

## Repositório ISCTE-IUL

---

Deposited in *Repositório ISCTE-IUL*:

2023-07-11

Deposited version:

Accepted Version

Peer-review status of attached file:

Peer-reviewed

Citation for published item:

Rando, B. & Madureira, C. (2023). Prevenção e promoção da saúde e do bem-estar em contexto comunitário. In Teresa Santos, Miguel Nery (Ed.), *Psicologia clínica e da saúde: Da teoria à intervenção*. (pp. 135-156). Lisboa: Sílabo.

Further information on publisher's website:

<https://silabo.pt/catalogo/ciencias-sociais-e-humanas/psicologia/livro/psicologia-clinica-e-da-saude/>

Publisher's copyright statement:

This is the peer reviewed version of the following article: Rando, B. & Madureira, C. (2023). *Prevenção e promoção da saúde e do bem-estar em contexto comunitário*. In Teresa Santos, Miguel Nery (Ed.), *Psicologia clínica e da saúde: Da teoria à intervenção*. (pp. 135-156). Lisboa: Sílabo.. This article may be used for non-commercial purposes in accordance with the Publisher's Terms and Conditions for self-archiving.

---

### Use policy

Creative Commons CC BY 4.0

The full-text may be used and/or reproduced, and given to third parties in any format or medium, without prior permission or charge, for personal research or study, educational, or not-for-profit purposes provided that:

- a full bibliographic reference is made to the original source
- a link is made to the metadata record in the Repository
- the full-text is not changed in any way

The full-text must not be sold in any format or medium without the formal permission of the copyright holders.

---

## **Prevenção e promoção da saúde e do bem-estar em contexto comunitário**

**Belén Rando**, Universidade Europeia

**César Madureira**, CIES-ISCTE, Universidade Lusíada, DGAEP

### **Resumo**

Num percurso pelos diversos conceitos sobre bem-estar e pela sua relação com a prevenção e promoção da saúde, o capítulo apresenta uma visão histórica e atual das estratégias adotadas sob diferentes abordagens e destaca as implicações para a intervenção comunitária, em que o Estado Social se revela como principal ponto de referência e de propulsão para a promoção do bem-estar e da saúde das populações. Sendo um dos âmbitos de atuação da psicologia comunitária a intervenção em crise, efetua-se uma descrição das ações levadas a cabo em situações de emergência. O capítulo encerra salientando o papel da psicologia clínica e comunitária na gestão da crise no cenário da atual pandemia pelo surto de COVID-19. Particular ênfase é dado ao suporte fornecido pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) a decisores, a psicólogos e à comunidade em geral no contexto da pandemia, no intuito de tornar a comunidade portuguesa resiliente, empoderada, dotada de estratégias de enfrentamento positivas e com melhor qualidade de vida.

**Palavras-chave:** bem-estar e saúde; prevenção; Estado Social; psicologia comunitária; intervenção em crise.

### **Introdução.**

A psicologia não limita sua intervenção ao indivíduo ou a uma terapêutica em grupo. Também é objeto da psicologia a intervenção em contexto comunitário. Quanto ao conceito de comunidade, de acordo com Franscscato (1988, cit. em Fernandes,

2000, p. 226): “...a comunidade é aquele tipo de ambiente, de campo psicológico e social no interno do qual somos capazes de desenvolver um sentido de pertença, uma vivência de mútua partilha, uma possibilidade de relação com outras pessoas”. De forma complementar, Alderson (1986) refere cinco aspetos que caracterizam uma comunidade, a saber: a existência de uma forte e íntima partilha de ideias e sentimentos; a comunidade estar circunscrita no espaço e no tempo; o sentimento de pertença cultural e destino partilhado; a comunidade ser um sistema de sistemas; e, por fim, a comunidade como espaço físico e social em que os seus membros podem exercer os seus direitos mas também estão sujeitos a deveres.

Por outro lado, a saúde no âmbito da psicologia remete necessariamente para o conceito de bem-estar. Daí a importância deste conceito na intervenção comunitária, a qual só pode ser entendida, por ser equivalente, como intervenção para a saúde.

### **Prevenção, saúde e bem-estar**

No campo da psicologia, bem-estar, felicidade e qualidade de vida têm sido e ainda são considerados construtos sinónimos.

A palavra felicidade tem origem no termo grego “eudaimonia”, que significa “bom demónio”. Na antiga Grécia, “Daimon” era um semi-deus que podia acompanhar os seres humanos. Ser feliz era ser acompanhado por aquele “bom demónio”, considerada a sorte de alguns seres humanos. Não menos interessante é o facto de terem sido os próprios gregos que começaram a considerar a existência de maus demónios e, com eles, a visão pessimista da existência humana. A filosofia, de alguma forma, foi contrariando essa visão pessimista, ao abordar a felicidade e a forma de a alcançar. Inúmeros filósofos ter-se-ão preocupado desde a antiguidade em definir e compreender o conceito. Tales de Mileto terá sido um dos primeiros em referir o que é ser feliz, com

uma visão associada a um corpo forte e são, à boa sorte e a uma alma bem formada. Ao logo dos tempos, o interesse pela felicidade tem-se mantido, não apenas no âmbito da filosofia mas de diferentes âmbitos de estudo (McMahon, 2006).

Voltando ao campo da psicologia, até não há muito tempo, investigadores e profissionais debruçaram-se fundamentalmente sobre a infelicidade e o sofrimento (Christopher, 1999). Embora o conceito de bem-estar subjetivo como expressão de felicidade surgira em finais dos anos 50 do século XX, o enfoque na (psico)patologia teve o seu lugar garantido na psicologia de tal forma que foi preciso aguardar até ao século XXI para começar a falar num novo domínio científico focado na saúde, conhecido como a Psicologia Positiva. Portanto, teve que decorrer quase meio século para que o enfoque na prevenção e na promoção da saúde ganhasse suficiente expressão na psicologia (Fernandes, 2000; Marujo, Neto e Balancho, 2013). Para tal, terá contribuído o prolífico trabalho de um grupo de investigadores que centraram os seus esforços no estudo do construto de felicidade, entre os quais Diener, Ryff, Keyes e Seligman, apenas mencionado alguns deles. De acordo com Freire et al. (2013) terá sido a publicação de Seligman e Csikszentmihalyi de 2000 que impulsionou o movimento positivo, assim considerado inicialmente. De notar, a viragem no rumo das investigações de Seligman desde os seus trabalhos sobre desamparo aprendido. A investigação sobre felicidade foi levada a cabo de duas grandes perspetivas, posteriormente complementadas por uma terceira que tem tentado trazer luz sobre o assunto ao fazer de ponte entre as anteriores. Estamos a referir-nos às perspetivas hedónica, eudaumónica e do florescimento, sendo esta última a abordagem mais recente (Ryan & Deci, 2001). Os conceitos que têm emergido associados a cada perspetiva são, respetivamente, o bem-estar subjetivo, o bem-estar psicológico e o florescimento humano.

O bem-estar subjetivo considera a felicidade associada à satisfação com a vida ou domínios da mesma (componente cognitiva) e a um equilíbrio entre emoções positivas e negativas experienciadas pela pessoa, tendo-se verificado que os afetos positivos e negativos são relativamente independentes e que a eliminação da dor não resulta num aumento correspondente do prazer, motivo pelo qual deverá existir um rácio entre emoções positivas e negativas a favor das primeiras para o bem-estar não ficar comprometido (Diener et al, 2009; Fredrickson, 2013).

Aproximadamente três décadas mais tarde, nos anos 80 do século XX, surgiu o conceito de bem-estar psicológico. Em contraposição à perspetiva focada no momento presente e orientada ao prazer e à minimização do sofrimento, a eudaimonia aborda o bem-estar de uma perspetiva integradora do passado, presente e futuro, pois tem uma visão da felicidade entranhada no desenvolvimento humano e na superação dos desafios existenciais da vida. Assim, o bem-estar psicológico está associado à competência de lidar com o ambiente, ao sentido de propósito e de vida e à perceção de crescimento pessoal (Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002; Ryff & Keyes, 1995). Ainda nesta perspetiva, os trabalhos de Peterson e Seligman sugeriram que o bem-estar psicológico é função de 24 forças de carater contidas em 6 virtudes universais, a saber: sabedoria, coragem, humanidade, justiça, temperança e transcendência (Peterson & Seligman, 2004).

O conceito de florescimento surgiu mais recentemente e é atribuído no seu sentido contemporâneo a Keyes (2002). O florescimento envolve aspetos de ambas as perspetivas anteriores, contendo três fatores principais, em particular, caraterísticas positivas, funcionamento positivo e avaliação positiva (Huppert & So, 2009). Nesse sentido, o modelo PERMA proposto por Seligman (2011) sugere que as pessoas felizes são aquelas que experimentam emoções positivas, estão envolvidas em atividades do dia-a-dia (em contraposição com a apatia), possuem relações interpessoais positivas,

têm um sentido de vida ligado a qualquer causa de qualquer natureza, e são pessoas que se sentem realizadas, mesmo que seja para alcançar objetivos menores. Desses cinco domínios, o autor destaca dois principais responsáveis da felicidade humana, a saber: ter um sentido de vida e a capacidade de envolvimento em atividades da vida diária de forma a que o tempo flua com rapidez.

### **O florescimento em Portugal e no mundo**

Numa investigação recente levada a cabo por Rando, Abreu e Blanca (2020), as autoras verificaram que numerosos estudos realizados em todo o mundo utilizando a *Flourishing Scale* (Diener et al., 2010) revelaram de forma invariante uma estrutura unidimensional do florescimento, sem influência por fatores culturais. Este facto verificou-se também no estudo de Silva e Caetano (2013), numa amostra de empregados e estudantes portugueses, bem como no próprio estudo das autoras, com uma amostra da população geral portuguesa. Estes resultados são relevantes, tendo em conta que os valores culturais e humanos geralmente influenciam as medidas de bem-estar. O facto de desenvolver instrumentos cujas medidas possuam escassa ou nula influência cultural é crucial para poder comparar dados entre países. Por outro lado, um melhor conhecimento de construtos tais como o florescimento contribuirá para a adoção de decisões políticas adequadas que visem o aumento da qualidade de vida das comunidades.

No que diz respeito aos conceitos de prevenção e promoção da saúde, foram as mudanças sociais e políticas acontecidas fundamentalmente ao longo do séc. XX que geraram um contexto propício à crítica do modelo tradicional de saúde e à valorização de métodos preventivos para solucionar os problemas de saúde a grande escala na comunidade.

O uso dos termos prevenção primária, secundária e terciária é atribuído aos acadêmicos norte-americanos Leavell e Clark, pioneiros no pensamento sobre a saúde pública na sua época. Em 1965, estes autores acabariam por propor o seu modelo da história natural da doença ou modelo triangular epidemiológico sobre as causas da doença, no qual era considerada a triada recetor, agente e ambiente. A prevenção primária correspondia a medidas gerais educativas que visavam potenciar a resistência aos agentes agressores provocadores de doença, sendo equivalente à promoção da saúde. A prevenção secundária circunscrevia-se à deteção precoce de doenças e, por isso, à práticas clínicas que procuravam a mudança de comportamentos, enquanto a prevenção terciária procurava a recuperação das pessoas doentes ou acidentadas ou, quando menos, a manutenção em equilíbrio funcional (Leavell & Clark, 1965, cit. em Westphal, 2006).

Ao nível governamental, só em 1974 foi publicado o primeiro documento oficial a considerar errado um modelo de saúde baseado apenas na dimensão biológica e a sugerir a existência de outras dimensões da saúde. O relatório Lalonde, como ficou conhecido por ter sido da iniciativa do então Ministro da Saúde do Canadá, Marc Lalonde, sugeriu a promoção da saúde como parte de um planeamento estratégico em que fossem considerados quatro determinantes da saúde, nomeadamente a biologia humana, o ambiente, o estilo de vida e a organização da assistência à saúde. Com o estilo de vida, Lalonde dava ênfase ao comportamento individual como fator também

responsável do estado de saúde, mas também atribuindo responsabilidade ao Estado através da organização dos cuidados de saúde direcionados aos três fatores anteriores, com particular ênfase na população mais vulnerável (Lalonde, 1981).

Posteriormente, em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) organizava a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, em Alma-Ata (ex-URSS). A Declaração de Alma-Ata enfatizou que a saúde era um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença, alertando para a desigualdade existente entre os países, nomeadamente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, e lembrando a responsabilidade dos governos em garantir a saúde dos seus cidadãos através de medidas adequadas e de acesso universal, que também fossem de natureza social. Desta forma, a saúde era reconhecida como um direito (WHO, 1978).

Quase uma década mais tarde, a Organização das Nações Unidas (ONU) através de três dos seus órgãos, designadamente a OMS, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), celebrou a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, a qual ocorreu posteriormente de forma periódica. Dessa primeira conferência de 1986, resultou a Carta de Ottawa, com orientações para alcançar a saúde de forma universal com horizonte no ano 2000 e seguintes. A Carta assinalou a importância de uma acção coordenada dos diversos setores, designadamente governo, setor da saúde e outros setores sociais e económicos, organizações de voluntariado e não-governamentais, autoridades locais, indústria e comunicação social. A estratégia de promoção da saúde sugeria cinco âmbitos de atuação, designadamente: construção de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; e reorientação dos serviços de saúde. Importa

salientar a preocupação por capacitar os indivíduos, famílias e comunidades como forma de os tornar mais ativos e com maior controlo sobre a própria saúde e qualidade de vida (Carta de Ottawa, 1986).

No quadro 1 apresenta-se uma síntese realizada por Márcia Faria Westphal (2006) sobre os conceitos de saúde e as estratégias de promoção da saúde correspondentes a cada abordagem, sendo a sócioambiental aquela a que se aspira na atualidade.

Abordagens	<b>Biomédica</b>	<b>Comportamental</b>	<b>Sócioambiental</b>
Conceito de saúde	Ausência de doenças e incapacidades	Capacidades físico-funcionais; bem-estar físico e mental dos indivíduos	Estado positivo; bem-estar biopsicossocial; realização de aspirações e de necessidades
Determinantes de saúde	Condições biológicas e fisiológicas	Biológicos; comportamentais; estilos de vida	Condições de risco biológicas, psicológicas, socioeconómicas, educacionais, culturais, políticas e ambientais
Principais estratégias	Prática clínica médica	Mudanças de comportamento	- Direitos humanos e ação política;

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoção de espaços saudáveis;</li> <li>- Empoderamento da população;</li> <li>- Desenvolvimento de habilidades, conhecimentos e atitudes;</li> <li>- Reorientação dos serviços de saúde</li> </ul>
Gestão	Gestão profissional	Gestão por indivíduos e profissionais	Gestão pela comunidade em diálogo crítico com os profissionais

Adaptado de Westphal (2006)

### **O Estado Social como referência para a promoção do bem-estar e da saúde das populações**

Embora existam vestígios de formas diversas de corporativismo profissional e social que visavam a melhoria e o bem-estar de certas classes profissionais desde o fim do século XIX, é apenas com o fim da 2ª Guerra Mundial que se afirma o Estado Social (também designado por Estado-Providência e por *Welfare State*) de uma forma mais generalizada e abrangente (Pierson, 2006). Com efeito, a configuração dos direitos sociais tal como hoje a conhecemos resulta de um processo demorado e irregular em avanços e recuos, que procurou desmercantilizar áreas, como a saúde e a educação, com

um forte comprometimento e implicação institucional do Estado (Esping-Andersen, 1990; Pereira, 2012) que passou a empreender mecanismos e medidas com vista a redistribuir recursos e a atender às necessidades básicas das populações (nomeadamente nas áreas da saúde, da educação e da proteção e segurança social) de forma totalmente independente da lógica mercantil.

Segundo Pierson (2006), os *welfare states* tenderam a emergir em sociedades em que o capitalismo e o estado-nação se encontravam consolidados, tendo sido estas duas características económica e política que, por um lado impeliram ao desenvolvimento de um Estado Social mas, por outro, determinaram os seus próprios limites. Neste capítulo, a Alemanha esteve na linha da frente na criação dos seguros de acidentes de trabalho, seguros de saúde e pensões, respetivamente em 1871, 1883 e 1889 durante o IIº Reich de Otto Von Bismarck. Contudo, mesmo neste país fundador mediaram quase quatro décadas entre a legislação bismarckiana e a República de Weimar que deu um carácter mais alargado às medidas iniciais de intervenção social (Pereira, 2012).

O conceito de Estado Social ou Estado-Providência não se deve contudo confundir com outros dois conceitos que, entretanto, lhe foram sendo associados: o conceito de assistência social tradicional e o conceito de Estado higienista. Os três conceitos coexistiram, nomeadamente na realidade das sociedades europeias e portuguesa, mas apresentam características diferenciadas. Por exemplo, entre o Estado Social e a assistência social pública (tradicional) existem fronteiras relativamente ao objetivo e ao universo de cada um deles. Enquanto a segunda é orientada para prover apenas aos mais desprotegidos e carentes de meios próprios, e tem um carácter supletivo, de forma a colmatar lacunas de atuação das instituições tradicionais de ajuda como a família, o Estado Social busca uma sociedade mais equilibrada no seu todo, não estando centrado apenas na pobreza mais extrema, mas antes em atender a todo o

universo de cidadãos em situações como são as de privação de trabalho ou as de doença (Pereira, 2012). Por seu turno, ainda no século XIX, o conceito de higiene pública veio alterar em definitivo as noções de esfera pública e de esfera privada. Desde as descobertas de Pasteur que a prevenção da doença passou a ser tão primordial como a sua cura, pelo que as questões de higiene se passaram a considerar problemas de carácter social e a dimensão da saúde se tornou política. Desta forma, torna-se natural que conceitos como os de assistência social ou de Estado higienista se confundam com o de Estado Social. De facto, as questões sociais são objeto de preocupação dos três, mas é apenas neste último que definitivamente “os deveres da sociedade em relação a cada um dos indivíduos e as formas de solidariedade adotadas são ditadas por considerações de justiça e pela intenção de implementar uma redistribuição da riqueza” (Pereira, 2012, p. 233).

Se nos detivermos na ideia de que o presente capítulo se propõe, antes de mais, tratar a temática da *Prevenção e promoção da saúde e do bem-estar em contexto comunitário*, e tendo em conta o acima disposto, é facilmente entendível o papel desempenhado pelo Estado Social como principal ponto de referência e de propulsão para a promoção do bem-estar e da saúde das populações.

Pese embora a crescente hegemonia do setor privado nas mais diversas áreas de atividade (designadamente no próprio setor da saúde) tenha, em todo o mundo, contribuído para retirar meios, e conseqüentemente capacidade de ação ao Estado Social, este tem-se conseguido reinventar, mantendo no essencial os seus propósitos assim como a sua tentativa de os cumprir.

### **A intervenção em contexto comunitário**

A conferência de Swampscott (Boston) em 1965 marcou oficialmente o início da psicologia comunitária e da psicologia da saúde comunitária como disciplinas da psicologia, ao incidir sobre o papel da mesma na promoção do bem-estar social e na saúde mental da comunidade. As mudanças sociais e políticas acima referidas, em particular as acontecidas no século XX, refletiram-se na psiquiatria e na psicologia, favorecendo esse surgimento.

Focando na psicologia comunitária, sem um modelo teórico próprio, esta disciplina alimentou-se dos modelos teóricos de outras áreas, tais como a psicologia social (pois a psicologia comunitária é considerada psicologia social aplicada), a psicologia humanista, a psicologia ambiental, a ecologia, a teoria geral dos sistemas, a antropologia cultural e a sociologia. Assim, da teoria de campo de Kurt Lewin aproveitou os conceitos de campo psicológico e de investigação-ação, entre outros. Da teoria geral dos sistemas, o conceito de sistema aberto serviu de base para o conceito de sistema social. Da ecologia integrou a lógica de fluxo dinâmico entre *settings* para compreender as mudanças e os princípios que devem orientar a intervenção comunitária. O contributo da psicologia ambiental e socioambiental foi considerar o impacto dos ambientes físicos e sociais sobre o indivíduo. Da psicologia humanista retirou a ênfase nas características positivas e potencialidades do ser humano, para assim promover o desenvolvimento de *coping skills* nos indivíduos (Fernandes, 2000).

Como principais âmbitos de atuação ficaram definidos a intervenção social e o desenvolvimento comunitário. A intervenção social será o instrumento para promover a mudança social, alterando os ciclos de distribuição dos recursos na comunidade, junto com o desenvolvimento de outros recursos. Quanto ao desenvolvimento comunitário, este será possível através de uma intervenção orientada à criação de condições sociais, económicas, políticas e ambientais adequadas para os membros da comunidade,

fomentando a participação ativa e generalizada dos mesmos. Para tal, serão requisitos indispensáveis a existência de políticas públicas apropriadas e a ação de entidades públicas e privadas (Ornelas, 2008).

Nesse contexto, os psicólogos comunitários adoptaram o papel de agentes facilitadores dos processos, em colaboração com profissionais de outras áreas (serviços sociais, animação socio-culturais, medicina, enfermagem, educação, psicologia,...), sendo as suas intervenções guiadas por um conjunto de valores e outros mecanismos configuradores da essência e da filosofia da disciplina, em particular a procura da justiça social; da participação cívica; da colaboração e fortalecimento comunitários; do desenvolvimento do sentimento de comunidade; do reconhecimento, valorização e apreciação da diversidade e de identidades sociais; do fomento da resiliência; e do desenvolvimento do empoderamento como processo de mudança individual e coletivo (Ornelas, 2008).

### **A psicologia comunitária em Portugal: desafios atuais**

Abrangendo os mais diversos âmbitos de atuação, e obedecendo também à transposição de diretivas europeias relacionadas com as políticas sociais, em Portugal os interesses da intervenção comunitária têm sido orientados à proteção à infância e à família; às questões associadas ao idadismo e ao envelhecimento ativo; às questões de género e de orientação sexual; aos estilos de vida saudáveis; à diversidade e à inclusão de grupos vulneráveis (migrantes, minorias étnicas, pessoas com deficiência,...); à prevenção de comportamentos aditivos e dependências; e às alterações climáticas e os seus efeitos, temática que recentemente se tem tornado central na psicologia como resultado de um aumento da sensibilidade política e social para as questões ambientais, nos últimos anos.

Por outro lado, no campo da ação macrossocial, a intervenção comunitária tem mostrado preocupação com o planeamento e organização comunitárias; com a gestão de conflitos e os movimentos sociais pela defesa dos direitos humanos; com a participação em programas internacionais; e ainda com a intervenção em situações de crise.

Em relação a esta última área, o incêndio florestal em Pedrógão Grande acontecido em junho de 2017, e as suas graves consequências, alertaram para a necessidade de existirem em Portugal mais profissionais e psicólogos preparados para prestar os primeiros socorros psicológicos em situações de crise circunstancial. Com efeito, a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) ativou na altura uma rápida resposta de suporte à comunidade, ofertando ao Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e à Autoridade Nacional de Proteção Civil (ANPC) uma bolsa de 1000 psicólogos preparados para dar apoio em situações de catástrofe, os quais receberam uma formação específica para esse tipo de intervenção (“Incêndio”, 2017).

Dois anos mais tarde, a atual pandemia em curso desde dezembro de 2019 pelo surto de COVID-19 virou a atenção de todo o mundo para o novo problema. O mundo inteiro confronta-se com uma situação de crise, a qual tem tomado contornos de desastre em países como Espanha e Itália, entre outros, por terem revelado maior vulnerabilidade ao surto.

Na última década, é a sexta ocasião que a OMS declara Emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional por causa de um surto, mas as epidemias de poliomelite e de ébola em 2014, do vírus Zika em 2016 e de ébola em 2019 não tiveram o alcance que teve o surto de gripe provocado pelo vírus H1N1(gripe A) em 2009, nem o que está a ter o atual surto de COVID-19 (“Perigo”, 2020).

Reduzir o risco de desastre e conseguir uma recuperação rápida e duradoura é o principal objetivo da gestão de situações de emergência. Nesse processo, o período de

preparação (designado de mitigação pela OMS) tem uma finalidade preventiva e consiste na redução permanente de risco. Uma primeira etapa de preparação primária foca na redução da vulnerabilidade para dessa forma reduzir o nível de ameaça, enquanto a etapa de preparação secundária tem por objetivo reduzir os efeitos do evento traumático, através de um conjunto de medidas que garantam uma mobilização organizada de profissionais, fundos, equipamento e recursos num ambiente de segurança para dar assistência. O período de preparação, portanto, só é possível quando se prevê o perigo. Depois do impacto, o conjunto de atividades implementadas como resposta deverá envolver a avaliação de necessidades, a redução do sofrimento, e a limitação da expansão ou propagação e das consequências da ameaça, iniciando o caminho da recuperação, isto é, o retorno às funções sociais básicas. Por último, a reconstrução implica retomar completamente a atividade sócio-económica e manter as medidas preventivas (WHO, 2002).

Junto com as equipas de proteção civil e outros profissionais, os psicólogos desempenham um papel central na tentativa de garantir o bem-estar da comunidade até à volta à vida normal. Em cada fase, os elementos da intervenção psicossocial são adaptados às necessidades verificadas.

A seguir, descreve-se o tipo de intervenção efetuada nas fases acima referidas, que correspondem à quatro fases do modelo do *The National Institute of Mental Health*, dos EUA (Math et al., 2015).

Na fase de impacto, que compreende as primeiras 48 horas, os objetivos são garantir a sobrevivência da comunidade e fomentar a comunicação. Daí que os principais elementos da intervenção psicossocial sejam a prestação de necessidades básicas, a prestação de primeiros socorros psicológicos, a análise e organização do contexto e o fornecimento de recursos sociais (WHO, 2005). As ações levadas a cabo

serão adaptadas à situação de emergência tendo em conta o tipo de ameaça que impactou sobre a comunidade, na sua natureza e na sua duração, isto é, segundo se se produziu de forma súbita e for de curta duração (v.g. terramoto, tsunami, atentado, acidente) ou se se tratar de uma ameaça de longa duração (v.g. guerra, epidemia, pandemia).

A prestação de necessidades básicas incluirá a tentativa de garantir a sobrevivência e segurança; assegurar comida e refúgio/tecto; facilitar a comunicação com a família, os amigos e a comunidade; informar sobre os serviços de apoio disponíveis; e avaliar as ameaças do contexto.

Nesta fase de impacto, são reações normais a tensão, ansiedade e pânico; sentir-se impressionado, confuso, abalado e/ou incrédulo; sentir júbilo e euforia, sendo estas reações mais prováveis em pessoas que sofreram menos prejuízos; manifestar agitação, pranto e desistência; e inclusivamente sentir a chamada culpa do sobrevivente. Os primeiros socorros psicológicos nesta fase são direcionados à população mas também às equipas de emergência (Math et al, 2015; WHO, 2005).

De acordo com o modelo de atuação de cinco componentes de Moreno et al. (2003), o primeiro apoio psicológico deve começar, em primeiro lugar, pelo estabelecimento de contato psicológico e continuar com uma análise das dimensões do problema, uma análise de soluções possíveis, o apoio à execução de ações concretas, e finalizar com um acompanhamento posterior ou *follow-up*.

No início do contato psicológico, será essencial fomentar a expressão de emoções e o relato de acontecimentos, mantendo uma atitude empática face as emoções expressadas pela pessoa sobrevivente, com o intuito de que a mesma se sinta escutada, compreendida, aceite e apoiada para assim reduzir a sua dor e ansiedade. As dimensões do problema podem ser avaliados, como sugerem Moreno et al. (2003), utilizando o

sistema de avaliação global CASIC, que permite avaliar os riscos aos níveis comportamental, afetivo, somático, interpessoal e cognitivo.

Na análise de soluções possíveis, identificar-se-ão soluções para as necessidades imediatas. Para tal, o sobrevivente deve ser questionado sobre as tentativas de solução postas em prática, mas também deve ser estimulado a sugerir alternativas, considerando os prós e contras das mesmas. O objetivo é que o sobrevivente tome consciência de que existem soluções para o problema. Finalmente, estabelece-se um compromisso, com a aceitação de uma ou mais soluções possíveis, e definem-se metas.

Caso o compromisso adquirido não se concretize numa ação manifesta, o psicólogo atuará como agente facilitador para estimular a ação, ou inclusivamente adotará uma atitude diretiva, se necessário. Para o acompanhamento posterior, devem estabelecer-se procedimentos de verificação do progresso pessoal em relação às metas definidas.

No que diz respeito às equipas de emergência, as técnicas de *defusing* e *debriefing* psicológicos têm revelado ser úteis (Guimarães et al., 2007; Queirós e Passos, 2018).

Ainda na fase de impacto, deve efetuar-se uma análise e organização do contexto para identificar eventuais stressores ambientais, proteger a comunidade e restabelecer a estrutura da mesma, e facilitar que as organizações e os colaboradores possam prestar o apoio necessário.

Por último, o fornecimento de recursos sociais passa pela formação e treino de outros colaboradores e organizações relevantes. Também, os líderes da comunidade são incentivados a assumir a liderança tomando decisões e transmitindo mensagens adequadas à comunidade.

Segue-se a fase de resgate, a qual se prolonga até à primeira semana após o impacto. Os objetivos nesta fase são avaliar as necessidades, classificar os sobreviventes e ativar respostas apropriadas (WHO, 2005). Devem ser identificadas as necessidades individuais, grupais e comunitárias, perceber como estão a ser encaradas e quais as intervenções que devem ser ativadas. No que diz respeito à classificação das pessoas sobreviventes, no processo de avaliação são identificadas as pessoas de alto risco e os grupos vulneráveis (v.g. pessoas idosas isoladas), efetuando-se o seu encaminhamento para os serviços e profissionais mais indicados.

São reações normais nesta fase estar receoso e hipervigilante (irritável, zangado, com insónias); sentir-se preocupado, desanimado; ter *flashbacks* repetidos; continuar a sentir a culpa do sobrevivente; sentir tristeza; ter esperança, pensar no futuro e querer participar no trabalho de socorro e de resgate (Math et al, 2015).

A fase de recuperação estende-se até à quarta semana após o impacto. Os objetivos são acompanhar o luto, dar pautas para controlar os pensamentos intrusivos e fornecer *coping skills* positivas.

Neste período, a intervenção psicossocial é particularmente direcionada às pessoas mais afetadas, as quais são acompanhadas no luto. A comunicação social também é acompanhada, com o intuito de evitar a divulgação de rumores que alarmem desnecessariamente a comunidade (WHO, 2005).

Reações próprias desta fase, que não equivalem necessariamente a uma perturbação mental (aproximadamente depois da terceira semana) são: nervosismo; pânico; tristeza intensa e pensamentos negativos não realistas; visível inatividade, isolamento e desistência; e reações fisiológicas de ansiedade (palpitações, tonturas, náuseas, dor de cabeça, etc.) (Math et al, 2015).

O início da fase de retorno à vida vai colocar os esforços em favorecer o retorno à normalidade e à realização das tarefas do dia-a-dia. Esta última fase habitualmente prolonga-se por dois anos, pois geralmente as pessoas demoram esse tempo para integrar o sucesso na sua experiência vital.

É nesta fase que se devem diagnosticar os casos que desenvolveram perturbação mental e planificar intervenções apropriadas em função do diagnóstico. No que diz respeito ao stress pós-traumático, este tipo de distúrbio poderá tornar-se evidente só meses após o impacto do evento stressante (WHO, 2005).

Relativamente ao surto de COVID-19, a declaração de emergência de saúde pública internacional pela OMS, a 30 de janeiro do presente ano, determinou que as autoridades nacionais de saúde dos diferentes países elaborassem um plano de contingência para preparar a resposta ao surto iniciado na China, minimizando assim a potencial propagação do vírus pelo resto do mundo, com particular preocupação pelos países mais vulneráveis (“Perigo”, 2020). Tendo como referencial as orientações da OMS e do Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças, a Direção-Geral da Saúde (DGS) elaborou o Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavírus (COVID-19), como ferramenta estratégica para a gestão de uma eventual epidemia em Portugal. A seguir à fase de preparação, o Plano contempla a fase de resposta, com os níveis de alerta de contenção, de contenção alargada e de mitigação, e respetivas medidas a adotar. Por último, a fase de recuperação será declarada quando a atividade da doença decresça em Portugal e no mundo (DGS, 2020).

O Plano só foi divulgado a 9 de março e a sua publicação coincidiu com a determinação pela DGS da entrada em vigor do nível de contenção alargada, por se terem identificado casos importados em Portugal, mas sem cadeias secundárias de

transmissão (DGS, 2020, “Plano”, 2020). Na altura apenas havia 39 pessoas diagnosticadas com COVID-19 (“COVID-19 I Contenção”, 2020).

Paralelamente, no dia 12 de março, o Governo português declarou o estado de alerta ao abrigo da Lei de Bases da Proteção Civil e decretou o encerramento de todas as escolas e universidades com efeitos a partir de dia 16 do mesmo mês, prevendo posteriores reavaliações de riscos para tomar novas decisões (Lourinho & Cabrita-Mendes, 2020).

Poucos dias mais tarde, no dia 18 de março, seguiu-se a declaração de estado de emergência pelo Presidente da República, com base na verificação de uma situação de calamidade pública. O estado de emergência determinou a suspensão parcial do exercício de um conjunto de direitos (Decreto do Presidente da República, nº 14-A/2020).

Apesar das medidas tomadas ao nível da Proteção Civil e ao nível do setor da saúde, verificaram-se cadeias de transmissão secundária que conduziram à transmissão comunitária. Por esse motivo, a 24 de março a DGS determinou a entrada em vigor do nível de alerta mais grave, o de mitigação (Mendes, 2020).

Junto às declarações públicas do Primeiro-Ministro e do Presidente da República, e sendo o seu âmbito de competências, a DGS tem liderado a prestação do necessário suporte social à comunidade, nas suas vertentes informativa, instrumental e emocional, em articulação com outras entidades, entre as quais instituições do Estado, a comunicação social e a OPP.

Através das conferências de imprensa diárias da Secretária-Geral da Saúde e da Ministra da Saúde, a comunidade em geral está a ter acesso a informação oficial sobre a evolução da pandemia em Portugal e também sobre as medidas de segurança individuais

e comunitárias a adotar, conteúdos que também se encontram disponíveis no website da DGS, junto com outros materiais de apoio.

Têm sido numerosas as medidas adotadas, das que aqui apenas se salientam as mais diretamente relacionadas com os procedimentos de atuação ligados à psicologia comunitária e à psicologia da saúde comunitária.

A esse respeito, o centro de contacto do Serviço Nacional de Saúde (SNS 24), em funcionamento desde 2017 (SNS 24, 2017), integrou recentemente um serviço de aconselhamento psicológico pelo telefone como resultado da parceria com a OPP. O SNS 24 já prestava um conjunto de serviços clínicos e não clínicos aos cidadãos de forma permanente, entre os quais a triagem, aconselhamento e encaminhamento na doença aguda, informações gerais sobre diversos assuntos clínicos, a possibilidade de marcação de consultas e prestação de telecuidados de enfermagem (“O que é”, n.d.).

O serviço de aconselhamento psicológico prestado através do SNS 24 de forma gratuita, e por psicólogos clínicos com experiência, tem por objetivo a gestão de emoções na atual situação de crise, promover a resiliência psicológica, reduzir o risco de desenvolvimento de problemas de saúde mental como consequência da crise de pandemia, promover a perceção de segurança na população em geral e nos profissionais de saúde, assim como encaminhar o utente, se necessário, para outras entidades de apoio (“Guias”, n.d.).

Por outro lado, o Programa Nacional para a Saúde Mental criado em 2016 (Despacho nº 6401/2016), foi reforçado recentemente com medidas de suporte à comunidade em resposta à crise, nomeadamente através de informações sobre como identificar os sintomas de uma crise psicológica; a prevenção do suicídio; como gerir a crise no local de trabalho; a promoção de *coping skills* positivas; quais as medidas do Governo de apoio ao emprego e às empresas; e quais as medidas excecionais previstas

no âmbito da segurança social, entre outras (“Cuide”, n.d.; “O que fazer”, n.d., “Plano”, n.d.)

Com efeito, nas situações de emergência, a colaboração entre as diversas entidades e profissionais torna-se fulcral assim como a cuidadosa articulação entre os mesmos, nomeadamente entre profissionais da proteção civil, da saúde, assistentes sociais, psicólogos clínicos e psicólogos comunitários, entre outros.

O suporte fornecido pela OPP neste contexto atual a decisores, a psicólogos e à comunidade em geral está a concretizar-se em inúmeras iniciativas e atividades. A seguir, apresenta-se apenas uma síntese para uma visão global.

No suporte a decisores e à comunidade em geral, a OPP tem-se mobilizado para dotar a comunidade de recursos para afrontar a pandemia, através de vídeos e documentos de apoio diversos, entre os quais documentos de recomendação específicos, tais como recomendações para professores e educadores de infância; recomendações para pais, cuidadores e professores em relação ao cyberbullying e segurança online; recomendações para pais separados e divorciados; como proceder para procurar ajuda psicológica; como lidar com o isolamento (para diferentes faixas etárias); guia para pais e cuidadores sobre o estudo em tempo de pandemia; recomendações para psicólogos, atletas e treinadores; como evitar e resolver conflitos em situação de isolamento; recomendações para gestões no geral; recomendações para gestores de recursos humanos; recomendações para trabalhadores em teletrabalho; recomendações para quem continua a trabalhar fora de casa; estratégias para doentes e cuidadores e a recuperação em casa; a gestão do luto; a contenção da violência doméstica; a comunicação de risco, informações e estratégias para decisores e mobilizadores sociais; procedimentos para lidar com a ansiedade; autocuidado e bem-estar dos profissionais da saúde durante a pandemia; como combater o estigma e a discriminação; e como explicar

a uma criança a importância das medidas de distanciamento social e isolamento (“Documentos”, n.d.).

No que diz respeito à intervenção dos psicólogos, a OPP tem garantido formação em modalidade de e-learning sobre primeiros socorros psicológicos. Para além dos cursos de formação, a OPP está a levar a cabo webinars e está a disponibilizar materiais de apoio, ebooks, bem como a organizar eventos e foruns. Entre os materiais de apoio, destacar as recomendações para psicólogos que efetuam intervenção em contexto escolar, os que efetuam intervenção em contexto universitário e os que o fazem em contexto de intervenção comunitária. Nestas últimas recomendações, é reforçado o papel dos psicólogos comunitários na sua intervenção e na intervenção em crise no atual contexto de pandemia (COVID-19, n.d.).

Na expectativa de que a atual pandemia seja ultrapassada o mais rapidamente possível, importa finalizar este capítulo salientando o serviço que a psicologia está a prestar à comunidade em tempos de COVID-19, no intuito de assegurar a sua saúde e bem-estar, visando em definitivo que a comunidade portuguesa resurja resiliente, empoderada, dotada de estratégias de enfrentamento positivas e com melhor qualidade de vida.

### **Ideias-Chave**

- Bem-estar e saúde estão interligados e, em contexto comunitário, o Estado desempenha um papel preponderante na prossecução do bem-estar das comunidades
- A psicologia comunitária favorece o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento positivas, da resiliência, do empoderamento e de uma melhor qualidade de vida

- Os âmbitos de atuação da psicologia comunitária são muito diversos, sendo um deles a intervenção em crise
- O serviço prestado pela psicologia clínica e comunitária tem-se revelado essencial na gestão das situações de crise

## Referências

Alderson, D. (1986). Self-construction and social reconstructions as two aspects of the same process. A paradigm for theory, research and action in community psychology. *The Community Psychologist*, 20 (1), 35-66.

Carta de Ottawa (1986). *Carta de Ottawa*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>

Christopher, J. (1999). Situating psychological well-being: exploring the cultural roots of its theory and research. *Journal of Counseling and Development*, 77, 141-151.

COVID-19 (n.d.). Em Ordem dos Psicólogos Portugues.  
<https://www.ordemospsicologos.pt/pt/covid19>

COVID-19 | Contenção (2020). COVID-19 | Contenção está a funcionar. Em Portal dos 40 anos SNS. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/03/10/covid-19-contencao-esta-a-funcionar/>.

Cuide (n.d.). Cuide de si. Em Programa Nacional para a Saúde Mental, DGS.  
<https://saudemental.covid19.min-saude.pt/#>

Decreto do Presidente da República nº 14-A/2020. Declara o estado de emergência, com fundamento na verificação de uma situação de calamidade pública. Diário da República nº 55/2020, 3º Suplemento, Série I.  
<https://data.dre.pt/eli/decpresrep/14-A/2020/03/18/p/dre>

Despacho nº 6401/2016. Diário da República nº 94/2016, Série II.

<https://dre.pt/application/file/74443337>

Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R.E. (2009). Subjective well-being: the science of happiness and life satisfaction. In S.J. Lopez & C.R. Snyder (Eds.), *The Oxford Handbook of Positive Psychology* (2 ed.). Oxford University Press.

<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195187243.013.0017>

Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D. W., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 97(2), 143-156.

<http://doi.org/10.1007/s11205-009-9493-y>

DGS (2020). *Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavirus (COVID-19)*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-preparacao-e-resposta-para-a-doenca-por-novo-coronavirus-covid-19-pdf.aspx>

Documentos (n.d.). Documentos de apoio. Em Ordem dos Psicólogos.

[https://www.ordendopsicologos.pt/pt/covid19/documentos\\_apoio](https://www.ordendopsicologos.pt/pt/covid19/documentos_apoio)

Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton University Press.

Fredrickson, B.L. (2013). Updated thinking on positivity ratios. *American Psychologist*, 68 (9), 814-822. <https://doi.org/10.1037/a0033584>

Fernandes, A.P. (2000). (Alguns) quadros teóricos da Psicologia Comunitária. *Análise Psicológica*, 2 (XVIII), 225-230.

Freire, T., Zenhas, F., Tavares, D., & Iglésias, C. (2013). Felicidade hedónica e eudaimónica: um estudo com adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, 4 (XXXI), 329-342.

Guias (n.d.). Guias da Saúde. Aconselhamento psicológico do SNS 24. Em SNS 24, Centro de Contacto, Serviço Nacional de Saúde.

<https://www.sns24.gov.pt/guia/aconselhamento-psicologico-no-sns-24/>

Guimarães, L.A.M., Guimarães, P.M., Neves, S.N.H., & Cistia J.M. (2007). A técnica de debriefing psicológico em acidentes e desastres. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 15 (1), 1-12.

Huppert, F.A., & So, T.C. (2009). *What percentage of people in Europe are flourishing and what characterises them?* Paper presented at the meeting of the OECD/ISQOLS meeting, July 23/24 2009, Florence.

Incêndio (2017). Incêndio em Pedrógão Grande. Comunicado da OPP. Em Ordem dos Psicólogos Portugueses. <https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/noticia/2005>

Keyes, C.L.M. (2002). The Mental Health Continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222.

<https://doi.org/10.2307/3090197>

Keyes, C.L.M., Shmotkin, D., & Ryff, C.D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007–1022.

Lalonde, M. (1981). *A New perspective on the health of Candadians. A working document*. Gouvernement du Canada.

[https://www.webcitation.org/5gbib2ON9?url=http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf](https://www.webcitation.org/5gbib2ON9?url=http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf)

Lourinho, J.C. & Cabrita-Mendes, A. (2020). Governo decreta encerramento de todas as escolas a partir de segunda-feira. Em O Jornal Económico.

<https://jornaleconomico.sapo.pt/noticias/governo-decreta-encerramento-de-todas-as-escolas-a-partir-de-segunda-feira-558533>

- Marujo, H., Neto, L.M., & Balancho, L.S.F. (2013). Emergência, desenvolvimento e desafios da psicologia positiva: da experiência subjetiva à mudança social. *Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 3 (2), 179-201.
- Maths, S.B., Nimala, M.C., Moirangthem, S. and Kumar, N.C. (2015). Disaster Management: Mental Health Perspective. *Indian Journal of Psychology Medicine*, 37 (3), 261-271. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.162915>
- McMahon, D.M. (2006). *Happiness: a history*. Atlantic Monthly Press.
- Mendes, F.A. (2020). Fase de mitigação começou à meia-noite. O que significa isto? Em Público. <https://www.publico.pt/2020/03/25/sociedade/noticia/fase-mitigacao-comeca-meianoite-significa-1909420>
- Moreno, R.R., Peñacoba, C.P., González-Gutiérrez, J.L., & Ardoy, J.C. (2003). *Intervención Psicológica en Situaciones de crisis y emergencias*. Dykinson.
- O que é (n.d.). O que é o SNS 24. Em SNS 24, Centro de Contacto, Serviço Nacional de Saúde. <https://www.sns24.gov.pt/o-que-e-o-sns24/>
- O que fazer (n.d.). O que fazer numa crise. Em Programa Nacional para a Saúde Mental, DGS. <https://saudemental.covid19.min-saude.pt/#>
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Fim de Século.
- Plano (2020). Plano de Contingencia 1 COVID-19. Em Portal 40 anos SNS. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/03/09/plano-de-contingencia-covid-19/>
- Plano (n.d.). Plano Nacional de Prevenção do Suicídio. Em Programa Nacional para a Saúde Mental, DGS. <https://saudemental.covid19.min-saude.pt/#>
- Pereira, M.H. (2012). *Do Estado Liberal ao Estado-Providência*. Universidade do Sagrado Coração.

- Perigo (2020). “Perigo é a forma como se propaga.” OMS declara emergência global. Em Diário de Notícias. <https://www.dn.pt/mundo/oms-declara-emergencia-de-saude-publica-internacional-11768530.html>
- Peterson, C., & Seligman, M.E.P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. American Psychological Association and Oxford University Press.
- Pierson, C. (2006). *Beyond the Welfare State?* Polity Press.
- Queirós, C. & Passos, F. (2018). A recuperação emocional e o apoio psicológico s sobreviventes. [https://doi.org/10.14195/978-989-26-1697-1\\_11](https://doi.org/10.14195/978-989-26-1697-1_11)
- Rando, B., Abreu, A.M., & Blanca, M.J. (2020). Psychometric properties of the Portuguese version of the Flourishing Scale in the general population. Paper submitted for publication to *Psychological Assessment*.
- Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C.D. & Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4), 719-727.
- Seligman, M.E.P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Free Press.
- Silva, A.J., & Caetano, A. (2013). Validation of the flourishing scale and scale of positive and negative experience in Portugal. *Social Indicators Research* 110(2), 469-478. <http://doi.org/10.1007/s11205-011-9938-y>
- SNS 24 (2017). SNS 24. Em Portal dos 40 anos SNS. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/07/24/sns-24/>

- Westphal, M.F. (2006). Promoção da saúde e prevenção de doenças. Em G.W.S., Campos, M.C.S., Minayo, M. Akerman, M.D., Júnior & Y.M. Carvalho (Org.). *Tratado de saúde coletiva* (pp. 635-667). Editora Fiocruz.
- WHO (1978). *Declaration of Alma-Ata*. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, URSS, 6-12 de Setember 1978.
- [https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)
- WHO (2002). *Disasters & Emergencies definitions. Training package*. WHO Press.
- WHO (2005). *Manual for Community-Level Workers*. WHO Press.