestes casos, então, o valor instrumental da confidencialidade deve assumir preponderância, sendo que o técnico deverá ter ainda mais atenção às suas próprias dificuldades em distinguir aquilo que será o melhor interesse do seu cliente e o seu desejo secreto de castigar ou penalizar o indivíduo agressor.

### **2.3 – A PRIVACIDADE NA ESCOLA**

Uma das maiores dificuldades na escola prende-se com a privacidade relativa ao triângulo criança-pais-professores (Isaacs & Stone, 1999). Como é sabido, para o trabalho com crianças menores serão os pais a dar o consentimento informado para as intervenções propostas. Contudo, como em qualquer outra área da intervenção em saúde, o cliente será sempre a criança. Os pais serão os agentes mais indicados para ajudar a determinar qual o melhor interesse dos filhos (Almeida, 2004). Ainda assim, parece lógico que se os pais devem consentir as intervenções, então devem ter o direito de acesso ao resultado das mesmas. De todo o modo, a questão central será saber se esse procedimento será o melhor para a criança ou adolescente.

Segundo Corey e colaboradores (2007) o profissional terá como primeira obrigação o dever de confidencialidade para com a criança mas deverá compreender que esse facto pode entrar em conflito com o direito dos pais em definir, até certo ponto, o melhor interesse dos seus filhos. Não restará pois outra solução senão fazer dos pais parceiros activos no processo de intervenção, tornando-os aliados e nunca concorrentes.

Ainda assim, o profissional deverá, no início da relação, discutir com o aluno os limites da confidencialidade na relação, seja no que diz respeito aos pais seja em relação à restante comunidade escolar. Se o psicólogo escolar faz parte, por norma,



da comunidade educacional, nem por isso o aluno perderá o direito à sua privacidade no que respeita os outros elementos dessa mesma comunidade.

Os limites à confidencialidade não serão muito diferentes daqueles definidos para a intervenção junto de adultos, ainda que as excepções referentes a situações de perigo para o próprio possam ser um pouco mais abrangentes.

Do mesmo modo, será importante que o profissional discuta com todos os agentes sobre – pais e comunidade escolar - sobre a importância da privacidade para o bom desenrolar do processo de intervenção com a criança ou adolescente. Muitas vezes é possível a construção de acordos entre o profissional e os pais no sentido em que estes aceitem limites no acesso à informação de modo a aumentar a confiança por parte da criança e reforçar a aliança terapêutica (VandeCreek, 2006).

Como já por várias vezes foi referido, a privacidade tem um valor instrumental para a relação profissional. Deverá ser aí que a ênfase deve ser colocada no sentido de se conseguir a melhor colaboração por parte de todos os agentes intervenientes na vida da criança. É fundamental que todos estejam conscientes da importância que o respeito pela privacidade da relação tem em algumas circunstâncias. Deste modo, e com base numa relação de confiança entre o profissional e os pais e os outros agentes educativos, poder-se-à potenciar os melhores resultados.

#### **2.4 - OS REGISTOS CLÍNICOS E OS RESULTADOS DAS AVALIAÇÕES**

Manter a privacidade das pessoas deve constituir-se não apenas como um cuidado activo mas também passivo. Ou seja, não basta não libertar informação, é necessário proteger a mesma. Deste modo fica o psicólogo responsável pelo arquivamento e protecção dos dados referentes aos seus clientes, sejam aqueles referentes aos registos clínicos, sejam os resultados das avaliações.

Não parecem existir dúvidas de que todos os dados clínicos registados, bem como os resultados das avaliações efectuadas, são propriedade da pessoa<sup>88</sup>. Contudo, parece ser evidente a pertinência e utilidade de serem conservados, pelo menos até determinada altura, na posse dos profissionais que os produzem.

De facto, para além de serem fundamentais para o técnico, uma vez que a memória não é, evidentemente, um meio fidedigno para guardar a informação clínica, esses registos são importantes para o trabalho em equipas multidisciplinares. Por outro lado, não raras vezes, a informação aí depositada, ou obtida através de meios de avaliação, é susceptível de várias interpretações. Deste modo, um cliente poderá não ter a habilidade suficiente para levar a cabo interpretações adequadas, o que poderia resultar num dano para si próprio. Se é verdade que este argumento pode ser considerado como paternalista, também é certo que ninguém negará que o profissional será, por norma e por definição, mais qualificado que o seu cliente na sua área de intervenção.

Porém, importa prioritariamente discutir a questão da responsabilidade do profissional pela privacidade dos seus clientes. Independentemente do grau de legitimidade considerado, a verdade é que os profissionais são os fiéis depositários de uma informação tão sensível como é a de saúde. Nesse sentido, devem ter uma grande preocupação com a segurança dessa informação, no sentido de garantir a sua privacidade.

#### **2.4.1 – Processos clínicos e privacidade**

São conhecidas algumas das dificuldades relacionadas com a privacidade relativamente aos processos clínicos nos serviços públicos de saúde (Nunes, 2005), o que tem levado a uma cada vez maior discussão sobre a questão do seu armazenamento em suporte informático, bem como, sobre o problema da acessibilidade.

---

<sup>88</sup> Lei n.º 12/2005 de 26 de Janeiro sobre Informação genética pessoal e informação de saúde. Art. 3º - "A informação de saúde, incluindo os dados clínicos registados, resultados de análises e outros exames subsidiários, intervenções e diagnósticos, é propriedade da pessoa, sendo as unidades do sistema de saúde os depositários da informação, a qual não pode ser utilizada para outros fins que não os da prestação de cuidados e a investigação em saúde e outros estabelecidos pela lei"

O suporte informático tem a vantagem de tornar mais fácil limitar o acesso de algumas pessoas que, apesar de trabalharem nestes serviços, nem por isso terão a necessidade de consultar os processos clínicos. A informação clínica de uma pessoa, ainda que enquadrada num serviço público multidisciplinar, só deve ser acedida por quem autorizado pela pessoa em causa ou, se tal não for exequível, apenas por quem tiver uma parte activa na intervenção no sentido do melhor interesse da pessoa<sup>89</sup>.

Na psicologia a sensação de segurança no que respeita à privacidade é, como se sabe, muito importante (VandeCreek, 2006). Então, todas as estratégias que concorram no sentido de aumentar essa mesma sensação serão oportunas e desejáveis. O treino e sensibilização do *staff* são muito importantes nesse sentido.

Um bom exemplo disso mesmo relaciona-se com os telefonemas para casa dos clientes para marcar ou desmarcar entrevistas. Uma consulta de psicologia clínica não é a mesma coisa que uma consulta médica. Se neste último caso já uma série de problemas se poderão adivinhar caso se viole, ainda que involuntariamente, a privacidade da pessoa, na consulta de psicologia as consequências poderão ser ainda mais complexas. É sabido que a psicologia, a par de outras áreas de intervenção em saúde mental, ainda é, de algum modo, estigmatizante, pelo que não são raras as pessoas que preferem que os seus familiares e amigos não saibam do seu recurso a uma consulta deste tipo. Então, os telefonemas deverão apenas ser dirigidos aos próprios, situação que hoje em dia está, apesar de tudo, mais facilitada com o recurso às comunicações móveis, devendo evitar-se deixar qualquer tipo de recado que sugira o motivo do contacto.

---

<sup>89</sup> Segundo a Lei sobre informação genética pessoal e informação de saúde (Lei n.º 12/2005 de 26 de Janeiro) o processo clínico só pode ser consultado por um médico incumbido de prestações de saúde a favor dessa pessoa ou por outro profissional de saúde sob supervisão desse mesmo médico. A Lei pretende referir-se à generalidade dos processos clínicos dos hospitais onde, por norma, o médico é chefe de equipa. Não teria sentido ser um médico o responsável por um processo na área da psicologia, pelo que nesse caso a transposição deve ser feita para o psicólogo responsável pelo caso.

Na verdade, e tal como foi referido, em Portugal a informação clínica, desde 2005 que é considerada como propriedade da pessoa. Tal não significa, e tendo em vista o seu melhor interesse, que o cliente ou paciente a possa levar consigo para casa. Na letra da lei o que vem expresso é que o paciente terá o direito a consultar o seu processo através de um médico por si escolhido, salvo em circunstâncias excepcionais em que tal consulta lhe possa ser comprovadamente prejudicial<sup>90</sup>. O objectivo da Lei será, por um lado, garantir o direito da pessoa em ter acesso à informação de saúde, e por outro prevenir más interpretações dessa mesma informação, pelo que se evita o acesso directo da pessoa.

Claro que quando se refere na Lei que o acesso à informação de saúde é feito através de um médico não se pretenderá induzir que deverá ser um profissional de medicina a aceder a um processo de psicologia. Por isso mesmo duas hipóteses de colocam: ou a psicologia está fora da alçada desta Lei, ou existe um lamentável esquecimento de um conjunto de classes profissionais da área da saúde.

Já aqui foi defendido que a psicologia, independentemente da sua área de actuação, será uma profissão ligada aos cuidados de saúde. A definição de “informação de saúde” na Lei n.º 12/2005 surge como “...todo o tipo de informação directa ou indirectamente ligada à saúde, presente ou futura, de uma pessoa, quer se encontre com vida ou tenha falecido, e a sua história clínica e familiar” (Artigo 2.º). Dificilmente um processo na área da psicologia não se enquadra nesta definição, pelo que resta concluir que apesar de não referenciada, a psicologia, tal como outras disciplinas

---

<sup>90</sup> Esta excepção configura-se com a noção de privilégio terapêutico. De facto, se todas as pessoas são diferentes, elas reagirão de formas diversas a determinadas circunstâncias. Isto assume-se como verdadeiro para o tipo de informação recebida. É possível então admitir que existam determinadas informações sobre si próprio para as quais um indivíduo não esteja preparado, não as conseguindo integrar. Nesse caso, quando o profissional de saúde, mediante o seu conhecimento do doente, tiver a firme convicção que determinada informação lhe poderá ser prejudicial, poderá abster-se de a comunicar, aguardando um momento considerado mais oportuno. Este tipo de actuação assumiu a designação de privilégio terapêutico (Beauchamp e Childress, 2002/1994) sendo que se sustenta na máxima “*primum non nocere*” ou seja, acima de tudo não prejudicar. Contudo, deverá ser aplicada com cautela, pois a fronteira com o paternalismo é muito esbatida. Neste caso particular assume-se que em determinadas condições o paciente não tenha acesso à informação por esta lhe poder ser prejudicial. Será improvável a existência de uma situação tipificada, no contexto do exercício da psicologia, que justifique este procedimento. Fica contudo a referência, sendo que o privilégio terapêutico vem reforçar a ideia que as questões do direito à informação e da privacidade terão maior pertinência no âmbito da defesa do melhor interesse do paciente do que do respeito pela autonomia, propriamente dito.

ligadas aos cuidados de saúde, estará abrangida por esta Lei sobre informação de saúde.

Então, uma adaptação da letra da lei à psicologia seria a substituição do médico pelo psicólogo. Ou seja, parece ser razoável que, nos casos em que exista uma quebra de confiança entre o psicólogo e o seu cliente que este último tenha direito de acesso ao seu processo através de outro psicólogo escolhido por si.

Seja como for, fica desde logo ressalvada a importância que os registos devem assumir para os profissionais, uma vez que estes representam documentos com validade legal e que poderão vir a ser objecto de análise e interpretação por qualquer colega. Deste modo importa ter uma linguagem o mais clara possível a fim de não induzir em erro quem mais possa, no melhor interesse da pessoa, ter acesso ao processo.

É evidente que se colocam aqui algumas questões relacionadas com a diferença entre os dados mais objectivos que podem constar do processo e um conjunto de impressões e notas que por vezes poderá ser útil apontar apenas para que, por exemplo, o psicólogo se possa lembrar de algum ponto que considere importante abordar numa consulta seguinte. Deverão ou não essas notas constar do processo, ou poderá o profissional criar um registo à parte?

De acordo com a Lei de Protecção de Dados Pessoais (2005) entende-se por ficheiro de dados pessoais “qualquer conjunto estruturado de dados pessoais, acessível segundo critérios determinados, quer seja centralizado, descentralizado ou repartido de modo funcional ou geográfico”. Deste modo não fica garantido que esses dados subjectivos (CNECV, 2004) não estejam abrangidos por esta Lei. Seja como for, estamos de acordo com Knapp e VandeCreek (2006) quando afirmam, a propósito das intervenções psicoterapêuticas, que as notas aí obtidas devem ser distinguidas da outra informação de saúde. Os autores definem notas de psicoterapia como toda a informação registada por um profissional de saúde mental na sequência de uma conversa tida no contexto de uma consulta de

aconselhamento, e separada de toda a outra informação clínica. Evidentemente que nessa “outra” informação a que a pessoa deverá ter acesso, devem constar, para além de todos os dados objectivos como os resultados de testes e o tipo de intervenção realizada, o diagnóstico, um resumo sobre o funcionamento pessoal, a sintomatologia observada, o plano de intervenção, o prognóstico e o progresso até ao momento presente.

Esta distinção poderá, de facto, ser útil, não no sentido de esconder alguma coisa à pessoa, mas para permitir ao profissional um maior à vontade no estabelecimento de quadros hipotéticos e na formulação de juízos com vista a uma melhor compreensão da pessoa ao longo do processo de intervenção.

Ainda assim, se as informações não forem sonegadas à pessoa, sendo com ela discutidas sempre que pertinente, para além de se estar a promover o respeito pelos seus direitos estar-se-à a defender o seu melhor interesse. No campo da psicologia, onde a relação é o maior instrumento terapêutico à disposição dos profissionais, é ainda mais importante evitar situações de ruptura de confiança, o que pode ser conseguido através desta partilha da informação. Quando alguém recorrer a outro profissional para consultar o seu processo, tal poderá significar uma ruptura no processo terapêutico inicialmente estabelecido, pelo que nada mais grave poderá então suceder do ponto de vista do papel do psicólogo.

Ainda que seja mais directa a transposição destas questões para a área da psicologia clínica, o mesmo poderá ser dito para intervenções na área da psicologia educacional e da psicologia social e das organizações. Se é verdade que a legislação em causa deverá ser diferente (em virtude da informação não ser da área da saúde), não haverá nenhum motivo para que, independentemente da diferença de contextos, a protecção dada à informação pessoal não seja a mesma.

Quando muito as diferenças poderão residir nos conflitos de interesse particulares, nomeadamente a relação com os pais e com os agentes educativos na escola, já abordados, e as relações com a empresa, entidade empregadora do psicólogo, que

irá ainda ser discutida. Antes, parece importante uma pequena referência à relação com os tribunais.

#### **2.4.2 – O direito de escusa**

Já muito foi referido sobre o valor da privacidade para promover a confiança das pessoas nas relações construídas no contexto das profissões ligadas à saúde. Se estas profissões têm uma evidente relevância social, então a manutenção da privacidade persegue esse mesmo interesse social. Ou seja, poderá afirmar-se que, no limite, a privacidade contribui para o bem-estar social. Por isso mesmo, discute-se o direito, ou mesmo o dever, do profissional de saúde, em determinadas circunstâncias, se recusar a libertar determinada informação, mesmo que solicitado nesse sentido pelo tribunal.

Na verdade, o conflito entre o suposto interesse social na prossecução da verdade e o direito à privacidade da pessoa reside no pressuposto que os tribunais deverão ter acesso a todas as informações relevantes para que possam tomar decisões o mais claras e justas possíveis. Por outro lado, a maioria dos argumentos que advogam a necessidade do direito ao profissional se escusar a libertar algumas informações está assente em bases utilitaristas (Knapp & VandeCreek, 2006). Sustenta-se que, a longo prazo, a manutenção da privacidade pode contribuir para um maior benefício social em função da promoção da confiança nas profissões, pelo que, deste modo, poderão ser obtidos melhores resultados.

É evidente que este direito de escusa deve ser exercido pela pessoa e não pelo profissional, já que a informação pertence à primeira e não ao segundo. Em Portugal o direito de escusa é regulado pelo artigo 135º do Código de Processo Penal (CPP). De acordo com o seu nº.1 está previsto para os ministros de religião ou confissão religiosa, para os advogados, médicos, jornalistas, membros de instituições de crédito, e outras pessoas a quem a lei permitir ou impuser que guardem segredo profissional. Seria neste último enquadramento que os psicólogos teriam cabimento. Contudo existe uma dificuldade prática nesta leitura.

Este direito de escusa não é considerado absoluto, senão para os ministros de religião, sendo que nos casos onde se considere que possam existir dúvidas fundadas sobre a sua legitimidade, e se conclua nesse sentido, pode o tribunal ordenar a prestação do depoimento<sup>91</sup>, mas sempre ouvindo o organismo representativo da profissão. Ora, tomando em consideração que só agora a psicologia se começa a organizar como profissão, até aqui dificilmente seria possível ao psicólogo escusar-se a um depoimento, com as consequências inerentes.

Contudo, e dada o cada vez mais relevante estatuto de importância social que a psicologia adquire, bem como tendo em consideração a sensibilidade dos problemas que tantas vezes em sede de relação psicólogo-cliente são discutidos, é evidente a necessidade da imposição do segredo profissional na sua prática. Então, de toda a maneira, a psicologia deve ser reconhecida como uma profissão, do mesmo modo que as outras referidas no artigo 135º do CPP, abrangida pelo direito de escusa, o que se constitui como mais um motivo justificável para a urgência da sua organização em classe profissional.

#### **2.4.3 – A privacidade e a avaliação psicológica**

Os principais dilemas éticos que poderão surgir a propósito da confidencialidade no contexto da avaliação psicológica não são muito diversos daqueles referentes a outras dimensões da psicologia. De facto, o ponto de partida será pressupor que toda a informação produzida pertence à pessoa pelo que lhe deve ser transmitida da melhor forma. Algumas excepções a este propósito poderão decorrer da complexidade da informação produzida num processo de avaliação psicológica. O objectivo será evitar más interpretações por parte do cliente, pelo que o tipo e a forma como algumas informações devem ou não ser transmitidas torna-se importante.

---

<sup>91</sup> Segundo o nº. 3 do artigo 135º do Código de Processo Penal Português só um tribunal superior àquele onde a escusa tiver ocorrido pode determinar a prestação do testemunho com quebra do sigilo profissional. No caso de tal ter ocorrido em sede do Supremo Tribunal de Justiça deverá ser o plenário das secções criminais a fazê-lo.



Ainda, interessa explorar os conflitos que poderão decorrer do trabalho dos psicólogos nas organizações em função do conflito de interesses que daí poderá advir. De facto, é normal que os psicólogos organizacionais sejam pagos pelas organizações com o objectivo de potenciarem os seus resultados a partir da gestão dos seus recursos humanos<sup>92</sup>. Se for considerada a posição de Claydon (2000) que sugere uma contradição fundamental entre a perspectiva das organizações e a dos trabalhadores, então o conflito de interesses do psicólogo surge como inevitável. Nesta perspectiva, e ainda que se possa qualificar a posição de Claydon como muito pessimista, importa perceber como deve o psicólogo gerir as informações decorrentes dos processos de avaliação psicológica, tendo em conta os possíveis interesses concorrentes da organização e do trabalhador.

**2.4.3.1 – A informação a terceiras pessoas.** O trabalho em equipas pluridisciplinares é um paradigma dos cuidados de saúde actuais. De facto, reconhece-se a necessidade de compreender a pessoa nas suas diversas vertentes, sendo por isso necessária a participação de uma multiplicidade de especialistas. Paralelamente, existe um conjunto de outros profissionais que, por um motivo ou por outro, se cruzam no nosso caminho ou a quem temos a necessidade de recorrer. Então, quando o psicólogo está perante uma pessoa, e a avalia do seu ponto de vista, deve estar ciente que a informação que irá obter poderá ser importante para professores, médicos, assistentes sociais, advogados, juízes, superiores hierárquicos, entre outros profissionais. Importa por isso saber, quando se produz o resultado dessa mesma avaliação, que elementos podem e devem ser incluídos nos relatórios que poderão vir a ser acedidos por estes profissionais?

Se os resultados objectivos de qualquer teste psicológico só adquirem valor através da interpretação de um psicólogo, então, aparentemente, o que deve constar nos relatórios será o resultado dessa mesma interpretação e não os dados objectivamente obtidos. A ideia seria tentar evitar uma leitura errónea por parte de outras pessoas.

---

<sup>92</sup> Não se pretende reduzir o papel do Psicólogo das organizações à gestão dos recursos humanos. As suas atribuições e o seu âmbito de trabalho são claramente mais abrangentes.

Contudo, não deve ser esquecido que a primeira pessoa a tomar conhecimento dos resultados da avaliação psicológica deverá ser o avaliado, devendo por isso ser com ele discutida e autorizada toda a informação que se pretenda revelar a qualquer outro profissional (Pryor 1988), mesmo que tenha sido este último a solicitar a avaliação<sup>93</sup>. Então, deverá ser a pessoa avaliada a decidir a partilha da informação. Aliás, segundo a American Psychological Association (2002) se a intenção do cliente em revelar determinadas informações a terceiros for vista pelo profissional como sendo contrária ao seu melhor interesse, deverão ser discutidas essas mesmas implicações negativas.

Não devem restar dúvidas, na sequência do discutido anteriormente sobre informação de saúde, que os resultados de uma avaliação psicológica cabem dentro dessa definição. Então, são pertença do sujeito avaliado. Fica deste modo o psicólogo obrigado a fornecer à pessoa toda a informação decorrente do processo de avaliação, onde deverão estar incluídos os resultados objectivos.

Esta realidade é potencialmente geradora de um conflito, uma vez que o sujeito avaliado terá direito a um conjunto de informações, os resultados objectivos, que poderão ser susceptíveis de má interpretação. Mais, não será por ser responsabilidade da pessoa libertar ou não essa informação a qualquer outro profissional que o psicólogo deverá deixar de se preocupar com o impacto que a mesma pode ter, sobretudo se partir de uma interpretação errónea. Importa por isso tentar definir que tipo de informação e de que modo deve esta ser tratada e transmitida à pessoa e aos outros profissionais.

Segundo Tranel (1994) existem diversos tipos de informação que resultam de um processo de avaliação psicológica, pelo que devem merecer uma reflexão específica por parte do psicólogo. O autor distinguiu seis tipos de informação psicológica,

---

<sup>93</sup> Claro que poderão existir excepções como será exemplo o caso das avaliações solicitadas por um tribunal. Nestes casos, o próprio objectivo da avaliação é diferente, já que pretende servir para informar o tribunal sobre determinadas características do sujeito com um objectivo de ser levado a cabo um julgamento. Logo, o profissional deverá estar preparado para enviar todo o conteúdo da avaliação para o tribunal ou mesmo para o advogado do sujeito avaliado. No entanto, também nestes casos o sujeito deve ser informado sobre os resultados do processo (Knapp & VandeCreek, 2001).

sendo que no essencial vão de encontro às categorizações propostas pela APA (1996):

- (1) relatórios escritos, nos quais o psicólogo resume a história relevante do sujeito, apresenta a interpretação dos resultados dos testes e de outros dados que possa considerar relevantes para a compreensão do sujeito, e formula conclusões. Pode ainda definir possíveis diagnósticos e prognósticos, e deve traçar algumas recomendações. No fundo trata-se do objectivo último da avaliação psicológica e que se centra nos resultados e em sugestões práticas e concretas no sentido de contribuir para o bem estar da pessoa (Simões e Almeida, 1998).
- (2) Notas, que incluem informação subjectiva sobre as observações do psicólogo, e que servem para o auxiliar na compreensão da pessoa.
- (3) Resultados, normalmente quantitativos, que podem ser brutos ou estandardizados.
- (4) Dados significativos, que são aqueles que estarão na base da determinação dos níveis de funcionamento cognitivos e comportamentais
- (5) Respostas que incluem todo o material verbal, escrito ou outro, obtido a partir da aplicação dos instrumentos de avaliação
- (6) Manuais dos testes que incluem todas as informações respeitantes à construção dos instrumentos, à sua validade e fidelidade, às suas aplicações, e às instruções para a sua administração e cotação.

No que diz respeito ao relatório escrito (1), parece evidente que este, desde que com o consentimento da pessoa avaliada, pode ser cedido a outros profissionais. Deve ser construído com esse objectivo, e partindo do pressuposto que uma série de pessoas com *backgrounds* académicos e científicos diferentes poderão ter acesso, pelo que a linguagem deve ser o mais clara e acessível possível. O objectivo é possibilitar, a partir da ciência psicológica, uma melhor compreensão da pessoa.

Já no que respeita às notas (2) a questão parece ser um pouco mais problemática. Estão aqui contidas, muitas vezes, informações que não são mais do que suposições do psicólogo sobre o seu cliente, ainda que possa incluir outras referentes ao processo, como informação sobre a postura, a atitude, a motivação,

entre outras. Estas informações podem não ter uma correspondência com a opinião final do psicólogo, sendo que se tornam muito subjectivas e passíveis de interpretações díspares. Nesta perspectiva, parece claro que não devem, em primeira instância, ser de livre acesso para o sujeito avaliado, devendo o psicólogo, caso seja solicitado nesse sentido, revê-las em conjunto com a pessoa. Por maior força da razão, as notas não devem ser partilhadas com outros profissionais, ao contrário daquilo que defende Tranel (1994). De facto, essas notas poderão corresponder às mesmas referidas por Knapp e VandeCreek (2006) a propósito das intervenções psicoterapêuticas, pelo que com um estatuto diferente da outra informação de saúde. É evidente que esta distinção não é clara à luz da Lei de Protecção de Dados Pessoais (2005) pelo que deve ser interpretada com cautela. Mais, é evidente que algumas destas notas poderão ser importantes para que outro psicólogo consiga uma interpretação adequada do mesmo processo de avaliação. Então, deverão ser acessíveis a outro profissional de psicologia se assim for solicitado pelo sujeito avaliado, no sentido de evitar a submissão a outro processo de avaliação e de permitir a obtenção de uma segunda opinião.

Já no que se refere aos pontos (3), (4) e (5), os resultados, os dados significativos, e as respostas, os problemas relacionados com a má interpretação contrabalançam com o direito da pessoa a mostrar os resultados a quem entender. Então, se se conseguir evitar que a pessoa tome posse dos resultados, tanto melhor, mas não se pode, de forma alguma, impedir, nem tão pouco isso deve ser tentado. A pessoa tem o direito de os mostrar, por exemplo, a outro psicólogo. Claro que nesse caso, a situação ideal seria os resultados serem transmitidos directamente entre os psicólogos. Mais uma vez fica clara a ideia de que se a relação entre o psicólogo e o cliente for positiva, o que será essencial para que o processo decorra da melhor maneira, uma plataforma de entendimento facilmente será alcançada uma vez que aquilo que estará em causa é, unicamente, o melhor interesse da pessoa. Nunca uma situação deste tipo deverá ser confundida com um conflito de interesses. O interesse que o psicólogo persegue é exactamente o mesmo da pessoa que o consulta: o bem desta última. O que por vezes sucede é uma interpretação diferente

daquilo que será o bem. No limite então, é evidente que a decisão da pessoa deve prevalecer.

Contudo, não parecem existir justificações para que as informações referentes aos manuais dos instrumentos (6) sejam reveladas a outras pessoas que não psicólogos. Aqui sim poderá existir um conflito de interesses. O psicólogo não pode aceitar uma possível má utilização dos testes por pessoas não qualificadas, sendo que não se vislumbram vantagens para a pessoa em obter essas informações. Defende-se então, na esteira da APA (2002), ser injustificada a libertação destas informações. Não se trata de uma atitude paternalista mas sim uma natural defesa da profissão, evitando a utilização e interpretação dos testes psicológicos divorciadas de uma adequada reflexão psicológica, o que poderia levar à sua banalização e à inerente quebra de confiança por parte do público (Jenkinson, 1991), ou mesmo, resultar, como afirma Pryor (1989), em prejuízos efectivos para a pessoa. Mais, se na sua prática profissional o psicólogo se vai cruzando com alguns relatórios psicológicos que evidenciam um nível de competência na utilização e interpretação de instrumentos de avaliação preocupante, pior será a perspectiva de outras pessoas, com um *background* académico insuficiente, terem acesso a testes deste género, e os utilizarem nas suas práticas.

Resultam claros então os dilemas que o psicólogo enfrenta a propósito da gestão da informação resultante dos processos de avaliação psicológica. Não devem restar dúvidas que, em última análise, a pessoa avaliada é responsável pelas informações referentes à sua própria condição, por muito que estas sejam o resultado de uma interpretação do profissional. Contudo, e numa profissão como a psicologia onde a relação é o principal instrumento de trabalho, menos se compreende que não se consiga o atingir de consensos no sentido do melhor interesse do cliente. Contudo, e no contexto organizacional, o problema pode assumir contornos ligeiramente diferentes.

**2.4.3.2 – As organizações.** Se o objecto de estudo da psicologia é a pessoa (Titchener, 1915), então esta deve constituir-se como a sua principal preocupação.

Logo, trabalhar para melhorar o funcionamento individual de uma empresa deve requerer uma liberdade e independência totais (Delaglande, 1995). Alguns autores, como por exemplo Claydon (2000), consideram que pelo menos alguns dos interesses da organização são contraditórios com os das pessoas que aí desenvolvem o seu trabalho. A questão financeira pode representar um bom exemplo disso mesmo. De facto, não deverá parecer estranha a ideia de que o objectivo de algumas organizações é o lucro. Então, quanto mais conseguirem de proveitos e menos tiverem que dispendir, nomeadamente pagando salários mais baixos, maior será esse lucro. Aparentemente, o interesse do trabalhador será contraditório, uma vez que será para ele desejável um maior salário com menor esforço dispendido. Contudo, esta lógica pode não ser assim tão linear. O fundamental deverá ser conseguir o maior índice de satisfação de ambas as partes, pelo que o objectivo será conseguir encontrar um equilíbrio. Será este, então, o papel central do psicólogo numa organização, conseguindo o maior ajustamento possível da pessoa no desenvolvimento e prossecução dos objectivos da instituição, o que contribuirá, decisivamente, para o sucesso desta. O enfoque estará, pois, centrado no trabalhador.

O papel do psicólogo não deverá ser, por isso, apenas de diagnóstico. O processo de avaliação psicológica deve proporcionar a oportunidade para que o profissional possa apontar sugestões práticas e concretas no sentido do bem-estar do seu cliente (Simões e Almeida, 1998). Nesta perspectiva, o objectivo último de uma avaliação psicológica numa organização deverá ser promover o conhecimento e o auto-conhecimento do indivíduo para, em conjunto, aferir das suas competências para executar determinado tipo de tarefas.

Os resultados concretos da avaliação devem dizer apenas respeito à própria pessoa, devendo ser complementados com um aconselhamento com vista à rentabilização das capacidades pessoais. À organização, apenas deve interessar o parecer do

psicólogo quanto à adequação, ou não, da pessoa para a função destinada<sup>94</sup>, garantindo a melhor qualidade possível do processo avaliativo (London e Bray, 1980).

Seria pois importante que o psicólogo, mesmo nos processos de recrutamento, tivesse a oportunidade de dar algum *feed-back* sobre os resultados e sobre a sua opinião sobre a pessoa. Seria positivo até no sentido de não se correr o risco de desvalorizar este tipo de avaliação psicológica. A entrevista psicológica terá então um papel importante nisso mesmo, evitando passar a ideia de uma banalização de instrumentos que, sobretudo com pessoas já experimentadas em processos de recrutamento, poderão tentar adulterar as suas respostas no sentido de darem uma melhor imagem de si mesmo. Por muito que numa perspectiva prática seja difícil, quanto mais rica for a devolução de resultados ao sujeito avaliado, maior contributo estará a dar o psicólogo no sentido da valorização da sua disciplina e, nesse sentido, para o bem-estar da pessoa humana.

**2.4.3.3 – Psicologia forense e resultados da avaliação.** As relações dos profissionais com o sistema judicial representam o caso mais paradigmático do conflito entre a responsabilidade profissional e a responsabilidade social. É inegável o interesse do Direito e dos tribunais para o bom funcionamento social, mas tal como já muitas vezes foi afirmado, é inegável também o interesse das profissões no mesmo sentido.

Existe um quase consenso sobre o facto do valor da confidencialidade não ser absoluto (Corey et al., 2007) sendo que os fundamentos principais para a sua relativização se centram, precisamente, no interesse social. Não espantará por isso que o sistema judicial represente, em boa parte, esse mesmo interesse social.

---

<sup>94</sup> Não devem ser ignorada a grande multiplicidade de outras tarefas que fazem parte do trabalho de um psicólogo numa organização. De facto para além do recrutamento e selecção, os psicólogos contribuem em praticamente todas as áreas de funcionamento de uma organização, como sejam o treino e o desenvolvimento pessoal, a estratégia de funcionamento e a estratégia motivacional (Orlitzky & Swanson, 2006). Neste ponto apenas é feita referência às questões relacionadas com os processos de avaliação psicológica.

Os tribunais desempenham a difícil e tantas vezes ingrata tarefa de julgar para tentar tornar mais justo em função dos valores vigentes na sociedade. Para isso precisam do maior número de dados possível para melhor desempenharem a sua função. Nessa perspectiva, a avaliação psicológica poderá ajudar a construir o puzzle que dê acesso a uma melhor compreensão dos factos. E a psicologia, como ciência, tem todo o interesse em contribuir nesse sentido, ainda que não perdendo de vista o valor fundamental onde a própria sociedade assenta: a dignidade da pessoa humana.

Já neste capítulo foi abordada a questão do direito de escusa do psicólogo, que englobará, naturalmente, todas as informações que este dispõe sobre a pessoa, onde se incluem os resultados da avaliação psicológica. Contudo, existem situações onde são os próprios tribunais, ou mesmo os advogados, a solicitar os processos de avaliação psicológica. A questão que se coloca será tentar perceber se esse facto coloca o psicólogo numa posição diferente tendo em conta o conflito de interesses que poderá decorrer.

Segundo Sen, Gordon, Adshead & Irons (2007) existirão, na psicologia forense algumas limitações ao paradigma do raciocínio ético do psicólogo, precisamente pela especial atenção que o profissional deverá prestar às questões da justiça. Para estes autores o princípio da autonomia, neste caso, ainda que relevante, assume-se como de valor menor quando comparado com outras áreas de intervenção. Um exemplo gritante disso mesmo passa pelos processos de avaliação psicológica que o tribunal poderá impor à pessoa que vai ser julgada, pelo que nesta perspectiva o profissional terá que levar a cabo o processo mesmo contra a vontade da pessoa.

Na verdade, esta perspectiva deve ser interpretada com algumas cautelas. O psicólogo forense não deixa de ser um psicólogo, pelo que as principais orientações do seu trabalho deverão ser as mesmas. De outro modo a actividade da psicologia forense passaria a ter outra denominação. Então como ultrapassar estas limitações? Na verdade, aquilo que está em causa é um consentimento informado particular. No início do processo o psicólogo deverá discutir com o cliente todas as dimensões



próprias do mesmo. Aqui deve incluir o facto de a pessoa não ser obrigada a cumprir com o processo de avaliação, sendo que, nesse caso, isso mesmo poderá ter valor diagnóstico e terá que ser reportado ao tribunal. Nesse sentido, as próprias regras de confidencialidade serão abordadas estando a pessoa desde o início ciente das limitações da privacidade do processo.

O psicólogo não deve deixar de se preocupar com o melhor interesse da pessoa em causa, mas dentro das limitações da realidade que essa mesma pessoa está a viver. Como afirma Savater (1993) somos livres de escolher o que fazer com a realidade, não de escolher a própria realidade. Aliás, e como muito bem afirmam Sen e colaboradores (2007) não deixa de ser quase paradoxal que esta pessoa que está a ser julgada pela sociedade é também, muitas vezes, um produto e neste sentido uma vítima, dessa mesma sociedade. Todos sabemos que muitos abusadores de crianças, para dar apenas um exemplo, foram eles próprios vítimas de abuso no passado. Por isso mesmo compete aos profissionais que trabalham nessa área ajudar estas pessoas e perspectivá-las não como criminosos – isso compete ao sistema judicial – mas como pessoas iguais a quaisquer outras mas com uma realidade particular. Para o psicólogo a pessoa a contas com a justiça será sempre uma pessoa em sofrimento, vítima quanto mais não seja de si própria, do seu passado e da sua realidade presente.

Outro ponto importante é a questão da comunicação entre os profissionais. Já foi feita referência à importância que deve ser dada à manutenção de registos e dados das avaliações psicológicas, pelo facto de estes serem propriedade da pessoa e nesse sentido poderem por ela ser consultados, pelo menos indirectamente. Para o psicólogo forense esta questão assume uma ainda maior relevância uma vez que a probabilidade do seu trabalho, desde os resultados brutos até à sua interpretação, poderem ser escrutinados por outros técnicos na procura de incongruências, erros ou outros dados que possam contrariar determinada opinião expressa, é muito maior (Knapp & VandeCreek, 2006).

Por muito que os resultados solicitados em contexto judicial devam ser invariavelmente comunicados às entidades que os solicitaram – juiz, procurador ou advogado – tal não significa que o sujeito avaliado não deva tomar conhecimento dos resultados. Essa deverá ser uma preocupação do psicólogo (Knapp & VandeCreek, 2006) no sentido do respeito pela dignidade da pessoa e da profissão.

Não são, então, assim tão grandes as diferenças, na psicologia forense, ao nível do estabelecimento da relação. O que se altera, isso sim, é o conteúdo do consentimento, com o objectivo de responder às necessidades particulares do contexto forense. Tal como em qualquer área da psicologia, tal como em qualquer excepção que possa ser justificada em função de um caso particular, o importante é promover o respeito pela pessoa, tentando minimizar qualquer dano que possa ser previsível em função da articulação de todos valores que se colocam no exercício profissional.

## **2.5 – SUMÁRIO**

- O que os pacientes mais esperam de um espaço como uma consulta de psicologia é a possibilidade de falar com alguém num ambiente seguro e privado, o que torna a confidencialidade num valor central da intervenção psicológica.
- Existem três argumentos básicos que suportam a necessidade de considerar a confidencialidade absoluta:
  - argumentos baseados na autonomia e privacidade – a quebra da confidencialidade representa uma violação ao respeito pela autonomia da pessoa uma vez que esta está a ser induzida em erro pela crença na privacidade da relação.
  - argumentos baseados na fidelidade da relação – a relação tem um forte efeito terapêutico, pelo que qualquer atitude do psicólogo que contribua para degradá-la, como a violação da confidencialidade, será um prejuízo para a pessoa.
  - argumentos consequencialistas – o objectivo da profissão é promover uma melhor ajuda para a pessoa pelo que defender o bom nome da profissão e a confiança que as pessoas em geral depositam nela será uma forma indirecta de ajudar a pessoa. Pelo contrário, quebrar a confiança numa relação poderá contribuir para a descredibilização na psicologia prejudicando um maior número de pessoas.

- Nenhum dos argumentos implica regras absolutas de confidencialidade. No entanto ajudam a compreender algumas das principais consequências da sua quebra, ajudando a interpretar a confidencialidade como uma regra fundamental.
- A ideia defendida é que a confidencialidade deverá ser absoluta, mas como regra geral, que admite excepções, pelo que a sua quebra será sempre a última das opções para evitar um mal maior para terceiros. Mesmo nesses casos, a pessoa deve ser avisada.
- Não existem dúvidas que, por princípio, os pais devem ter acesso aos resultados das intervenções junto dos seus filhos. Coloca-se contudo a questão de saber se tal procedimento será sempre o melhor para a criança ou adolescente.
- O psicólogo terá como primeira obrigação o dever de confidencialidade para com a criança mas deverá compreender que esse facto pode entrar em conflito com o direito dos pais. A solução será fazer dos pais parceiros activos no processo de intervenção, tornando-os aliados e nunca concorrentes.
- A discussão prévia com os pais, crianças, ou outros agentes importantes da vida das mesmas, como por exemplo os agentes escolares, sobre a importância e os limites da confidencialidade é muito importante.
- O psicólogo é responsável pelo arquivamento e protecção dos dados referentes aos seus clientes, sejam aqueles referentes aos registos clínicos, sejam os resultados das avaliações.
- Os dados clínicos registados, bem como os resultados das avaliações efectuadas, são propriedade da pessoa. Será importante contudo que estes se mantenham na posse do profissional, por necessidade do mesmo e para evitar a sua má utilização e interpretação por parte de terceiros.
- Parece ser razoável que nos casos em que exista uma quebra de confiança entre o psicólogo e o seu cliente que este último tenha direito de acesso ao seu processo através de outro psicólogo escolhido por si. Importa por isso que os processos sejam escritos com uma linguagem o mais clara possível a fim de não induzir em erro quem possa, no melhor interesse da pessoa, ter acesso ao processo.
- A psicologia deve ser reconhecida como uma profissão abrangida pelo direito de escusa. Este não é considerado absoluto pelo que o tribunal pode ordenar a

prestação do depoimento, mas sempre ouvindo o organismo representativo da profissão.

- Os resultados de uma avaliação psicológica são pertença do sujeito avaliado. Fica deste modo o psicólogo obrigado a fornecer à pessoa toda a informação decorrente do processo de avaliação, onde deverão estar incluídos os resultados objectivos da mesma. Contudo, se existirem dúvidas sobre possíveis más interpretações dos mesmos deve ser tentada uma solução consensual que vise a protecção da pessoa e do bom-nome da psicologia.
- Nas avaliações em contexto organizacional, os resultados concretos da avaliação devem dizer apenas respeito à própria pessoa. À organização, apenas deve interessar o parecer do psicólogo quanto à adequação, ou não, da pessoa para a função destinada.
- O psicólogo forense não deixa de ser um psicólogo, pelo que as principais orientações do seu trabalho deverão ser as mesmas. No início do processo o psicólogo deverá discutir com o cliente todas as dimensões próprias do mesmo, onde se incluem as limitações da confidencialidade.
- Para o psicólogo forense o cuidado com os registos e resultados de avaliações deve ser ainda maior uma vez que a probabilidade dos mesmos poderem ser escrutinados por outros técnicos na procura de incongruências, erros ou outros dados que possam contrariar determinada opinião expressa, é muito maior.

### **3 – PROCESSOS DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA**

A avaliação psicológica, até por ser uma área de exclusividade na actividade do psicólogo, não está isenta de problemas e complicações. Naturalmente que para se estar consciente de todas essas implicações importa, em primeiro lugar, compreender os seus contornos e contextos de aplicação.

Deixando de fora algumas situações particulares, poder-se-á afirmar que qualquer processo na área da psicologia deverá iniciar-se pela obtenção de um consentimento livre e esclarecido. A avaliação psicológica não se constitui numa dessas excepções. Trata-se de avaliar dimensões que, muitas vezes, fogem à consciência dos sujeitos, pelo que a obtenção do consentimento apresenta, inclusivamente, contornos especiais. Em Portugal as dificuldades serão ainda maiores, tendo em vista a escassez de instrumentos aferidos para a nossa realidade cultural, o que diminui a consistência dos resultados.

Outro grande problema que muitas vezes surge está relacionado com a forma de devolução de resultados, bem como, com o tipo de resultados que se devem fornecer ao sujeito.

#### **3.1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO**

Se existe uma prática comum a quase todas as diferentes áreas da psicologia é a avaliação psicológica, com ou sem recurso a instrumentos específicos (Bersoff, 1999; Marques, 1998). A relação, paradigma da intervenção em psicologia, pressupõe uma compreensão do sujeito, só possível através de uma avaliação que, nas palavras de Eduardo Sá (1998, p. 151), *“fica saudavelmente aquém daquilo que foi sendo tomado como paradigma da avaliação dinâmica: a descoberta da verdade”*. De facto, uma das questões que, por princípio, se assume como preponderante na avaliação com recurso a testes psicológicos, é que estes últimos devem ser utilizados como meios auxiliares de diagnóstico. Não se podem nunca substituir à relação entre o profissional e o cliente, dado que, para além das suas evidentes limitações, que serão discutidas em seguida, poderão distorcer o

verdadeiro objectivo da psicologia: compreender o indivíduo para o ajudar ou pelo menos para potenciar a sua autonomia. Por maior qualidade que a prova psicológica tenha, nunca prescinde de uma correcta interpretação do psicólogo (Pryor, 1989), pelo que este último deve ser sempre melhor do que a prova que utiliza (Simões e Almeida, 1998). O psicólogo deve pois preocupar-se em ser tão competente na avaliação como em qualquer outra área da intervenção psicológica, sendo que isso implica competências específicas ao nível da aplicação dos instrumentos e da interpretação dos resultados (Knapp & VandeCreek, 2006). Na prática, levar a cabo um processo de avaliação psicológica implica, em primeiro lugar, a habilidade para escolher os instrumentos apropriados ao sujeito e às questões pretendidas. Em segundo lugar, conhecimento e experiência ao nível da aplicação e cotação dos instrumentos seleccionados, e finalmente, a capacidade em interpretar e integrar os resultados de uma forma útil e compreensiva.

É evidente que, por outro lado, deve o profissional basear as suas conclusões nos resultados da avaliação, estando atento à influência que as suas ideias prévias sobre o sujeito possam ter. No fundo, pode afirmar-se que os resultados objectivos da avaliação deverão servir para confirmar ou infirmar as hipóteses que se colocaram na sequência da impressão clínica construída sobre a pessoa durante o processo de entrevista. Se os dados que foram obtidos acompanharem a opinião construída, então os resultados estarão sustentados. Caso contrário o profissional deverá ponderar outras hipóteses do funcionamento do sujeito, e analisar mais de perto as condições em que foi realizada a avaliação, ponderando a utilização de outros instrumentos a fim de obter um maior número de dados que facilitem a construção de um psicodiagnóstico concordante.

### **3.1.1 – Os instrumentos de avaliação psicológica**

Os testes psicológicos são, evidentemente, de grande utilidade em psicologia. Representam aplicações sistemáticas de alguns princípios relativamente simples para a medição de atributos pessoais tidos como importantes na descrição e compreensão do comportamento individual (Murphy e Davidshofer, 1998). Contudo, se o comportamento das pessoas é tão díspar, será lícito afirmar que as variáveis

que o condicionam também o serão. Desta forma, pode afirmar-se que existirão um sem número de instrumentos de avaliação psicológica que pretendem aceder a diferentes características da pessoa humana<sup>95</sup>. Apesar desta diversidade, possuem características comuns que permitem agrupá-los a todos na categoria de testes psicológicos, distinguindo-os de uma série de outros instrumentos de suposta avaliação, mas que carecem de suporte científico.

Segundo Murphy e Davidshofer (1998), os testes psicológicos possuem três características que os definem: (1) requerem um comportamento por parte do sujeito avaliado. Ou seja, num teste psicológico, o sujeito encontra-se sempre a realizar uma qualquer acção; (2) a amostra do comportamento é sempre obtida sob condições standardizadas; (3) existem regras estabelecidas para a cotação e/ou para a obtenção de informação quantitativa correspondente ao comportamento. Mediante estes pressupostos, os testes psicológicos podem ainda dividir-se em três categorias gerais: (1) testes em que o sujeito desempenha uma tarefa específica que lhe é solicitada; (2) testes que envolvem observações do comportamento do sujeito em contextos particulares; (3) testes em que o sujeito descreve, autonomamente, atitudes, sentimentos, crenças, interesses ou gostos.

Esta variedade de instrumentos a ser aplicada nos mais diversos contextos suscita implicações éticas complexas. Questões como a privacidade dos dados obtidos, os conflitos de interesse entre, por exemplo, uma entidade empregadora e um empregado avaliado, bem como, questões de competência na aplicação e sobretudo na interpretação dos testes, são alguns dos exemplos disso mesmo.

### **3.2 – O CONSENTIMENTO INFORMADO NA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA**

A natureza essencial dos procedimentos utilizados na avaliação psicológica é a sua objectividade e carácter científico. No entanto, não deve ser esquecido que o objecto avaliado é uma pessoa, pelo que deve ser dado espaço à sua expressão como tal

---

<sup>95</sup> De facto, existem diferentes tipos de testes de avaliação psicológica, que vão desde a avaliação de traços de personalidade à avaliação cognitiva, passando pela avaliação neuropsicológica, pela avaliação do desempenho escolar, entre outros. Para uma mais correcta exploração deste tema consultar Murphy e Davidshofer (1998) e Cunha, Freitas, e Raymundo (1993).

(Marques, 1998). O conjunto de procedimentos e regras estabelecidos no processo serão, seguramente, sentidos de forma diferente por cada pessoa, pelo que uma inflexibilidade na forma como decorre o processo poderá ter resultados paradoxais. A ênfase da avaliação psicológica deve ser colocada na interpretação realizada pelo psicólogo, tendo em consideração os resultados mas também todo um outro conjunto de dados obtidos através da relação construída e das observações efectuadas. Então, decorre que se os dados em colecção não são totalmente objectivos, os resultados da avaliação não poderão ser inquestionáveis e absolutos.

Daí a importância da obtenção do consentimento informado na avaliação psicológica. Torna-se prioritário discutir todas as limitações inerentes a um processo deste tipo, incluindo as questões relacionadas com a privacidade (American Psychological Association [APA], 2002). Pretende-se, deste modo, evitar que as pessoas possam ficar desiludidas, ou mesmo revoltadas, com os resultados de avaliações que muitas vezes não procuraram e lhes foram propostas, ou mesmo impostas. Alguns exemplos paradigmáticos dizem respeito a processos de orientação vocacional, cujos resultados podem ser interpretados pelos sujeitos como verdades quase absolutas, condicionando-os nas suas escolhas académicas ou profissionais, das quais mais tarde se poderão vir a arrepender. Não é aceitável que um psicólogo deixe passar uma imagem de que os resultados de uma qualquer avaliação psicológica são determinantes e inquestionáveis ou, pelo contrário, que não têm nenhum tipo de valor. As limitações da avaliação em psicologia devem ser muito bem discutidas e esclarecidas antes do início do processo, bem como, devem ser deixadas bem claras na entrega dos resultados.

Acresce que, quanto maior a participação activa da pessoa no seu processo de avaliação, mais congruentes parecem ser o resultados (Knapp & VandeCreek, 2006). Por isso mesmo, quando o processo é solicitado por uma terceira pessoa, incluindo os processos legais, o consentimento informado deve ser obtido de igual modo, devendo ser discutidas as razões para a avaliação, a utilização dos resultados e suas possíveis consequências, qual a informação pretendida e a quem será revelada (APA, 2002).



Não se trata do profissional não assumir as responsabilidades pelo seu trabalho, mas tão só limitar as possibilidades da pessoa fazer opções baseadas em respostas quase miraculosas e promessas de felicidade garantida. A psicologia serve para promover o auto-conhecimento da pessoa e não para lhe fornecer uma identidade artificial baseada em facetas escondidas e misteriosas da sua personalidade, descobertas magicamente pelo psicólogo. Como afirma Weiner (1989), o profissional deve ter cuidado para não se deixar influenciar e dominar pela necessidade em afirmar as suas opiniões e a sua capacidade técnica, tirando conclusões que não possam ser justificadas e documentadas.

### **3.2.1 – Limitações dos instrumentos utilizados**

A legitimidade da informação produzida na avaliação psicológica transporta para uma outra problemática relevante existente em Portugal. Num país de pouco mais de dez milhões de habitantes os estudos psicométricos com vista à adaptação dos testes psicológicos à realidade portuguesa são raros, dado que exigem muitos recursos e tornam-se pouco rentáveis. Desta forma, são muito poucos os instrumentos de avaliação psicológica adaptados, estandardizados e aferidos para a população portuguesa, o que retira legitimidade ao processo (Simões e Almeida, 1998), e torna muito complexa a obtenção de um consentimento realmente informado. Aparentemente, a única solução será fazer um esforço no sentido de adequar as expectativas do cliente quanto à natureza e resultados da avaliação psicológica.

**3.2.1.1 – Restrições ao uso das provas.** Outro problema que contribui decisivamente para a realidade descrita é o acesso facilitado aos testes psicológicos, o que diminui a rentabilidade da aferição dos mesmos. Se por um lado as empresas que se dedicam à comercialização destas provas exigem, normalmente, que a pessoa que os adquire ateste sobre a sua formação em psicologia, a verdade é que o empréstimo e a reprodução destes materiais catalisa o exercício irresponsável da avaliação psicológica por pessoas não qualificadas.

Se poderá ser possível sensibilizar os psicólogos ou mesmo regular o acesso às provas mediante critérios de competência na sua utilização, mais difícil parece ser o controlo do seu uso por outros profissionais. A competência no psicodiagnóstico implica um conhecimento criterioso por parte do profissional das funções psicológicas que o teste pretende aceder, das conclusões diagnósticas que podem ser inferidas, bem como do seu grau de fiabilidade, e do tipo de comportamentos que pode prever (Weiner, 1989). Implica ainda conhecimentos e prática na aplicação e cotação do mesmo, que deve ser rigorosa (Knapp & VandeCreek, 2006).

Terão razão Simões e Almeida (1998) quando afirmam que a utilização de provas psicológicas por pessoas sem preparação em psicologia, ao que se pode acrescentar, e sem competências específicas na interpretação de determinados instrumentos, contribui para uma depreciação das mesmas, podendo prejudicar seriamente as pessoas e as instituições envolvidas. A avaliação psicológica deve estar restringida a especialistas de psicologia, sendo responsabilidade do psicólogo evitar o seu uso por parte daqueles que não têm competências específicas na selecção, administração e interpretação dos instrumentos, devendo ainda a sua divulgação junto do público ser evitada.

Também por isso deve existir um grande cuidado por parte dos psicólogos a quem é solicitado que revejam um processo de avaliação levado a cabo por um colega. Exemplos disso mesmo são os processos de custódia parental (Knapp & VandeCreek, 2006). O profissional tem que estar ciente das suas limitações pelo facto de não ter avaliado directamente, no caso, a criança. Se os testes psicológicos são meios complementares de diagnóstico, então a sua simples interpretação directa será sempre redutora. Disso deve dar conta o profissional como forma de tornar claras as limitações deste exercício, tentando limitar a sua acção a comentários sobre a relação entre os resultados do teste e a sua interpretação, apontando os erros de cotação ou de interpretação que, na sua opinião, possam existir (Knapp & VandeCreek, 2006).

**3.2.1.2 – Validade e fiabilidade.** O desenvolvimento de instrumentos de avaliação psicológica é, como já foi referido, uma tarefa árdua e por isso dispendiosa. Por vezes, são precisos anos para conseguir os dados suficientes que sustentem a sua utilidade profissional (Knapp & VandeCreek, 2006). Deve ser produzida documentação suficiente que descreva os propósitos do instrumento, metodologias de administração, regras de notação e cotação e dados psicométricos que sustentem a validade e fiabilidade do teste. Qualquer documento, referenciado como teste, que não disponha deste tipo de informação, no fundo um manual, carece de utilidade profissional. Então, para além da sua não utilização por parte dos psicólogos, será necessária uma referência à inutilidade científica desse instrumento, nomeadamente, quando este surge em canais de divulgação como a internet, sugerindo a sua relação com um instrumento de avaliação psicológica

Outra questão sensível refere-se à antiguidade dos instrumentos. Como é sabido a sociedade evolui e as pessoas transformam-se, pelo que os testes vão perdendo validade e especificidade ao longo do tempo. Então, há que ter algum cuidado na aplicação de versões antigas procurando as mais actuais ou então outros instrumentos equivalentes. Será difícil definir a longevidade de um instrumento, mas o bom senso poderá ajudar. Claro que na realização de estudos longitudinais poderá ser melhor a aplicação das versões antigas iguais às utilizadas nas primeiras avaliações, mas de outro modo, será desejável a utilização das versões mais recentes uma vez que estas são normalmente mais específicas e refinadas quanto à sua validade (Knapp & VandeCreek, 2006).

### **3.3 – A DEVOLUÇÃO DOS RESULTADOS**

Tal como para qualquer outro tipo de informação de saúde, os resultados da avaliação psicológica são propriedade do sujeito avaliado. Por isso mesmo os resultados devem ser entregues na forma de um relatório escrito, onde devem constar os resultados e a interpretação dos mesmos, acrescido de um prognóstico e de um conjunto de sugestões no sentido da promoção do bem-estar da pessoa. A entrega desde relatório deverá ser mediada pela respectiva discussão em conjunto entre o psicólogo e o cliente como forma de promover a compreensão do mesmo.

Ainda assim, o relatório deve ser escrito recorrendo a uma linguagem cuidada no sentido de diminuir a possibilidade de más interpretações.

Contudo, e tal como qualquer pessoa, de acordo com a Lei de Protecção de Dados Pessoais (2005), é considerada proprietária dos meios complementares de diagnóstico que tenha realizado, então todos os resultados do processo de avaliação psicológica deverão ser, do mesmo modo, pertença do sujeito avaliado<sup>96</sup>. Por isso mesmo, a APA, no seu código de 2002, introduziu a obrigação do psicólogo em fornecer ao seu cliente os valores da avaliação, mediante um pedido escrito. Nestes dados, incluem-se os resultados brutos e estandardizados, as respostas às questões ou estímulos dos testes, bem como as notas obtidas pelo profissional correspondentes ao comportamento do cliente durante a avaliação. Os materiais do instrumento de avaliação, como sejam os manuais, protocolos e questões ou estímulos dos testes não devem estar acessíveis aos clientes, por forma a limitar a sua utilização abusiva.

Tal como já foi feita referência no capítulo anterior, o ideal seria conversar com a pessoa sobre a sua necessidade em ter acesso aos resultados objectivos dos testes aplicados. Claro que o psicólogo não poderá recusar-se ou mesmo dificultar a entrega desses resultados, mas deve enfatizar o facto dos resultados só terem utilidade se interpretados por um profissional de psicologia.

Na verdade, seria mais positivo se os resultados fossem entregues directamente a outro psicólogo, ainda que seja de admitir que esta hipótese se encontra sustentada numa perspectiva mais paternalista sobre o cliente do que no respeito pela sua autonomia.

Existem, contudo, algumas excepções à obrigação na devolução dos resultados que podem ser consideradas, nomeadamente no contexto de processos judiciais ou em sede de avaliações solicitadas por entidades externas à pessoa, como empresas ou outro tipo de instituições. Ainda assim, e nestes casos, a responsabilidade do

---

<sup>96</sup> Este assunto já foi debatido no Capítulo anterior: A confidencialidade e a Relação.

psicólogo para com o sujeito avaliado não diminui (Knapp & VandeCreek, 2006). Nesse sentido, e sempre que possível, o psicólogo deve partilhar o resultado da avaliação, sendo que deverá, sem excepções, discutir no início do processo as condições do mesmo, nomeadamente as questões de privacidade e as relacionadas com os objectivos da avaliação.

### **3.3.1 – Os testes informatizados**

Outra questão pertinente está relacionada com os programas informáticos destinados à cotação e mesmo à interpretação dos instrumentos. Se por um lado estes programas poupam tempo e esforço, não devem servir para desresponsabilizar o psicólogo. Todavia, Bersoff e Hofer (1991) defendem que nos casos em que a interpretação é baseada em dados empíricos e não num julgamento clínico, e desde que não existam motivos para acreditar que os dados são inválidos, será melhor aceitar a interpretação informática sem alterações. Claro que em termos objectivos, o computador poderá suplantar determinados tipo de interpretações humanas (Matarazzo, 1986). Esta argumentação pode ir no sentido de justificar a possibilidade dos testes serem utilizados por pessoas sem formação em psicologia. No entanto, tal deve ser evitado sempre que possível. A recolha dos dados implica procedimentos específicos e, provavelmente, ninguém melhor do que um psicólogo poderá aperceber-se das situações em que as excepções à regra acima descrita ocorrem. Se a base do trabalho em psicologia assenta na premissa de que a pessoa é um ser único, sendo a relação a única forma razoável de poder aceder à sua compreensão individual, não parece aceitável uma avaliação que não comporte esta dimensão (Russ, 2001), pelo que o psicólogo será sempre o primeiro responsável pelo processo.

Aliás, Matarazzo (1986) refere que se o mesmo teste, isoladamente, for interpretado por diferentes profissionais, as conclusões tiradas serão, com grande probabilidade diferentes, ainda que clinicamente plausíveis, o que evidencia, mais ainda, a importância da relação no processo. Já o computador, por motivos facilmente compreensíveis, dificilmente conseguirá o mesmo desiderato, pelo que se tornam redutoras as interpretações daí resultantes. Desta forma fica claro que os dados

emanantes das interpretações realizadas por computador não devem ser utilizados como um produto final, mas sim como mais um recurso com vista à elaboração do relatório de avaliação (Walker & Myrick, 1985; Creek & VandeCreek, 2006).

### **3.3.2 – A comunicação da informação**

A forma como os resultados são transmitidos à pessoa deve ser objecto de cuidados especiais. Em primeiro lugar, tal como no processo de obtenção do consentimento informado, deve existir uma atenção especial em relação ao tipo de linguagem utilizada, que deve ser adaptada às características do cliente. Ainda, deve ser tido em consideração que as informações comunicadas não são neutras para a pessoa, dado que comportam consequências emocionais para o indivíduo (Simões e Almeida, 1998). Logo, a utilização de “rótulos” psicopatológicos deve ser limitada, de forma a evitar estigmatizar a pessoa, ou mesmo, para não se correr o risco de apresentar um quadro inalterável que poderá contribuir para eternizar o problema vivido.

Claro que o diagnóstico facilita a comunicação com outros profissionais, sobretudo com os médicos, podendo mesmo tornar-se fundamental em contextos médico-legais. Desta forma, e nestes casos, deve tentar-se o princípio aristotélico da temperança, e optar-se por um meio-termo, precisando o alcance, os limites e o grau de incerteza dos dados comunicados (Simões e Almeida, 1998).

Todas estas questões evidenciam as grandes dificuldades existentes para uma aplicação eticamente adequada da avaliação psicológica. Não parece estranho que assim seja. Trata-se de avaliar características que, muitas vezes, não são observáveis nem pelo próprio, pelo que é sempre difícil aferir com segurança se será melhor para a pessoa conhecê-las ou não. Claro que o conceito de pessoa discutido no início deste trabalho aponta para a liberdade como a sua característica central, pelo que, em teoria, a pessoa lidará sempre melhor com a informação do que com a falta dela. No entanto, a complexidade do funcionamento humano, nomeadamente do papel das emoções e da razão no processo decisório, abre portas a muitas dúvidas. Mais, fica claro que é muito difícil, senão impossível, a avaliação

psicológica proporcionar certezas, pelo que quaisquer que sejam os resultados, eles são baseados em dúvidas o que aumenta a complexidade da discussão ética. Em Portugal, e como também foi referido, existe o problema acrescido da quase inexistência de instrumentos validados e aferidos para a nossa realidade, o que contribui para uma menor exactidão dos resultados. São, contudo, inegáveis as vantagens do psicodiagnóstico, pelo que seria também eticamente inadequado privar as pessoas destas técnicas. Logo, e em conclusão, pode afirmar-se que os psicólogos têm uma responsabilidade acrescida, tendo em consideração o desajustamento.

Mais do que nunca, nesta área da psicologia, a competência se assume como um princípio fundamental, com vista a atenuar esta discrepância.

### **3.4 – SUMÁRIO**

- A avaliação psicológica é comum a praticamente todas as áreas da psicologia. Contudo esta não é válida sem a subjectividade da avaliação baseada na relação clínica, pelo que isso deve ser tido em consideração como uma limitação da mesma.
- Os resultados objectivos da aplicação dos instrumentos de avaliação psicológica deverão servir para confirmar ou infirmar as hipóteses que se colocaram na sequência da impressão clínica construída sobre a pessoa durante o processo de entrevista.
- A importância da obtenção do consentimento informado na avaliação psicológica decorre do facto dos resultados da mesma não serem inquestionáveis e absolutos.
- As limitações da avaliação em psicologia devem ser muito bem discutidas e esclarecidas antes do início do processo, bem como, devem ser deixadas bem claras na entrega dos resultados.
- A psicologia serve para promover o auto-conhecimento da pessoa e não para lhe fornecer uma identidade artificial baseada em facetas escondidas e misteriosas da sua personalidade, descobertas magicamente pelo psicólogo.

- A avaliação psicológica deve estar restringida a especialistas de psicologia, sendo responsabilidade do psicólogo evitar o seu uso por parte daqueles que não têm competências específicas para tal.
- A reavaliação de um processo levado a cabo por um colega deve limitar-se a comentários sobre a relação entre os resultados do teste e a sua interpretação, apontando os erros de cotação ou de interpretação que possam existir.
- Qualquer documento, referenciado como teste, que não disponha de um manual devidamente organizado carece de utilidade profissional.
- O psicólogo está obrigado, se solicitado para tal, a fornecer ao seu cliente os dados da avaliação, incluindo os resultados brutos e estandardizados, as respostas às questões ou estímulos dos testes, bem como as notas correspondentes ao comportamento do cliente durante o processo.
- Os materiais do instrumento de avaliação, como sejam os manuais, protocolos e questões ou estímulos dos testes não devem estar acessíveis aos clientes.
- O psicólogo deve enfatizar que os dados da avaliação só terão utilidade se interpretados por um profissional de psicologia.
- Os dados resultantes das interpretações realizadas por computador não devem ser utilizados como um produto final, mas sim como mais um recurso com vista à elaboração do relatório de avaliação.
- O facto de existirem instrumentos não validados e aferidos para a realidade Portuguesa contribui para uma menor exactidão dos resultados da avaliação.
- Na apresentação dos resultados deve existir alguma sensibilidade com vista a evitar a construção de rótulos estigmatizantes para a pessoa, não invalidando a utilidade do psicodiagnóstico.

~



## **4 – CONSULTA E INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA**

Já por inúmeras vezes, ao longo deste texto, foi afirmado que a relação é a ferramenta de intervenção mais importante e poderosa na psicologia. Essa mesma relação é a justificação do papel central da ética na prática da psicologia. É evidente que existem inúmeras práticas, pelo que serão também diversas as questões envolvidas. É disso mesmo que pretende tratar este capítulo: dos dilemas éticos referentes à intervenção psicológica.

Começarão por ser discutidas as problemáticas específicas da psicoterapia e do aconselhamento como modelos de intervenção terapêutica. Se devem ser consideradas intervenções tão válidas como qualquer outra, têm características próprias que merecem ser discutidas. Por esse motivo, o consentimento informado merece também uma referência a esse propósito, pois torna-se mais complexa a sua obtenção, sobretudo no trabalho com pessoas pertencentes a diferentes realidades culturais.

As crianças e os adolescentes são muito mais do que adultos pequenos, sendo que por isso mesmo a intervenção implica, a esse nível, questões éticas diversas. Muitos desses dilemas estão relacionados com o respeito pela autonomia que implica complexidades a propósito do consentimento informado e da privacidade.

A intervenção psicológica não se faz apenas ao nível individual, existindo a possibilidade de se trabalhar com grupos, sejam eles constituídos por famílias ou por pessoas estranhas.

### **4.1 – INTERVENÇÕES PSICOTERAPÊUTICAS E ACONSELHAMENTO PSICOLÓGICO**

As psicoterapias são processos de intervenção complexos. Exigem formação específica consoante o modelo adoptado, sendo que estes são bastante variados. Neste sub-capítulo serão abordadas não só as questões éticas da psicoterapia, mas também a questão do aconselhamento. Optou-se por juntá-los uma vez que os

dilemas éticos envolvidos serão, na sua essência, os mesmos. As diferenças centram-se sobretudo ao nível da competência (Corey et al., 2007) e de algumas especificidades inerentes às diversas técnicas. O aconselhamento pode ter uma multiplicidade de aplicações, desde dimensões mais ligadas à área clínica, passando pela orientação profissional e vocacional, até à intervenção organizacional. Pretende-se promover a capacidade da pessoa em tomar decisões nas diferentes facetas da sua vida (Reber & Reber, 2001), pelo que neste sentido se poderá equivaler a qualquer intervenção na área da psicologia. Grosso modo, o aconselhamento não estará indicado para pessoas em processo de doença. A verdade é que a noção de doença é um pouco difusa no campo da saúde mental. Por isso mesmo, facilmente se poderá constatar que uma pessoa com dificuldades em tomar decisões em alguns momentos da sua vida pode rapidamente entrar num processo de desequilíbrio pessoal que mais não será que um processo de doença.

A ênfase da distinção entre psicoterapia e aconselhamento psicológico, mediante esta leitura, deve ser colocada ao nível da formação específica do técnico. A psicoterapia implica a utilização de uma metodologia específica e validada cientificamente com objectivos bem definidos, sendo que o aconselhamento, ainda que recorra a técnicas psicoterapêuticas, carece de uma estruturação assim tão clara. Logo à partida, sendo claro que o psicólogo só pode aplicar as técnicas para as quais se encontre especificamente preparado, a formação é o cerne da diferença entre as diversas técnicas psicoterapêuticas e o aconselhamento.

#### **4.1.1 – A formação e a intervenção psicológica**

Uma das questões de base será então tentar perceber quando é que um profissional tem a preparação suficiente para intervir utilizando a psicoterapia ou o aconselhamento psicológico. É verdade que em Portugal é possível encontrar um conjunto de associações que representam algumas das psicoterapias existentes<sup>97</sup>.

---

<sup>97</sup> Podem ser referidas algumas das existentes em Portugal: Associação Portuguesa de Psicoterapia Centrada na Pessoa e de Counselling, Associação Portuguesa de Psicoterapia Psicanalítica, Associação Portuguesa Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica, Associação Portuguesa de Terapia Familiar e Comunitária, Associação Portuguesa de Terapia do Comportamento, Associação Portuguesa de Terapia Comportamental e Cognitiva.

Contudo, e em primeiro lugar, estas associações carecem de valor legal no sentido de regularem a actividade de psicoterapia, não podendo por isso proibir e/ou penalizar qualquer pessoa que se apresente como “psicoterapeuta” e que não tenha a formação exigida. Por outro lado, ainda que a pessoa seja membro de qualquer uma delas, tal não é um garante de competência. Ou seja, de acordo com Corey e colaboradores (2007), avaliar a competência a este nível é uma tarefa extremamente difícil. Um estudo de Rodolfa, Ko & Petersen (2004) mostra que os profissionais que fazem supervisão estão divididos nas suas opiniões quanto à preparação dos seus orientandos para a prática independente, o que ilustra bem a dificuldade em definir critérios.

Por isso mesmo o ideal será não criar uma cisão absoluta entre a prática supervisionada e a prática independente. À medida que vai ganhando experiência o terapeuta estará capaz de aceitar um maior número de pacientes. Contudo, deverá sempre manter a capacidade em reconhecer quando não é suficientemente competente para lidar com alguma situação. Nesse caso, deve referenciar a pessoa a um outro colega ou então aconselhar-se com um antigo supervisor ou outro colega com maior experiência em determinada área de intervenção.

No fundo, o procedimento não será muito diferente daquele que deve ser levado a cabo por qualquer licenciado em psicologia. Ninguém, a partir da obtenção de uma licenciatura, ou mais recentemente de um mestrado, qualquer que seja a área da psicologia, estará capaz de desenvolver o seu trabalho de uma forma totalmente autónoma. Recorda-se a esse propósito Fleming (1997) quando se refere ao adolescente como alguém num processo de aquisição de autonomia. Também o psicólogo, e mais tarde o psicoterapeuta, será um adolescente com a autonomia por conquistar, sendo que esse será um processo gradual que, eventualmente, nunca estará totalmente completo. Só deste modo estará diminuído o risco de decepção e mesmo de prejuízo para as pessoas que recorrem a um processo deste género.

A formação é pois a base de um futuro profissional que se quer o melhor possível com vista à dignificação da psicologia e, por esse meio, com vista ao maior bem

possível das pessoas e das comunidades. Logo, a formação, seja ela na sua vertente pré ou pós-graduada, constitui-se como um imperativo de todos os psicólogos, sem excepção, no sentido em que será a contribuição de cada um deles para o desenvolvimento da psicologia. No fundo, para além da formação formal, todos os psicólogos assumem a obrigação de ajudar os seus colegas a terem um desempenho mais competente da profissão.

Se a compensação que cada psicólogo obtém desta formação informal será fazer parte de uma classe profissional cada vez mais respeitada, em função da sua actuação competente, a verdade é que parece legítimo que os profissionais sejam financeiramente compensados pela transmissão dos seus conhecimentos, pelo menos aqueles que são formalmente comunicados. Vivemos numa sociedade de mercado, em que o conhecimento e a informação têm um valor primordial. Logo, parece ser legítimo que as pessoas se possam cobrar pelas conferências ou formações que levam a cabo, ainda que no caso dos Congressos tal não seja prática comum em Portugal. Não passaria pela cabeça de ninguém que um professor, ou mesmo um assistente universitário não fosse pago pelo seu trabalho.

Contudo, é necessário assegurar que a pessoa faça o seu melhor para tentar transmitir tudo aquilo que considera como importante para uma boa prática profissional, de acordo com os métodos e as técnicas cientificamente comprovadas. O mesmo raciocínio deverá ser aplicado aos supervisores e orientadores de estágios curriculares ou de formação pós-graduada, como por exemplo, a psicoterapia.

Importa reter que é o supervisor o responsável pelo processo pelo que a sua participação deve ser activa. Até por isso o orientando deve informar o paciente sobre a sua própria condição profissional, referindo mesmo o nome do seu supervisor (APA, 2002).

**4.1.1.1 – A supervisão clínica.** O supervisor desempenha um papel central na formação em psicologia. Contudo, são raras as formações em supervisão clínica, pelo menos naquilo que respeita os estágios curriculares, ou seja, aqueles que

fazem parte da formação de base em psicologia. Toma forma, nesta altura da criação da Ordem dos Psicólogos em Portugal o estatuto profissional de supervisor em psicologia, sendo que ainda assim se torna muito difícil avaliar a competência do mesmo. Por isso mesmo, e paradoxalmente, existem muitos supervisores sem treino e sem experiência, sendo que por vezes nem os próprios terão passado pela experiência de terem sido supervisionados (Knapp & VandeCreek, 2006).

Então como poderá um estudante de psicologia, ou mesmo, um qualquer profissional em busca de maior formação, avaliar as competências do profissional que vai orientar o seu estágio ou a sua prática profissional? Segundo Thomas (2007), o consentimento informado (CI) pode ser um auxiliar precioso. A obtenção do CI obriga o supervisor a definir o que pretende do seu estudante ou profissional supervisionado. Paralelamente, força-o a comprometer-se em relação ao que se dispõe a oferecer. Deste modo, todo o processo poderá resultar mais orientado, promovendo a sua qualidade e prevenindo futuras decepções. No fundo, e deste modo, tanto supervisor como supervisionado saberão o que esperar e o último saberá o que deverá fazer para ter sucesso e potenciar a sua prática profissional.

Paralelamente, deve ser frequentemente transmitido algum *feed-back* oral sobre o trabalho do orientando, sendo importante a realização de relatórios escritos periodicamente, sobretudo quando o supervisor detectar maiores dificuldades (VandeCreek, 2006). Isso mesmo deve ser exigido pela Associação Profissional que represente os psicólogos.

Parece evidente que o trabalho de supervisão deve pois ser encarado com grande seriedade, sendo importante que os profissionais que o desempenham tenham a preocupação em obter toda a formação e informação possível. Por isso mesmo, parece lógico que deva constituir-se como uma actividade merecedora de uma compensação financeira.

Parece fazer sentido limitar o acesso à profissão a quem tiver realizado um estágio em psicologia com objectivos claros no que respeita à aquisição de determinadas

competências profissionais. Se assim for será legítimo que os supervisores, que assim o entenderem, se façam compensar financeiramente pelo seu tempo e transmissão de competências profissionais, desde que possuam eles próprios as condições mínimas, no que se refere à sua formação e ao local de estágio, de modo a cumprirem com os objectivos. De outro modo, e não fosse o estágio obrigatório para o desempenho da profissão, realidade até há muito pouco tempo em Portugal, faria parte do papel dos psicólogos proporcionar essa supervisão sem outra compensação que não fosse o contribuir para o sucesso da profissão. Caso contrário, estar-se-ia a criar uma situação que levaria a que os estudantes com menores possibilidades financeiras pudessem optar por não realizar os estágios, o que poderia colocar em sério risco o bem-estar dos clientes e a dignidade do exercício profissional.

**4.1.1.2 – O relacionamento entre supervisores e supervisionados.** Poder-se-á descrever a relação entre o supervisor e o seu pupilo como um misto entre a relação professor-aluno e a relação profissional-paciente. Se por um lado ela visa promover a competência no exercício da profissão, por outro visa igualmente o bem-estar da pessoa supervisionada, pois de outro modo esta dificilmente exercerá o seu papel de uma forma apropriada (Knapp & VandeCreek, 2006). Pode ser também importante a partilha de alguns dados pessoais, consoante o tipo de supervisão, o que aumenta ainda mais a vulnerabilidade do supervisionado em relação ao supervisor, aliada à assimetria natural da relação.

No que respeita, por isso, às relações entre os supervisores e os seus orientandos, é possível que estejam presentes o mesmo tipo de conflitos de interesses existentes na relação psicólogo-paciente, ainda que os orientandos não estejam, apesar de tudo, numa situação tão vulnerável.

Desta forma, os relacionamentos sexuais, sociais e comerciais devem ser encarados com extrema cautela, dado que a assimetria de poder pode ser marcante, sendo difícil assegurar de uma forma clara a voluntariedade dos orientandos (Slimp e Burian, 1994). Paralelamente, e caso exista uma recusa por parte do orientando,

poderão surgir emoções prejudiciais ao bom desenrolar do processo de orientação (Knapp & VandeCreek, 2006). Mais, caso se desenvolvam relações estranhas ao contexto profissional tornar-se-á mais difícil assegurar uma neutralidade no funcionamento e a aplicação de critérios de justiça em relação aos outros estagiários. Finalmente, ao criar conflitos de interesse, o supervisor poderá não submeter o seu orientando ao mesmo grau de exigência de treino e de avaliação, pelo que a sua formação poderá ser prejudicada. Em conclusão, poderá afirmar-se que, se por um lado, não será tão perigoso o desenvolvimento de conflitos de interesse neste tipo de relação quando comparada com a relação psicólogo-cliente, por outro os riscos são suficientes para justificar o evitamento de relações estranhas ao contexto profissional.

#### **4.1.2 – A psicoterapia como modelo de intervenção clínica**

A clínica está tradicionalmente ligada à medicina, pelo que está ainda muito marcada pela dicotomia saúde-doença. O profissional de saúde, quando confrontado com uma pessoa “doente” deve definir o diagnóstico e prescrever a terapêutica que melhor se poderá adaptar à pessoa<sup>98</sup>, de forma a ajudá-la no sentido do restabelecimento da sua “saúde”. A cura, ainda que seja interpretada como uma estabilização dos sintomas ou como um alívio do sofrimento, depende de um objectivo claramente definido no que diz respeito aos meios, que passam por ser aqueles que resultaram da evidência científica, e que são interiorizados pelo profissional no decurso da sua formação e da sua prática clínica (Laxenaire, 1991).

Na psicoterapia a realidade torna-se bem diferente. Os processos psicoterapêuticos, apesar de terem métodos e técnicas bem definidas e cientificamente validadas (Gonçalves, 1994), variam, necessariamente, de terapeuta para terapeuta, uma vez que o factor humano tem um papel importantíssimo na sua aplicação. Do lado do cliente, a complexidade do processo também aumenta. Tratar-nos de uma doença orgânica através de uma terapêutica somática terá uma significação concreta e bem identificada socialmente, enquanto uma intervenção focalizada essencialmente na relação, e que muitas vezes se centra ao nível emocional e

---

<sup>98</sup> Excluem-se as relações com objectivos específicos como sejam os meios complementares de diagnóstico, os exames médico-legais, os cuidados paliativos, entre outros.

perceptivo, terá um significado bem diverso. Ou seja, se é verdade que em qualquer área dos cuidados de saúde não existem doenças, mas sim doentes, esta expressão assume um muito maior significado quando se reporta a perturbações ao nível da saúde mental.

Também as implicações éticas são distintas, uma vez que uma das regras fundamentais da relação profissional é não influenciar as decisões pessoais do cliente, não impondo um sentido e uma justificação para os seus sofrimentos. De outro modo o terapeuta estaria a influenciar o seu cliente a partir das suas características pessoais. Tal, não será tarefa fácil, uma vez que o sujeito tende a identificar-se com o terapeuta, criando por vezes uma situação de dependência que será alimentada pelas opiniões e juízos de valor que este poderá produzir. É por estes motivos que a psicoterapia não será uma procura do sentido do sintoma, mas antes um desenvolvimento do seu significado (Laxenaire, 1991) que permita à pessoa encontrar as suas próprias respostas, devolvendo-a à sua autonomia. Também aqui, as diferenças para as intervenções tradicionais são marcantes.

Poucas relações humanas atingem, de uma forma tão rápida, um nível de intimidade tão grande como neste tipo de intervenção (Bersoff e Hofer, 1999), ainda que essa característica seja de sentido único. É o cliente que se espera que partilhe os seus sentimentos, comportamentos e pensamentos mais íntimos, pelo menos aqueles que se relacionam com o problema a resolver. E será por isso mesmo que uma intervenção deste tipo, se mal conduzida, tem um potencial altamente nocivo, ainda mais porque não se torna fácil identificar, à partida, todos os problemas que poderão surgir durante a relação. Exige, por isso, a psicoterapia, uma responsabilidade e uma atenção redobradas por parte do profissional, e por isso um elevado nível de competência.

É claro que o psicoterapeuta tem que ter conhecimentos específicos e profundos quanto à compreensão do funcionamento humano, da psicopatologia e das estratégias de intervenção a este nível, o que lhe dá legitimidade para exercer o poder na relação com o seu cliente, (Hare-Mustin, Marecek, Kaplan, e Liss-Levinson,



1979; Sonne, 1994). Contudo, será bom de ver que o exercício desse poder não pode decorrer de uma postura passiva e expectante do cliente. Tem que existir um envolvimento activo e participativo do cliente no processo. Como afirma Turkat (1986) o cliente deverá sempre comentar a adequação de todas as formulações transmitidas pelo terapeuta, pois só desta forma elas terão a validade necessária. Se o consentimento informado se constitui como o paradigma da relação clínica (Archer, 2006), então, na psicoterapia, ele assume uma importância instrumental bem maior.

**4.1.2.1 – O consentimento informado em psicoterapia.** Nem sempre o consentimento informado (CI) tem sido referido como uma obrigação no início de um processo psicoterapêutico (Beahrs & Gutheil, 2001). Contudo, sabe-se que o estabelecimento de uma relação de confiança é central para o início de qualquer intervenção. Logo, ainda que informalmente, a informação sobre o processo e sobre as características dos problemas ou patologias da pessoa é uma realidade na maioria das intervenções psicoterapêuticas.

Ainda assim, seja porque a psicoterapia é fisicamente não-invasiva, seja por ser considerada um processo consciente em que o cliente pode monitorizar o seu curso visto a natureza da intervenção se encaminhar na direcção do senso comum, seja porque será muito difícil prever todas as variáveis que poderão influenciar os resultados, alguns autores consideram o CI como desnecessário em psicoterapia (Appelbaum, 1997). De facto, é muito difícil prever de uma forma clara o resultado de uma relação entre duas pessoas. Na psicoterapia, ainda que a relação seja mais estruturada, não se pode negar a influência que os elementos que compõem a relação podem ter no decurso da mesma.

Também Widiger e Rorer (1984) referem que alguns profissionais rejeitam a necessidade da obtenção do CI, sobretudo nas terapias psicoanalíticas e comportamentais, por temerem que a discussão explícita com o cliente sobre a natureza do tratamento possa interferir com a sua efectividade. A este propósito Beahrs & Gutheil (2001) afirmam ainda que exigir um CI na psicoterapia, à semelhança de outras intervenções médicas como as cirurgias, poderá contribuir

para, paradoxalmente, levar o cliente a assumir um papel passivo semelhante ao do doente que espera a cirurgia, como que esperando que o terapeuta o “trate”, o que é claramente contrário aos objectivos da psicoterapia.

Parece, por outro lado, fazer sentido a opinião de Appelbaum (1997) quando refere que se a finalidade do CI é ajudar o cliente a tomar as melhores decisões para si, então não existirá nenhum motivo para que a psicoterapia não seja objecto do mesmo. Aliás, pode acrescentar-se que tratando-se de uma intervenção que visa provocar mudanças na forma de funcionamento da pessoa, torna-se um imperativo a discussão sobre os potenciais benefícios e riscos do processo, definindo os seus objectivos, as suas expectativas e os seus limites. Mais importante de tudo aquilo que o terapeuta possa dizer ou fazer, é tudo aquilo que o cliente fizer por si próprio no sentido da mudança terapêutica (Beahrs & Gutheil, 2001), o que transforma o terapeuta num catalizador da mudança e não no seu agente principal.

O mesmo deve ser feito a propósito das alternativas terapêuticas existentes, estejam elas no campo da psicoterapia ou não. Só desta forma se poderá envolver, de facto, o cliente no processo, potenciando os seus resultados<sup>99</sup>. Segundo Beahrs & Gutheil (2001) a maioria dos processos ocorridos nos EUA têm ficado a dever-se a uma alegada atitude negligente dos terapeutas que falham na informação dos seus clientes sobre alternativas terapêuticas que podem variar em eficácia, tempo, custo e efeito social.

O CI pode ser a oportunidade ideal para estruturar a relação, que se pretende de grande confiança, pelo que assume um valor instrumental que não deve ser negligenciado (Sonberg, Stone, e Claiborn, 1993). A este propósito, a *American Psychiatric Association* (1996) refere que “*seja ou não requerido por lei, parece razoável encorajar os psiquiatras a discutirem com os seus doentes a natureza da psicoterapia, os seus benefícios e riscos (quando aplicável), e as alternativas*

---

<sup>99</sup> Sullivan, Martin, e Handelsman (1993) levaram a cabo um estudo onde concluem que a obtenção do consentimento informado promove a confiança do cliente no processo e no profissional, favorecendo a intervenção. Também Sonberg, Stone, e Claiborn (1993) concordam que o consentimento informado não é uma mera questão ética, devendo ser considerado um instrumento terapêutico.

*existentes (psicoterapêuticas e não psicoterapêuticas) para os seus problemas”.* Será preferível então, e ainda que não se possam prever de uma forma tão clara como em outras intervenções todas as possíveis consequências e resultados, assumir isso mesmo e envolver o cliente em tudo o que diga respeito ao processo. Do mesmo modo, poderá ser importante ir actualizando o CI ao longo do processo terapêutico.

O terapeuta e o seu cliente apresentam-se um ao outro na sua qualidade social, desempenhando os papéis correspondentes a essa mesma posição. Ambos têm expectativas quanto ao papel do outro, pelo que isso deve ser tido em atenção pelo técnico. O que a pessoa procura no seu terapeuta é uma segurança que lhe permita encontrar respostas para as dificuldades que sente, geradoras de angústia e da sensação de perda de integridade, o que a leva a apresentar-se, tantas vezes, numa posição submissa e dependente. Alheia-se da realidade, centrando-se nos seus sintomas, numa perspectiva egocêntrica, que a impede de aprender por si só estratégias que lhe possibilitem ultrapassar o seu estado actual. Por isso transfere<sup>100</sup> para o profissional os seus sentimentos de insegurança e impotência, à semelhança das atitudes que já noutras alturas tomara, em direcção a figuras securizantes. Também a contra-transferência é possível, pois a atitude regressiva do cliente pode despertar, no terapeuta, sentimentos de responsabilidade, sentidos, por vezes, como culpabilizantes, sobretudo quando o processo não decorre conforme as expectativas (R.M. Cardoso, 1980).

Se o cliente necessita, muitas vezes, de se tornar dependente do terapeuta para que a reabilitação seja possível, esta só será efectiva quando a autonomia do cliente for de novo conquistada. Será nesta capacidade, que a verdadeira cura reside, ou seja, na possibilidade de o indivíduo restabelecer o seu equilíbrio no sentido da sua verdadeira autonomia, isto é, recuperar a sua liberdade.

---

<sup>100</sup> Transferência, segundo Eduardo Sá (1996), é o reflexo, na relação clínica, de todas as outras relações significativas vividas pelo cliente. A contra-transferência, segundo o mesmo autor, será a capacidade do psicólogo em reflectir essas mesmas vivências do seu cliente, consubstanciando a relação clínica.

Claro que tal desiderato só será possível com base numa relação terapêutica de grande confiança, estruturada a partir de técnicas bem definidas que permitam o estabelecimento de um processo comunicacional autêntico. Por isso mesmo, o processo de obtenção do CI cumprirá, em última análise, com este objectivo, dado que, como já foi referido, se constitui como uma oportunidade excepcional de envolvimento profissional entre o técnico e o cliente.

**4.1.2.2 – O consentimento informado e o setting terapêutico.** No processo de CI inclui-se a discussão do *setting* terapêutico, que deverá marcar o início da psicoterapia, sendo o momento ideal o fim da primeira sessão<sup>101</sup> (Hare-Mustin et al., 1979). Aqui deverão ser abordadas todas as questões relacionadas com o processo que se vai iniciar, desde o número de sessões previstas, o tempo de duração de cada uma, a sua frequência, bem como os honorários equivalentes. Aliás, para Beahrs & Gutheil (2001) estas dimensões constituem a fonte principal da violação do princípio da não-maleficência (Beauchamp & Childress, 2002/1994), uma vez que podem acabar por ser vistas pelo cliente como excessivas e impróprias. O psicólogo deverá tentar responder satisfatoriamente a todas as questões colocadas pelo cliente no âmbito do processo. Os problemas respeitantes à confidencialidade do acto terapêutico deverão, igualmente, ser objecto de discussão. Com base num quadro proposto por Koocher e Keith-Spiegel (1998), onde constam os elementos chave do contrato terapêutico, propõem-se os seguintes pontos como condizentes com uma correcta estruturação do mesmo:

1. definição dos objectivos da intervenção;
2. discussão sobre o tipo de relação, sobre os direitos do cliente, sobre as responsabilidades do terapeuta e sobre os riscos do processo.
3. definição dos honorários, métodos de pagamento e serviços incluídos;

---

<sup>101</sup> Os mesmos autores salvaguardam que em determinadas situações, como nos casos em que os clientes surgem na primeira entrevista em crise aguda, poder-se-á adiar a discussão sobre as implicações do processo, a fim de possibilitar o suporte e o alívio imediato do cliente, quando possível.

4. definição das técnicas a serem utilizadas, duração e frequência das sessões e duração prevista do processo;
5. discussão sobre os limites da confidencialidade.

No decurso de um processo deste tipo podem surgir muitas questões, sendo que quanto mais cedo elas forem previstas melhor, para que as regras de funcionamento fiquem bem definidas e delimitadas, configurando uma relação claramente profissional. Neste sentido, o terapeuta deverá permitir que o cliente faça todas as perguntas que entender, esforçando-se por esclarecer todas as dúvidas e mal-entendidos. Depois de ajustados os pormenores do contrato terapêutico, e esclarecidas as implicações do mesmo, o técnico deverá obter um consentimento expresso de forma a poder iniciar o processo propriamente dito.

É evidente que não é possível antecipar de uma forma absoluta todos os efeitos directos e indirectos da intervenção, pelo que será a natureza do processo que importa discutir. Ainda assim, interessa que o terapeuta seja o mais específico possível. Por exemplo, se não é possível, muitas vezes, prever com exactidão o tempo de duração prevista do processo, pode pelo menos fazer-se referência a um determinado período findo o qual se poderá de novo abordar o mesmo assunto, fazendo desde logo referência a isso mesmo.

**4.1.2.3 – O consentimento informado e as minorias culturais.** Uma das grandes dificuldades da psicoterapia reside em conseguir um nível de compreensão tal do cliente que permita aceder à sua perspectiva particular do mundo e ao seu quadro de referências. Tal tarefa, se já será difícil no trabalho com pessoas com um fundo cultural semelhante ao do terapeuta, torna-se ainda mais complicada nos casos em que tal não sucede. Não será, então, por acaso, que a *American Psychological Association* (1993) definiu como necessária, para a intervenção em psicoterapia com clientes pertencentes a minorias culturais, a formação específica do psicólogo com vista ao conhecimento das características próprias dessas mesmas culturas. Pode tomar-se como exemplo o caso de uma pessoa surda, pertencente à comunidade

surda, que só pode ser de facto compreendida por alguém conhecedor da realidade da cultura surda<sup>102</sup>.

Aliás, Brown (1994, citado por Koocher e Keith-Spiegel), a este propósito, introduziu a noção de “*Empowered Consent*” que pretende assegurar que em casos de grandes diferenças culturais o terapeuta deve considerar, com uma atenção acrescida, a qualidade da informação e a forma como ela é apresentada, maximizando, deste modo, a capacidade do cliente em exercer um consentimento livre e esclarecido.

O argumento da rampa deslizante utilizado por Beauchamp e Childress (2002/1994) defende que o nível de capacidade exigido à pessoa para tomar decisões deve variar, entre outros factores, com o grau e a probabilidade do risco relacionados com a recusa ou aceitação de um determinado procedimento. Ou seja, se a pessoa decidir recusar uma intervenção sendo que dessa escolha resulte, potencialmente, um grave risco para a sua saúde, então o profissional deve exigir, para aceitar a decisão, um maior nível de argumentação por parte do sujeito que dê garantias sobre a inteligibilidade e consciência da sua escolha. Pelo contrário, se a pessoa aceitar essa mesma intervenção, indo ao encontro do que parece ser o seu melhor interesse clínico, a sua decisão poderá ser aceite mais facilmente pelo profissional. Seguindo a mesma linha de raciocínio, quando se perceber que a pessoa tem características específicas que a possam levar a uma menor liberdade na escolha, deverá promover-se a sua auto-determinação através de um aumento dos esclarecimentos, encorajando e facilitando deste modo a pessoa a decidir livremente.

**4.1.2.4 – A neutralidade da intervenção.** A subjectividade é uma característica genérica da intervenção psicológica (Stolorow, 1992). Será pois natural que uma das dificuldades na psicoterapia e no aconselhamento esteja relacionada com a possibilidade do terapeuta influenciar as decisões do cliente a partir dos seus valores pessoais. Temas fracturantes na sociedade como o abortamento voluntário e a eutanásia, ou outros que tenham especial significado para o terapeuta, podem

---

<sup>102</sup> Ver a propósito: “Ricou, M: Cultura Surda: um conceito a testar?” Perspectivas na Integração da Pessoa Surda. (Coordenação Rui Nunes). Gráfica de Coimbra, Lda, Coimbra, 2000.

originar situações difíceis de gerir. Aquilo que, involuntariamente, o cliente tantas vezes procura é dividir a responsabilidade, tentando retirar do contacto com o terapeuta sinais de encorajamento para a sua decisão (Beck, 1997/1995).

Respeitar a autonomia do cliente significa reconhecer que ninguém melhor do que o próprio poderá saber qual a melhor opção a tomar. O objectivo único do terapeuta deve ser auxiliar a pessoa a escolher, ou seja, desenvolver o conteúdo das variáveis envolvidas na decisão, tendo em consideração os diferentes valores e significados que cada pessoa lhes atribui. A imposição de valores deve ser evitada a todo o custo, sob pena de se retroceder em relação ao objectivo final da terapia: a autonomização do cliente.

Contudo, parece não ser possível evitar a comunicação de valores entre o terapeuta e o cliente sendo este último de algum modo influenciado pelos valores do terapeuta (Zinnbauer & Pargament, 2000). Ainda que não lhe sejam explicitamente comunicados, o cliente pode percebê-los através do discurso e dos processos de contra-transferência. Deverá o terapeuta estar consciente dessa realidade para tentar diminuir o impacto disso mesmo, devendo em certos casos abordar o tema no sentido de assegurar à pessoa que os seus próprios princípios são adequados e que o objectivo da intervenção não consiste na sua alteração.

Existirão, contudo, alguns valores que dificilmente o terapeuta poderá deixar de questionar, como todos os que possam ir contra alguns valores sociais fundamentais (Corey et. al, 2006). Dificilmente alguém poderá sentir-se realizado e satisfeito sem uma mínima integração social. Nesse caso importa que o terapeuta promova uma reflexão com o cliente a fim de explorar as incongruências que, provavelmente, este terá no seu funcionamento. A verdade é que é o cliente a procurar o terapeuta e não o contrário, pelo que está implícito por parte do cliente um reconhecimento de que existem coisas na sua vida com as quais não está, nesta altura, a conseguir lidar de uma forma adequada ou para si conveniente. Já por isso a definição do pedido é um primeiro passo em terapia e central para a sua estruturação (Rogers, 1974/1942). A pessoa que recorre a ajuda profissional fá-lo porque precisa de ajuda, sendo que,

não poucas vezes, dispõe de uma série de crenças que condicionam negativamente o seu funcionamento (Beck, 1997/1995). Então, será possível ao terapeuta, em determinada altura do processo, confrontar o cliente com essas incongruências, questionando, eventualmente, alguns dos seus valores que possam contribuir para a mudança no sentido do pedido efectuado pelo cliente.

Autonomia não significa individualismo, pelo que uma decisão autónoma pode significar uma opção baseada na submissão aos interesses da família ou da sociedade alargada (Koocher e Keith-Spiegel, 1998), em virtude da realidade cultural do indivíduo. Ser autónomo não significa ir contra essa realidade cultural, pois que poderia levar o indivíduo a sentir-se deslocado e por isso mesmo desadaptado. Nestes casos, o reforço da autonomia individual surge no sentido da compreensão dos processos envolvidos, o que facilitará o conhecimento e a adaptação à sua realidade.

Sendo a natureza humana racional, e consistindo a racionalidade, grosso modo, na capacidade da pessoa prever, com maior ou menor probabilidade, o resultado dos seus comportamentos, o trabalho em contexto terapêutico para isso deverá contribuir, ajudando o indivíduo a tomar as suas próprias decisões, baseado na sua historicidade e características pessoais.

#### **4.1.3 – Limites ao processo terapêutico e a integridade da psicologia**

O processo terapêutico é centrado nas necessidades do cliente, pelo que essa deve ser a sua orientação exclusiva. Contudo, poderão existir situações excepcionais onde o psicólogo pode sentir dificuldades particulares. Será o caso dos clientes apelidados por Koocher e Keith-Spiegel (1998) como difíceis, seja porque muito resistentes à intervenção, pelo que esta acaba por não trazer benefícios, seja porque poderão chegar a fazer ameaças expressas ou veladas ao profissional.

A noção de cliente excepcionalmente difícil, ainda que possa ser relativizada, inclui situações realmente delicadas para a generalidade dos profissionais. Assim, pessoas intimidantes ou mesmo perigosas que passam ao acto com facilidade,



peessoas que faltam sistematicamente às consultas ou não pagam os honorários correspondentes, ou outras que são muito dependentes e fazem repetidos contactos telefónicos com preocupações urgentes, são indicados por Koocher e Keith-Spiegel (1998) como clientes difíceis.

Qualquer uma destas situações é passível de provocar sentimentos negativos no terapeuta. É pois essencial que o profissional esteja consciente dos seus limites a fim de levar a cabo uma auto-monitoração eficaz e melhor controlar a relação. O objectivo será evitar maiores problemas para si e sobretudo para o cliente que por ser difícil não deixa de estar numa situação de vulnerabilidade; pelo contrário. De outro modo será quase impossível conseguir a empatia necessária para a construção de uma boa relação terapêutica, construindo-se, provavelmente, uma contra-transferência negativa que, inevitavelmente, comprometerá a intervenção.

Se, a determinada altura, o terapeuta concluir não ser capaz de evitar e expressão de sentimentos negativos em relação ao cliente ou pelo menos, compreender não ser possível estabelecer uma relação de confiança, deve encaminhar a pessoa para outro profissional. Evidentemente que este procedimento é de última linha e só deve ser levado a cabo depois de discutido da melhor forma possível com o cliente. Não se trata de um abandono do cliente, e muito menos de um castigo, mas tão só a procura da melhor alternativa terapêutica. Então devem ser tomadas todas as atitudes que possam minorar as consequências negativas da mudança e aumentar a probabilidade de sucesso de uma futura relação terapêutica.

**4.1.3.1 – As ameaças explícitas.** Quando um cliente faz qualquer tipo de ameaça ao terapeuta que possa condicionar a relação terapêutica, a primeira atitude deverá ser conversar com o cliente, o quanto antes, sobre o tema. Deste modo poderão ser discutidas as possíveis motivações e consequências do comportamento em causa, e exploradas, em conjunto, as soluções. Sempre que esta abordagem resulte insuficiente, e se o terapeuta se sentir incapaz de lidar com a situação convenientemente, deverá recorrer a um colega na procura de aconselhamento a fim de explorar qualquer outra solução que possa existir.

Nunca uma ameaça por parte de um cliente deve ser negligenciada. Não apenas porque pode constituir-se como realmente perigosa, mas também porque terá necessariamente consequências ao nível da estrutura da relação o que poderá condicionar os resultados terapêuticos. Segundo Vandecreek e Knapp (2000) em situações de risco o terapeuta deverá ter ainda mais em atenção a implementação e o cumprimento do plano terapêutico, até como forma de melhor monitorar o comportamento do cliente, e de se assegurar que este está de facto a ter efeito terapêutico. Independentemente disso, quando a ameaça, seja em que sentido for, é explícita, deve ser imediatamente abordada. Devem ser discutidas as consequências da mesma, inclusivamente o fim da relação ou a referência para outro colega se essa for a melhor solução. Se necessário, o profissional deverá tomar as medidas adequadas para se proteger.

**4.1.3.2 – A ineficácia do processo terapêutico.** Existem algumas situações, raras, em que o cliente, apesar da intervenção não estar a resultar ou mesmo o poder estar a prejudicar, insiste na continuação da mesma (Knapp & VandeCreek, 2006). Nestes casos o profissional poderá concluir pelo fim do processo terapêutico.

Seja qual for o motivo da cessação do processo este deve ser discutido na relação, explorando todas as possibilidades em função do bem-estar do cliente e da satisfação das suas necessidades. O ideal será sempre encontrar uma solução consensual que poderá passar pela renegociação dos objectivos, pela manutenção da relação na expectativa que a situação possa sofrer uma alteração positiva ou, como já foi referido, pelo encaminhamento para outro profissional.

O técnico deverá ponderar os malefícios a médio ou longo prazo da manutenção do processo mas também os riscos da sua terminação precoce. No fundo existe um conflito entre o princípio do respeito pela autonomia e o da beneficência e não-maleficência, sendo que as variáveis em jogo deverão ser objecto de reflexão. Por um lado pretende evitar-se os comportamentos manipulativos por parte do cliente e os ganhos secundários com a manutenção do processo. Os objectivos definidos

para a terapia devem estar sempre presentes, não sendo aceitável que a intervenção possa prejudicar a pessoa. Por outro lado não se pretende o abandono do cliente uma vez que dificilmente se poderá considerar ser esse o seu melhor interesse. Qualquer que seja a opção tomada, com maior ou menor concordância do cliente, será sempre avisado, nestes casos, documentar todas as decisões em detalhe.

Outras situações existem em que é o cliente que sente não estar a tirar benefício da terapia. Não faz parte do papel do terapeuta convencer o cliente a continuar a intervenção, ainda que acredite que essa fosse a melhor solução. É verdade que o princípio da beneficência e da não-maleficência obriga o psicólogo a agir no sentido do que acredita ser o melhor interesse do seu cliente, pelo que nessa perspectiva deveria tentar convencer a pessoa a continuar a intervenção. Contudo, qualquer intervenção deste género deve ser informadamente consentida pela pessoa, sendo que esse consentimento pode ser revogado em qualquer altura. O princípio do respeito pela autonomia implica que o consentimento tenha que ser obtido livre de qualquer coacção. Então, independentemente da orientação teórica da psicoterapia, será muito difícil para um profissional convencer um cliente a continuar uma intervenção deste género sem se fazer valer dos medos e inseguranças deste último, condicionando, deste modo, a sua voluntariedade (Koocher e Keith-Spiegel, 1998). Poder-se-á dizer que o mesmo sucede com todas as intervenções, pelo que nenhum profissional poderia, nessa perspectiva, tentar convencer o seu cliente daquilo que acredita ser melhor. Contudo, tal como já foi referido, sendo a psicoterapia centrada na relação, necessita, mais do que qualquer outro tipo de intervenção, do envolvimento do cliente. Por isso mesmo, se em última análise o profissional discorda em absoluto com a pessoa sobre a necessidade da continuação do tratamento, deverá, então, propor encaminhá-la para outro profissional.

Será discutível a obrigatoriedade do psicólogo, ou de qualquer outro profissional, em iniciar um processo psicoterapêutico ou de aconselhamento, independentemente das condições financeiras do cliente. Ou seja, poderá ser aceitável que o processo

não seja iniciado se o terapeuta perceber que a pessoa não terá capacidade para suportar os custos da intervenção (APA, 2002) dado que, por norma, não são intervenções de carácter urgente e muito menos *life saving*.

Contudo, depois de iniciar, não deverá o terapeuta “abandonar” o cliente a não ser que o processo esteja concluído, o cliente assim o deseje, a intervenção saia da esfera de competência do profissional e este recomende intervenções alternativas (Knapp & VandeCreek, 2006), ou nas circunstâncias acabadas de descrever. Motivos marginais ao processo como a incapacidade financeira não devem ser motivos de quebra da relação. Nestes casos, dever-se-á tentar uma solução de compromisso que não lese os interesses do profissional mas, sobretudo, que não resulte num prejuízo efectivo para o equilíbrio do cliente. Então, poderão ser equacionadas trocas de serviços ou facilidades de pagamento, sendo que, no limite, o terapeuta deverá prosseguir a intervenção.

É verdade que qualquer trabalho deve ser objecto de uma remuneração apropriada, mas, em última análise, convém recordar que o facto de o cliente ficar satisfeito poderá resultar em consequências positivas para o terapeuta, uma vez que será sempre uma publicidade positiva à sua competência. Não deve a intervenção a este nível transformar-se numa mera relação de prestação de serviços dado que aquilo que está em causa é o bem-estar da pessoa humana, sendo que por isso o profissional deve assumir as suas responsabilidades e evitar que o abandono precoce de um processo terapêutico possa prejudicar a pessoa, violando o princípio da não-maleficência (Beauchamp & Childress, 2002/1994).

#### **4.1.4 – Os conflitos de interesse na intervenção psicológica**

Os conflitos de interesse constituem um problema sério em qualquer actividade humana. Qualquer pessoa possui diversas posições sociais que implicam o desempenho dos papéis correspondentes, pelo que é frequente surgirem conflitos entre eles. Por princípio deve privilegiar-se o papel com o qual em determinado momento se está comprometido. Por exemplo, se um polícia estiver no desempenho das suas funções e detectar uma infracção por parte de um amigo, ninguém

duvidará que a sua obrigação será atuar, ainda que tal possa colidir com as suas obrigações como amigo. Não será difícil, contudo, e a partir deste mesmo exemplo, compreender que estes conflitos são, na prática, não poucas vezes de difícil resolução.

Na intervenção psicológica os conflitos de interesse podem surgir, de igual modo, quando o psicólogo mantém, ou pretende vir a manter, um outro tipo de relação com o cliente que não a profissional. Alguns exemplos serão socializar com um cliente, ter com ele um envolvimento emocional e/ou sexual, uma relação comercial, entre outros. Uma outra situação que envolverá conflitos de interesse será quando o psicólogo segue em consulta duas ou mais pessoas relacionadas entre si, sejam elas familiares ou amigas. Na verdade, estas pessoas poderão ter questões entre si, questões essas que podem, inclusivamente, estar na base do recurso à consulta do psicólogo. Estes dois tipos de situações podem ser referenciados como relações múltiplas.

Outros tipos de situações específicas podem ser causadoras de conflitos de interesse, como sejam a privacidade do psicólogo, a aceitação ou oferta de prendas, entre outras questões particulares que merecerão aqui uma referência.

O relacionamento sexual entre terapeuta e cliente será abordado autonomamente em virtude do consenso gerado em torno da gravidade da sua prática.

**4.1.4.1 – As relações múltiplas.** Considera-se que, dentro do possível, este tipo de relacionamento deve ser evitado. Não porque a mera existência de uma relação paralela que possa causar um conflito de interesse seja em si mesma considerada má prática; aquilo que se pretende evitar é prejudicar ou explorar um cliente aproveitando a assimetria da relação, visto que este facto descrito por Rogers (1974/1942) torna questionável a liberdade do cliente em dizer que não (Corey et. al, 2007). Torna-se pois difícil garantir que qualquer proposta estranha à relação terapêutica, seja ela comercial ou pessoal, possa merecer uma resposta de facto genuína por parte do cliente. Mais, as relações múltiplas poderão contribuir para

uma perda de objectividade na relação profissional, seja por parte do cliente ou do profissional, tornando possível o dano psicológico (Pipes, 1997). E se o único objectivo da relação terapêutica é promover o bem do cliente (Ricou, 1998), então deve evitar-se o risco.

Alguns autores vão contudo defendendo que algum tipo de relações múltiplas poderão ser permitidas e mesmo inevitáveis (Moleski & Kiselica, 2005; Sonne, 2007; Corey et al., 2007), pelo que proibi-las poderá produzir efeitos paradoxais. Outros, chegam a afirmar que poderão mesmo ser benéficas para a terapia (Pope & Keith-Spiegel, 2008). Como já foi referido o objectivo último é proteger o cliente. Na verdade, qualquer psicólogo tem a capacidade de prejudicar e/ou explorar um cliente, independentemente de assumir com ele qualquer tipo de conflito de interesses. Nessa perspectiva, mais do que proibir comportamentos que por vezes são inevitáveis (como por exemplo encontrar um cliente numa festa) interessa é potenciar a capacidade do psicólogo em raciocinar sobre as situações por forma a ser capaz de definir se determinada situação particular deve ser ou não evitada. Seja como for, existe a certeza que qualquer contacto fora do contexto terapêutico poderá ter influência no mesmo (Pope & Keith-Spiegel, 2008).

Essa é também a opinião de Sonne (2007) pelo que esta autora propõe um conjunto de critérios que devem ser tomados em consideração pelo psicólogo no sentido de o ajudar a discernir entre comportamentos toleráveis ou eticamente intoleráveis.

Deste modo devem ser tidos em consideração por um lado a idade e o sexo do cliente, o seu *background* cultural, bem como as suas características particulares. É evidente que as pessoas são todas diferentes pelo que determinada situação poderá ser simples para uma pessoa e difícil para outra.

O raciocínio ético do terapeuta, a sua experiência profissional e a sua orientação teórica serão igualmente factores importantes a considerar. Os primeiros serão determinantes para a capacidade em identificar conflitos de interesse, enquanto o último está relacionado com o tipo de relação contruída. Um bom exemplo disso

mesmo é fornecido por D.B. Borys & K.S. Pope (1989) ao referirem que a terapia psicodinâmica acaba por ser muito mais restritiva nos contactos externos à intervenção que qualquer outra orientação terapêutica. Factores como a duração do processo terapêutico, as diferenças de poder dentro da relação, bem como o *setting* previamente estabelecido deverão ainda ser considerados.

A natureza das diversas relações construídas deve estar bem clara entre o psicólogo e o cliente, estando este último consciente dos potenciais problemas que podem advir da mistura dos papéis. Nesse sentido, deverá o cliente consentir nesse acumular de papéis, sendo que o psicólogo somente os deverá admitir e propor nos casos em que entenda serem pequenos os riscos de complicações. Deve ainda o psicólogo estar consciente da suas motivações para iniciar outro tipo de relação com um seu cliente. Esta será uma daquelas situações onde as intuições devem ser muito reflectidas a fim de sofrerem uma ponderação e reflexão cuidadas<sup>103</sup>. Deve ainda ter-se em conta que qualquer relação que entretanto se inicie deve contribuir para reforçar a confiança no terapeuta ou, pelo menos, não deverá nunca servir para abalar a aliança terapêutica.

A “atenção selectiva” poderá, ainda assim, constituir uma forma de tornar toleráveis comportamentos deste tipo (Pope, 1991). Ou seja, se o psicólogo for capaz de dissociar os dois tipos de relação – com a mesma pessoa ou entre pessoas distintas relacionadas – e não misturar a informação obtida em qualquer um dos contextos, limitará os potenciais efeitos nocivos.

Claro que consegui-lo não é fácil, podendo por vezes tornar-se mesmo impossível. Imagine-se que o psicólogo toma conhecimento por um dos seus clientes que um outro corre algum tipo de perigo, como seria o exemplo de uma ideação suicida. Como deveria agir? Ignorar a informação ou tentar agir activamente para impedir a possível tentativa de suicídio? Será, seguramente, um dilema de difícil solução.

---

<sup>103</sup> Ver capítulo 1.3 – O pensamento ético

Outra dificuldade mais comum, e por isso mais importante, está relacionada com a incapacidade de garantir que o cliente consiga ele próprio distinguir os contextos. Ou seja, nesse caso, ainda que o psicólogo possa não se deixar influenciar pela relação paralela que mantém esta poderá condicionar o comportamento do cliente. Nesse sentido, este último poderá não fornecer toda a informação relevante por temer que esta possa vir a ser conhecida por terceiros, estranhos à relação, ou mesmo por vergonha do próprio profissional. Pode ainda interpretar aquilo que lhe é dito pelo psicólogo como sendo influenciado pelo conhecimento que este terá sobre as outras pessoas, suas conhecidas, com quem mantém igualmente uma relação profissional. O mesmo poderá suceder em sentido contrário, ou seja, o cliente tentar passar uma imagem que esteja de acordo com aquilo que acredita serem as expectativas das outras pessoas envolvidas. No fundo, esta situação motiva o aparecimento de um conjunto de variáveis estranhas à relação profissional e que poderão comprometer ou condicionar os seus resultados.

É evidente que existem situações onde negar ajuda a uma pessoa devido a uma relação pré-existente, ou pelo facto de haver já uma relação pré-estabelecida com um familiar ou amigo, pode significar que a pessoa não terá nenhum tipo de acompanhamento. Nestes casos, Schank e Skovholt (1997) defendem que se deverão ter cuidados específicos. No fundo, o psicólogo deverá ser capaz de discernir sobre as suas capacidades em levar a cabo a intervenção através do já referido processo de atenção selectiva. Não deve ser esquecido que também o psicólogo deve ter como princípio *primum non nocere*<sup>104</sup> pelo que se entender não ser capaz de intervir da melhor forma possível deverá não o fazer de todo. Estas questões deverão ser discutidas com o(s) cliente(s) a fim de se tomar uma decisão o mais consensual possível. Do mesmo modo deverão ser discutidas com o(s) cliente(s) as limitações que poderão decorrer do conflito de interesses em causa, chamando a atenção para as dificuldades que os próprios poderão vir a sentir. Torna-se imperioso que nos casos em que o psicólogo equaciona iniciar um processo de intervenção com alguém directamente relacionado com outro seu cliente, que este último disso seja informado e que para tal dê o seu consentimento

---

<sup>104</sup> Poder-se-á traduzir *primum non nocere* por “acima de tudo não fazer o mal”.



informado. De outro modo poder-se-ia estar a pôr em causa uma relação já estabelecida o que não seria aceitável (Knapp & VandeCreek, 2006). Nesse sentido, e se se verificar a ausência de condições para se estabelecer uma nova relação o psicólogo deve optar pela primeira.

Deverá ainda existir um cuidado acrescido com as questões da confidencialidade devendo, por maioria de razão, ser explicitamente assegurado que o psicólogo nunca passará nenhum tipo de informação a qualquer outra pessoa, e muito menos às pessoas conhecidas por ambos. Dever-se-á discutir em que consiste o processo de atenção selectiva e garantir que o psicólogo será capaz de ignorar todas as informações que, eventualmente, possa acabar por obter fora do contexto terapêutico.

Ficam pois claras as dificuldades em estabelecer relações que, por qualquer motivo, possam sugerir um conflito de interesses, pelo que esta situação deve ser evitada sempre que possível. Ainda assim, num estudo levado a cabo por D.B. Borys e K.S. Pope (1989), apenas cinco comportamentos de uma lista mais vasta foram considerados pela maioria dos sujeitos<sup>105</sup> como não éticos sob nenhuma circunstância; foram eles: relacionamento sexual com um cliente; venda de um produto a um cliente; relacionamento sexual com um cliente que recentemente tenha terminado o processo; convite a um cliente para um evento social; início de um processo terapêutico com um empregado.

Qualquer relação descontextualizada da intervenção terapêutica poderá, então, provocar problemas. Nesses casos, Pope & Keith-Spiegel (2008) propõem um conjunto de passos que devem ser seguidos pelo psicólogo a fim de minimizar essas dificuldades. Deve, em primeira instância, evitar-se minimizar o problema ou mesmo negá-lo, sob pena de este acabar por agravar-se, pelo que deve ser abordado abertamente com o cliente. Tentar obter outras perspectivas da situação pode ser

---

<sup>105</sup> O estudo refere-se a uma amostra de psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais americanos. Para uma informação mais completa consultar: Borys D.B., Pope K.S.: Dual relationships between therapist and client: A national study of psychologists, psychiatrists, and social workers. *Professional psychology: Research and Practice*, 20, 283-293, 1989.

muito útil, pelo que deve considerar-se falar com um ou mais colegas. Ouvir atentamente a perspectiva do cliente será também uma estratégia positiva. Manter registos honestos e adequados da situação é também muito importante, mais ainda pela eventualidade de um processo legal. Se o psicólogo acreditar que cometeu, de facto, um erro, deve considerar pedir desculpa, ainda que esta possa ser uma situação complexa em psicoterapia<sup>106</sup>.

**4.1.4.2 – A privacidade do terapeuta.** Se é evidente que o cliente tem direito à sua privacidade, sendo que garanti-la constitui ainda um meio importante de contruir uma aliança terapêutica sólida, menos claro fica o direito do psicólogo a essa mesma privacidade.

É evidente que quando um cliente se apresenta perante um psicólogo este estará, logo à partida, a revelar algo de si próprio, em função da forma como se apresenta e mesmo até pela decoração do consultório. Contudo, toda esta informação está implícita na relação, sendo que poderá até ser controlada e condicionada pelo terapeuta.

Já no que diz respeito à informação privada sobre a vida do psicólogo existem perspectivas um pouco diferentes. Se nas terapias dinâmicas a privacidade do terapeuta tende para o absoluto, noutras correntes teóricas ela pode estar clinicamente indicada em algumas circunstâncias (Knapp & VandeCreek, 2006). Ou seja, se o psicólogo acreditar que libertar algumas informações sobre si próprio poderá resultar nalgum tipo de benefício clínico para o cliente, então tal poderá ser apropriado. No fundo trata-se de um argumento consequencialista (Peterson, 2002) que visa a sua utilização como ferramenta terapêutica.

---

<sup>106</sup> Pedir desculpa pode colocar o terapeuta numa situação de fragilidade pois ficará vulnerável em relação à decisão que o cliente tomar. De facto, o psicólogo terá agido, por princípio, em benefício do seu cliente pelo que qualquer prejuízo que tenha causado terá sido de uma forma inadvertida. Pedir desculpa poderá ser uma assumpção de culpa pelo que poderá ter efeitos paradoxais, seja porque dá a oportunidade a um cliente que esteja, por exemplo, num estado de raiva de a exprimir contra o terapeuta, seja porque poderá dar corpo a um processo legal contra o psicólogo (Pope e Keith-Spiegel, 2008). Os mesmos autores sugerem contudo que as desculpas podem acabar por ter um efeito curativo, sobretudo se forem sinceras. No fundo, a decisão de pedir desculpas deverá ser equiparada a qualquer outra decisão clínica, pelo que deverá merecer o mesmo tipo de reflexão.

Segundo Knapp e VandeCreek (2006) existem indicações que abordar algumas questões pessoais com o cliente poderá reforçar a confiança na relação terapêutica, ainda que, paradoxalmente, o exagero enfraquecerá a aliança terapêutica. Por isso mesmo os autores propõem que a abordagem de questões da vida pessoal do psicólogo seja pouco frequente, e sempre intencional, visando fortalecer a relação terapêutica. O observar e discernir o efeito dessa informação na relação exige muita experiência por parte do psicólogo pelo que o *a priori* em relação a esta questão deverá ser não revelar qualquer informação pessoal ao paciente. Sempre que o fizer será importante que o terapeuta documente isso mesmo e justifique, no registo clínico, a pertinência dessa atitude.

**4.1.4.3 – As trocas de presentes.** As questões que se colocam sobre a aceitação de presentes no contexto de uma relação em psicologia serão um pouco diversas dos conflitos de interesse surgidos, por exemplo, em relação aos médicos (Nunes, 2005), devido à ausência de ligação à indústria farmacêutica.

No caso da psicologia os conflitos apenas poderão dizer respeito aos presentes oferecidos pelos clientes uma vez que tal poderá significar, por um lado, a exploração do cliente em função da sua vulnerabilidade, e por outro a criação de um conflito de interesses pela possível sensação de reconhecimento que qualquer um dos elementos da relação poderá desenvolver. Por outro lado, recusar um presente pode melindrar de algum modo o cliente, trazendo prejuízos à relação.

Talvez por isso, e segundo Corey e colaboradores (2007), alguns psicólogos, no início da terapia, declaram estar-lhes vedada a possibilidade de aceitar presentes ao longo do processo, prevenindo deste modo complicações.

Contudo, a decisão caso a caso será sempre mais vantajosa uma vez que permite uma melhor adequação à situação particular. Parece claro que a aceitação de um desenho por parte de uma criança, ou de uma pequena lembrança de reduzido valor por altura do Natal da parte de um qualquer paciente adulto não terá nenhum potencial negativo. O problema pode surgir quando outro tipo de presentes, seja

pela intimidade que sugerem, seja pelo seu elevado valor, são oferecidos ao terapeuta.

A regra geral deverá estar centrada, como sempre, no melhor interesse do cliente. Nesse sentido deve ser avaliado o impacto da recusa do presente. Uma das hipóteses a explorar será discutir com o cliente as suas motivações na oferta, falando com ele sobre as possíveis consequências da aceitação. Poder-se-á deste modo prevenir, em certa medida, as consequências da recusa.

É evidente que o momento da oferta é também relevante. O significado será diferente consoante o presente surja no início ou a meio do processo ou no seu término, sendo naturalmente menos problemático aceitá-lo neste último caso.

Enfim, toda a lógica aponta no sentido da recusa dos presentes como regra geral. Por isso mesmo o terapeuta deverá analisar bem as suas motivações ao decidir aceitar o presente, uma vez que a única razão aceitável será não ofender o cliente e nunca o valor do mesmo.

Quanto à oferta de presentes por parte do terapeuta estes só devem visar objectivos terapêuticos bem definidos, como por exemplo o atingir de uma qualquer meta por parte de uma criança. Nestes casos, essa oferta deve estar previamente combinada sendo o resultado exclusivo do esforço do cliente. Nunca uma oferta deverá constituir um meio de fortalecimento de uma relação, a não ser que estejamos a falar de um balão ou de qualquer outra coisa insignificante.

**4.1.4.4 – A atenção em excesso.** Será importante ter alguns cuidados especiais no sentido do terapeuta não correr o risco de invadir em demasia o espaço do seu cliente. Por vezes, porventura a partir de uma excessiva preocupação com o cliente de que poderão resultar sentimentos de compaixão ou de revolta, o terapeuta poderá comprometer a sua distância terapêutica. Poderá toldar a compreensão do cliente (Teixeira, 2006) e deslocar a sua atenção do melhor interesse do cliente para aquilo que desejaria que fosse esse melhor interesse.

Então, o terapeuta deve desconfiar da sensação de estar a tirar prazer da história do cliente, correndo o risco de se tornar curioso em relação à mesma, começando a fazer perguntas pouco importantes para o desenrolar do processo. Por isso mesmo a sensação de compensação que o terapeuta deverá ter a partir da relação terapêutica deve advir idealmente dos seus honorários e do sentido de realização profissional. Outro tipo de compensação poderá comprometer o raciocínio clínico<sup>107</sup>, e levar o terapeuta a dar conselhos ao seu cliente no pior sentido do termo. Este fenómeno é apelidado por Knapp e VandeCreek (2006, p. 87) como uma “advocacia intrusiva” levando o psicólogo a tentar convencer o cliente a fazer aquilo que ele acredita ser melhor. Os mesmo autores dão o exemplo de um psicólogo que tenta convencer uma vítima de maus-tratos a processar o seu agressor. O papel do psicólogo não será nunca o de convencer o cliente a fazer seja o que for mas sim ajudá-lo a compreender aquilo que ele querera fazer em função do significado que atribui a cada uma das hipóteses que se lhe apresentam.

**4.1.4.5 – A atracção sexual na relação profissional.** Num estudo levado a cabo por Pope, Keith-Spiegel e Tabachnick (1986) verificou-se que cerca de 87% dos psicoterapeutas consultados já se tinham sentido sexualmente atraídos, pelo menos uma vez, por um cliente. A verdade é que se uma boa parte se sentiu confuso ou culpado por isso, apenas cerca de 6,5% confessou ter desenvolvido de facto contactos sexuais. Um dos principais motivos apontados está relacionado com a protecção do bem-estar do cliente a par da defesa dos valores profissionais e pessoais.

Mas porque será tão consensual a não eticidade do relacionamento sexual entre terapeuta e cliente? Segundo Corey e colaboradores (2007) cerca de 90% dos clientes que tiveram um relacionamento sexual com o seu terapeuta acabaram por ser afectados negativamente. Muitos autores advogam igualmente a ideia que o contacto sexual com os clientes é normalmente nocivo para estes (Knapp & VandeCreek, 2006; Pope, Sonne & Holroyd, 1993). Uma das primeiras

---

<sup>107</sup> Ver capítulo 1.3 – O pensamento ético

consequências está relacionada com o fim do processo terapêutico, sendo que o comportamento se torna ainda mais disruptivo se for iniciado cedo e motivado primariamente pelo terapeuta. A perda de confiança no processo terapêutico e nos terapeutas em geral, os sentimentos de culpa, a rejeição e a raiva são comuns nestes clientes.

A verdade é que dada a já bastas vezes referida assimetria relacional torna-se evidente a maior dificuldade em assegurar um consentimento válido para o início do relacionamento. Mas mesmo nas situações em que seja o cliente a sugerir o relacionamento este não deve ser levado a cabo. Os sentimentos expressos e vivenciados pelo cliente em direcção ao terapeuta fazem muitas vezes parte de um processo denominado pela teoria psicodinâmica como transferência (Pope et al., 1993) sendo que esse sentimento de amor não se dirige à pessoa do terapeuta, mas sim às imagens que ele suscita no cliente. Nesse sentido, qualquer passagem ao acto é descabida implicando uma exploração da vulnerabilidade do cliente (Corey et al., 2007). Aliás, segundo Laxenaire (1991), um dos objectivos da psicoterapia é encontrar os verdadeiros destinatários deste tipo de movimentos afectivos. Paralelamente pode afirmar-se que o relacionamento sexual entre terapeuta e cliente afecta negativamente a imagem pública dos psicólogos, pelo que pode levar algumas pessoas a evitar pedir ajuda (Knapp e VandeCreek, 2006). Assim, as relações sexuais entre terapeuta e cliente estão proibidas, por exemplo, pelo código de ética dos psicólogos Americanos (American Psychological Association, 2002). Tal tipo de relações só será tolerado passados 2 anos do fim do processo terapêutico o que, ainda assim, é objecto de contestação, existindo quem considere que deveriam ser eliminadas de todo (Gabbard, 1994). Por isso mesmo o código de 2002 da APA estatui que o limite dos dois anos não representa uma “luz verde” mas sim um “quase nunca” na admissibilidade de um relacionamento sexual com um ex-cliente, já que este será sempre vulnerável em função da influência e dos conhecimentos que o psicólogo terá sobre ele. Aliás, e a esse propósito, Knapp e VandeCreek (2006) afirmam que o contacto sexual com ex-clientes é mais frequente do que com clientes actuais.

Importa pois compreender quando é que um cliente passa de facto a ser considerado como um antigo cliente. Pipes (1997) defende que só devem ser considerados como ex-clientes, com a possibilidade de iniciar outro tipo de relações, as pessoas com as quais o psicólogo terminou responsável e apropriadamente o processo, as que não antecipam, elas próprias, a possibilidade de voltar à terapia, e aquelas a quem não foi dito explicitamente que poderiam, a qualquer altura, se surgisse alguma complicação, voltar à terapia. No fundo, é importante que as pessoas não se sintam, de algum modo, ligadas ao terapeuta do ponto de vista profissional. Admitem-se excepções a este quadro, sendo central a responsabilidade profissional do terapeuta e a sua consciência quanto às problemáticas envolvidas e à possibilidade de criar relações que possam gerar conflitos de interesse no futuro.

As condicionantes serão naturalmente diferentes consoante a perspectiva de uma relação romântica ou de outro tipo de relações sem benefícios objectivos para o profissional. Se o julgamento do profissional deve constituir uma base para a orientação do seu comportamento neste contexto, os códigos de ética poderão servir de referência. O tempo decorrido desde o terminus da terapia, a natureza, e a duração da mesma, as circunstâncias relacionadas com o fim do processo, o diagnóstico prévio e situação actual do cliente, bem como a sua compreensão do processo devem constituir-se como indicadores válidos, sendo a referência base do psicólogo a promoção do bem-estar do seu cliente no cumprimento do princípio da beneficência (Beauchamp & Childress, 2002/1994).

Também por isso Knapp e VandeCreek (2006) colocam limites até para o relacionamento sexual do psicólogo com familiares ou amigos próximos do cliente. A referência será sempre o melhor interesse do cliente, sendo que será facilmente compreensível que, por exemplo, o envolvimento com a mãe de uma criança seguida em terapia não deverá ser, à partida, o melhor para essa mesma criança.

É normal que o psicólogo, como ser-humano, se possa sentir sexualmente atraído por qualquer um dos seus clientes. O problema não se coloca aí mas sim na forma como o psicólogo vai lidar com isso. Nos casos em que seja o cliente a evidenciar

sentimentos nesse sentido a questão deve ser abordada na consulta a fim de se tentar encontrar um meio de evitar prejudicar a relação. De forma alguma, mesmo que sinta poder estar a decepcionar o cliente, o psicólogo não deverá alimentar a possibilidade de alguma vez esse relacionamento poder vir a acontecer.

Em situações contrárias, quando é o psicólogo a sentir-se sexualmente atraído, e caso perceba que essa atracção pode estar a prejudicar a relação terapêutica, deve procurar supervisão a fim de tentar encontrar formas de lidar com a situação. De outro modo, poderá ter que abordar o assunto com o cliente e propor encaminhá-lo para um colega (Pope et al., 1993).

Os limites na relação terapêutica não servem para promover uma actuação defensiva por parte do profissional, mas sim para potenciar os efeitos da relação, evitando prejudicar, ainda que involuntariamente, o cliente (Bennett, Bricklin, e VandeCreek, 1994; D.S. Borys, 1994), pelo que não devem ser minimizados.

#### **4.2 – A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA COM CRIANÇAS**

Já várias pessoas afirmaram, e com toda a razão, que as crianças não são adultos pequenos. Logo, os pressupostos utilizados na intervenção psicológica em adultos serão bem diferentes daqueles que presidem à psicologia infantil. As competências necessárias para o trabalho nesta área serão, então, diversas daquelas para a intervenção com adultos, pelo que os dilemas éticos mais correntes estarão eles próprios colocados em planos distintos. De facto, uma das grandes dificuldades éticas na intervenção infantil relaciona-se com a incapacidade da criança em exprimir de uma forma claramente consciente a sua opinião. Nesse sentido, as suas decisões e opções, quando existem, são naturalmente discutíveis, sendo mais difícil ao técnico definir aquilo que poderá ser o seu melhor interesse. É verdade que o referencial clínico, quando é disso que se trata, pode ser centrado na beneficência, ou seja, naquilo que a melhor evidência científica poderá trazer. Mas se nem na Medicina, muito mais centrada na dicotomia saúde-doença, se consegue uma uniformidade de práticas com as crianças (Almeida, 2004), na psicologia muito menos isso poderá acontecer. De facto, aquilo que a psicologia visa, ao nível da



intervenção, será promover mudanças que ajudem a criança a desenvolver-se o mais harmoniosamente possível a partir das suas características pessoais. Ora, se este pressuposto, por si só, já seria suficiente para justificar aquilo que foi afirmado, mais se torna quando se constata que dificilmente se conseguirá uma mudança efectiva com a criança sem a colaboração das suas figuras de vinculação. Então, será entre estas duas referências que o psicólogo se deverá orientar. Deve estar consciente da existência de dificuldades de comunicação com a criança, já que é difícil interiorizar a visão mágica, dita infantil, do mundo. Por outro lado, pode existir a tentação de interpretar a vontade dos “adultos” como o melhor para essa mesma criança, ignorando-se as suas características particulares. Por isso mesmo, a maioria dos dilemas éticos específicos da intervenção infantil estão relacionados com a questão do respeito pela autonomia e, por inerência, com a privacidade da relação.

#### **4.2.1 – A autonomia familiar**

As preocupações com as crianças são tão antigas como a humanidade uma vez que a infância sempre foi e sempre será uma etapa do desenvolvimento do ser-humano. Contudo, a interpretação das suas necessidades, bem como, as condições consideradas necessárias para um desenvolvimento harmonioso, têm sofrido uma grande evolução ao longo dos tempos.

Uma das características dos sistemas complexos, a par da unicidade, da interactividade, e da diversificação (Reeves, 2000), é a adaptação através da evolução, pelo que se torna compreensível e até inevitável um conjunto de mudanças sociais e éticas na forma como se encara hoje o desenvolvimento infantil e se define, dessa forma, o que será tratar bem ou tratar mal uma criança. Se não existem dúvidas que, à luz de um princípio de responsabilidade social, os adultos devem zelar pelo bem-estar das crianças, essa responsabilidade, na linha do defendido por Hans Jonas (1990/1979), assume valores diferentes consoante a formação de cada indivíduo e a responsabilidade que lhe é inerente.

A primeira grande mudança social está relacionada com a crescente complexidade do mundo, pelo que a educação é hoje um dos pilares centrais das sociedades modernas. Se o Homem é um ser muito imaturo à nascença, ele só poderá adquirir essa maturidade, entre outras condições, através dos outros, em função de uma aprendizagem formal e informal. Quanto mais complexo o mundo, maiores serão as necessidades ao nível da educação, pois mais difíceis serão as escolhas a efectuar. Nesse sentido, o Estado assume o papel de proporcionar um mínimo de educação a todas as pessoas para que estas possam assumir as suas responsabilidades na sociedade. Mas a educação é um processo divergente, ou seja, promove a diferença entre as pessoas. A pessoa interpreta o mundo em função das suas características particulares. Aprender é interpretar a realidade. Então quanto maior for o percurso formativo, mais interpretações poderá a pessoa construir sobre o mundo, pelo que se tornará mais única<sup>108</sup>. Será por isso que o aumento da complexidade leva à necessidade de especialização. Hoje, constata-se a existência de uma nova classe de profissionais de saúde, constituída por psicólogos educacionais, educadores, médicos pediatras, entre outros, muito mais atentos e conhecedores da área do desenvolvimento infantil, logo com maior sensibilidade para identificar os problemas a este nível. Este facto implica uma maior responsabilidade por parte destas pessoas, não só na informação e educação de todos os outros elementos da comunidade, como na tomada das decisões necessárias para garantir o melhor desenvolvimento possível das crianças.

Como implicação directa dá-se que o poder dos pais sobre as crianças já não é ilimitado: os pais já não são donos das crianças. Serão, é claro, as pessoas, em condições normais e ideais, em posição privilegiada para julgar aquilo que será o melhor interesse da criança, uma vez que sobre ela terão um mais profundo conhecimento, a partir do amor que, naturalmente, sentem. Infelizmente, nem sempre isso se verifica; seja por ignorância seja por distúrbios emocionais, os pais nem sempre estão preparados para decidir pela criança, pelo que será nesses casos que os profissionais deverão exercer, com segurança, a sua autoridade racional.

---

<sup>108</sup> Consultar, a este propósito, o capítulo 1.2 – A pessoa

Mais ainda, estas transformações decorrem em simultâneo com a autonomização das mulheres que são também mães. Sabe-se que na sociedade ocidental de tradição judaico-cristã as mulheres eram subalternizadas em relação ao homem, pelo que dificilmente assumiam outro papel que não fosse o de esposa e o de mãe. Naturalmente que a ausência de técnicas contraceptivas eficazes era outro factor indutor destas diferenças. Sem a possibilidade de escolher ter ou não filhos torna-se mais difícil a construção de um projecto de vida alternativo. Então a mulher era mãe e ficava em casa com as crianças. Desta forma, muitas das coisas que se passavam no seio da família ficavam guardadas em segredo, estando o acesso às crianças muito dificultado.

Actualmente a mulher estuda e trabalha tal como o homem, pelo que se constitui como um membro da família com um papel activo nas decisões. Depois, a mãe, por definição, mantém uma ligação privilegiada com a criança, sendo por isso um elemento fundamental no processo de decisão sobre o seu melhor interesse. Esta realidade, se por um lado pode diminuir o tempo de contacto entre os pais e a criança, por outro, pode promover a tomada de decisões mais ponderadas e informadas, e tornar a família visível aos olhos da comunidade, dado que o recurso a infantários ou outras instituições de apoio se torna fundamental, tornando público o que antes era privado: o melhor interesse das crianças.

Altera-se desta forma o paradigma da educação infantil: a disciplina como o fulcro de uma educação adequada. Hoje, ter um filho é uma opção e não uma inevitabilidade. O objectivo central da paternidade e da maternidade não é o de criar soluções para a viabilidade económica da família. Por isso mesmo, as crianças não são criadas com o objectivo de desenvolver uma qualquer actividade para auxiliar a subsistência familiar. Do mesmo modo, não têm, à nascença, um casamento marcado ou uma função definida. Pelo contrário, pode afirmar-se que a sociedade de hoje é a sociedade da escolha. O papel da educação é o de prover a capacidade da criança em escolher. Escolher mediante a sua própria visão do mundo, em função das suas características particulares. Educar será ajudar a pessoa a ser mais parecida consigo própria e não a desempenhar determinado papel social específico. Neste

sentido, o amor assume o papel central na educação. Só a criança que se sente amada, que passa pela experiência de se sentir valorizada, aprovada incondicionalmente, e acarinhada, poderá adquirir a confiança suficiente em si própria para lidar com a angústia das escolhas exigidas pela vida actual.

Educar uma criança será hoje, e acima de tudo, fazê-la sentir-se amada pelo que essa responsabilidade é de todos. O psicólogo infantil não se assume como um substituto da família, mas sim como um garante da sua sensibilização e formação nos valores primordiais da educação de um filho e, em segunda instância, pela intervenção pronta nos casos em que se verifique que o melhor interesse da criança possa estar posto em causa. Ou seja, o trabalho em equipa com a família será a pedra de toque da intervenção psicológica, excepto quando se percebe que o amor está ausente dessa mesma relação familiar.

#### **4.2.2 – O consentimento**

É aos pais que compete decidir pelos seus filhos, em virtude de, supostamente, ninguém melhor do que eles poder definir o seu melhor interesse (Nunes & Rodrigues, 1998). Se é na rede familiar que a criança se integra, então será legítimo presumir o consentimento através da opinião da família. Este processo de decisão indirecto torna-se necessário em função da incapacidade da criança em expressar conscientemente as suas opções. Neste caso, os pais, caso existam, ou o representante legal, deverão decidir em função do melhor interesse da criança, dado que lhes compete velar pela sua saúde e representá-la (Rodrigues, 2001). Ainda segundo o mesmo autor, os pais, no exercício destas funções, deverão procurar envolver os filhos nas decisões, reconhecendo-lhes autonomia na organização da própria vida, em função, é claro, do seu grau de maturidade. Este último ponto coloca em evidência aquilo que anteriormente foi afirmado, o facto do poder paternal não ser absoluto. Os pais devem decidir enquanto o interesse da criança não for comprometido. Quando outros valores que não o amor pela criança e por isso a

procura do seu melhor interesse se sobrepuserem, poderá o profissional recorrer ao tribunal no sentido de contestar a decisão dos pais<sup>109</sup>.

Existem autores que defendem a possibilidade de se levar a cabo uma intervenção em crianças sem o consentimento dos pais, sobretudo em situações em que, de outra forma, a criança não tenha acesso à mesma (Corey et al., 2007). Contudo, a intervenção psicológica não parece ser possível sem esse consentimento. Não porque seja uma intervenção menos válida do que qualquer outra intervenção clínica ou social. Mas porque é irrealista pensar sequer na possibilidade de levar a cabo uma intervenção com estas características sem a colaboração parental. Nos casos em que a influência da família seja tão negativa que se considere que ainda assim a intervenção seria benéfica, a primeira prioridade deverá ser a retirada da criança desse ambiente.

Posto isto, fica claro que nos casos em que o psicólogo julgar necessário intervir, o primeiro objectivo a atingir será sensibilizar os pais nesse sentido. Se tal não for conseguido a intervenção torna-se inviável pelo que aconselhar o recurso a outro profissional deverá constituir-se como a primeira alternativa. Se tantas vezes os problemas que a criança apresenta estão relacionados com a própria dinâmica familiar, então não será de estranhar que existam situações em que nada parece resultar. Então, o objectivo primordial do psicólogo, à luz do respeito pelo princípio da beneficência e da não-maleficência (Beauchamp & Childress, 2002), será tentar evitar uma ruptura completa na relação, mantendo a porta aberta para que, no futuro, o recurso à ajuda profissional seja mais provável. Ao avançar ostensivamente contra a família corre-se o risco de estigmatizar e criar uma recusa em relação à intervenção psicológica em geral, prestando-se deste modo um mau serviço às pessoas, à psicologia e sobretudo à criança.

---

<sup>109</sup> Nestes casos, o profissional de saúde deve proceder, através do tribunal, à retirada temporária da custódia parental, a fim de levar a cabo a intervenção. Claro que os prós e os contras que esta situação necessariamente implica devem ser sempre ponderados antes de qualquer decisão ser tomada.

Nas situações interpretadas como de risco e/ou de perigo a resposta deverá ser diferente. Ramos (2009) defende que em situações de risco o fundamental será tentar envolver os diversos agentes presentes na vida da criança e da sua família. Começando pelos professores ou educadores, passando pelo assistente social e pelo médico de família, e terminando em todos os agentes sociais e elementos familiares que for exequível envolver, todos poderão dar o seu contributo no sentido de promover uma melhor avaliação da situação no sentido de agir da forma possível na salvaguarda do interesse da criança. Defende-se pois uma acção integrada com a família no sentido de tentar criar as melhores condições possíveis para o desenvolvimento da criança.

Já nas situações de perigo, a mesma autora (Ramos, 2009) afirma que não existirá outra opção senão a denúncia às autoridades competentes no sentido de despoletar um processo que vise a protecção da criança. Nestes casos as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens serão as entidades indicadas, uma vez que são constituídas por profissionais com competências de intervenção a este nível. Ainda assim, tudo o que for possível salvaguardar da relação com a família pode vir a ser precioso, nesse mesmo sentido da procura do melhor interesse da criança. Por isso mesmo, os pressupostos referentes à privacidade mantêm-se, sendo que as pessoas deverão ser avisadas dos procedimentos a tomar, exceptuando as situações onde se avalie que tal facto possa pôr em risco o menor.

**4.2.2.1 – A adolescência.** Mais complexa parece ser a situação em que o indivíduo, ainda que menor de 18 anos, tenha já um nível de desenvolvimento cognitivo que lhe permita decidir em sentido contrário ao dos seus pais. A norma contida no número 3 do artigo 38º do Código Penal português estatui que “*o consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 16 anos e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta*”. É pois reconhecido aos menores com capacidade de discernimento o direito a consentirem ou não em determinada intervenção, bem como, poderá inferir-se, o direito à privacidade inerente à relação estabelecida. Então, o que fazer nos casos onde os interesses do indivíduo e dos pais aparentemente divergem?

Se por um lado o ordenamento jurídico português é taxativo indicando que a vontade do maior de 16 anos, desde que competente, deve ser respeitada, na prática a questão afigura-se como bem mais complexa. E não só com os menores de 18 anos. Quantas vezes, com pessoas mais velhas, um boicote do processo por parte dos pais poderá comprometê-lo seriamente?

O bom senso poderá, neste caso, dar-nos uma ajuda. Normalmente, os pais gostam dos seus filhos e os filhos dos seus pais. Nesse sentido, será aceitável acreditar que na maior parte das vezes os interesses de ambos convergem. Então, a solução ideal será promover consensos que conduzam a uma maior harmonia familiar. Nesses casos, os esforços do psicólogo deverão ser dirigidos aos pais, no sentido de em conjunto se encontrar a melhor solução para o problema surgido.

É evidente que nos casos excepcionais em que tal não seja possível, não deve o psicólogo esquecer que o seu referencial é o bem-estar da criança ou do adolescente, considerando as suas dimensões biológica, psicológica, social e familiar, pelo que qualquer procedimento que contribua para a sua promoção poderá ser justificável.

Por isso mesmo, Knapp e VandeCreek (2006) defendem que se a autonomia do adolescente deve ser tendencialmente respeitada, nos casos onde o psicólogo interprete as escolhas do mesmo como seriamente nocivas para o próprio, a beneficência deve prevalecer. Ou seja, o psicólogo deve desenvolver todos os esforços necessários no sentido de conseguir proteger o indivíduo. Contudo, nas situações em que o risco for baixo, a autonomia deve ser claramente valorizada no sentido de fortalecer a aliança terapêutica e assim aumentar a probabilidade de sucesso da intervenção. Não poucas vezes, senão a maioria, são os pais que “motivam” fortemente o adolescente em comparecer na consulta de psicologia. Na verdade, é difícil, senão impossível, obrigá-lo a colaborar no processo. O respeito pela autonomia e a beneficência ou a não-maleficência entram neste caso claramente em conflito. Quanto menor for o risco maior deverá ser o respeito pela

autonomia do indivíduo, responsabilizando-o pela sua situação o que poderá aumentar a probabilidade de este mudar de ideias. Uma das sugestões fornecidas por Knapp e VandeCreek (2006) é fazer um acordo com o adolescente, incentivando-o a comparecer a três consultas findas as quais ele tomará a decisão de continuar ou não. Segundo os autores, a maioria continua a intervenção após esse período.

#### **4.2.3 – A privacidade**

Tal como já várias vezes foi expresso ao longo deste texto o direito à privacidade deduz-se do respeito pela autonomia pessoal que, por sua vez, está relacionada com a competência. Nesta perspectiva, qualquer pessoa competente deve, por princípio, ver respeitada a sua privacidade. Então, à partida, qualquer criança, ainda que menor de 16 anos, se estiver consciente do que está em causa, deve ver respeitado o seu direito à privacidade.

Contudo, a primeira grande dificuldade passa por discernir, sobretudo em situações menos claras, sobre a capacidade de compreensão da pessoa. Este poderá ser o caso de muitos indivíduos com menos e, por vezes, até com mais de 16 ou 18 anos.

Independentemente de tudo, a regra geral é que os pais de indivíduos menores de 16 anos têm direito às informações sobre a forma como decorre o processo de intervenção. No entanto, será diferente ter direito a saber como decorre genericamente a intervenção de ter acesso aos registos clínicos do filho (Corey et al., 2007), pelo que não está expresso que os pais tenham que ter acesso a toda a informação obtida em contexto de consulta psicológica.

O mais razoável será, em primeira instância, definir os pressupostos da privacidade da relação com a criança e com os pais. Desta forma, terá o psicólogo a oportunidade de chamar a atenção dos pais para a importância da privacidade no sucesso da criação de uma relação de confiança. A base será a confiança dos pais no psicólogo, sendo que todos os intervenientes estarão avisados sobre os limites dessa mesma privacidade. Poucas serão as vezes em que os pais, quando



informados, não compreendem e não aceitam esta situação<sup>110</sup> (Koocher, 2003). Definidas as regras, e aceites pela criança ou adolescente e pelos pais ou representante legal, as complicações poderão surgir se forem reveladas situações que, pela sua gravidade, exijam uma mudança no desenrolar do processo ou o envolvimento de terceiras pessoas.

O consumo excessivo de substâncias perigosas, a existência de auto-mutilações, ou o risco de suicídio, para citar apenas alguns dos exemplos mais frequentes, podem exigir uma intervenção por parte dos pais ou de outra pessoa da esfera relacional da criança. Estas situações configuram-se como excepções pelo que, se possível, isso mesmo deve ser discutido à partida com o indivíduo (Knapp & VandeCreek, 2006).

O pressuposto de base nesta questão não difere muito do procedimento recomendado para o adulto quando existe um sério risco de suicídio<sup>111</sup>. Claro que, na criança ou no adolescente, a competência para decidir, ou seja, a capacidade para tomar decisões tendo em consideração uma racional observação da realidade envolvente, bem como das possíveis consequências das suas decisões, comporta outro tipo de dificuldades. A autonomia, nestas idades, centra-se também na esfera do desejo, e não surge como um mero colorário do desenvolvimento pessoal (Fleming, 1997). Aliás, a aquisição da autonomia assume-se como uma tarefa desenvolvimental, mais do que uma característica intrínseca de uma pessoa na sua segunda década de vida. Logo, o seu exercício terá características particulares, derivadas da conjugação profunda entre o racional e o emocional que poderá levar o indivíduo a realizar, muitas vezes, escolhas centradas em desejos imediatos, toldando a sua capacidade em prever as implicações futuras por si indesejadas.

No entanto, e se a autonomia no adolescente é *“uma aquisição a conquistar, dizendo respeito à apropriação do corpo e à conquista de um espaço mental para pensar e para se relacionar fora da família”* (Fleming, 1997, p. 251), ela não lhe pode

---

<sup>110</sup> Torna-se fundamental a aceitação destas regras por parte dos pais, sob pena de não ser possível conseguir a confiança da criança ou do adolescente, tornando-se a relação terapêutica praticamente inútil. Desta forma, o respeito pela privacidade da relação nestas idades, para além do seu valor intrínseco, possui sobretudo um valor instrumental que não deve nem pode ser negligenciado.

<sup>111</sup> A este propósito consultar capítulo 2.2 – O suicídio, o homicídio e o risco para terceiras pessoas.

ser negada sob pena de colocar o psicólogo fora do seu mundo, tornando-se inútil qualquer tentativa de ajuda. Será por isso este difícil meio-termo que se exige ao psicólogo na sua relação com pessoas nestas faixas etárias.

Não existem respostas simples. A solução dependerá da avaliação que o psicólogo fizer sobre a natureza, a frequência, a intensidade e a duração dos comportamentos de risco, bem como do prejuízo para a relação com a libertação não autorizada de determinadas informações aos pais ou representantes legais da criança ou adolescente (Knapp e VandeCreek, 2006).

Claro que o ideal será conseguir chegar a acordo com o indivíduo sobre o risco dos seus comportamentos e sobre o que fazer tendo em consideração as obrigações do psicólogo de zelar pelo seu melhor interesse. O melhor será então conseguir a autorização da criança ou adolescente sobre a informação a libertar aos seus pais, sendo que em situações onde isso não seja possível deve tentar-se fazer os possíveis para limitar os danos causados pelo desrespeito da autonomia do indivíduo.

#### **4.3 – A INTERVENÇÃO EM GRUPO**

Existem, segundo DeLucia-Waack, (2006), quatro tipos de grupos, tendo em consideração os seus objectivos e processos de interacção. Deste modo podem encontrar-se grupos com vista à concretização de uma tarefa ou trabalho específico, grupos psicoeducacionais, grupos de aconselhamento e grupos terapêuticos. Estes dois últimos, sobre os quais se centrará a reflexão que se segue, podem ser construídos em função das características da população (i.e. a idade) ou em função do objectivo (i.e. adaptação a uma doença). A diferença proposta pela *Association for Specialists in Group Work* (ASGW, 2000 cit. em DeLucia-Waack, 2006) entre grupo de aconselhamento e grupo terapêutico centra-se nas características de intervenção ao nível das distorções perceptivas e cognitivas. Ambos pretendem promover o desenvolvimento pessoal e interpessoal dos seus membros, bem como trabalhar dificuldades nessas dimensões. Os grupos terapêuticos serão constituídos por sujeitos com padrões de comportamento disfuncional repetidos. Então, também

neste caso, a diferença parece situar-se ao nível da existência ou não de doença, adoptando-se aqui a definição médica do termos, sendo que, por isso mesmo, a distinção entre ambos não deverá variar noutra sentido que não aquele que foi defendido para a discriminação entre aconselhamento psicológico e psicoterapia.

A intervenção em grupo, seja de aconselhamento ou terapêutica, e que inclui ainda a família e o casal, levanta dilemas éticos específicos. O grupo pode ser considerado, em si mesmo, como uma entidade autónoma, complexa, e com uma dinâmica própria com propriedades curativas de muitos problemas pessoais e relacionais (Riva, 2004). Torna-se, por isso, pertinente uma abordagem autónoma no sentido de promover a reflexão sobre as questões específicas das intervenções com mais de uma pessoa em simultâneo.

Os processos de intervenção em grupo exigem, por parte do psicólogo, competências de trabalho específicas. A verdade é que se trabalha em simultâneo com mais do que uma pessoa, pelo que é possível e até provável a existência de interesses opostos (Margolin, 1982; Koocher e Keith-Spiegel, 1998) o que dificulta a interacção e aumenta a complexidade dos dilemas éticos. Criam-se dinâmicas próprias, consoante o tipo de grupos acedidos, que geram padrões comportamentais e emocionais diversos da terapia individual: é uma relação de muitos com um e de todos com todos (Lakin, 1994).

#### **4.3.1 – O trabalho com a família e com o casal**

A ideia de que o problema identificado num indivíduo seja um sintoma relacionado com o funcionamento do sistema e não um sintoma de perturbação do indivíduo pode parecer hoje uma afirmação evidente mas constituiu-se, a seu tempo, como uma noção revolucionária (Corey et al., 2007). Na verdade, e segundo os mesmos autores, a perspectiva sistémica da família é baseada no pressuposto que o comportamento problemático de uma determinada pessoa não pode ser desenhado do complexo familiar, podendo até servir um qualquer propósito a esse nível. O sistema familiar, assim denominado, será uma entidade funcional autónoma pelo que diferente da soma dos seus elementos, sendo que todas as

acções individuais dos seus membros influenciam os outros. Neste sentido, o papel do psicólogo deve ser perspectivado a partir daqui.

Porque a família é o cliente e não o indivíduo a definição das regras de funcionamento no início do processo assume-se como ainda mais importante. O psicólogo deve resistir à tentação de servir de advogado de um dos elementos do sistema sob pena de comprometer toda a intervenção (Corey et al., 2007). Por isso mesmo deve estar bem claro, desde o início, o papel do terapeuta na relação com cada um dos indivíduos.

Num mundo em constante evolução, o próprio sistema familiar apresenta-se como cada vez mais diferente entre si. Como sistema autónomo não existirá uma família igual a qualquer outra, sendo que essa diversidade será hoje ainda mais clara a partir do surgimento daquilo a que se convencionou chamar as “novas famílias”. Sob esta denominação encontram-se as famílias monoparentais, os casais homossexuais, e todas as relações baseadas em pressupostos bem diferentes da relação monogâmica tradicional das sociedades judaico-cristãs. Então, o terapeuta familiar ou de casal não pode assumir outras posturas que não seja partir de uma perspectiva igualitária trabalhando com os membros da família no sentido de os ajudar a escolher e assumir, activamente, os papéis sociais que pretendem desempenhar (Corey et al., 2007), afinal o objectivo de qualquer intervenção individual a este nível.

Deverão ser esclarecidas todas as expectativas irrealistas que muitas vezes resultam do início de uma intervenção desta natureza, pois que, frequentemente, esta tem um desfecho que não seria o secretamente esperado pelos participantes. Mais, o técnico deve ter em atenção que a melhoria do estado de um dos membros da família ou do casal não se faça em detrimento de outro. O papel do terapeuta deve funcionar como o de um mediador do sistema, sendo que, segundo Margolin (1982) os clientes respeitam normalmente esta posição, ainda que possam, por vezes, tentar uma aliança pessoal com o terapeuta o que, por princípio, deverá ser rejeitado.

Existem, contudo, situações limite em que a postura poderá ser alterada. Se, por exemplo, o psicólogo perceber a possibilidade da existência de violência familiar, o primeiro objectivo deverá ser o de reduzir o risco de danos físicos. Se tal não for possível atingir na intervenção familiar, a responsabilidade do psicólogo passará por ajudar a pessoa maltratada, seja ela uma criança ou um adulto, ainda que daí possa decorrer o terminar precoce do processo<sup>112</sup>.

O psicólogo deverá abster-se de formular opiniões pessoais na relação, devendo deixar qualquer decisão ao critério dos clientes. Deverá pois o terapeuta ter muito cuidado para não se deixar influenciar pela sua opinião sobre o tema em discussão, pois que esta incluirá, seguramente, um viés relacionado com as suas ideias, o que poderá condicionar as decisões das pessoas, objectivo que está fora do âmbito deste tipo de intervenção. Ainda, a identificação por parte do grupo do chamado “doente designado” deve ser esclarecida e discutida, para que a dinâmica familiar possa realmente ser acedida. Margolin (1982), a este propósito, afirma que o próprio consentimento informado deve incluir afirmações tais como: *“nenhum membro da família é a pessoa ‘doente’ ou ‘maluca’; nenhuma pessoa será ‘tratada’ enquanto os outros simplesmente observam”* (p. 363). Por outro lado, coagir qualquer um dos elementos da família a participar no processo não é aceitável, ainda que se possa considerar insistir na tentativa de participação numa sessão com o intuito de abordar as razões da sua recusa (Koocher e Keith-Spiegel, 1998).

**4.3.1.1 – O consentimento informado.** Na intervenção familiar a obtenção do consentimento tem contornos especiais. É frequente, nas famílias que procuram ajuda, a identificação de um sujeito problema, ou seja, a designação de um membro da família como sendo a fonte dos problemas vividos dentro do sistema (Rapin,

---

<sup>112</sup> Este é um dos claros exemplos onde pode existir um conflito entre a ética e lei (Rapin, 2004). É legalmente obrigatória a denúncia de casos de violência familiar contra crianças (Ramos, 2009). Mesmo a violência familiar contra adultos é um crime público desde 2007. Contudo, a relação terapêutica pode também ser preciosa no sentido de contribuir para o bem-estar familiar. É importante ter consciência que o fim precoce do processo implica, muitas vezes, um dano maior para a família e mesmo para a pessoa que possa estar a ser alvo de maus-tratos. Nesse sentido, a denúncia da situação deve ser considerada como uma opção de recurso, devendo ser tomada apenas quando esgotadas as hipóteses que não comprometam a relação terapêutica e que possam levar ao terminar da violência familiar.

2004). Então, se o psicólogo deve, como ainda agora foi referido, interpretar a sua acção como sendo destinada ao sistema familiar, importa assegurar que todos os membros da família estão cientes do seu papel no processo. Como afirmam Corey e colaboradores (2007) por vezes alguns membros da família podem interpretar o seu papel como meros auxiliares do psicólogo na ajuda ao cliente identificado, e não como verdadeiros clientes.

Torna-se pois central o processo de obtenção do consentimento informado afim de poderem ser discutidas todas as dúvidas decorrentes do processo e do papel do psicólogo. É necessário o consentimento individual de cada um dos elementos da família, sendo que este deve ser subsequente depois de disponibilizada informação sobre o propósito da intervenção, a metodologia a utilizar, os riscos e benefícios associados, incluindo a possibilidade da intervenção poder resultar na separação do casal, e as regras de confidencialidade que serão discutidas em seguida. Kaplan (2000) chega mesmo a propor que seja entregue aos futuros clientes, antes da primeira sessão, um desdobrável onde constem todos estes elementos afim de serem explorados durante a primeira e segunda sessões, o que atesta bem sobre a importância do consentimento para uma participação activa e consciente de todos os sujeitos. De outra forma, a probabilidade da intervenção se desvirtuar, afastando-se do sistema familiar e centrando-se num dos seus membros será bem maior, o que poderá ter, inclusivamente, efeitos paradoxais.

Por isso mesmo a participação de todos os elementos deve ser voluntária, não devendo existir pressão do psicólogo para a inclusão de nenhum dos elementos da família ou do casal. Nenhum sistema ou pessoa consegue mudanças se não fizer um esforço grande nesse sentido, pelo que a participação contrariada ou involuntária

de alguém não trará nenhum tipo de benefício<sup>113</sup>. Ainda assim, Corey e colaboradores defendem que o psicólogo, em alguns casos particulares, poderá insistir para que um elemento relutante compareça a uma ou duas sessões a fim de avaliar, por si próprio, o potencial de benefício da intervenção. De facto, algumas vezes, pode o motivo da recusa estar ligado ao receio de que a intervenção acabe por lhe ser dirigida, tornando-se esse elemento o cliente designado. A comparência à sessão poderá contribuir para dissipar essas expectativas negativas, através de uma atitude por parte do psicólogo de não deixar que a família faça desse elemento o seu bode expiatório.

**4.3.1.2 – A confidencialidade.** Tal como foi referido, no início do processo deverão ser discutidas todas as dimensões do mesmo incluindo, é claro, a confidencialidade. Segundo Margolin (1982) existirão, de base, dois modelos distintos no que às regras de confidencialidade diz respeito. Por um lado, pode ser acordado que não existirão segredos durante o processo, ou seja, que tudo aquilo que é dito ou percebido pelo psicólogo ao longo das sessões, de grupo ou individuais, poderá ser discutido na sessão de grupo. O outro modelo inclui a possibilidade de manter privadas algumas informações. Claro que qualquer uma destas opções tem consequências diversas. Se por um lado a não existência de segredos entre os membros da família permitirá uma maior flexibilidade ao psicólogo no exercício do seu papel de mediador, dado lhe ser permitido utilizar toda a informação obtida, por outro, os clientes poderão limitar essa mesma informação quando não quiserem que determinados assuntos sejam do conhecimento dos outros elementos. Deste modo, o psicólogo ficará limitado no acesso à informação, o que sucederá em menor grau com a existência de regras de confidencialidade individuais. Neste caso os clientes poderão ser mais sinceros ainda que o psicólogo esteja mais condicionado no uso dessa informação. Poderão inclusivamente surgir alguns conflitos de interesse provocados pela mesma.

---

<sup>113</sup> É senso-comum que a mudança é um processo difícil. Contudo esse é o objectivo de qualquer intervenção. Então, se quando as pessoas estão motivadas no sentido da mudança tantas vezes falham o atingir dos objectivos traçados, muito mais difícil será conseguir essa mudança sem a colaboração activa e empenhada do indivíduo. Por isso mesmo, tentar forçar alguém a participar num processo de intervenção em psicologia, para além da clara violação da autonomia individual, não existirá um correspondente ao nível do benefício da pessoa. Pelo contrário, o indivíduo poderá afastar-se ainda mais dos psicólogos em geral, o que poderá dificultar ainda mais essa mudança. Fica clara, então, não só a inutilidade dessa intervenção como o possível prejuízo que poderá estar a ser causado à pessoa.

De facto, os clientes poderão libertar algumas informações em privado, como por exemplo a existência de uma relação extra-conjugal, porque têm medo das consequências junto do parceiro mas consideram-na um dado importante para o processo. Por outro lado, podem querer fazê-lo apenas para tentar construir uma aliança especial com o psicólogo e daí retirar algum benefícios secundários. Paralelamente, se algumas informações obtidas em privado poderão ser relevantes para a intervenção familiar ou de casal, outras poderão estar muito pouco relacionadas com o resto da família, pelo que serão sempre discutíveis os objectivos dos intervenientes em partilhá-las.

Não existe por isso um consenso sobre a melhor forma de actuar em relação às regras de confidencialidade, para além, é claro, das orientações genéricas já discutidas no capítulo 2. A opção deverá depender do sentido clínico do psicólogo e do modelo utilizado, sendo claro que as regras deverão ser muito bem definidas desde a primeira sessão e lembrados disso mesmo os clientes de tempos a tempos (Pope & Vasquez, 2001; Knapp & VandeCreek, 2006; Corey et al., 2007).

Outra questão complexa relacionada com a confidencialidade resulta das situações em que a intervenção familiar surge na sequência de uma intervenção individual. O respeito pela privacidade da pessoa é central em qualquer processo de intervenção em psicologia. O início de uma intervenção familiar não legitima a utilização da informação obtida em contexto do processo individual. Ainda que a pessoa para tal dê consentimento, este carece de legitimidade. A verdade é que o cliente pode não estar recordado de tudo o que foi dito no contexto da intervenção individual, pelo que a validade do consentimento será sempre questionável. Então, a solução poderá passar por discutir com o cliente todas as informações que, eventualmente, serão partilhadas durante a intervenção familiar. Se, na opinião do psicólogo, a não autorização do cliente condicionar o processo, então este não deve avançar e deve ser proposta a participação de um outro terapeuta para a intervenção familiar ou de casal.



### **4.3.2 – A intervenção em grupo**

A intervenção em grupo, tratando-se de aconselhamento ou psicoterapia, levanta questões próprias. A verdade é que este tipo de intervenção é cada vez mais popular sendo que é considerada por muitos, em relação a algumas áreas, como uma intervenção de primeira linha, com resultados equivalentes à intervenção individual (LaBrie, Pedersen, Lamb, & Quinlan, 2007; McEvoy, 2007) mas com uma melhor relação custo-eficácia.

Contudo, uma das suas maiores dificuldades passa pela existência de um menor controlo, por parte do psicólogo, sobre o conteúdo e o curso das sessões uma vez que as dinâmicas estabelecidas entre os diferentes membros assumem uma variabilidade tão grande que se torna impossível prever todos os efeitos possíveis (Barlow, Fuhriman, Burlingame, 2004). Desta forma, poderá existir um maior risco para os participantes em vivenciarem experiências negativas no grupo do que aquele que decorre de uma intervenção individual (Corey, Williams, e Moline, 1995). Por esse motivo e/ou por questões de privacidade, a verdade é que, de acordo com Trull (2005), os clientes não são tantas vezes referenciados para este tipo de intervenção como para acompanhamentos individuais, e mesmo quando o são a probabilidade de seguirem essa indicação é menor. Deve então o psicólogo ter ainda maior atenção à forma como vai referenciar um cliente para uma intervenção de grupo a fim de diminuir a probabilidade de um abandono do acompanhamento. O processo de obtenção do consentimento informado será, mais uma vez, uma oportunidade ideal.

**4.3.2.1 – O consentimento informado.** Se o consentimento informado assume na intervenção em grupo uma importância ainda maior, terá que ser obtido de uma forma ainda mais cuidada, promovendo-se a discussão sobre as dificuldades agora elencadas. Ainda assim, o consentimento do indivíduo para a sua participação não diminui em nada as responsabilidades do psicólogo porque, como será bom de ver, as dificuldades na obtenção de um consentimento realmente informado são muitas (Lakin, 1994).

Como foi referido não é tarefa simples antecipar o conjunto de dinâmicas susceptíveis de se criarem num grupo, nem prever os efeitos das relações interpessoais que, invariavelmente, se desenvolvem. Nesse sentido, a competência, o treino e a supervisão serão, também aqui, pilares basilares para o psicólogo que se propõe realizar uma intervenção deste tipo. Terá que saber lidar com um conjunto de situações e reacções imprevisíveis pelo que a experiência será determinante para evitar danos indesejáveis. Pode por isso acrescentar-se que os grupos não serão a melhor forma de iniciar a prática em psicologia, sendo que será importante que um profissional que se dedique à intervenção a este nível possa começar por viver a experiência de entrar num grupo como participante (Corey et al., 2007). Nos modelos que o permitam, fazer de terapeuta adjuvante ou de ego auxiliar – para utilizar uma expressão do psicodrama – será uma boa forma de adquirir competências para vir a dirigir com maior segurança e competência um grupo terapêutico ou de aconselhamento (DeLucia-Waack, 2006).

**4.3.2.2 - A privacidade.** Uma das maiores fontes de dilemas éticos no trabalho com grupos reside nas questões de privacidade. Não existe nenhum tipo de protecção legal relativamente à informação produzida durante as sessões no que aos participantes diz respeito (Koocher e Keith-Spiegel, 1998). Ou seja, não há forma legal de obrigar um participante a respeitar a confidencialidade sobre o conteúdo das sessões de grupo. Do mesmo modo, o direito de escusa<sup>114</sup> não parece estar previsto para as intervenções de grupo (Rapin, 2004; Corey et al., 2007), até porque as informações são partilhadas com todos os elementos.

Uma das responsabilidades do psicólogo será, por isso, chamar a atenção de todos os participantes para a importância da privacidade do processo, incentivando os membros do grupo a guardarem segredo sobre tudo o que se relaciona com as outras pessoas envolvidas na intervenção. A quebra de privacidade pode surgir de situações aparentemente insignificantes e inocentes, como por exemplo dois membros do grupo se encontrarem num qualquer local público e um deles apresentar o outro a uma terceira pessoa com referência à frequência do mesmo

---

<sup>114</sup> Consultar, a este propósito, o Capítulo 2.4.2 – O direito de escusa.

grupo. Todas as situações possíveis devem por isso ser discutidas com os participantes a fim de diminuir a probabilidade da sua ocorrência (Rapin, 2004).

Para além do respeito pela autonomia pessoal não deve ser esquecido que também a este nível o respeito pela privacidade segue no sentido do respeito pela beneficência e não maleficência dos participantes (Beauchamp & Childress, 2002/1994). De facto, a confidencialidade possui um valor instrumental, dado que o receio de que os conteúdos das sessões possam ser revelados fora do grupo poderá levar os seus elementos a coibirem-se de abordar determinados temas, diminuindo o potencial de benefício da intervenção.

Do mesmo modo o psicólogo deve ter em atenção a forma como vai estimulando as sessões de grupo. Se porventura previr que a abordagem de determinados temas possa colocar em causa a privacidade de um dos elementos do grupo, no sentido em que este não seja o contexto apropriado para os discutir, deverá evitar a aplicação das técnicas que possam promover isso mesmo. Entretanto, poderá guardar algum tempo para que, no fim da sessão, se necessário, possa discutir individualmente o que for necessário para evitar maiores prejuízos. O que naturalmente não será aceitável, à luz do princípio da não-maleficência (Beauchamp & Childress, 2002/1994), será permitir que o cliente termine a sessão a sofrer de potenciais efeitos adversos de uma aplicação pouco responsável das técnicas.

Quaisquer que sejam os modelos ou formas de intervenção em psicologia, não poderão ter outro objectivo que não seja o melhor interesse da pessoa que a eles recorre. Por isso mesmo, a evidência científica, a competência e a integridade são valores centrais na avaliação e adequação de qualquer técnica ou método de intervenção psicológica. São precisamente esses os valores que interessa promover quando a psicologia se encontra face às novas tecnologias de comunicação. Sendo a comunicação a base da relação, e esta o instrumento de trabalho da psicologia, então não haverá como refutar a ideia de que tudo o que altera a forma de comunicar terá reflexos profundos no exercício profissional da psicologia. Disso mesmo tratará o próximo capítulo.

#### **4.4 – A INTERVENÇÃO À DISTÂNCIA**

São cada vez mais comuns os exemplos de intervenção psicológica através de outros meios de comunicação que não a entrevista face a face. Desde o telefone até à internet são inúmeras hoje as possibilidades de contacto. Aliás, a comunicação que vai transformando o mundo numa “aldeia global” (Nunes, 2008) é a grande revolução do presente pelo que seria estranho que a psicologia daí ficasse alheada.

Se a intervenção via telefone existe há já bastante tempo (Bee et al., 2008) a internet, segundo Ritterband e colaboradores (2009), tem-se vindo a tornar um componente fundamental dos cuidados de saúde uma vez que mantém o potencial de promover a alteração de comportamentos por parte da pessoa e, nesse sentido, de melhorar determinado tipo de sintomatologia, permitindo uma maior flexibilidade em termos de agendamento do trabalho dos profissionais.

Contudo, importa ter bem claro que, independentemente do meio de contacto utilizado, a essência daquilo que é o exercício da psicologia não poderá ser alterado sob pena de se correr o risco de desvirtuar os seus objectivos e de se perder o seu sentido. Então, o princípio orientador será que os serviços prestados pelos profissionais implicarão sempre as mesmas obrigações, quer o sejam através da relação face a face ou por qualquer outro meio de comunicação. A obrigação de fornecer um serviço competente, de evitar qualquer prejuízo para o cliente, de obter o consentimento livre e informado e de respeitar a privacidade da pessoa, deve ser integralmente respeitada (Haas, Benedict, e Kobos, 1996). A questão que se coloca é se isso será sempre possível.

##### **4.4.1 – Vantagens e desvantagens da intervenção à distância**

Existem determinados serviços que podem ser prestados à distância por psicólogos com grande utilidade para as pessoas que a eles recorrem. Exemplos claros disso mesmo são as linhas telefónicas que pretendem dar resposta a situações de crise ou aquelas que têm propósitos de informação educativa. Na verdade, representam meios rápidos e de grande abrangência no auxílio das pessoas. Consegue-se deste

modo um acesso generalizado às pessoas, mesmo àquelas que se encontram em localizações geográficas mais isoladas, e ultrapassam-se as dificuldades que a intervenção face a face provoca, relacionadas com o tempo e mesmo com o desejo de anonimato por vezes manifestado (Corey et al., 2007). Contudo, estes serviços não podem ser comparados a um verdadeiro aconselhamento psicológico, constituindo-se, na sua essência, como veículos importantes de informação. Ainda assim, deve ter-se em atenção que a preparação dos psicólogos para este tipo de intervenção deve ser específica e cuidada, sob pena de se criarem situações que podem resultar em consequências negativas, seja pela má interpretação do conteúdo da mensagem, seja pela simplificação da informação (Ricou et al., 2004).

Existem psicólogos que utilizam o telefone para levar a cabo intervenções de aconselhamento ou de psicoterapia e com resultados aparentemente satisfatórios (Bee et al., 2008). Estes autores levaram a cabo uma revisão de um conjunto de estudos que comparavam a intervenção por telefone com a intervenção face a face. Os resultados, ainda que não conclusivos, mostram indicadores de efectividade nas intervenções.

De facto, os meios de comunicação à distância poderão ter a vantagem de facilitar o acesso à intervenção psicológica de pessoas que teriam maiores resistências em recorrer à intervenção tradicional, seja por preferirem abordagens mais breves e convenientes, seja por desejarem o anonimato. Também a existência de dificuldades motoras ou de outras relacionadas com a própria perturbação para a qual a intervenção é procurada, como por exemplo a fobia social, poderão constituir-se como justificações para a utilização deste tipo de intervenção.

Outras vantagens, segundo Corey e colaboradores (2007) passam pela maior acessibilidade por parte de populações geograficamente isoladas, por uma maior flexibilidade no agendamento das sessões e por uma maior facilidade ao nível da supervisão dos casos.

Uma série de estudos recentes (Warmerdam et al., 2008; March, Spence & Donovan, 2008; Riper et al., 2008; Knaevelsrud & Maercker, 2009; Meyer et al., 2009; Ritterband et al., 2009; Graaf et al., 2009; Wier et al., 2009) têm vindo a demonstrar alguns resultados positivos ao nível das intervenções através da internet, seja através do correio electrónico, de programas de treino específicos ou de “salas de conversação”. Os campos de intervenção são variados e vão desde a abordagem a alguns tipos de perturbação do humor e da ansiedade, passando por situações de luto complicado, até comportamentos aditivos ou outras perturbações do controlo dos impulsos. De facto, e tendo em consideração o potencial destas tecnologias ao nível da acessibilidade, o futuro afigura-se como promissor com o desenvolvimento destas técnicas, já que os próprios psicólogos acabam, em certa medida, por poupar ainda mais tempo (Kiropoulos et al. 2008).

Contudo, algumas dificuldades vão sendo apontadas sendo que a mais comum passa pelos menores resultados obtidos junto de pessoas com perturbações consideradas mais severas (Warmerdam et al., 2008; Graaf et al., 2009). Outra limitação está relacionada com o elevado grau de abandono das intervenções. Como não existe o contacto directo com um profissional fica facilitada a interrupção do processo uma vez que a pessoa não é confrontada com as consequências adversas da mesma (March, Spence & Donovan, 2008; Warmerdam et al., 2008; Meyer et al., 2009; Graaf et al., 2009). Do mesmo modo, a maior parte dos estudos baseia-se em amostras constituídas por pessoas pertencentes a classes sociais elevadas (March, Spence & Donovan, 2008; Graaf et al., 2009), pelo que os resultados não são generalizáveis. Por outro lado, existem poucos estudos a estabelecer comparações entre as intervenções pela internet e aquelas realizadas face a face, sendo que as poucas que existem estabelecem a comparação apenas com o modelo cognitivo-comportamental (Bee et al., 2008; Kiropoulos et al., 2008; Ritterband et al., 2009), pelo que os resultados devem sempre ser interpretados com extrema cautela e dificilmente generalizáveis a outros modelos de intervenção psicológica. De todo o modo, a generalidade dos estudos aponta no sentido dos resultados serem comparáveis, ainda que se ressalve que a intervenção face a face promova uma maior satisfação em virtude da possibilidade de comunicar com o

psicólogo, sendo que se conseguirá ainda uma melhor compreensão dos materiais a serem utilizados na intervenção.

Na verdade, a grande limitação das tecnologias da comunicação é o facto de não possibilitarem, ou dificultarem muito, a linguagem não verbal, que todos sabem, assume um papel imprescindível nas relações humanas. A redução da comunicação à sua componente simbólica empobrece os conteúdos e limita as possibilidades da criação de uma relação terapêutica de confiança. Considerando as características da intervenção psicológica, torna-se óbvio que este tipo de consultas não poderá nunca substituir o recurso ao profissional, baseado na relação face a face (Sleek, 1995; Haas et al., 1996; Shapiro e Schulman, 1996; Corey et. al, 2007).

Desta forma, o psicólogo deverá ter uma noção clara sobre as situações em que a relação face a face desempenha um papel central, rejeitando, nesses casos, a intervenção à distância (Hass et al., 1996). Ainda assim, deve ter o cuidado de informar os potenciais clientes sobre as limitações dos tratamentos a este nível, dando conta da existência de formas alternativas de intervenção.

**4.4.1.1 – A confidencialidade.** Os princípios que orientam a intervenção psicológica convencional não podem diferir daqueles que presidem a intervenção à distância, pelo que os pressupostos definidos não variam e as obrigações relacionadas com o respeito pela privacidade também não.

As novas tecnologias proporcionam, por princípio, uma maior segurança em relação à privacidade, com técnicas sofisticadas de encriptamento de informação (Shapiro e Schulman, 1996), do que os tradicionais registos clínicos fechados numa qualquer gaveta e acessíveis, pelo menos, aos funcionários que acompanham os profissionais.

Contudo, na intervenção através da internet todo o registo da consulta está escrito, e por muita segurança que exista sabe-se que qualquer base de dados é susceptível de ser violada. As regras de confidencialidade, e as formas de a assegurar, deverão,

pois, ser alvo de discussão entre o profissional e o potencial cliente, não devendo resumir-se a um texto informativo semelhante aos que acompanham a grande maioria dos programas informáticos. Mais, não existindo a possibilidade de garantir a absoluta confidencialidade do conteúdo das mensagens trocadas, isso mesmo deve ser transmitido ao cliente.

**4.4.1.2 – O psicodiagnóstico.** Já foi referido que a gestão do tempo é uma das grandes vantagens retirada pelos profissionais em prestar os seus serviços desta forma. Contudo, parece evidente que será difícil realizar um diagnóstico adequado em contextos de tempo limitado, ainda para mais quando a comunicação apresenta *deficits* claros. A entrevista psicológica não se constitui como um interrogatório com o intuito de aceder às expressões somáticas do cliente, mas sim uma escuta, em que o tempo interno do indivíduo deve ser respeitado (Bergeret e Dubor, 1998), pelo que a disponibilidade do profissional é central. Mais, na entrevista psicológica inicial, entre outros objectivos, o psicólogo deve procurar, para conseguir um bom psicodiagnóstico, observar os sinais não-verbais e estabelecer um contacto interpessoal (Wiens, 1983, citado por M.L.T. Nunes, 1993). Seja a partir de um registo escrito, seja através de um contacto auditivo, a observação à distância torna difícil o estabelecimento de uma relação empática, de confiança. Quantas vezes as primeiras impressões sobre o cliente são alteradas ao fim de várias sessões, pelo que as primeiras fases da intervenção podem não ser muito produtivas (Shapiro e Schulman, 1996). Todas estas questões ilustram bem as limitações que uma intervenção à distância terá, pelo que isso mesmo deverá ser discutido com o cliente. De outro modo, o princípio da beneficência poderá estar em causa, sendo goradas as expectativas do cliente. Aliás, a questão das expectativas pode ser muito importante. É possível que a pessoa veja o psicólogo com quem contacta através de correio electrónico como um profissional altamente competente pelo facto de dispor desta tecnologia, o que combinado com a alta possibilidade de um erro diagnóstico, cria uma situação potencialmente perigosa.

Em resumo, sem uma relação terapêutica bem estabelecida, sem uma avaliação psicológica mediada por meios complementares, e sem um diagnóstico e respectiva



prescrição de medidas terapêuticas precoces, as pessoas que recorrem a este tipo de serviços poderão ficar um pouco desprotegidas. Para minorar as consequências que podem advir deste quadro, Shapiro e Schulman (1996) propõem que seja transmitido aos potenciais clientes que este tipo de serviço terá uma eficácia discutível, sobretudo quando comparada com os métodos tradicionais, e que a informação que irão obter poderá ser totalmente inútil e não aplicável ao seu caso. Outra solução proposta por Corey e colaboradores (2007) é a realização, quando exequível, de uma primeira sessão face a face para discutir todas as questões relacionadas e determinar se o cliente será um bom candidato para a intervenção *on-line*. Nessa altura poderia também ser traçado um plano para lidar com possíveis situações de emergência. Procura-se, desta forma, minimizar os riscos para os clientes e proteger a profissão da psicologia, afinal a base dos princípios da não-maleficência e da responsabilidade profissional. Os mesmos pressupostos deverão presidir a qualquer publicidade realizada a este tipo de intervenção.

Ainda que estas condicionantes possam fazer parecer que este tipo de intervenção carece de utilidade, não deve deixar de se considerar que pessoas que não tenham acesso a profissionais de outra forma, ou que mostrem uma maior relutância em recorrer a uma abordagem tradicional, possam senti-la como positiva (Sleek, 1995, Corey et. al, 2007). De todo o modo, o psicólogo deve ter em atenção a possibilidade de surgirem situações de muito difícil resolução. O que fazer quando um cliente que contacta através de correio electrónico, do qual não se tenha informação sobre o seu endereço ou que habita a uma grande distância, ameaça suicidar-se? O que fazer se o cliente for um menor que apresenta comportamentos de risco? Como ter acesso aos seus progenitores ou representantes legais? Aliás, como ter a certeza que a pessoa que contacta não é um menor?

Claro que quanto mais a tecnologia evoluir e as pessoas se forem familiarizando com este tipo de processos, mais fácil será encontrar respostas para estes e outros dilemas que possam surgir, mas há que ter em consideração que existirão, por princípio, maiores dificuldades em resolver os problemas desta forma.

Não é o objectivo da bioética criar dificuldades à aplicação de novas tecnologias que contribuam para o aumento do bem-estar e para a diminuição do isolamento das pessoas. A tecnologia é o prolongamento do Homem (Nunes, 2008) pelo que é natural e inevitável que faça cada vez mais parte de todas as suas actividades. Num mundo em constante mutação e desenvolvimento os efeitos positivos daí resultantes serão potenciados a partir de uma aplicação consciente e informada do conhecimento produzido, pelo que o papel da bioética se torna neste quadro imprescindível. Como afirmam Shapiro e Shulman (1996) a questão não é saber se a prática da psicologia mudará com o advento das novas tecnologias, mas sim com que rapidez e em que direcção se fará essa mudança. Ainda assim, não estará em causa uma opção entre a intervenção face a face e à distância, mas sim o reconhecimento que esta última forma de intervenção pode ajudar a resolver alguns problemas em algumas pessoas que de outro modo ficariam sem solução, sobretudo nos casos em que exista uma combinação das duas alternativas (Ritterband et. al, 2009). Se é bastante comum, por exemplo, recomendar a leitura de alguns livros como coadjuvante da intervenção, não será de estranhar a utilização, no mesmo sentido, do cinema, da televisão (Fischhoff, 2005) ou de outras tecnologias como aquelas que têm sido referidas.

#### **4.4.2 – Os psicólogos e os *media***

Tendo em conta o grande desenvolvimento da ciência psicológica e a sua afirmação como disciplina científica são cada vez mais os profissionais de psicologia que são chamados a desenvolver artigos de opinião ou a participar em programas com o objectivo de transmitir a perspectiva da psicologia sobre os mais diferentes assuntos ou problemáticas. Os “consultórios” de psicologia em algumas revistas, rubricas em que os leitores são chamados a questionar um profissional sobre dúvidas que possam ter, são também frequentes.

Os dilemas éticos que se levantam a este nível não serão diferentes daqueles que se colocam em relação aos outros tipos de intervenção à distância. De facto, não existe nenhuma garantia que a informação transmitida seja bem compreendida pelos sujeitos a que se destina, podendo por isso, quando mal interpretada, induzir um

efeito nefasto para o cliente, violando, desta forma, o princípio da não-maleficência (Sleek, 1995).

Se por um lado existe todo o interesse em que a força da comunicação social seja bem aproveitada pelos psicólogos, dado que proporciona canais muito efectivos para se conseguir transmitir informação importante para as pessoas, a distinção entre estes serviços e a relação profissional propriamente dita deve parecer evidente, bem como devem estar bem definidos os limites e claras as regras deste género de intervenção psicológica.

É evidente que não deverá colocar-se em causa a participação dos profissionais a este nível pelo que, desde que os objectivos sejam bem definidos e sérios, os psicólogos não deverão recusar a sua participação. Quanto mais experiente e competente for o psicólogo maiores garantias existirão sobre a informação veiculada. Não é crível que, em virtude da visibilidade que alguns destes serviços podem proporcionar, não fosse possível encontrar algum psicólogo que aceitasse colaborar, pelo que será sempre mais positivo que sejam os mais experientes e qualificados a fazê-lo. Está em causa o bem-estar das pessoas e o bom-nome de toda uma classe de profissionais, pelo que as prioridades do psicólogo têm que estar de acordo com os princípios da profissão.

Não deve ser esquecida a influência que determinados canais de comunicação exercem junto das pessoas. De facto, existe a tendência para qualificar aquilo que se ouve na televisão e se lê nos jornais como informação mais credível, pelo que os psicólogos devem ter a noção de que aquilo que disserem será amplificado no significado e no sentido que as pessoas lhe atribuem. Por isso mesmo, o espírito crítico de cada um poderá estar diminuído e a informação, se mal interpretada ou pouco adequada, tornar-se prejudicial. O psicólogo será sempre responsável por tudo aquilo que afirma e pelas consequências que se poderão produzir em sequência. Então, sempre que alguém se apresentar, em qualquer circunstância ou através de qualquer canal, como psicólogo, estará a representar essa classe de profissionais, trazendo aos ombros o bom-nome que a psicologia tem construído em

função do trabalho de cada um dos representantes. Estará pois investido de uma autoridade que advém da sua classe profissional, pelo que o poder das suas palavras e dos seus exemplos será interpretado em função disso mesmo.

#### **4.5 – QUESTÕES PARTICULARES DA INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA**

Existem algumas particularidades que resultam da especificidade da intervenção psicológica que não tiveram cabimento em nenhum dos contextos que foram desenvolvidos até agora. São pequenas curiosidades, mas que podem ser importantes na orientação do psicólogo no desempenho da sua profissão, até porque são de ordem muito prática e específica. Serão pois apresentadas em conjunto ainda que possam não ter uma ligação efectiva entre cada um delas.

##### **4.5.1 – A disponibilidade do psicólogo fora das sessões agendadas**

A maioria dos psicólogos já terá sido confrontada com a dúvida em se disponibilizar, perante um cliente, para o atender pelo telefone ou por qualquer outro meio de intervenção à distância, entre as sessões agendadas. Se, por exemplo, no caso de risco de suicídio, será mandatório que o psicólogo esteja disponível (Binder e McNeil, 1996), outras situações haverá em que esse contacto poderá desvirtuar a relação terapêutica.

Segundo Pope e Vasquez (2001) existem psicólogos que defendem a ideia de que em alguns casos poderá ser muito útil levar a cabo verdadeiras sessões terapêuticas pelo telefone com alguns clientes, ainda que as situações não sejam urgentes. Algumas pessoas poderão querer discutir com o seu terapeuta algum acontecimento enquanto se lembram bem dele. Do mesmo modo, outros profissionais defendem a ideia contrária, aceitando apenas as tais chamadas de emergência. Naturalmente, existirão situações entre estes dois pólos.

Segundo os mesmos autores, o importante será que o psicólogo actue de um modo consistente com a sua orientação teórica e que defina, em conjunto com o seu cliente, as regras que presidem este tipo de contactos (Pope & Vasquez, 2001). Se estará disponível ao fim de semana, até que horas durante a noite poderá ser

contactado, ou se apenas o estará durante o dia de trabalho, são variáveis importantes para desde logo estabelecer os limites da relação e promover uma intervenção consistente e uma relação profícua com o cliente. De todo o modo deverá sempre evitar-se o atendimento do telefone durante as sessões com o cliente, ainda que de chamadas profissionais. Exceptuando as inevitáveis situações de emergência, em que a razão custo-benefício se altera, a interrupção causada por esses telefonemas induz um conjunto de efeitos potencialmente nocivos (Pope & Vasquez, 2001).

#### **4.5.2 – A publicidade na psicologia**

Não existe, por princípio, nenhum problema na publicidade aos serviços de psicologia. Ainda assim, e segundo Knapp e VandeCreek (2008) existirá uma relutância grande por parte dos profissionais, sobretudo os da área clínica, em “vender” os seus serviços. De facto, existe uma tradição de serviço público nos cuidados de saúde, pelo que, nesse caso, a publicidade não fará sentido. Apesar de, no caso da psicologia, isso não ser verdade, os psicólogos, considerando-se profissionais de saúde, poderão seguir essa tendência.

Contudo, e estando, hoje, a prestação de cuidados de saúde cada vez mais na esfera do privado (Nunes, 2005) esta ausência de publicidade cada vez faz menos sentido. Então, se se persistir na negação da publicidade, negligenciando-se a necessidade em definir os seus limites, os resultados poderão ser paradoxais.

Nesta perspectiva, importará referir que o fundamental é que a publicidade seja precisa e que não induza, de forma alguma, o potencial cliente em erro (Knapp e VandeCreek, 2008). É importante que o psicólogo se coloque na posição da pessoa a quem a publicidade se destina tentando compreender aquilo que ela poderá interpretar. Não será difícil induzir determinado tipo de informações sem as afirmar, evitando deste modo qualquer problema legal mas transmitindo informações erróneas. Um exemplo disso mesmo será a qualidade de psicoterapeuta. Só deverá apresentar-se deste modo quem de facto for reconhecido como tal. Se até há bem

pouco tempo seria difícil esse mesmo reconhecimento, com a formação da Ordem Profissional dos Psicólogos serão mais efectivas essas diferenças.

Do mesmo modo, importa que a publicidade não coloque as expectativas da intervenção acima do razoável. Se o objectivo último da intervenção em psicologia é promover a capacidade da pessoa em fazer as suas próprias escolhas, ou seja, promover a sua autonomia, não fará sentido publicitar os serviços de um psicólogo a partir da promessa ou compromisso em resolver ou ajudar a resolver os problemas de cada um. Um bom resultado terapêutico será aquele em que a pessoa compreende que qualquer mudança em si operada é fruto do seu esforço e não o produto da intervenção do psicólogo.

**4.5.2.1 – Os testemunhos.** A utilização de antigos clientes, ou por maioria de razão, de clientes actuais, não deverá ser considerada como aceitável para promover os serviços de algum psicólogo (Knapp e VandeCreek, 2008). Na verdade, será muito discutível a voluntariedade duma decisão deste tipo, já que o cliente poderia aceitar prestar o testemunho apenas para agradar o psicólogo. Aliás, não é estranha a ideia de que a maioria das pessoas prefere manter a privacidade sobre os problemas que a poderão ter levado a recorrer a um psicólogo e mesmo sobre o recurso em si mesmo. Nesse sentido, fazer um pedido deste género a um cliente parece ser de todo irrazoável, pelo que deve ser evitado.

#### **4.5.3 – A prática privada**

Não deixará dúvidas a ninguém que os pressupostos fundamentais que presidem ao exercício da psicologia não poderão variar, seja por excesso ou defeito, entre a prática privada da psicologia ou o serviço público. É evidente que serão aceitáveis diferenças ao nível da qualidade das instalações, ou mesmo, quando aplicável, da lista de espera para a consulta. Num contexto de escassez de recursos humanos, por exemplo, é evidente que o tempo de espera para a consulta de um profissional ao nível público será por princípio mais demorado que na esfera do privado.

Já não será aceitável o desvio de um cliente do serviço público para o serviço privado com base no argumento da maior rapidez de atendimento. É discutível que o psicólogo possa utilizar a sua posição num qualquer serviço público para captar clientes para a sua prática privada. Ainda que seja o cliente a perguntar ao profissional se ele tem consultório, este deverá tentar evitar responder. Muitas vezes essa pergunta poderá ser uma tentativa irrealista do cliente em obter um melhor atendimento por parte do psicólogo. Nesse sentido, a melhor resposta poderá passar por assegurar à pessoa que o tratamento que esta terá no serviço público será de igual qualidade ao que esta teria a nível privado, pelo que não faria sentido a mudança. A pessoa, se realmente quiser ser atendida a nível privado encontrará uma forma de encontrar os contactos do psicólogo e, autonomamente, marcar consulta. Qualquer outra resposta poderá fazer a pessoa acreditar que ela de facto terá um melhor atendimento a nível privado, o que contraria aquilo que, evidentemente, é aceitável. Qualquer excepção poderá ser equacionada, sendo que deve ser interpretada dessa forma, como uma excepção.

**4.5.3.1 – O pagamento.** O pagamento não é um mal necessário, pois faz parte do processo. Alguns modelos teóricos defendem inclusivamente que este é importante no sentido de tornar mais clara a natureza da relação e de aumentar a responsabilidade do cliente para com a mesma.

Seja como for, constituindo-se a psicologia como uma prestação de serviços parece lógico que esta tenha que ser paga. Por isso mesmo, as condições de pagamento devem ser discutidas logo no início do processo, a propósito dos outros elementos que constituem o *setting* terapêutico<sup>115</sup> (Hare-Mustin et al., 1979).

Existem situações onde o psicólogo se poderá aperceber da incapacidade do cliente em conseguir suportar os custos relacionados com a intervenção. Surge pois um dilema entre a necessidade do cliente na intervenção e o legítimo interesse do profissional em ser compensado pelo seu trabalho.

---

<sup>115</sup> Consultar, a este propósito, o capítulo 4.1.2.2 – O consentimento informado e o *setting* terapêutico.

Se bem que o psicólogo não deva “abandonar” o seu cliente, já que a interrupção da intervenção pode violar o princípio da não-maleficência (Beauchamp & Childress, 2002/1994), a verdade é que não tem nenhuma obrigação de trabalhar *pro bono*. Se a incapacidade do cliente em cumprir com os honorários do psicólogo for previsível no início da intervenção, então o profissional poderá evitar iniciá-la, ou encontrar, se aplicável, uma solução alternativa que possa ser suportada pelo cliente.

A situação será mais complicada quando só a meio da intervenção surgir a incapacidade do cliente suportar os custos da mesma. Muitas vezes é o cliente que decide deixar de aparecer na consulta por não ter coragem de assumir essa sua incapacidade. Sempre que possível, o psicólogo deverá abordar o assunto com o seu cliente, podendo mesmo tentar entrar em contacto nos casos em que este simplesmente tenha deixado de comparecer às sessões marcadas. O objectivo é tentar encontrar uma solução que seja exequível para ambas as partes.

Por vezes, a incapacidade do cliente é temporária, pelo que se poderá optar por um adiamento do pagamento. Outra solução poderá ser diminuir os honorários no sentido de se conseguir um modelo que seja funcional. Outra opção será a troca de serviços (Knapp e VandeCreek, 2008). O cliente poderá, se exequível, prestar alguns serviços em troca. Esta situação poderá ser aceitável desde que não envolva cliente e psicólogo numa relação que possa desvirtuar a relação terapêutica prévia, e desde que esse serviço solicitado em troca não seja objectivamente de valor superior ao da intervenção psicológica (Corey et. al, 2007).

O aceitar trabalhar *pro bono* poderá ser uma solução, desde que o psicólogo esteja consciente da sua capacidade em o fazer sem negligenciar, posteriormente, o nível da sua intervenção. Pode existir a tendência em, por ser gratuito, o psicólogo acabar por discriminar negativamente esse cliente em relação aos outros que pagam. Nesse sentido, só é aconselhável ser levado a cabo quando os profissionais tiverem uma condição financeira estável. Paralelamente, o trabalho *pro bono* deve também ser evitado quando o psicólogo julgar que isso poderá levar o cliente a desvalorizar a



intervenção (Knapp e VandeCreek, 2008) ou, evidentemente, quando o enquadramento teórico da intervenção o desaconselhar.

Outra questão que por vezes se coloca está relacionada com a possibilidade de criar um género de promoções em que se publicita que a primeira sessão é gratuita. Segundo Knapp e VandeCreek (2008), não existe um princípio de base que contrarie esta possibilidade. Contudo, existem alguns inconvenientes. Por um lado isto pode fazer acreditar algumas pessoas que poderão resolver os seus problemas apenas numa primeira sessão. Por outro lado, o paciente pode sentir-se traído por depois de ter contado um conjunto de factos da sua vida ao psicólogo, não possa continuar com a intervenção.

Em resumo, parece claro que a publicidade não se constitui em si mesma como algo de negativo ainda que esta se deva destinar apenas a transmitir a existência dos serviços, através de uma descrição dos mesmos, podendo conter dados objectivos e claros do currículo dos profissionais. Qualquer tipo de publicidade mais “agressiva” poderá induzir em erro as pessoas e criar expectativas desadequadas em relação ao processo de intervenção, pelo que deve ser evitada. No fim, não haverá melhor publicidade que aquela promovida por um cliente satisfeito com o resultado e o comportamento do profissional ao longo da sua intervenção.

#### **4.6 – OS COMPORTAMENTOS ADITIVOS<sup>116</sup>**

No passado, e tal como foi discutido a propósito da anti-psiquiatria<sup>117</sup>, as pessoas que sofriam de alguma perturbação mental eram alvo de incompreensão e de marginalização. Hoje, e apesar do grande desenvolvimento da ciência e do espírito científico, a doença mental continua a ser objecto de considerações subjectivas quanto à sua essência e quanto à sua natureza. Muitas pessoas ainda se referem a alguns tipo de perturbação mental como “manias de pessoas desocupadas” ou “má

---

<sup>116</sup> O termo “comportamento aditivo” é utilizado aqui como referente a todas as dependências químicas ou não químicas, ainda que Alonso-Fernandez (1996) o utilize preferencialmente para tratar as dependências não químicas. No entanto, o termo “dependência” é vulgarmente utilizado como referência aos mesmos fenómeno pelo que, evidentemente, a sua utilização estaria adequada. Contudo, adoptou-se o termo “comportamento aditivo” pela sua sonoridade e sobretudo para evitar confusões com outros tipos de “dependência” que nada têm a ver com este contexto.

<sup>117</sup> Ver capítulo 1.3.1.1 – A antipsiquiatria.

formação e educação”, entre muitos outros exemplos. Não será por acaso que Moreira (2009) considera que existe ainda alguma dificuldade por parte das pessoas em reconhecer a necessidade de recurso aos serviços de psicologia, no caso, em contexto escolar.

Os comportamentos aditivos (CA), como área de intervenção da saúde mental, serão, provavelmente, um dos exemplos mais actuais disso mesmo. Poucos têm hoje dúvidas sobre o facto de serem doenças, sendo que nem por isso as pessoas de um modo geral, e mesmo alguns profissionais de saúde, as compreendem como tal, existindo alguma dificuldade em tratar as pessoas que deles sofrem como verdadeiros doentes. Pelo contrário, se ainda há bem pouco tempo o consumo de algumas substâncias era considerado crime (Lei n.º30/2000<sup>118</sup>), a verdade é que é frequente a condenação moral de pessoas dependentes de algumas substâncias psicotrópicas, sendo crença comum a associação desse consumo a delinquência e criminalidade. É possível, contudo, que tal não passe de mais um dos falsos conceitos que pretendem servir de panaceia às preocupações comuns sobre a realidade social. Nada como eleger um monstro assustador como responsável pelos males gerais, por forma a ilibar as responsabilidades de cada um na construção de um mundo melhor (Ricou, 2004). Contudo, a liberalização do consumo de substâncias psicoactivas ilícitas continua a ser objecto de grande controvérsia (Canário e Ricou, 2007). Há vários argumentos sobre esta matéria, quer a favor da liberalização, quer a favor da penalização.

Levantam-se, pois, dilemas éticos específicos. Tentar-se-á, num primeiro momento, propor um modelo compreensivo, ainda que superficial, dos CA, no intuito de esclarecer conceitos e de definir o contexto de trabalho do profissional de psicologia, nesta área.

Uma das grandes dificuldades criadas ao profissional de saúde pela pessoa que sofre com um CA é o facto de esta não querer, muitas vezes e sobretudo em determinadas fases da doença, tratar-se. Por isso mesmo, não poucas vezes as

---

<sup>118</sup> Lei n.º30 de 2000 de 29 de Novembro. Diário da República – I Série-A, n.º 276

famílias, ou outros agentes, questionam a possibilidade de levar a cabo um tratamento compulsivo. Do mesmo modo, e em virtude de ser necessária, muitas vezes, a colaboração de terceiras pessoas no tratamento, nomeadamente um familiar ou pessoa próxima do doente, o problema da privacidade da relação assume contornos muito próprios.

Os programas de redução de danos são uma abordagem relativamente recente ao fenómeno do abuso de substâncias, contando com uma história de cerca de duas décadas (Canário e Ricou, 2007). Visam diminuir os riscos associados ao consumo de determinada substância. Isto é, para participar num programa deste tipo a pessoa não tem de estar abstinente. O que se pretende, por exemplo, é a diminuição de situações como a morte por *overdose* ou as infecções contraídas por partilha de material.

Por fim serão abordadas algumas questões mais específicas, como sejam o problema do rastreio de consumos, bem como, o tema das dependências sociais, que por merecerem uma maior aceitação por parte das pessoas em geral, não raramente, comportam dificuldades acrescidas ao nível da intervenção psicológica.

#### **4.6.1 – A dependência como condição para a autonomia**

Provavelmente, o Homem é o animal que, quando nasce, se encontra num estado de maior dependência, sendo que é a partir dela que se constrói. O Ser-Humano é, por isso, no início do seu desenvolvimento, totalmente dependente dos seus progenitores ou tutores. O que se torna curioso é que quanto mais a pessoa consegue ser dependente do afecto das pessoas próximas, ou seja, quanto melhor for a sua vinculação e por isso maior a sua auto-confiança (Fava & Morton, 2009), mais comportamentos exploratórios, a todos os níveis, poderá desenvolver, o que aumentará as suas competências sociais, promovendo a autonomia pessoal. Sabe-se que a criança maltratada, negligenciada, atinge níveis de desenvolvimento menores quando comparada com os seus pares (Ramos, 2009), o que faz pressupor que o inverso será verdadeiro.

Não se pretende, a partir daqui, afirmar que a pessoa que sofre de CA foi necessariamente negligenciada quando nova, mas sim que esse facto se constitui como um sério factor de risco.

O que o sujeito dependente procura no seu objecto de adição é a segurança e o bem-estar (Morel et al., 1998/1997; Schuckit, 1998/1995), qualidades que poderiam ser encontradas, entre outras coisas, no contacto com os outros. De facto, se se atentar à pirâmide das necessidades de Maslow (1987/1954) poderá verificar-se que as necessidades sociais surgem no terceiro nível, logo depois das necessidades consideradas básicas. Significa que a realidade social, ou seja, os outros, constituem uma fonte de prazer e de bem-estar, isto considerando que a satisfação de necessidades proporciona prazer e bem-estar.

A realização de um comportamento visa, naturalmente, a satisfação de uma necessidade. Se assim não fosse, porquê agir? Então, no limite, a realização de um comportamento pretende proporcionar prazer e bem-estar, ainda que não no imediato, pelo menos no médio ou longo prazo.

Na verdade, será por isso que todos os comportamentos serão susceptíveis de provocar dependência (Alonso-Fernández, 1996), sendo que a diferença prática passará, em grande medida, pelo prejuízo que poderão provocar, seja pela sua repetição, seja pela sua perigosidade. Então, o abuso ou a dependência de um determinado tipo de comportamento, que pode passar, é claro, pelo consumo de uma substância psicoactiva, poderá mais facilmente ocorrer se o sujeito dispuser de um menor número de estratégias para atingir a satisfação das suas necessidades de outras formas, incluindo competências sociais.

Uma substância ou comportamento será tão mais aditivo quanto menos tempo mediar entre a realização desse comportamento e a obtenção da sensação de prazer ou bem-estar. Tipicamente, quanto mais alto se estiver na pirâmide das necessidades de Maslow, maior tempo será necessário para atingir a satisfação e o bem-estar com os comportamentos associados. Então, a confiança da pessoa nas

suas capacidades em atingir essa satisfação será determinante para que esta resista à solução fácil do comportamento potencialmente mais aditivo porque mais rápido no seu efeito hedonista.

Daqui se compreenderá a importância da vinculação e da construção de um nível de auto-confiança que sirva de factor protector para a criação de CA. O amor passa muito pelo carinho e pela aprovação. Por isso mesmo faz a pessoa sentir-se valorizada, sendo que a faz acreditar que outros podem gostar de si e que será capaz de realizações importantes. Poderá por isso levar a cabo, com maior facilidade e confiança, as suas escolhas, o seu eu.

Temos então que a heteronomia é condição para se atingir a autonomia, já que se a criança não conseguir acreditar no amor dos seus pais ou de outras figuras de vinculação, terá uma difícil tarefa em conseguir acreditar nas suas vontades e escolhas. Já foi referido que um comportamento será tão mais aditivo quanto mais rápida for a compensação pela sua realização. Por isso é frequente ouvir-se que o sujeito adicto vive o momento, vive centrado na sua dependência, num registo de gratificação imediata. Então, a pessoa menos confiante nas suas capacidades terá maior dificuldade em resistir a um comportamento, que pelo menos transitoriamente, lhe dá a sensação de satisfação e de bem-estar.

Para além do mais, o contexto actual é o de uma civilização que pode ser apelidada de dependente, dado que alguns dos seus valores centrais são o consumo e a produtividade. Ou seja, o potencial de consumo da pessoa, bem como a sua “utilidade” produtiva são centrais para a sua valorização social, o que tira espaço ao relacionamento inter-pessoal. Então, prolifera o *stress*, em função da elevada exigência e do medo de não conseguir, e diminui a disponibilidade para o investimento ao nível das relações.

A sociedade de consumo necessita de promover esse mesmo consumo, pelo que o *marketing* e a publicidade imperam. Como afirma Anderson (1999/1998), na era pós-moderna o mundo da imagem domina e controla as pessoas. Tudo o que é

adquirível é apresentado como a panaceia, como o objecto da felicidade, o elixir da alegria. Deste modo, não é estranho ao indivíduo a realização de um comportamento que promova uma gratificação rápida. Pelo contrário, faz parte da sua mundividência, da sua cultura. É normal, para muitas pessoas, o consumo de substâncias para ajudar a relaxar, a descontraír, ou pelo contrário, para ajudar a trabalhar, a combater a fadiga. Abre-se a porta aos CA, pois que a sua fase de pré-contemplação (Prochaska & Diclemente, 2003) passa pela construção de uma relação de sucesso com a substância ou comportamento, onde não serão perceptíveis prejuízos evidentes para o sujeito. Só mais tarde, se o indivíduo for centrando a sua vida na realização desse comportamento, então os prejuízos tornar-se-ão claros, mas as dificuldades para parar serão maiores. É na passagem do período de pré-contemplação para a contemplação que os factores de risco e protectores jogam o seu papel, e não tanto na experimentação de alguns comportamentos ou substâncias que são perfeitamente tolerados na sociedade.

#### **4.6.2 – Definição**

Já foi sobejamente referido que qualquer comportamento é susceptível de criar adicção. Então como distinguir um comportamento aditivo de um outro, perdoando-se a inespecificidade da expressão, normal?

Uma das primeiras coisas que ressalta de um comportamento aditivo será a sua repetição. De facto, o sujeito adicto tende a repetir o comportamento, sendo que, por vezes, as consequências negativas da adicção surgem em função do elevado número de vezes que o comportamento é levado a cabo. Não que exista uma frequência exacta a partir da qual um comportamento seja exagerado. Como será bom de ver, as consequências do comportamento é que irão definir esse limite. Mas a verdade, é que sem repetição, não existirá dependência.

Outra dimensão central dos CA é o facto da pessoa não conseguir controlar a realização do mesmo. Ou seja, existe um impulso que a pessoa normalmente descreve como incontrolável ou, no limite, muito difícil de controlar. Aliás, esta dimensão será aquela que mais contribui para a caracterização dos CA como uma

doença (Peele & Brodsky, 1991) afastando-os de uma definição mais centrada na responsabilidade individual.

Como terceiro ponto refere-se a motivação imediata para a realização do CA. As pessoas consomem substâncias ou realizam comportamentos potencialmente nocivos porque estes lhes proporcionam prazer ou, no limite, aliviam o sofrimento em que se encontram.

Finalmente, não faria sentido falar-se em problemas se da repetição do comportamento não resultassem consequências negativas (Cheung, 2000). De facto, essa será uma distinção básica e a grande motivação para a necessidade da intervenção por parte dos profissionais de saúde junto das pessoas dependentes. O tipo de prejuízo pode ser muito variado, e pode ir de riscos físicos, psicológicos, familiares, profissionais, financeiros e judiciais (Patrício, 2002).

Deste modo, qualquer definição de CA deverá, acima de tudo, incluir estas dimensões. Então pode dizer-se que passa pela realização repetida de um comportamento, mediada por um impulso incontrolável, estimulado pela obtenção de prazer ou alívio do desprazer, do qual resultam consequências negativas para o indivíduo (Ricou, 2004).

Nesta definição caberão todas as dependências de substâncias como sejam o álcool, os opiáceos, os derivados da planta de coca, os canabinóides, o tabaco, a cafeína, as anfetaminas, e todos as substâncias psicotrópicas quando utilizadas sem indicação médica, de uma forma abusiva. Ainda, todos os comportamentos que, pelas suas características possam, a certa altura, ser incluídos nesta definição. Alguns dos exemplos mais vezes referidos são a dependência da televisão, do alimento, dos computadores e da Internet, do trabalho, das compras, do sexo e do jogo (Alonso-Fernández, 1996).

De facto, em todos estes comportamentos a dinâmica de funcionamento dos indivíduos é semelhante, o desconforto sentido se privados do objecto aditivo é

idêntico, e as estratégias utilizadas para a prevenção das recaídas são comuns (Palha & Esteves, 2008), pelo que a actuação do profissional deve reger-se pelos mesmos princípios.

No presente contexto social, para além das consequências nefastas a nível pessoal, os CA implicam, muitas vezes, danos a terceiros, sejam eles família, entidade empregadora, ou mesmo, danos ao nível da saúde pública, o que tem levado alguns autores a questionarem-se sobre a legitimidade do tratamento compulsivo (Caplan, 2008). No entanto, e tal como foi discutido até agora, os comportamentos aditivos são mediados por um impulso incontrolável, não estando exclusivamente dependentes da vontade do indivíduo, sendo que na sua origem estarão factores biológicos, psicológicos e sociais, o que sucede em qualquer outra doença ou perturbação. Logo, a actuação do psicólogo não pode variar em relação a qualquer outro cliente pelo que o tratamento só será possível nos casos em que as pessoas com CA se disponham voluntariamente a fazê-lo.

#### **4.6.3 – Comportamentos aditivos e tratamento compulsivo**

Já foram referidos os critérios para tratamento compulsivo propostos pela *American Psychiatric Association* (1996)<sup>119</sup>. É defensável que pessoas que sofram de CA possam cumprir quatro dos cinco critérios aí definidos. De facto, os CA podem ser considerados como uma perturbação mental grave (critério 1); é possível assumir que, por exemplo, um heroinómano em pleno síndrome de abstinência não possa ser capaz de dar um consentimento informado livre e esclarecido (critério 4) e não seja por isso competente para decidir por uma admissão voluntária, sendo frequente a sua recusa com vista a poder levar a cabo o único comportamento que conhece para sentir alívio (critério 3); já foi também referido que nos CA existe um perigo real de dano a terceiros ou ao próprio, em consequência da perturbação (critério 5). O que não parece crível é que o critério de razoável expectativa de tratamento eficaz (critério 2) seja cumprido, uma vez que, é hoje senso comum, que o tratamento, nestes casos, só será possível com a colaboração activa do indivíduo, pelo que qualquer tentativa contra a sua vontade estará condenada à partida.

---

<sup>119</sup> Consultar capítulo 1.3.1.3 – “Critérios para o tratamento compulsivo”.



A este propósito, Peele e Brodsky (1991) recusam-se, inclusivamente, a considerar os CA como uma doença, pelo menos no sentido biológico do termo. Defendem os autores que a noção de CA como doença poderá transmitir à pessoa dependente uma desresponsabilização em relação ao seu estado, complicando o seu processo de reabilitação. Ou seja, é fundamental que o indivíduo adicto acredite poder controlar a sua dependência, a fim de a conseguir resolver. Em sentido contrário, ao interiorizar ser uma pessoa doente, o dependente poderá adquirir a crença de que o impulso no sentido da realização do CA será mais forte do que ele impedindo-o de criar as condições para se sentir motivado para o tratamento.

Claro que o profissional não deve ficar de braços cruzados. Neto (1996) refere que a taxa de sucesso no tratamento dos heroinómanos é mais alta quando o tratamento é realizado por ordem do tribunal, em alternativa ao cumprimento de uma pena de prisão efectiva. Nesse sentido, poderemos inferir que as motivações externas serão importantes para o desenvolvimento do processo com vista ao tratamento, pelo que o profissional deve ter como imperativo ético motivar o indivíduo nesse sentido.

#### **4.6.4 – A privacidade**

Ainda que a pessoa dependente deva ser encarada pelo psicólogo como outro cliente qualquer, estando por isso inerentes à relação os mesmos princípios de actuação, não existem dúvidas que este tipo de intervenção tem características particulares. A grande maioria dos especialistas nesta área concorda que uma das características das pessoas com CA passa por terem dificuldades em cumprir as regras que lhes são impostas durante o processo terapêutico. Logo, é frequente solicitar a uma terceira pessoa, próxima do indivíduo dependente, que se responsabilize pelo processo. Este procedimento faz questionar a relação de privacidade entre o profissional e o seu cliente. No entanto, e salvaguardando algumas excepções<sup>120</sup>, não será possível ao profissional envolver um terceiro na relação sem o consentimento da pessoa.

---

<sup>120</sup> A questão das crianças e dos adolescentes levanta problemas muito particulares. A esse propósito consultar capítulo 4.2 – “A intervenção psicológica com crianças”.

Em contrapartida, considerando-se como pressuposto para o tratamento a necessidade de contar com a colaboração de um familiar ou de outra pessoa amiga de confiança, o psicólogo só deverá iniciar a intervenção se o indivíduo dependente estiver de acordo com esta situação. De outra forma, o tratamento deverá ficar adiado, o que não significa que o indivíduo deva ser abandonado; o profissional deverá apresentar a mesma disponibilidade, mantendo-se a abertura para que o indivíduo possa, em qualquer altura, decidir-se pelo tratamento<sup>121</sup>.

Ultrapassam-se desta forma os dilemas inerentes à privacidade, pois os limites da confidencialidade serão discutidos no início do processo, ficando livre o profissional para partilhar a informação previamente acordada com a pessoa em causa.

Se o indivíduo dependente, depois de iniciado o processo, recusar partilhar a informação conforme previamente acordado, tal poderá constituir motivo para a quebra do contrato terapêutico e, em consequência, da relação. Essa possibilidade deverá então ser discutida com o cliente, sendo que o psicólogo apenas deve continuar o tratamento se verificar que todas as condições necessárias estão reunidas. No fundo, a partilha de informação nos CA deve ser vista como possuindo um valor instrumental, constituindo-se como uma ferramenta semelhante a qualquer outra técnica utilizada em psicologia.

#### **4.6.5 – O rastreio do consumo de substâncias**

As mesmas questões se colocam no que diz respeito ao rastreio de consumos<sup>122</sup>. Este deve visar o tratamento, servindo como controlo do mesmo, pelo que não deve ser realizado a pedido de terceiras pessoas<sup>123</sup>. Mais, deverá ter como condição a

---

<sup>121</sup> O facto de não se realizar um tipo de intervenção que vise o tratamento não invalida que o indivíduo não possa beneficiar de uma relação terapêutica que vise a simples motivação para o tratamento ou mesmo a redução dos danos inerentes à prática dos comportamentos aditivos. No entanto, numa sociedade em que os recursos financeiros são escassos, poderá sempre ser questionado se esse tipo de intervenção deverá ser considerado prioritário.

<sup>122</sup> O rastreio de consumos não constitui uma prática frequente do psicólogo, estando, na maioria das vezes, reservado aos médicos. No entanto, dado os profissionais de psicologia funcionarem, frequentemente, em equipas multidisciplinares, pode ser útil esta referência.

<sup>123</sup> Salvaguardam-se aqui os rastreios de consumos a pedido de entidades oficiais, envolvendo pessoas com profissões de risco, ou condutores. Nestes casos, as questões envolvidas são outras, sendo que, para além do interesse social envolvido, as pessoas em causa terão conhecimento que tais práticas são pressupostos inerentes à sua actividade.

obtenção do consentimento informado e não podem os seus resultados ser transmitidos a qualquer pessoa ou entidade sem o conhecimento e a autorização prévia do indivíduo. Aliás, os diferentes tipos de análise deverão ser objecto de consentimentos diversos, uma vez que as suas implicações não são as mesmas. Assim, se numa análise à urina se conseguem despistar consumos realizados no prazo de, aproximadamente, uma semana, numa análise ao cabelo esse prazo aumenta para cerca de um mês (Evans, 1994). Fica evidente que o pedido de consentimento não pode ser obtido nos mesmos moldes.

#### **8.7.5 – A redução de riscos e a minimização de danos**

A redução de riscos enquanto uma abordagem aos problemas associados à utilização de substâncias iniciou-se no início dos anos 80 no Reino Unido. Contudo, as raízes desta abordagem remontam ao início dos anos 20 na Europa e aos anos 70 nos Estados Unidos da América. Os princípios desta teoria centram-se na obtenção de uma abordagem pragmática para lidar com a utilização de droga e os problemas daí decorrentes (Rotgers, 1998).

O desenvolvimento dos programas de redução de risco, segundo Ericsson (1999), deve-se a três momentos distintos na história da humanidade. O primeiro passo derivou da preocupação crescente da população com os riscos implicados no consumo de álcool e tabaco. O segundo passo deu-se com a revelação das elevadas taxas de incidência de contaminações com o vírus HIV/Sida, nos anos 80. Actualmente, no novo milénio, a terceira fase compreende uma perspectiva de saúde pública sobre todas as drogas.

Single (1995) considera que a filosofia da redução de riscos implica que a decisão da pessoa de consumir drogas é aceite como um facto, o que não invalida o facto da decisão de continuar a usar não ser aprovada. Nesta perspectiva, o consumidor é tratado com dignidade, à semelhança de qualquer outro Ser Humano, na expectativa de que se comporte de acordo com o determinado por lei e que seja responsável pelo seu comportamento. O objectivo é reduzir ao máximo o risco associado ao uso de drogas, para qualquer consumidor.

A redução de riscos foca-se então no aprovisionamento de uma série de oportunidades de diminuição do comportamento danoso, assim como da aceitação do facto de que os consumidores nem sempre possam estar preparados para eliminar do seu comportamento o consumo de substâncias psicoactivas. Contudo podem mais facilmente aderir a outro tipo de estratégia que pressuponha não só reduzir o risco associado como também a quantidade de consumo.

Rotgers (1998) propõe um modelo compreensivo que estrutura a intervenção de redução de riscos em dois métodos distintos, a saber, os métodos contextuais e cognitivos. Os métodos contextuais serão todos aqueles que se relacionam com a intervenção directa no contexto de consumo das substâncias, como por exemplo, o fornecimento de agulhas e de seringas esterilizadas, a integração em programas de manutenção com o recurso a um produto de substituição, assim como o provimento de preservativos para reduzir a incidência de doenças sexualmente transmissíveis. Já os métodos cognitivos visam promover a informação da pessoa sobre as consequências das substâncias e das diferentes formas de consumo, bem como das consequências possíveis dos mesmos, auxiliando a pessoa a tomar decisões sobre o seu consumo e a desenvolver um comportamento proactivo face a um estilo de vida mais saudável. Estes métodos podem incluir a educação no tocante às substâncias psicoactivas existentes e os seus métodos de utilização, tendo em consideração os riscos e as consequências, a promoção do processo de tomada de decisão crítica, com base numa escolha informada que possibilite às pessoas tomar a decisão mais adequada, em função do risco ponderado.

**4.7.5.1 – Dilemas éticos associados.** Não será difícil perceber um conjunto de questões que se levantam da aplicação dos programas de redução de risco. Contudo, existe uma que pode ser considerada como central: se estes programas aceitam a manutenção dos consumos, não poderão estar a perpetuar uma dependência e, com isso, promover um mal maior para a pessoa?

Se se considerar o art. 2º da Convenção de Bioética do Conselho da Europa (1996)<sup>124</sup>, “*O interesse e o bem-estar do ser humano devem prevalecer sobre o interesse único da sociedade ou da ciência*”<sup>125</sup> então fica claro que este tipo de programas só poderão ser aceitáveis se visarem o bem estar do indivíduo, não se justificando se o maior interesse na sua aplicação for no sentido da protecção da saúde pública. Então, será fundamental demonstrar, com base na evidência científica, que este tipo de programa é de facto benéfico para as pessoas que nele participam (Patrício, 2002), utilizando metodologias estruturadas que permitam prever, dentro de limites razoáveis, o impacto das mesmas junto das pessoas.

Por outro lado será também pertinente questionar se a generalização destes tratamentos poderá incorrer no abandono do recurso a outros métodos que possam ser mais eficazes no que respeita à promoção da abstinência. A aceitação dos consumos constitui, desde já, uma inversão numa tradição proibicionista, pelo que por um fenómeno de rampa deslizante (Beauchamp & Childress, 2002/1994) poderia correr-se o risco de se atingir um nível de aceitação dos consumos compatível com uma despreocupação em relação à sua continuidade. Então, qualquer que seja o programa adoptado importará não perder de vista a abstinência remetendo-a, quando muito, para um objectivo a longo prazo, ainda que por vezes este possa não ser atingido. De facto, ainda que se pretendam minimizar os problemas associados aos consumos, uma das grandes finalidades será a de abrir portas para que o sujeito dependente possa construir ou manter alguns vínculos com a sociedade, facilitando o seu potencial processo de intervenção com vista à paragem dos consumos.

Existirão ainda questões relacionadas com a justiça distributiva na implementação dos programas e na promoção do acesso equitativo das pessoas que deles

---

<sup>124</sup> “Convenção Para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano Relativamente às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção Sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina”. Adaptada pelo Comité de Ministros do Conselho de Europa, em Estrasburgo, em 19 de Novembro de 1996. Ratificada pela Assembleia da República Portuguesa em 1997, constituindo lei em Portugal desde 1 de Janeiro de 2001.

<sup>125</sup> A tradução, feita a partir do original francês é da responsabilidade de Margarida Coelho e encontra-se contida no livro de: Paula Martinho da Silva: Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina Anotada. Edições Cosmos. Lisboa, 1997.

necessitam, ainda que estas questões não sejam exclusivas do fenómeno do abuso de substâncias. Patrício (2002) considera que os programas de redução de riscos devem ser implementados na periferia das zonas em que os consumos ocorrem. De igual forma, o decreto-lei 183/2001 de 21 de Junho estatui que todos os dependentes podem aceder aos programas de redução de risco desde que se encontrem nas condições em que cada um dos programas visa actuar.

Importa reflectir que para que tal se possa na realidade verificar os recursos necessários serão avultados, pelo que fica a questão, para a qual aliás não existe resposta consensual, se essa deverá constituir-se como uma prioridade numa sociedade onde a escassez de recursos é uma realidade.

Por outro lado será pertinente equacionar se as pessoas aditas estarão realmente em posição de dar o seu consentimento livre, informado e esclarecido, para integrar um programa de redução de riscos, ou será esta uma abordagem paternalista dos cuidados de saúde para pessoas extremamente vulneráveis (Negrete, 2001). A questão remete para o problema da competência da pessoa dependente; se o for poderá consentir livremente. Ainda assim, e dado que a questão da incompetência, se existir, será sempre uma situação transitória, deve fazer-se um esforço para envolver o doente na intervenção, condição essencial para aspirar a algum sucesso a partir da mesma.

#### **4.7.6 – Adições sociais e anti-sociais**

Ainda que os CA devam ser perspectivados de uma forma idêntica por parte dos profissionais de saúde, existem diferenças claras quanto à forma como a sociedade os encara. Sendo assim, existem dependências, químicas ou não químicas, que são aceites socialmente, e outras que são alvo de penalização social ou mesmo criminal.

Estas diferenças de atitude são muitas vezes explicadas pelo nível de aculturação que muitos destes comportamentos sofreram ao longo do tempo (Morel et al., 1998/1997), o que os tornaria comuns e aceites na sociedade onde se inserem. De facto, os CA mais marginalizantes do ponto de vista social serão aqueles induzidos

por substâncias que apenas recentemente tiveram o seu aparecimento na cultura ocidental<sup>126</sup>. No entanto, a nocividade para o indivíduo e para a sociedade não tem uma correlação directa com o nível de aceitabilidade social.

O caso do álcool é paradigmático. Existirão em Portugal cerca de 750 000 bebedores excessivos, o que representa 9,4% da população acima dos 15 anos de idade, e cerca de 580 000 dependentes do álcool (Gameiro, 1997). O alcoolismo é um factor de risco para variadas doenças, pelo que segundo o Plano Nacional para a redução dos problemas ligados ao álcool 2009-2012 (2009) é elevada a taxa de mortalidade directa ou indirectamente ligada ao consumo de álcool.

Ao associar esta incidência às consequências nefastas do consumo de álcool, como por exemplo a sinistralidade rodoviária, a criminalidade, os acidentes de trabalho, a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, e as perturbações familiares, facilmente se poderá reconhecer a perigosidade que o abuso desta substância implica. Contudo, é uma substância que, para além de legal, o seu uso é aceite e até estimulado socialmente, em contraposição com outras substâncias cuja intoxicação aguda ou uso crónico implicam, aparentemente, menores complicações.

Por isso mesmo têm surgido correntes que põem em causa a eficácia e o mérito das estratégias adoptadas para combater o consumo de droga e que esboçam, como alternativa, uma mudança comportamental e legal com vista à redução das suas consequências negativas, bem como, ao controlo do mesmo.

**4.7.6.1 – Liberalização e proibição.** A liberalização do tráfico e do consumo de droga é defendida por algumas correntes teóricas como forma de melhor controlar o

---

<sup>126</sup> Substâncias como a heroína, surgida em 1898, e a cocaína, em 1860, que ainda por cima tiveram, durante longos períodos, o seu consumo associado a minorias culturais, têm de facto um aparecimento mais recente do que o álcool, presente desde tempos imemoriais, e que o tabaco, existente no ocidente desde o século XVI (Richard e Senon, 1999). Outros exemplos poderiam ser encontrados. Hoje em dia, com a valorização dos comportamentos saudáveis, e a partir de um muito maior conhecimento sobre as consequências nefastas de determinadas substâncias, os processos de aculturação são mais difíceis, pelo que não é de prever que substâncias como a heroína ou a cocaína venham alguma vez a ter o mesmo tipo de aceitação social do álcool. O próprio tabaco começa hoje, e cada vez mais, a ser encarado como uma droga, nociva, estando o seu consumo a ser cada vez mais restringido e dificultado.

fenómeno nas suas manifestações e melhor actuar nas suas causas e efeitos nocivos (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 1996). Por contra, outras opiniões apontam para a proibição do consumo, penalizando as pessoas que o fazem com sanções legais. De notar que, actualmente e desde 2001 (decreto-lei n.º 30/2000, de 29 de Novembro), em Portugal vigora um regime de descriminalização do consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, o que não invalida que este seja considerado ilegal.

A opção pela legalização do consumo de drogas, onde se prevê como legal o consumo das actualmente consideradas substâncias ilícitas, coloca-se a diferentes níveis. Esta opção surge, em primeiro lugar, como uma forma de combate ao tráfico, mas também como controlo do consumo individual, já que poderia permitir regulamentar o acesso às substâncias, bem como disponibilizar mais recursos para o tratamento da adição e para o trabalho de prevenção primária, fruto do desinvestimento no controlo do tráfico (Conselho Nacional de Ética para a Vida, 1996; Cheung, 2000).

A sua justificação filosófica de base assenta no facto de o sujeito consumidor ser uma pessoa autónoma e responsável pelas suas acções, razão pela qual o indivíduo, conhecedor dos efeitos nocivos de determinadas substâncias, deverá ser livre de as utilizar. Até porque a existência de uma divisão entre substâncias lícitas e ilícitas acaba por, ainda que de uma forma indirecta, acarretar a marginalização dos consumidores, a manutenção de um mercado à margem da lei, bem como uma incapacidade para avaliar as reais consequências do consumo das substâncias ilícitas.

Contudo, importa considerar que se torna difícil prever o efeito real da legalização dos consumos de psicotrópicos, bem como quais as consequências ao nível do narcotráfico, até porque a coordenação deste tipo de políticas num plano internacional se afigura como muito difícil. Naturalmente que a adopção de uma estratégia deste tipo de uma forma isolada poderia, paradoxalmente, levar a um



aumento dos mercados paralelos. Deste modo, é difícil adivinhar a influência destas políticas no minorar do problema.

Mais ainda, esta perspectiva baseia-se na presunção de que as pessoas são responsáveis na sua decisão de consumirem determinadas substâncias, pelo que, supostamente, quando o fazem, fazem-no de uma forma consciente e informada. Não obstante, e tal como até agora discutido, sabe-se da existência de uma série de variáveis pessoais e ambientais, que ultrapassam a esfera da decisão pessoal, e que condicionam o aparecimento de uma dependência, motivo que leva a questionar sobre até que ponto o consumo, ou pelo menos o consumo excessivo, é realmente voluntário. Ainda, sabe-se hoje que a informação, por si só, não é suficiente para a alteração de comportamentos (Ricou et al., 2004); ou seja, não basta a pessoa conhecer os riscos de determinado comportamento para evitar reproduzi-lo. Nesse sentido, surge a questão de como desenvolver políticas de prevenção primária credíveis que, de facto, promovam atitudes realmente responsáveis e conscientes por parte dos potenciais consumidores.

Já a descriminalização do consumo, situação vigente em Portugal, promove a possibilidade de deixarem de ser aplicadas sanções penais ao uso, posse e aquisição ilícitos de todas as drogas que se verifique serem para uso pessoal. Estes actos ilícitos estarão contudo sujeitos a multas ou a limitações de direitos pessoais, como seja o exercício de algumas profissões, a frequência de alguns lugares, ou o uso ou posse de determinados objectos, ou mesmo à obrigação de apresentação periódica em locais específicos. Ainda assim, e de uma forma geral, o objectivo seria dar prioridade ao tratamento terapêutico dos infractores em detrimento da imposição deste ou de outro tipo de sanções (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2000).

A filosofia aqui implícita seria a inversão do paradigma clássico, favorecendo um sistema que reconhece as pessoas dependentes como doentes que poderão, em virtude disso mesmo, tornar-se criminosas. Paralelamente, parece ser hoje claro que, na maioria das vezes, a delinquência associada aos consumos é prévia aos

mesmos (Morel et al., 1998/1997), ou seja, que muitos delinquentes acabam por se tornar consumidores de drogas, mais do que os consumidores de drogas se tornarem delinquentes.

Contudo, como sugere o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (1996), esta ideia não deverá ser encarada de uma forma simplista já que, se poucos têm dúvidas de que a sociedade deve ser responsável pela cura e pela recuperação dos doentes, então deverá igualmente preocupar-se em evitar a degradação da saúde dos seus membros, tomando atitudes de índole preventiva ou repressiva, pelo que medidas que possam levar ao aumento do recurso a este tipo de substâncias devem, por isso mesmo, ser evitadas.

Ainda assim, também é verdade que o proibicionismo vigente durante tanto tempo em Portugal, bem como na maioria das sociedades ocidentais, não contribuiu para que os consumos destas substâncias fossem controlados. A questão que se coloca é se a ilegitimidade terá de facto um efeito dissuasor dos consumos e, paralelamente, se será possível aumentar a eficácia das polícias. Por outro lado não se pode correr o risco de fazer passar a ideia de que a despenalização surge em função de uma noção de desagravamento das consequências do consumo destas substâncias, o que poderia resultar num acréscimo do consumo, nomeadamente pelas camadas mais jovens da população, vulneráveis e propensas à busca de sensações e ao prazer imediato. Aliás, ao caminhar para uma sociedade onde se vai tentando dificultar cada vez mais o consumo de tabaco, seriam estranhas medidas que conduzissem a um desagravamento do consumo de outras substâncias, independentemente da percepção do seu grau de nocividade individual.

Qualquer que seja o modelo adoptado parecem não existir dúvidas que a aposta na prevenção, aos mais variados níveis, tem que ser mais válida e efectiva, promovendo a educação e a consciencialização para o problema, assim como optimizando os procedimentos terapêuticos que visam a melhoria e a desabitação dos dependentes. Pretende-se ainda ao nível da prevenção diminuir ou minimizar as

consequências negativas associadas aos consumos, não só a nível individual mas também em contexto familiar e social.

Resumindo, não se deve falar de dependência a substâncias mas sim de comportamentos aditivos. A substância não pode ser considerada como o bode expiatório dos males sociais, pois que se constitui apenas como um veículo possível da estruturação de uma dependência, e não a sua causa primeira. Por isso mesmo, prevenir deve ser encarado muito mais como um tipo de intervenção individual do que uma actividade social, de grupo. A intervenção junto do indivíduo será aquela mais capaz de promover uma real alteração de comportamentos que possam ser protectores em relação ao desenvolvimento de dependências (Ricou et al., 2004). A disponibilidade do objecto de adição parece constituir-se, igualmente, como um factor de risco para o desenvolvimento de dependências (Morel et al., 1997/1998). A incidência do alcoolismo será disso um bom exemplo. Então, deverá ser sempre bem ponderada qualquer decisão tomada no sentido de facilitar o acesso das pessoas às substâncias, ainda que se compreenda que tal facto, isoladamente, estará longe de ser suficiente para prevenir o aparecimento de comportamentos aditivos.

#### **4.8 – SUMÁRIO**

- A formação é o cerne da actuação em psicologia. Os profissionais devem sempre saber reconhecer quando não são suficientemente competentes para lidar com alguma situação.
- O supervisor desempenha um papel central na formação em psicologia, pelo que deve ser dignificado.
- Ainda que seja difícil prever de uma forma clara todas as possíveis consequências e resultados da intervenção psicoterapêutica, parece ser preferível a obtenção de um consentimento informado para a mesma.
- A posição do terapeuta deve ser de neutralidade, tentando evitar algum tipo de imposição de valores ao seu cliente. Tal não invalida o questionamento de alguns

valores que possam contribuir para a mudança no sentido do pedido efectuado pelo cliente.

- Com clientes excepcionalmente difíceis devem ser tomados cuidados especiais. O abandono das pessoas não será possível, ainda que, nos casos onde não seja possível o estabelecimento de uma relação de confiança possa ser proposta uma outra alternativa terapêutica.
- Nos casos em que se prevejam dificuldades será mais fácil ao psicólogo não iniciar o processo de intervenção do que interrompê-lo mais tarde.
- As relações múltiplas devem ser evitadas em psicologia. De todo o modo qualquer relação que se inicie fora do contexto terapêutico, com o cliente ou com alguém com ele ligado, nunca poderá servir para abalar a aliança terapêutica.
- As competências necessárias para o trabalho com crianças serão diversas daquelas para a intervenção com adultos, pelo que os dilemas éticos mais correntes estarão eles próprios colocados em planos distintos.
- Uma das grandes dificuldades éticas na intervenção infantil relaciona-se com o exercício da autonomia da criança, procurando um equilíbrio entre o seu melhor interesse e a posição das suas figuras de vinculação.
- É aos pais que compete decidir pela criança, pelo menos enquanto o interesse desta não for comprometido por outros valores que não o amor pela criança.
- A intervenção psicológica com a criança será muito difícil sem a colaboração e por isso sem o consentimento dos pais. Nos casos em que a influência da família for tão negativa que se considere que ainda assim a intervenção seria benéfica, a primeira prioridade deverá ser a retirada da criança desse ambiente.
- O trabalho em equipa, envolvendo os diversos agentes presentes na vida da criança e da sua família, é fundamental. Em situações avaliadas como de real perigo a denúncia às autoridades competentes deverá ser o caminho de recurso.
- Com os adolescentes o grande objectivo será conseguir consensos quanto aos procedimentos a afectar com estes e com os seus pais. Contudo, a referência do psicólogo deverá ser o bem-estar do adolescente, considerando as suas dimensões biológica, psicológica, social e familiar.

- A privacidade do adolescente deve ser privilegiada. Isso mesmo deve ser combinado com os seus progenitores ou representantes legais. As exceções, se possível, devem ser discutidas no início do processo.
- Nos processos de intervenção familiar a família é o cliente, pelo que a definição das regras de funcionamento no início do processo assume-se como ainda mais importante.
- Num mundo onde a diversidade familiar é cada vez maior, o objectivo do psicólogo será trabalhar com os membros da família no sentido de os ajudar a escolher e assumir, activamente, os papéis que pretendem desempenhar.
- Se a atenção do psicólogo deve ser com a família, em casos onde algum dos seus elementos se encontre em situação de perigo, a sua responsabilidade passará por ajudar essa pessoa, ainda que daí possa decorrer o terminar precoce do processo.
- As regras de privacidade na intervenção familiar deverão ser muito bem definidas desde a primeira sessão e relembrados disso mesmo os clientes de tempos a tempos.
- O consentimento informado assume na intervenção em grupo uma importância ainda maior, uma vez que as dificuldades em prever os seus resultados serão ainda maiores dado dependerem da dinâmica do próprio grupo.
- A competência, o treino e a supervisão são pilares basilares para o psicólogo que se propõe realizar uma intervenção em grupo, em função das suas dificuldades acrescidas.
- A privacidade é mais difícil de garantir na intervenção em grupo, dado os participantes não estarem legalmente obrigados a respeitá-la. Disso mesmo deve o psicólogo dar conta a cada um dos participantes.
- Existem vantagens e desvantagens na intervenção psicológica à distância. Por isso mesmo devem existir critérios rigorosos a presidir à sua aplicação.
- O psicólogo que recorre a meios de comunicação com grande difusão, como rádio, a televisão, ou as revistas, deve estar ciente do impacto do seu discurso, pois está investido de uma autoridade que advém da sua classe profissional, pelo que o poder das suas palavras e dos seus exemplos será interpretado em função disso mesmo.

- No que diz respeito aos contactos com os clientes fora das sessões agendadas, o psicólogo deve actuar de um modo consistente com a sua orientação teórica e definir, em conjunto com o seu cliente, as regras orientadoras.
- A publicidade é possível em psicologia desde que seja precisa e não induza, de forma alguma, o potencial cliente em erro.
- Dificilmente será justificável o abandono de um cliente por dificuldades financeiras para o pagamento dos honorários do psicólogo. Deve ser tentado algum tipo de acordo que possa ser confortável para ambas as partes.
- Os comportamentos aditivos são mediados por um impulso incontrolável, não estando exclusivamente dependentes da vontade do indivíduo, sendo que na sua origem estarão factores biológicos, psicológicos e sociais, o que sucede em qualquer outra doença ou perturbação. Logo, a actuação do psicólogo não pode variar em relação a qualquer outro cliente.
- As motivações externas serão importantes para o desenvolvimento do processo com vista ao tratamento do indivíduo que sofre de comportamentos aditivos, pelo que o profissional deve ter como imperativo ético motivar o indivíduo nesse sentido.
- A partilha de informação na intervenção em comportamentos aditivos tem um valor instrumental, constituindo-se como uma ferramenta semelhante a qualquer outra técnica utilizada em psicologia. Por isso mesmo, a privacidade desta relação tem características particulares.
- O rastreio de consumos de substâncias deve visar apenas o tratamento.
- Os programas de redução de riscos levantam dilemas éticos complexos relacionados com a perpetuação do consumo, com as dificuldades na obtenção de um consentimento informado para a participação do sujeito, e com questões de justiça distributiva.
- Quaisquer que sejam as políticas utilizadas na intervenção nos comportamentos aditivos, como sejam a despenalização ou a legalização, não se poderá transmitir uma noção de desagravamento das consequências do consumo destas substâncias.

## 5– A INVESTIGAÇÃO EM PSICOLOGIA

A investigação e a experimentação são a base de qualquer ciência, disciplina ou profissão. Não faria sentido falar em intervenção sem a produção de conhecimento válido para tal. Contudo, e ainda que a produção de conhecimento tenha como objectivo último ajudar as pessoas, a verdade é que a investigação é liderada pelos profissionais que procuram as pessoas para que estas possam colaborar. Então, poderá afirmar-se que neste caso os profissionais só indirectamente trabalham no sentido do melhor interesse da pessoa, pelo que os dilemas éticos levantados são ainda mais claros.

Nesta perspectiva, o respeito pela autonomia pessoal torna-se um tema central, dado que, ao contrário da intervenção psicológica, na investigação é o profissional que solicita a participação da pessoa em lugar de ser a pessoa a procurar ajuda. Nesta linha de pensamento, a obtenção do consentimento informado e o respeito pela privacidade da pessoa são valores ainda mais centrais, pelo que o seu cumprimento deve ser incondicional. Aliás, e por isso mesmo, deverá ser um processo mais complexo conseguir a autorização das pessoas para a sua participação. Se o consentimento, por norma, deve ser voluntário (Beauchamp & Childress, 2002/1994) neste caso deve existir ainda um maior cuidado para evitar qualquer possibilidade de sedução das pessoas para a sua participação, bem como, deve ser tido em atenção o tipo de linguagem utilizado na obtenção do consentimento e na declaração escrita que normalmente o acompanha. A investigação junto de pessoas com competência diminuída, bem como, os processos de investigação que dispensam a obtenção de consentimento, são outros dos temas discutidos. A necessidade de uma entrevista pós-experimental, sobretudo em situações onde foi necessário induzir as pessoas em erro, será também abordado.

Finalmente, serão discutidas as questões inerentes às publicações científicas, bem como, será feita uma pequena referência à experimentação com animais.

## 5.1 – A AUTONOMIA COMO PRINCÍPIO CENTRAL NA INVESTIGAÇÃO

As principais questões éticas envolvidas na investigação em psicologia não são diferentes, no seu essencial, das referentes à experimentação no Homem, consignadas na Declaração de Helsínquia<sup>127</sup> da *World Medical Association* (WMA) (2008). Na base, a grande diferença ética entre a prática clínica e a investigação é que enquanto na primeira é a pessoa, em dificuldades, que procura o profissional para ser ajudada, na segunda, normalmente, é o profissional que procura a pessoa para que esta o auxilie na investigação.

Então, ainda que se possa argumentar que o produto da investigação reverterá a favor de todas as pessoas em função da produção de conhecimento, a questão do respeito pela autonomia pessoal e do inerente processo de obtenção do consentimento informado assume-se como ainda mais importante no contexto da investigação. Na verdade, é por norma impossível garantir que o resultado da participação da pessoa no processo de investigação será inócuo e sem resultados negativos. Não será por acaso que Dobson (2008) defende que o princípio essencial da investigação deve ser considerá-la do ponto de vista dos participantes. Desta forma, os melhores juízes sobre o potencial dano de uma determinada investigação serão os membros da população a ser estudada. Torna-se pois uma obrigação básica de qualquer pessoa que conduza uma investigação que envolva participantes humanos providenciar informações apropriadas sobre o estudo e sobre os seus resultados (McConnell e Kerbs, 1993).

Uma investigação só será eticamente aceitável se o balanço de custo-benefício for favorável aos participantes, sendo que apenas estes estarão em posição de realizar uma contabilidade séria a esse respeito (Fisher e Fyrberg, 1994). É evidente que o investigador terá a obrigação de minimizar os potenciais riscos para os participantes e maximizar os benefícios (Fischman, 2000), mas deverá ter o maior cuidado em não o fazer quando do processo de obtenção do consentimento informado.

---

<sup>127</sup> A Declaração de Helsínquia teve a sua última revisão no ano de 2008, na Coreia do Sul, sendo possível aceder-lhe através da página da *World Medical Association* cujo endereço é [www.wma.net](http://www.wma.net).



Na psicologia, tendo em consideração as características da população a estudar, as maiores dificuldades sentidas centram-se sobretudo em três ordens de factores: (1) a dificuldade em assegurar que de facto os participantes não são voluntários à força, ou seja, qual a melhor forma de obter um verdadeiro consentimento informado; (2) as questões da privacidade; e (3) a necessidade de realização de uma entrevista pós-experimental (*debriefing*)<sup>128</sup>, com vista a evitar o potencial surgimento de problemas para o participante.

### 5.1.1 – O consentimento informado

No que respeita à voluntariedade para a participação num estudo, o processo de obtenção do consentimento informado assume-se como preponderante, pelo que o investigador deve ter em atenção que o recrutamento de alguém não deve ser encarado como uma oportunidade de marketing. Ou seja, não deve o investigador tentar seduzir a pessoa para a participação, seja através da hipervalorização dos objectivos do estudo (Rosenthal, 1994), ou mostrando ser este muito importante para si próprio. Bem pelo contrário, o profissional deve ter em atenção que é frequente o potencial participante tentar agradar o investigador, sobretudo se existir algum tipo de relacionamento terapêutico (Blanck et al., 1992). O estudo de investigação não deve ser sentido pelo participante como uma oportunidade para agradecer ao profissional o trabalho que porventura já tenha sido realizado.

Ainda que Blanck e colaboradores sugiram que o investigador deve, idealmente, afastar-se do processo e recrutamento da amostra, poderá ser aceitável que tal seja condição obrigatória apenas nos casos em que o investigador mantenha uma relação terapêutica com o potencial participante, tal como vem, aliás, expresso na Declaração de Helsínquia (WMA, 2008) no seu ponto 26. De outro modo, o investigador deverá dar todos os passos que julgue necessários para garantir que a participação do sujeito é voluntária e consciente. Na base, sendo desejável a

---

<sup>128</sup> Blanck e colaboradores (1992) referem-se ao termo *debriefing*, para o qual é difícil encontrar na Língua Portuguesa uma tradução apropriada, como uma entrevista pós-experimental, ou seja, que tem lugar normalmente após a intervenção necessária para o processo de investigação. Tem como objectivo abordar todas as questões que surjam durante a investigação. Desta forma pretende-se aumentar o conhecimento da pessoa sobre o processo em que participou dando-lhe uma percepção de que o seu contributo não foi uma mera perda de tempo.

assinatura de um formulário de consentimento informado, há que ter bem presente que tal não se constitui como o objectivo do processo, mas sim que o sujeito compreenda o que está em causa e aceite participar de uma forma informada e consciente. Ainda assim, a Declaração de Helsínquia (WMA, 2008) estatui que nos casos em que não seja possível a obtenção do consentimento na forma escrita, o consentimento verbal deve ser documentado e testemunhado.

**5.1.1.1 – As compensações conscientes e inconscientes.** O carácter voluntário do consentimento pode estar em causa quando existem assimetrias hierárquicas. Processos de investigação em que os participantes possam ser empregados ou alunos do investigador serão exemplos disso mesmo, pelo que constituem situações que devem ser devidamente acauteladas, frisando-se que a participação é totalmente voluntária (Smith, 2003). Igualmente, cuidados especiais devem ser considerados quando se trata com pessoas detidas, dando especial atenção às circunstâncias que possam afectar a voluntariedade do consentimento. Será exactamente pelo mesmo motivo que o pagamento a participantes em investigações deve ser evitado, uma vez que o dinheiro poderia constituir-se como uma pressão inaceitável, levando a pessoa a correr riscos maiores do que aqueles que aceitaria correr na sua vida normal, se não fosse paga para isso (BPS, 1991). Deste modo, existiria uma muito maior probabilidade de que as pessoas com maiores dificuldades económicas aceitassem participar, o que se traduziria numa discriminação inaceitável. Para além da deturpação incontornável dos resultados, estaria a promover-se a iniquidade no exercício da psicologia. A prática profissional, seja na sua vertente de intervenção ou de investigação, nunca pode ser encarada como um mero negócio: o bem-estar do cliente deverá ser sempre a principal preocupação. Não obstante, será sempre admissível indemnizar os participantes pelo tempo perdido no processo avaliativo.

**5.1.1.2 – A linguagem.** Tal como em qualquer outro processo de obtenção de consentimento informado a linguagem utilizada deve ser clara e adequada à pessoa em causa. Deve ser discutida a natureza da investigação, os seus propósitos e benefícios previsíveis, a sua duração, bem como todos os procedimentos a realizar

durante a mesma. Deve ser ainda expressamente declarado que a não participação do sujeito no processo não implicará nenhuma consequência negativa para o próprio, sendo assegurado que tudo se manterá da mesma forma. Acresce a importância da referência à possibilidade de desistência no decorrer da investigação, seja por que motivo for, sendo ainda abordadas as possíveis implicações do abandono da mesma. É ainda essencial discutir todos os potenciais efeitos, ainda que raros, da experimentação a que o sujeito será submetido, bem como todos os aspectos que, com razoável probabilidade, possam influenciar a sua vontade em participar, disponibilizando-se o investigador para responder a todas as dúvidas e perguntas que possam surgir, em qualquer momento do processo. Deverão ainda ser discutidos, como já foi referido, os limites da confidencialidade.

**5.1.1.3 – A declaração de consentimento.** O objectivo do consentimento é a compreensão do processo por parte do sujeito (Beauchamp e Childress, 2002/1994), pelo que o importante não é a assinatura de qualquer tipo de formulário, mais ou menos completo.

Aliás, deve ter-se em consideração que a assinatura de uma declaração de consentimento pode ter efeitos paradoxais (Mann, 1994), pelo que deve ser alvo de cuidados especiais. Por um lado, a complexidade do texto a ser assinado pelo participante poderá contribuir para uma maior desinformação, pelo que a sua leitura deve ser acompanhada pela pessoa encarregue de seleccionar a amostra. Por outro lado, sucede que por vezes a assinatura do consentimento informado pode suscitar no participante a crença de que perdeu o direito de, por exemplo, processar o investigador se sentir ter sido alvo de alguma injustiça ou negligência, pelo que essa questão deve também, se necessário, ser discutida (Mann, 1994).

Deve pois colocar-se algum cuidado na construção deste documento e assegurar que este será sempre acompanhado pela explicação do investigador. Para Fischman (2000) existem alguns detalhes que poderão contribuir para uma melhor compreensão dos formulários, como seja a existência de quadros explicativos e a

manutenção de algum espaço em branco nas folhas, ou seja, não ocupar toda a folha com o texto, pois isso desencoraja, à partida, uma leitura adequada da mesma.

**5.1.1.4 – As pessoas com competência diminuída.** Mesmo que os sujeitos pareçam incapazes de dar o consentimento informado, como no caso de pessoas com défices cognitivos graves, deverá ser feita uma descrição adaptada dos conceitos básicos envolvidos na investigação, sendo que a pessoa deverá consentir ou concordar em participar, uma vez que, apesar da sua compreensão não ser total, pode ter, ainda, essa capacidade (Canter et al., 1996). De qualquer forma, nestes casos, deverá ser obtido, de igual modo, o consentimento do representante legal ou de outra pessoa devidamente autorizada (Fischman, 2000).

Appelbaum (1997) refere que os doentes totalmente incapazes em perceber as implicações de um projecto de investigação, com os riscos e benefícios inerentes, são legalmente incompetentes para decidir, pelo que devem ser excluídos do projecto de investigação. No entanto, a Declaração de Helsínquia (WMA, 2008) prevê que o consentimento possa ser obtido do representante legal desde que a investigação não possa ser levada a cabo com sujeitos competentes, traga benefícios para a população representada pelo potencial participante e não acarrete prejuízos ou incómodos de maior. Ainda assim, a recusa por parte do doente em participar deverá “bloquear” a sua entrada no estudo, salvo nos casos em que este seja a única hipótese de lhe trazer qualquer benefício directo. De facto, nos casos de recusa, forçar a pessoa a participar será provocar-lhe incómodos inaceitáveis tendo em consideração os objectivos da investigação.

Ainda, se durante a investigação, o responsável pela mesma se aperceber de problemas físicos ou psicológicos no participante que este aparenta desconhecer, terá a responsabilidade de o avisar disso mesmo, sobretudo se o facto de não o fazer o colocar em perigo. Em sequência, deverá disponibilizar todos os recursos necessários para uma correcta assistência do participante.

**5.1.1.5 – A dispensa do consentimento.** Existem, segundo Smith (2003), três situações em que a obtenção de consentimento informado é desnecessária desde que não decorra, é claro, nenhum tipo de prejuízo previsível para os participantes: (1) o estudo de práticas educacionais normais conduzidas em ambiente educacional curricular; (2) questionários anónimos, observações naturais ou investigação de arquivos, cujas respostas ou conhecimento não coloquem os participantes em risco de prossecução civil ou criminal, não causem prejuízos a nível financeiro, profissional ou da sua reputação, e para os quais a privacidade esteja garantida; (3) o estudo de factores relacionados com o emprego, conduzido em ambiente organizacional, o qual não implique riscos para o emprego dos participantes, e em que a privacidade esteja garantida.

De notar que a ideia de ausência de risco deve ser interpretada de acordo com o conceito de risco inferior ao mínimo (Beauchamp & Childress, 2002/1994) que corresponde à ideia do risco que as pessoas aceitam correr apenas por estarem vivas. Então, será sempre esse o risco que deverá servir de referência para discernir sobre a possibilidade da dispensa de consentimento.

A Declaração de Helsínquia (WMA, 2008) refere no seu artigo 29 que poderá existir dispensa de consentimento em pessoas incapazes, nos casos em que a realização da investigação não possa ser adiada e em que não seja possível, em tempo útil, obter o consentimento informado por parte dos representantes legais. Acrescenta-se no texto que tal só será possível nos casos em que essa possibilidade esteja prevista no protocolo que tenha merecido a aprovação de uma Comissão de Ética, sendo que o consentimento deve ser obtido logo que possível.

Independentemente das possíveis interpretações que o artigo pode sugerir, não deve ser esquecida a ideia base da ética, e que será tomar a pessoa como um fim em si mesmo, respeitando a sua dignidade e tentando contribuir para o seu bem-estar. Este artigo da Declaração pretende, no fundo, evitar a proibição absoluta da investigação em certos casos em que possa não ser possível o contacto com os representantes legais do potencial participante. Para tal, devolve o problema a uma

comissão de ética que deverá decidir em função de cada caso particular. Introduz-se, deste modo, a casuística na decisão procurando-se um justo equilíbrio entre o interesse da ciência e o interesse do indivíduo.

### **5.1.2 – A privacidade**

Assegurar a confidencialidade dos dados obtidos não só se constitui como uma defesa dos sujeitos da investigação, como aumenta a sinceridade das suas respostas, diminuindo a possibilidade de viés no estudo (Blanck, Bellack, Rosnow, Rotheram-Borus, e Schooler, 1992). Por isso mesmo, e porque a violação da privacidade pode trazer graves repercussões para os participantes, os investigadores devem ter cuidados redobrados na protecção da confidencialidade.

Contudo, existem situações nas quais manter a privacidade pode ser muito difícil. Se se imaginar um protocolo de investigação que envolva a participação de crianças e, nesse contexto, for descoberta uma situação de maus-tratos, será difícil ao profissional nada fazer. Contudo, intervir poderá criar um dilema complexo em relação às obrigações de privacidade assumidas.

Não deve ser esquecido que o objectivo de qualquer investigação é promover o conhecimento na área abordada; outro tipo de atitude que não seja o respeito pela privacidade da pessoa poderá levar os participantes a atitudes defensivas, dando as respostas que julguem estar mais de acordo com aquilo que socialmente será de esperar, o que condicionará os resultados, invalidando-os. Por outro lado, constitui obrigação do psicólogo reportar situações de maus-tratos infantis, dado estes constituírem uma agressão inaceitável ao direito da criança a um desenvolvimento harmonioso<sup>129</sup>.

---

<sup>129</sup> Como já foi discutido no capítulo 4.2 – “A intervenção psicológica com crianças” – o psicólogo, quando confrontado com situações em que esteja em causa, de uma forma grave, uma terceira pessoa exterior à relação, deverá, depois de esgotadas todas as possibilidades, dar os passos necessários para resolver a situação, ainda que tal implique a quebra de confidencialidade, através, por exemplo, do relato da situação ao tribunal de menores. Os maus-tratos a crianças, pelo seu impacto no desenvolvimento infantil, são um exemplo paradigmático do descrito.

Pelos motivos expostos, realizar um estudo em que se pretenda aferir sobre a dinâmica de famílias onde será provável a existência de maus-tratos infantis só será possível se for assegurada privacidade absoluta, pelo que o dilema se torna evidente. Normalmente, as pessoas que exercem violência sobre as crianças têm consciência que os maus-tratos infantis são comportamentos socialmente reprováveis, pelo que tentarão escondê-los, sobretudo se vislumbrarem a hipótese de virem a ser penalizadas.

Nesse sentido, poderá ser mais útil não procurar informação do que obter conhecimentos erróneos, pelo que se torna questionável a realização deste tipo de estudos. Ainda que se possa colocar a possibilidade de se idealizar um método que impeça a identificação dos sujeitos da amostra, existe sempre o risco de não se atingir esse objectivo. Como afirma Carlier (1995), o cruzamento de diferentes variáveis conduz ao aumento do risco de identificação das pessoas. Mais, se o meio ou a população estudados forem pequenos, torna-se muito difícil conseguir um anonimato absoluto, pelo que disso se deve dar nota aos participantes no estudo, o que nestes casos, muito provavelmente, condicionaria a veracidade das respostas.

No que respeita a estudos que envolvam o rastreio do VIH a problemática é semelhante, sendo que, por isso mesmo, a resposta deverá ser idêntica. Se o conceito de privacidade está também relacionado com o direito da pessoa em não obter informações sobre o seu estado de saúde (Folkman, 2000), como lidar com esta realidade com indivíduos testados para o VIH que escolham não ser informados sobre o seu estado? Como lidar com as questões a propósito da potencial infecção a que estará sujeito o seu parceiro sexual?

Sendo a realidade da investigação bem diversa da realidade clínica, tornando por isso mais difícil ainda justificar a quebra da confidencialidade, defende-se que em situações em que não seja possível garantir de uma forma absoluta a confidencialidade dos resultados, os estudos devem ser bem ponderados e, possivelmente, evitados. Tal como vem referido nas linhas directrizes da *British Psychological Society* (BPS) (1991), algumas áreas do comportamento e da

experiência humana podem estar para além da observação, da experimentação ou de outra forma de investigação psicológica. Noutro sentido, a única alternativa será definir *a priori* as excepções, sendo que deverá ficar bem claro que nestes casos o indivíduo que aceite participar fica privado do seu direito a não saber, bem como poderá ver libertada a informação para uma terceira pessoa envolvida (Folkman, 2000). Não será demais lembrar que estas excepções poderão ser condicionadoras da veracidade dos sujeitos, pondo em causa a validade dos resultados obtidos. O tipo de amostragem utilizado poderá ser outra solução, nestes casos. Heckathorn (1997) desenvolveu o *Respondent-driven sampling* (RDS), baseado numa amostra do tipo bola de neve (Goodman, 1961) cujo objectivo é conseguir uma amostra de uma população que desenvolva comportamentos de algum modo estigmatizados, pelo que de cooperação difícil. Deste modo, o investigador apenas contacta com um primeiro indivíduo pertencente à população que por sua vez irá contactar outros indivíduos com as características pretendidas e assim sucessivamente. Nessa altura, e em função de um qualquer pequeno incentivo, será o investigador a ser contactado pelos participantes para que lhe seja entregue a informação de uma forma anónima. Deste modo, torna-se mais fácil a protecção da privacidade dos participantes e, por isso mesmo, provavelmente mais sincera a sua participação, sendo que o investigador não viverá do mesmo modo o conflito entre os seus papéis de psicólogo e investigador.

Fica claro que este conflito vivido entre o interesse da ciência e o interesse do indivíduo deverá sempre, e em última análise, privilegiar este último<sup>130</sup>. Todas as soluções encontradas serão sempre positivas no sentido de promover a construção de conhecimento, sendo que o investigador deverá sempre ter em conta a importância da privacidade a este nível.

Importa ainda chamar a atenção, a este propósito, para o valor que uma declaração escrita a assegurar a privacidade dos participantes pode ter. Blanck e colaboradores

---

<sup>130</sup> *Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with Regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine* (1996). Strasbourg: Council of Europe.



(1992) defendem que, ainda que não tenha sido inquestionavelmente provado, a existência de uma garantia escrita de confidencialidade poderá contribuir para uma mais honesta participação dos sujeitos avaliados, pois promoverá uma maior sensação de segurança em relação à privacidade do processo.

## **5.2. – A ENTREVISTA PÓS-EXPERIMENTAL (*DEBRIEFING*)**

A entrevista pós-experimental, ou *debriefing*, pretende, no limite, contribuir para o respeito pela dignidade da pessoa. Como o próprio nome indica é uma entrevista com os participantes que surge após o término do processo experimental, e que tem como objectivo promover a compreensão dos objectivos da investigação, removendo quaisquer possíveis impactos negativos que a situação experimental possa ter causado (J. Silva e A. Pires, 1996; Knapp & VandeCreek, 2006). Mais, muitas vezes as pessoas aceitam participar em processos de investigação porque os vêm como uma oportunidade para aprenderem mais alguma coisa sobre elas próprias (Blanck et al., 1992), pelo que a entrevista final pode constituir-se como uma oportunidade para fornecer um *feed-back* nesse sentido. Segundo os mesmos autores, este facto contribui ainda para aumentar a sensação da pessoa de que terá participado em alguma coisa importante para a psicologia e para a sociedade em geral. Para Eyde (2000) esta entrevista funciona como um dos benefícios da participação das pessoas na investigação.

Claro que o investigador deverá ter em atenção que a pessoa poderá não querer ter conhecimento de alguns pormenores sobre o seu desempenho, pelo que, as informações deverão ser fornecidas com cuidado. Não será por acaso que, a este propósito, Dufourt e Largeault (1995) afirmam, por outro lado, que a entrevista pós-experimental pode ser traumatizante.

Finalmente, esta entrevista final oferece ao investigador a oportunidade para descobrir o significado pessoal que o processo possa ter tido para o participante, bem como se os procedimentos foram de factos correctamente compreendidos e executados, o que poderá constituir uma informação preciosa para uma correcta interpretação dos resultados (Knapp & VandeCreek, 2006).

Garantir que os participantes no estudo mantêm a confiança nos investigadores é outro objectivo da entrevista pós-experimental, sendo que para perseguir esse desiderato pode ser imprescindível o recurso a este meio como oportunidade para discutir todos os mal-entendidos que se possam ter mantido durante o processo.

### **5.2.1 – O “engano” e o placebo.**

A entrevista pós-experimental terá ainda maior relevância nos casos em que o “engano” dos participantes tenha feito parte da metodologia do estudo. Esse deverá constituir o momento em que tudo possa ser de facto esclarecido, reduzindo os potenciais efeitos nefastos da utilização do engano e salvaguardando a imagem da psicologia. Segundo F. Bernardo (1996) o uso do engano é defendido quando o conhecimento do verdadeiro objectivo do estudo influenciar determinadamente os seus resultados. Para Fischman (2000) será menos mau omitir informação do que dar informação errada.

De uma forma ou de outra, enganar colide de uma forma decisiva com o direito que os sujeitos da investigação têm em ser informados dos objectivos do estudo, até porque tal poderia constituir-se como uma variável importante para a sua decisão em participar ou não. Na base, estará um argumento deontológico centrado na ideia de que enganar alguém é mau. Para Pittenger (2002) um argumento utilitarista pode também ser aduzido, já que enganar pode, para além de influenciar a forma como os sujeitos vão agir, diminuir a confiança do público na profissão.

A verdade é que em determinados estudos onde, por exemplo, a observação dos sujeitos seja uma parte importante da metodologia, a obtenção de consentimento informado pode não ser possível e/ou condicionar os resultados, dado que isso mesmo poderá contribuir para que o sujeito deixe de actuar espontaneamente (Knapp & VandeCreek, 2006). Nesses casos o uso do engano pode ser ponderado. Ainda assim, os estudos observacionais só serão eticamente toleráveis se estiverem centrados em situações onde seja normal as pessoas serem observadas por estranhos (BPS, 1991). Em simultâneo, o benefício previsível do estudo deve ser

claramente superior ao dano previsivelmente causado aos participantes, enquadrando-se este último em padrões aceitáveis<sup>131</sup>, e quando for impraticável o uso de técnicas alternativas como o *role-playing* (J. Silva e A. Pires, 1996).

Outros autores defendem uma metodologia semelhante à experimentação com recurso a placebo (Fisher e Fyrberg, 1994; Dufourt e Largeault 1995). Quando o “engano” for uma necessidade metodológica da investigação, o profissional deverá transmitir aos sujeitos, no início da experimentação, que não se lhes vai dizer tudo o que está envolvido, o que irá acontecer no fim do processo. De facto esta poderá ser uma opção a seguir em determinados contextos, não sendo no entanto exequível, como será bom de ver, em algumas metodologias observacionais.

A utilização de placebos implica algumas complicações que devem ser tidas em consideração. O placebo é, por definição, uma técnica ou substância inerte desenhada para não ter nenhum tipo de efeito terapêutico na pessoa, que não o inerente à sugestão psicológica. É por isso utilizado quando se pretende testar uma técnica ou substância nova, com o intuito de distinguir o efeito terapêutico do efeito de sugestão pessoal. A pessoa quando procura um profissional de saúde, no caso um psicólogo, pretende um tratamento, pelo que a administração de um placebo em vez de uma intervenção activa poderá constituir, para além de uma violação do princípio da beneficência, um desrespeito à autonomia pessoal.

Uma solução possível será a de, antes da intervenção, o investigador avisar o potencial participante de que poderá ser incluído num grupo que vai beneficiar da intervenção activa ou num grupo de placebo. Nesse caso o consentimento do sujeito será válido. No entanto, se o problema do respeito pela autonomia fica assim resolvido, já a obrigação de beneficência e não-maleficência, não parece neste caso ter solução (Lindsey, 1986). A Declaração de Helsínquia (WMA, 2008) alterou o estatuído a propósito da utilização de placebo. Na sua versão do ano 2000 foi definido que o placebo só seria aceitável nos casos em que não existisse nenhuma alternativa terapêutica válida, o que praticamente invalidaria a sua utilização em

---

<sup>131</sup> Deve entender-se como dano aceitável um nível de risco inferior ao mínimo, já referido no capítulo 5.1.1.5 – A dispensa do consentimento.

psicologia. De facto, por muito inovadora que fosse uma qualquer técnica terapêutica, seria difícil não encontrar uma alternativa. Na revisão de 2008, a utilização de placebo voltou a ser permitida nos casos em que as exigências metodológicas assim o determinassem, desde que não colocasse a pessoa em risco sério de dano. De todo o modo, é aconselhado um grande cuidado na aplicação do placebo, a fim de evitar abusos.

A esse propósito, Pittenger (2002) defende que os psicólogos, nos seus artigos, incluam um capítulo onde discutam as questões sensíveis do ponto de vista da ética, nomeadamente, a utilização do engano. Esta discussão incluiria a justificação metodológica para a utilização de determinadas técnicas, os passos dados para minimizar os riscos corridos pelos sujeitos, e os cuidados ao nível da entrevista pós-experimental. Este procedimento contribuiria, por um lado, para o aumento da informação sobre as medidas razoáveis de utilização do engano, e por outro para uma maior garantia de cuidado com a preocupação sobre o bem-estar dos sujeitos de investigação. Paralelamente, e tal como já foi referido, avisar os sujeitos de que irão participar numa investigação onde poderão, de algum modo, ser enganados, será outra condição central. No final do processo, e na sequência da entrevista pós-experimental, deve ser-lhes dada a opção de retirar os seus dados da investigação (Knapp & VandeCreek, 2006).

Importa ter bem presente que o engano da pessoa, e nomeadamente, a utilização do placebo, pode acabar por privar, ainda que temporariamente, uma pessoa de uma intervenção que poderá ser válida no sentido da sua recuperação ou do seu bem-estar. De facto, segundo (Lindsey, 1986), a pessoa piorar ou continuar em sofrimento devido à ausência de tratamento constitui-se como uma violação do princípio da não-maleficência, sendo que, a pessoa não estar melhor no fim da intervenção será uma violação do princípio da beneficência.

### **5.3 – A EXPERIMENTAÇÃO EM ANIMAIS**

Na psicologia, tal como em muitas outras ciências, o recurso a animais para experimentação é comum, sobretudo para a realização de protocolos que não são

possíveis no Homem. No entanto, e do ponto de vista ético, a utilização de animais não humanos na investigação não está isenta de preocupações e por isso mesmo de regulações que devem ser cumpridas por todas as pessoas que trabalhem nesta área. O objectivo não será fazer uma reflexão ético-filosófica sobre a liceidade da experimentação em animais, mas apenas e só discutir, partindo do pressuposto da sua aceitabilidade pela comunidade científica, alguns pontos que, nas palavras de Smith (2003), devem ser tidos em consideração.

Na verdade, e segundo Knapp e VandeCreek (2006) mais de 90% aos animais envolvidos na investigação em psicologia são roedores (i.e. ratos) ou pássaros (normalmente pombos). Importa, pois, que qualquer pessoa que utilize animais tenha competências próprias para o adequado tratamento e manuseamento das espécies em causa. De outro modo será muito difícil cumprir com uma segunda preocupação, caracterizada pelo esforço que se deve empreender para minimizar o desconforto, a dor e a intercorrência de infecções ou de doenças nos animais, na sequência da experimentação. Essas consequências só serão aceitáveis nos casos em que não existam procedimentos alternativos e em que os valores científicos ou educacionais que se prevêem o justifiquem de facto. As mesmas condições são apontadas, por maior força da razão, para as situações em que seja necessário terminar com a vida do animal, salvaguardando que o procedimento seja rápido, e com um esforço para minimizar a dor, de acordo com as leis da arte.

A esse propósito, Ferraz (2008) faz referência a uma perspectiva utilitarista na compreensão da experimentação animal já que, segundo o autor, esta só fará sentido nos casos em que o sofrimento causado ao grupo de animais utilizado seja inferior ao sofrimento evitado ao grupo de pessoas que beneficiará com os resultados. Esta lógica pretende evitar proporcionar sofrimento, no fundo desnecessário, aos animais, entrado em linha de conta com a noção de bem-estar animal (Herzog, 2005).

## **5.4 – PUBLICAÇÃO DOS RESULTADOS**

A publicação científica é um meio essencial para a partilha e discussão do conhecimento produzido, afinal o grande objectivo da ciência. Quase todos os códigos de ética consultados para a execução deste trabalho referem-se à obrigação dos psicólogos em comunicar as suas descobertas no campo científico. Contudo, a publicação é também a forma predominante de reconhecimento científico e curricular, pelo que as tentações de fraude a este nível são grandes (Koocher e Keith-Spiegel, 1998).

Será facilmente compreensível que as consequências resultantes da má ou da investigação fraudulenta são muito negativas, uma vez que a publicação de estudos adulterados pode acabar por induzir em erro a comunidade científica. A investigação é normalmente realizada sobre dados científicos anteriores, pelo que a deturpação de resultados poderá ter implicações negativas no trabalho de outros investigadores que, apesar de levarem a cabo um trabalho sério, acabam por produzir conhecimento erróneo já que partem, involuntariamente, de premissas erradas. O mesmo sucede com o plágio ou com a negação do acesso aos dados de uma investigação para re-análise.

### **5.4.1 – A falta de rigor na comunicação dos dados**

Ultrapassando a possibilidade da fabricação pura e simples de resultados, o mais comum, segundo Rosenthal (1994), será a eliminação de dados que contradigam a teoria, previsão ou compromisso previamente assumido pelo investigador. Outras vezes, a fraude não parte de má fé por parte dos investigadores, mas resulta de uma conduta científica de qualidade duvidosa (Koocher e Keith-Spiegel, 1998). Na ânsia de conseguir os resultados esperados, estes, ainda que involuntariamente, acabam por ser adulterados.

Devem pois ser previstas e evitadas as situações que de alguma forma possam condicionar a posterior análise dos resultados. Um exemplo clássico passa pela produção de um resumo para cumprir com os prazos de um determinado congresso, antes de se fazer o estudo de facto, prevendo *a priori*, os resultados do mesmo.

Outro problema frequente está relacionado com os conflitos de interesse surgidos com empresas ou instituições financiadoras da investigação. Koocher e Keith-Spiegel (1998) referem-se à existência de uma variedade de processos subtis, mal-intencionados ou inadvertidos, que podem condicionar os resultados de uma investigação. Os exemplos apresentados por estes autores passam por uma idealização do estudo mal conseguida, por problemas na recolha da amostra, e pela utilização inapropriada de instrumentos estatísticos. Não raras vezes são utilizados diferentes testes estatísticos para analisar os mesmos dados, acabando por se optar por aqueles que produzam um significado mais de acordo com as expectativas.

O objectivo de qualquer estudo deve ser o de produzir conhecimento, enriquecendo a ciência psicológica. Este conhecimento deve ser neutro e visa o aperfeiçoamento da intervenção psicológica com vista ao benefício das pessoas e da sociedade, e não a satisfação das necessidades narcisistas dos investigadores.

#### **5.4.2 – Propriedade intelectual**

Uma dificuldade recorrente relaciona-se com a autoria dos trabalhos publicados, que levanta alguns problemas, sobretudo quando estes são assinados por vários autores. Sendo a publicação um critério importante para a avaliação curricular dos psicólogos, as decisões relacionadas com o facto de se saber quem, e por que ordem, pode subscrever os artigos devem seguir uma lógica comum a todos os profissionais, a fim de se poderem estabelecer critérios de avaliação mais equitativos.

Em projectos de colaboração, o primeiro autor é o único normalmente citado em outros trabalhos, seguido pela proposição “et al.” (APA, 2001/1994), pelo que, na maioria das vezes, os outros colaboradores permanecem quase incógnitos. O problema, muitas vezes, é que o primeiro autor não foi o primeiro responsável pelo projecto, mas sim a pessoa com maior poder ou autoridade da instituição representada (Koocher e Keith-Spiegel, 1998), o que, evidentemente, não será correcto.

Só devem assinar os trabalhos as pessoas que tiveram uma participação activa ao nível da idealização do estudo, no desenho e prossecução do mesmo, na revisão da literatura, ou tenham levado a cabo um estudo piloto, coordenado a recolha dos dados, analisado os resultados, tenham escrito um primeiro *draft* do artigo, tenham feito uma revisão crítica do manuscrito ou tenham dado contributos importantes para a versão final (Knapp & VandeCreek, 2006). Os mesmos autores referem que outro tipo de contribuições, apenas em situações muito excepcionais poderá garantir a autoria do artigo. É evidente que a noção de “contributo importante” implica um elevado nível de subjectividade, mas tal é comum a todas as áreas de funcionamento humano. Qualquer outro tipo de colaboração, como traduções de textos, trabalho estatístico dos dados obtidos, digitalização de imagens, ou qualquer atitude no sentido de facilitar o acesso à amostra que se pretende estudar, deverão ser alvo de uma mera referência nos agradecimentos ou em nota de rodapé. Fica então claro que uma posição institucional não pode justificar a autoria de um trabalho, pelo que fica de fora a possibilidade da existência de autores honorários (Knapp & VandeCreek, 2006).

A duplicação ds publicações deve também ser evitada a não ser que tal seja devidamente referenciado. Presume-se que um artigo publicado seja sempre original, pelo que qualquer outra situação deve ser explicitada. É evidente que, se assim for necessário, poderão publicar-se em momentos diferentes partes do mesmo estudo, desde que disso se dê boa nota (Knapp & VandeCreek, 2006).

A ordem pela qual se devem seguir os nomes dos outros colaboradores deverá depender do seu nível de intervenção, sendo que deverá ser alvo de discussão numa fase inicial do trabalho. Caso não seja possível distinguir o nível de colaboração de cada um, poderá seguir-se um critério arbitrário como a ordem alfabética.

O mesmo se passa com a publicação de dissertações de mestrado ou doutoramento, nas quais o supervisor ou orientador não deverá ser incluído como co-autor. É parte do papel do psicólogo, sobretudo daquele com responsabilidades



de formação, a formação de outros profissionais, pelo que a supervisão deve ser feita de forma empenhada mas sem expectativas de qualquer ganho secundário que não seja um agradecimento reconhecido por parte dos orientandos. Claro que a publicação de outros artigos, com base na dissertação, poderá contar com a subscrição dos supervisores como co-autores, dado que o mestrando ou doutorando deve ser sempre o primeiro autor<sup>132</sup>.

### 5.4.3 – O Plágio

O plágio é considerado um crime pelo que não existem dúvidas que se trata de um procedimento totalmente inaceitável. Se o plágio de trabalhos inteiros tem, se descoberto, consequências claras e sérias, já a utilização de partes de textos de outros autores sem a devida citação, para além de infelizmente ser comum, não tem muitas vezes a devida penalização. Só a responsabilidade profissional de cada um pode evitar o recurso a este tipo de procedimento que pode prejudicar e, seguramente, viola os direitos das pessoas plagiadas.

A este propósito, o problema das referências bibliográficas deve ser encarado com muito cuidado. O psicólogo deve ter em atenção que se torna fácil adulterar a mensagem que determinado autor pretende transmitir. Existem, então dois problemas. Referir ideias de terceiros e não os referenciar devidamente pode ser tão grave como referenciar alguns autores mas adulterar por completo a ideia que estes pretendiam transmitir. Um dos cuidados a ter, por exemplo, será não fazer referências indirectas. Ou seja, para evitar consultar uma obra original citar um autor através de uma referência feita por outro autor.

Por outro lado, se é verdade que as ideias não estão legalmente protegidas (Koocher e Keith-Spiegel, 1998), uma vez que se torna difícil, nesses casos, provar a

---

<sup>132</sup> Na sua última revisão, em 2002, o Código de Ética da *American Psychological Association* (APA) defende, ao contrário do Código de 1992, que apenas aos alunos de doutoramento deve ser reservado o direito a serem os primeiros autores de artigos baseados na sua dissertação. Tal decisão, na opinião de Smith (2003), deve-se ao facto de muitas vezes os alunos de mestrado fazerem a sua dissertação sobre temas dos quais não são os principais contribuintes. De qualquer forma, parece prudente, a fim de evitar qualquer tipo de confusão, que todos os assuntos relacionados com as potenciais publicações sejam discutidos o mais cedo possível entre o orientador e o estudante de mestrado ou de doutoramento.

existência de plágio, o psicólogo deve ter em conta que será tão incorrecto copiar ideias como plagiar documentos inteiros.

Do mesmo modo, o plágio pode referir-se a coisas tão simples como quadros, gráficos, imagens, programas informáticos ou terminologia inovadora, pelo que estes só poderão ser utilizados quando devidamente autorizados pelos autores e desde que referenciados.

Finalmente, importa ter em atenção que os dados obtidos em qualquer investigação são susceptíveis de verificação ou de re-análise. A *American Psychological Association* (2002) considera que os investigadores devem manter os dados da sua investigação acessíveis pelo período de 5 anos a partir da sua publicação. Qualquer outro tipo de actuação carece de legitimidade, sendo que não contribuirá para um melhor e mais rápido avanço da psicologia científica.

## **5.5 – SUMÁRIO**

- Na investigação é o profissional que procura a pessoa para que esta o auxilie, pelo que todas as questões relacionadas com o respeito pela autonomia e pela voluntariedade assumem uma mais importante dimensão. O consentimento informado deve ser um processo ainda mais rigoroso.
- Uma investigação só será eticamente aceitável se o balanço de custo-benefício for favorável aos participantes, sendo que apenas estes estarão em posição de realizar uma contabilidade séria a esse respeito.
- Os doentes incompetentes para decidir não devem participar em processos de investigação, a não ser que a mesma não possa ser efectuada em pessoas competentes, traga benefícios para a população estudada e não acarrete prejuízos ou incómodos de maior. Ainda assim, a recusa por parte do doente em participar deverá “bloquear” a sua entrada no estudo.
- Em algumas situações excepcionais a obtenção de consentimento informado pode ser desnecessária desde que não decorra nenhum tipo de prejuízo previsível para os participantes.

- A privacidade assume-se como um valor de grande relevância em investigação, podendo levar mesmo ao evitamento de alguns protocolos que não a garantam de uma forma absoluta.
- A entrevista pós-experimental tem como objectivo promover a compreensão dos objectivos da investigação, removendo quaisquer possíveis impactos negativos que a situação experimental possa ter causado.
- A utilização do engano ou do placebo em psicologia deve ser levada a cabo com grande cuidado, e deve ser rigorosamente justificada por necessidades metodológicas.
- A experimentação com animais deve visar o evitamento de sofrimento necessário. Só se justifica nos casos em que o sofrimento causado ao grupo de animais utilizado seja inferior ao sofrimento evitado ao grupo de pessoas que beneficiará com os resultados.
- As consequências resultantes da má ou da investigação fraudulenta são muito negativas, uma vez que a publicação de estudos adulterados pode acabar por induzir em erro a comunidade científica.
- Numa investigação devem pois ser previstas e evitadas as situações que de alguma forma possam condicionar a posterior análise dos resultados.
- Só devem assinar os trabalhos as pessoas que tiveram uma participação activa ao nível da idealização do estudo, no desenho e prossecução do mesmo, na revisão da literatura, ou tenham levado a cabo um estudo piloto, coordenado a recolha dos dados, analisado os resultados, tenham escrito um primeiro *draft* do artigo, tenham feito uma revisão crítica do manuscrito ou tenham dado contributos importantes para a versão final.
- O plágio é considerado um crime pelo que não existem dúvidas que se trata de um procedimento totalmente inaceitável. O plágio parcial ou o plágio de ideias são igualmente graves.

# **ANEXO II**

## QUESTIONÁRIO AOS PSICÓLOGOS PORTUGUESES

Caro/a Colega

Como de certo concordará comigo, a psicologia é uma ciência que se tem assumido cada vez mais como fundamental para o aumento do conhecimento e promoção dos diferentes espectros do desenvolvimento humano nas suas múltiplas dimensões.

A dignificação da profissão parece-me central, pelo que o estabelecimento de referências para a prática da profissão, bem como a formulação de princípios, se tornam importantes no sentido de diminuir o espaço para interpretações individuais e potencialmente danosas para a pessoa que vai beneficiar do trabalho do psicólogo.

Por isso mesmo venho solicitar a sua colaboração empenhada no preenchimento do questionário que se segue, o que não deve levar mais de 5 minutos. Este faz parte de um estudo, incluído na dissertação de doutoramento que estou a desenvolver, orientada pelo Sr. Prof. Doutor Eduardo Sá, e que pretende a definição dos princípios orientadores mais valorizados pelos psicólogos portugueses na sua boa prática profissional.

Serão respeitadas todas as regras de confidencialidade inerentes a um estudo deste tipo e os dados recolhidos serão utilizados unicamente para os fins do estudo a que se destinam.

Mais uma vez agradeço a atenção e disponibilizo-me para qualquer esclarecimento que julgue pertinente.

Com os melhores cumprimentos

Miguel Ricou

Email: [mricou@med.up.pt](mailto:mricou@med.up.pt)

1)

**Dados Pessoais e Profissionais**

**(assinalar com um (X) no correspondente)**

1.1) Sexo:

Masculino

Feminino

1.2) Habilitações Académicas:

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Outra \_\_\_\_\_

1.3) Experiência Profissional na área actual:

Menos de 1 ano

De 1 a 3 anos

De 3 a 6 anos

De 6 a 10 anos

De 10 a 15 anos

Mais de 15 anos

2)

**Nota explicativa:** Pede-se em seguida que assinale a sua área **principal** de actividade dentro da psicologia. As áreas apresentadas não são exclusivas e pretendem apenas possibilitar, a partir de um arranjo que evidencia os pontos comuns, a integração da ciência psicológica num quadro único de referência bioética, não tendo nenhum objectivo de sistematização.

2.1) **Psicologia Clínica** (inclui todos os profissionais que desenvolvam a maior parte da sua actividade em instituições de saúde, públicas ou privadas, vocacionadas para diferentes áreas como sejam a dependência, a deficiência, os cuidados de saúde primários, a saúde mental, entre outras, com pessoas de qualquer faixa etária; todos os profissionais que desenvolvam actividade privada em clínicas ou consultórios privados, com ou sem formação em psicoterapia)

---

(indicar a actividade)

2.2) **Psicologia Educacional** (inclui todos os profissionais que desenvolvam a maior parte da sua actividade em instituições de ensino, desde a formação básica à formação universitária, desde que não limitados a funções de docência)

---

(indicar a actividade)

2.3) **Psicologia Organizacional** (inclui todos os profissionais que desenvolvam a maior parte da sua actividade em organizações, sejam elas de cariz económico, industrial, desportivo, militar, serviço público ou comunitário)

---

(indicar a actividade)

2.4) Se a sua actividade estiver relacionada unicamente com funções de docência ou investigação na área da psicologia, assinale este ponto. Caso para além destas funções, ainda que apenas em tempo parcial, desempenhe outras em qualquer uma das áreas acima descritas, assinale-a em conjunto com esta

---

(indicar a actividade)

3)

**Nota explicativa:** Seguem-se cinco afirmações que correspondem a alguns dos princípios orientadores da prática da psicologia, independentemente das áreas de especialização. Cada afirmação deve ser assinalada com um (X) na escala que se lhe segue.

1. O Psicólogo deve respeitar as decisões e os direitos da pessoa desde que enquadradas num exercício de racionalidade e de respeito pelo outro. Nesta perspectiva não deve fazer distinções entre os seus clientes/pacientes por outros critérios que não os relacionados com o problema apresentado, e deve promover o exercício da sua autonomia.

Indiferente	Pouco importante	Importante	Muito importante	Fundamental
-------------	------------------	------------	------------------	-------------

2. O psicólogo tem por obrigação exercer a sua actividade de acordo com os pressupostos científicos e técnicos da profissão, promovendo uma formação pessoal adequada e uma constante actualização profissional, por forma a não prejudicar os seus clientes/pacientes e a não contribuir para o descrédito da profissão.

Indiferente	Pouco importante	Importante	Muito importante	Fundamental
-------------	------------------	------------	------------------	-------------

3. O psicólogo deve ter consciência das consequências do seu trabalho junto das pessoas, da profissão e da sociedade em geral. Deve saber avaliar o nível de fragilidade dos seus clientes/pacientes e pautar as suas intervenções no respeito absoluto pela decorrente vulnerabilidade, e promover e dignificar a sua actividade.



Indiferente	Pouco importante	Importante	Muito importante	Fundamental
-------------	------------------	------------	------------------	-------------

4. O psicólogo deve ser fiel aos princípios de actuação da profissão promovendo-os de uma forma activa. Deve evitar os conflitos de interesse e contribuir para a sua resolução, actuando de acordo com as suas obrigações profissionais.

Indiferente	Pouco importante	Importante	Muito importante	Fundamental
-------------	------------------	------------	------------------	-------------

5. O psicólogo deve ajudar os seus clientes/pacientes a promover e a proteger os seus legítimos interesses. Não deve interferir de modo a prejudicá-los ou a causar-lhes qualquer tipo de dano.

Indiferente	Pouco importante	Importante	Muito importante	Fundamental
-------------	------------------	------------	------------------	-------------

Muito obrigado pela sua colaboração

# **ANEXO III**

Exmo. Sr. Professor

Pretendo levar a cabo, no âmbito da minha dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica, do qual é orientador o Sr. Prof. Doutor Eduardo Sá, um questionário para ser aplicado a uma amostra de profissionais de psicologia. O objectivo passa por aferir o nível de aceitação relativa de determinados princípios éticos. Nesse sentido, envio um conjunto de 5 afirmações, cada uma delas referente a um princípio distinto, que solicitava fossem por si avaliadas. Gostaria de saber se, na sua opinião, as afirmações serão apropriadas para representar, de uma forma genérica, o princípio a que correspondem. Caso discorde de alguma(s) delas, ou a(s) considere insuficiente(s), agradecia qualquer sugestão que entenda poder contribuir para a concretização do meu objectivo.

Desde já me comprometo a reenviar-lhe a versão final das asserções onde serão incluídos os comentários dos 5 peritos em Bioética contactados.

Desde já agradeço a sua disponibilidade e aguardo um comentário seu com a brevidade que entender possível.

Com os melhores cumprimentos

Miguel Ricou

## **PRINCÍPIOS ÉTICOS DOS PROFISSIONAIS DE PSICOLOGIA**

### **Respeito pela dignidade e direitos da pessoa**

O Psicólogo deve respeitar as decisões e os direitos da pessoa desde que enquadradas num exercício de racionalidade e de respeito pelo outro. Nesta perspectiva não deve fazer distinções entre os seus clientes/pacientes por outros critérios que não os relacionados com o problema apresentado, e deve promover o exercício da sua autonomia.

### **Competência**

O psicólogo tem como obrigação exercer a sua actividade de acordo com os pressupostos da profissão, promovendo uma formação pessoal adequada e uma constante actualização profissional, de forma a não prejudicar o cliente/paciente e a não contribuir para o descrédito da profissão.

### **Responsabilidade**

O psicólogo deve ter consciência das consequências do seu trabalho junto das pessoas, da profissão e da sociedade em geral, devendo contribuir e assumir a responsabilidade pelas mesmas e promover e dignificar a sua actividade.

### **Integridade**

O psicólogo deve ser fiel aos princípios de actuação da profissão promovendo-os de uma forma activa. Deve evitar os conflitos de interesse e contribuir para a sua resolução, actuando de acordo com as suas obrigações profissionais.

### **Beneficência e não-maleficência**

O psicólogo deve ajudar o seu cliente/paciente a promover e a proteger os seus legítimos interesses. Não deve interferir de modo a prejudicá-lo ou a causar-lhe qualquer tipo de dano.