

PSICOLOGIA: TEORIA, INVESTIGAÇÃO E PRÁTICA, 1997, 2, 357-370
© Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Universidade do Minho

AVALIAÇÃO E PSICODIAGNOSTICO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

José Luís Pais Ribeiro

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, U. Porto; ISPA, Lisboa;
Hospital Geral de Santo António, Porto

Isabel Leal

Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa; Maternidade Alfredo da Costa,
Lisboa

AVALIAÇÃO E PSICODIAGNÓSTICO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

José Luís Pais Ribeiro

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, U. Porto; ISPA, Lisboa; Hospital Geral de Santo António, Porto

Isabel Leal

Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa; Maternidade Alfredo da Costa, Lisboa

RGSUFFIO — Da antiga designação de Psicodiagnóstico à actual designação de Avaliação Psicológica, os autores defendem que aconteceu mais do que a mudança de um nome. Aconteceu também o encontro com o Sistema de Saúde que implicou a reconceptualização do que é, e deve ser, fazer Avaliação Psicológica em geral e no Sistema de Saúde em particular.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação Psicológica; Psicodiagnóstico; Psicologia da Saúde

KEY WORDS: Psychological Assessment; Psychodiagnostic; Health Psychology

INTRODUÇÃO

Uma parturiente dá à luz um prematuro de seis meses. Na seqüência deste incidente inesperado (ou não-normativo) a senhora apresenta um conjunto de manifestações emocionais, cognitivas e comportamentais de reacção adaptativa susceptíveis de, fora do contexto, serem interpretadas como psicopatológicas. Um doente idoso dá entrada numa unidade de cuidados intensivos por problemas respiratórios e entra em agitação e delírio. Como Wise e Terrel (1992) explicam, a mudança do doente dos cuidados intensivos para a enfermaria é, provavelmente, suficiente para que o delírio termine.

À luz das funções designadas como tarefas do Psicólogo Clínico, estas são situações a que o psicólogo que trabalha em Serviços de Saúde deverá dar resposta. Este é, aliás, o ponto

Toda a correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada para: José Luís Pais Ribeiro, Rua dos Burgães, 276, 3º Dto, 4050 Porto, Telefone: 02-827706.

central que obriga a que a avaliação, ou a produção de informação útil com vista à tomada de decisões (terapêuticas ou outras) em Psicologia da Saúde tenha características substancialmente diferentes do que foi a avaliação, diagnóstico, psicodiagnóstico, ou outras que se tornaram clássicos em Psicologia.

Conforme o que está determinado na carreira como competência do Psicólogo Clínico, e como tema que faz parte da sua formação durante os três anos de internato ou de estágio para se tornar Psicólogo Clínico, a avaliação psicológica tem um papel importante, nomeadamente a prática do psicodiagnóstico. Tal como a expressão "Psicologia Clínica" é susceptível de diferentes interpretações, e por isso, merece ser discutida e esclarecida (cf. Ribeiro, 1994a, Ribeiro & Leal, 1996), também o conceito de psicodiagnóstico, pela sua própria história e percurso na Psicologia precisa de ser compreendido e contextualizado, em particular na Psicologia que se realiza em contextos de saúde e doenças.

PSICODIAGNÓSTICO

Dedicamos algum tempo a este termo por duas razões: a) porque ele aparece muitas vezes referido nas funções do psicólogo que vai exercer a sua acção no sistema de saúde e, b) porque ele próprio é afectado por estereótipos e preconceitos que, na maior parte das vezes não correspondem à realidade.

O termo "psicodiagnóstico" é introduzido por Dupré e por Herman Rorschach no princípio do século. Dupré utilizava-o para qualificar a análise dos sintomas puramente psíquicos de uma doença mental visando fazer o diagnóstico (Mucchielli & Mucchielli, 1969; Piéron, 1968). Rorschach utilizou-o para qualificar o método de exploração da personalidade baseado nas manchas de tinta (Mucchielli & Mucchielli, 1969; Piéron, 1968). Lafon (1973) explica que o termo adquiriu um sentido limitado aplicando-se somente ao diagnóstico realizado a partir da aplicação do teste projectivo de Rorschach. Um dicionário mais recente (Chaplin, 1981) define psicodiagnóstico como o estudo da personalidade através da interpretação dos sinais do comportamento, marcha, gestos, expressões faciais, voz, etc. Se, em vez de dicionários técnicos recorrermos a outros mais genéricos verificamos que o Dicionário de Língua Portuguesa (6ª edição, da Porto Editora) utiliza o mesmo texto do dicionário de Piéron referido acima para explicar o conceito, dando-lhe tanto o sentido que Dupré lhe deu como o de Herman Rorschach. A Grande Enciclopédia Portuguesa Brasileira define o termo como "conhecimento de sintomas psíquicos".

Uma primeira análise do conceito mostra-nos que ele não é unívoco e que tem sido utilizado com duas grandes interpretações: como sinónimo de avaliação psicológica produzida pela utilização de metodologias projectivas, em particular o teste de Rorschach, e outra, mais ampla, como sinónimo de diagnóstico psicológico (Rapaport et al., 1979). A expressão "psicodiagnóstico" gerou-se e desenvolveu-se quando o Modelo Biomédico era "O Modelo" e tanto

a orientação médica como a psicológica decorriam deste modelo centrado na doença. Ora a mudança de orientação após as críticas paradigmáticas de Engel (1977) e a Segunda Revolução da Saúde (Ribeiro, 1994b) repercutiram-se em todo o Sistema de Saúde e afectaram, também, a avaliação psicológica.

AVALIAÇÃO

Por definição, e em termos genéricos, avaliação consiste na produção de informação útil para depois se poderem tomar decisões bem fundamentadas. Neste sentido genérico a definição aplica-se a qualquer prática profissional, a qualquer ciência e mesmo ao comportamento das pessoas no dia a dia. Antes de se tomar uma iniciativa é preciso recolher e analisar informação e, depois, organizar a acção. A Avaliação em Psicologia distingue-se daquela que se faz em outras áreas pela recorrência a técnicas e instrumentos que lhe são próprias. Trata-se de técnicas e instrumentos em que os psicólogos são especialistas e cujo desenvolvimento ajudou a consolidar a Psicologia como ciência.

A Psicologia desenvolveu técnicas de avaliação de constructos psicológicos muito bem fundamentadas do ponto de vista teórico, estatístico, ou por referência a critérios, como explicam Kohlberg e Mayer (1972). São, no entanto, técnicas muito dispendiosas quanto ao tempo necessário para aplicar e muitas delas referidas a quadros psicopatológicos ou a modelos compreensivos ou explicativos pouco compatíveis com a maioria das situações com que o psicólogo se depara hoje nos contextos de doença. No primeiro caso, compare-se por exemplo as técnicas de avaliação do funcionamento intelectual com origem em Wechsler que exigem cerca de uma a duas horas para aplicar, com os Mini-Mental Tests (Folstein et al., 1975) que demoram cerca de cinco minutos a passar para retirar conclusões próximas das que se tiraria com as técnicas tradicionais em psicologia. No segundo caso, reflecta-se na utilidade de usar um T.A.T. ou um Rorschach numa situação institucional, por exemplo, de prematuridade ou de ansiedade extrema perante uma intervenção cirúrgica de risco (Leal & Marques, 1994).

O Scientific Advisory Committee da Medical Outcomes Trust estabeleceu um conjunto de critérios que devem caracterizar as medidas utilizadas para avaliar a saúde (Scientific Advisory Committee, 1995). Acrescenta às tradicionais propriedades métricas que devem afectar as medidas em psicologia outra que se tornou fundamental - *burden* - que traduzido se refere a peso, e que se define como, o tempo, energia e outras exigências colocadas àqueles a quem se aplica o instrumento. Assim a questão do tempo reduzido de aplicação, bem como a facilidade de execução da tarefa, tornaram-se critérios importantes senão na avaliação em geral pelo menos na Avaliação Psicológica que se pratica nos contextos de cuidados de saúde.

A PSICOLOGIA DA SAÚDE NO FINAL DOS ANOS 90

Se desde o pós segunda guerra mundial a Psicologia Clínica se dirigia essencialmente às doenças mentais, a emergência da Psicologia da Saúde, visando, no início, essencialmente as doenças físicas, empurrou estes dois grupos para uma aproximação, visto que o que as separava deixava de ter sentido - por um lado a dimensão física e por outro a mental -. Neste sentido vemos as posições de Millon e de Fox. O primeiro defendia que a Psicologia Clínica e a Psicologia da Saúde fossem consideradas como apenas uma, dado que, "*clinical psychology was misguided in its evolution when it followed a dualistic mind-body model and thereby itself to ministering to the «mentally» disordered. Health psychology came into being in great measure as an antidote to the deficits and imbalance this created*" (Millon, 1982,p9).

Fox num texto com um título sugestivo - *The need for a reorientation of clinical psychology* - defendia que "*we devoted 90% of our efforts serving the needs of the 10%-15% of the population that suffers from diagnosable mental illness. (...) If psychology is to become a true health profession it must greatly expand its concerns with general health issues. Psychologists should be concerned not only with helping people to cope with anxiety or emotional disturbances, but also with helping people to cope with such physical health problems as chronic illness, impending surgery, heart attacks, unhealthy life-styles, andsoforth. If clinical psychology were defined as the profession devoted to enhancing the effectiveness of human coping skills, the profession then should be concerned with ali human functioning and the ability to cope with ali types of health conditions*" (Fox, 1982, p.1052).

A ex-presidente da divisão 38 - Health psychology - afirmava em 1987 "obviously, clinical health psychologists engage in the same broad range of functions as more traditional clinical psychologists" (Belar et ai. 1987, p. 8). Ou seja, a partir da década de 70, a intervenção no Sistema de Saúde em geral e no de Cuidados de Saúde em particular, e a evolução seguinte, que consistiu em fechar os tradicionais hospitais psiquiátricos e criar Serviços de Saúde Mental a par de todos os outros serviços de cuidados de saúde, empurra e obriga a psicologia a reconceptualizar a sua postura neste campo e, principalmente, a rever, na avaliação, o seu arsenal de teorias, técnicas usadas e fins.

O PSICÓLOGO E AS DOENÇAS FISIOPATOLÓGICAS

A intervenção dos psicólogos no universo até então abandonado das doenças físicas, obrigou a reconceptualizar os métodos de intervenção, nomeadamente a avaliação psicológica. A intervenção na área das doenças mentais impunha a necessidade de recorrer a um quadro de referência psicopatológico, dada a provável existência de psicopatologia ser condição fundamental para o doente se encontrar no sistema de cuidados de saúde. No entanto, a inter-

venção sobre as doenças não mentais pressupunha que a razão do doente se encontrar no sistema de cuidados de saúde era fisiopatológica em vez de psicopatológica. Nestas condições a avaliação psicopatológica deixa de ter sentido, excepto em casos em que se pressuponha que há psicopatologia a par de fisiopatologia.

A existência de doença física é uma experiência não normativa - crise não normativa - com impacto negativo no funcionamento psicológico dos indivíduos. As proposições centrais associadas com esta referência às crises tem as suas raízes nos trabalhos de Erik Erikson (1950, 1959). A teoria da crise refere-se ao impacto das alterações dos padrões de funcionamento pessoais e sociais estabelecidos e com o desenvolvimento da identidade social (Moos & Schaefer, 1987). Do mesmo modo que existe uma homeostasia fisiológica, os indivíduos têm necessidade de ter um equilíbrio social e psicológico. Quando ocorre um acontecimento inesperado ou inabitual, o indivíduo utiliza estratégias habituais para o tentar resolver com vista a restaurar o equilíbrio perdido. Decorre daqui uma situação de crise geradora de stress em que as respostas habituais são insuficientes. Um acontecimento que ameace a vida é tão crítico que os indivíduos não têm recursos para lhe responder (Filipp, 1992). Até ao DSM 111 R classificavam-se a gravidade dos agentes stressores em sete categorias sendo a última a de "catastrófica". Ora tais acontecimentos facilitam a emergência de sintomatologia afectiva, cognitiva ou emocional. É importante detectar tal sintomatologia afectiva, tal como depressão, mania, ansiedade, irritabilidade (Fava, et ai, 1994).

Clare (1994) explica que as relações entre sintomas físicos e psicológicos podem ser entendidos numa de três maneiras: a) o distress psicológico pode provocar e precipitar a doença física; b) o distress físico e a doença, ou ainda a medicação dada, podem causar doença psicológica; c) os sintomas físicos e psicológicos coexistem sem se influenciarem um ao outro, como acontece com frequência nos idosos. Os doentes respondem frequentemente à doença com ansiedade, depressão e irritação, que os torna inaptos para reagir à situação que estão a viver. Clare refere que inúmeros factores podem aumentar o risco de perturbações psicológicas, nomeadamente, a) aspectos inerentes ao doente, tais como história anterior de doença psiquiátrica, dificuldades em lidar com o stress, ou circunstâncias pessoais, familiares ou sociais adversas; b) aspectos referentes ao contexto onde o doente se encontra, tais como cuidados intensivos ou urgência; c) o tipo de doença é outro dos factores precipitantes, tais como um diagnóstico de cancro, perturbações endócrinas, infecções, alterações metabólicas, lesões cerebrais, ou cirurgias mutilantes; d) finalmente, Clare acrescenta ainda aos aspectos referidos, o do tipo de tratamento que engloba factores que vão desde a composição química do medicamento aos efeitos da radioterapia.

Wise e Terrell (1992) explicam que os doentes em situação crítica, como é o caso do internamente em cuidados intensivos, ficam frequentemente confusos e agitados em consequência de problemas fisiológicos. O delírio, por exemplo, é frequente: aproximadamente 10% de doentes com problemas agudos admitidos em unidades de cuidados sofisticadas desenvolvem delírio, podendo atingir os 50% em doentes com mais de 70 anos. Por vezes a agitação pode reflectir ansiedade e psicose. Estes autores alertam para o cuidado que se deve ter no diagnóstico

psicopatológico em situações destas, dado as mudanças do estado mental ser secundário aos problemas fisiológicos.

Cassem e Hackett (1979) referem que quando os doentes estão dependentes de máquinas tendem a gerar problemas psicológicos tais como ansiedade ligada à dependência do ventilador, negação, hostilidade, dependência, rituais de passagem associados à saída dos cuidados intensivos e desânimo. Lloyd (1993) refere que ocorre stress pós-traumático em cerca de 10% das pessoas com lesões múltiplas após acidentes, mas que a maior parte das vezes tal não é reconhecido nem tratado.

Moos (1982) coloca o problema da doença como uma situação de crise conforme a perspectiva de Erikson. Refere que os doentes freqüentemente encaram a sua doença como uma ruptura na sua vida com implicações na sua adaptação, auto-conceito e percepção do futuro. Um mau acompanhamento de uma situação de crise deste tipo pode ter repercussões sérias no futuro. Moos refere casos em que, após uma boa recuperação médica se verificaram problemas graves de ajustamento familiar, sentimentos de perda de controlo, fantasias relacionadas com a morte e sentimento de desânimo. Estas seqüelas são susceptíveis de fragilizar o indivíduo e a sua família tornando-os mais vulneráveis às doenças em geral, incluindo as doenças mentais, abrangendo, inclusive, a perda de funcionalidade nos papéis familiares e profissionais.

Em conclusão, dos exemplos expostos, retira-se que as reacções à doença têm a sua própria especificidade adaptativa sem que, no entanto, configurem, em geral, um quadro psicopatológico. A assunção de tal facto terá de se repercutir no uso de técnicas de avaliação.

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NA DÉCADA DE 90

Deparamos assim, com a evolução da Psicologia Clínica de um contexto onde a psicopatologia era o foco primário, para um ambiente em que a fisiopatologia é o principal foco, e onde as reacções psicológicas ao acontecimento fisiopatológico são susceptíveis de gerar sintomas que, embora semelhantes aos psicopatológicos, são reacções adaptativas à situação de ter uma doença, a se encontrar naquele contexto, e de ser tratado, por vezes com terapêuticas agressivas. Assim, o psicólogo tem de a) identificar os factores que facilitam a emergência de, ou mantêm a crise e, b) diferenciar as reacções normais à doença física das psicopatológicas.

Segundo Green (1985), no início, os psicólogos nos serviços de saúde não mental recorriam aos instrumentos de avaliação psicológica tradicionais que respondiam bem às questões relacionadas com a avaliação da psicopatologia em contextos de doença mental mas se tornavam desadequados noutros contextos de doença. Novos instrumentos concebidos para avaliar aspectos psicológicos de doentes em contextos de doença não mental têm-se desenvolvido, primeiro muito lentamente, e mais rapidamente na década de 90. Os primeiros instrumentos foram adaptados por pessoal médico não familiarizado com as teorias psicométricas.

não têm cura, ou a sua cura dura muito tempo. Entretanto os indivíduos têm de fazer mudanças radicais no seu estilo de vida para poderem fazer a sua vida normal convivendo com a doença. Daqui nasceu um constructo que hoje é central no Sistema de Cuidados de Saúde que é o de Qualidade de Vida (QDV) ou de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QDVRS) (cf. Ribeiro, 1994c). Com efeito, as pessoas com doenças crônicas constituem a maioria das consultas do Sistema de Saúde. Quanto melhor for a sua QDV e a sua Saúde menor a utilização do Sistema e dos gastos.

Gerou-se uma corrente que se intitulou Outcome Management e que se define como "uma tecnologia centrada na experiência do doente, concebida para ajudar doentes, pagadores e fornecedores de cuidados de saúde a fazer escolhas racionais de entre as opções disponíveis em cuidados médicos, baseadas num melhor conhecimento acerca do impacto dessas escolhas na vida do doente" (Ellwood, 1988, p. 1555). Isto constitui o elemento central do que é chamada a "Terceira Revolução da Saúde" (Relman, 1988). Esta perspectiva, por ser centrada na experiência do doente, foca dimensões subjectivas que a medicina tem pouca experiência a avaliar ao contrário da psicologia. Com efeito, a medicina recorre a técnicas pretensamente objectivas (hard) ao invés da psicologia que privilegia os aspectos subjectivos (soft). Estas correntes encontraram-se fruto da evolução do Sistema de saúde e, daí desenvolveram-se inúmeras técnicas visando a avaliação do bem-estar do doente, baseados na experiência e percepção do doente, por inerência subjectivas.

A PRÁTICA DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

No modelo médico que a psicologia adoptou, a avaliação psicológica tinha dois objectivos principais: a identificação e o tratamento das perturbações psicológicas. Visava uma dimensão única do doente, o seu estado mental, sem se interessar pela dimensão corporal (Belar & Deardoff, 1995)

Três ordens de razões levaram à reconceptualização da avaliação psicológica no sistema de saúde e no de cuidados de saúde:

1. A necessidade sentida pelo contexto médico de, a par de conhecer a doença que tal Homem tem, conhecer igualmente o Homem que tem tal doença como citam Belar e Deardorf (1995).

2. A extinção dos hospitais psiquiátricos e a integração destas equipas em hospitais gerais levou a que os psicólogos começassem a ser solicitados para outros Serviços, da cirurgia à cardiologia, da senologia, aos transplantes, da reabilitação à endocrinologia. Rapidamente se constatou que o armamentum que constituía o arsenal privilegiado dos psicólogos era inadequado para a esmagadora maioria das situações que surgiam nestes contextos.

3. A divisão entre variáveis latentes e variáveis emergentes (Ozer & Reise, 1994), e o reconhecimento de que a abordagem de variáveis psicológicas emergentes (que resultam do

estar doente e se manifestam como processos adaptativos ou de coping) são mais úteis para ajudar o doente e os seus próximos, do que as variáveis latentes (que são mais estáveis, caracterizam o indivíduo, antecedem o comportamento individual e são mais difíceis de alterar).

A avaliação Psicológica no Sistema de Saúde pode dirigir-se a dois grandes grupos, ou subdividir-se em dois grandes ramos:

1. A que se faz com pessoas que não estão doentes, no âmbito da Promoção e Protecção da Saúde, e no da Prevenção das Doenças. Neste grupo incluem-se os doentes crónicos que periodicamente regressam ao sistema de cuidados de saúde para internamento (por exemplo as doenças respiratórias), ou para vigilância continuada (por exemplo enfarte do miocárdio, ou epilepsia).

2. Os que estão em regime de cuidados de saúde e possuem uma doença que os obriga a internamento mais ou menos prolongado e a tratamento mais ou menos agressivo.

Johnston (1997) explica que há inúmeras áreas de avaliação em Psicologia da Saúde, tais como, por exemplo, dor e comportamento de dor, stress, emoções e acontecimentos de vida, processos de coping, suporte social, estado de saúde, e qualidade de vida relacionada com a saúde, doenças, sintomas, alterações funcionais, reabilitação, expectativas, experiência e avaliação dos cuidados de saúde, diferenças individuais e demográficas, crenças acerca das causas das doenças, crenças e conhecimentos acerca das doenças e da saúde, comportamento relacionado com a saúde e com as doenças, etc.

Como recursos a que o psicólogo pode recorrer no processo de avaliação visando recolher informação que lhe seja útil para intervir (toda a avaliação visa tomar decisões acerca de qualquer coisa, nomeadamente a intervenção) Johnston (1997) refere: observação; técnicas fisiológicas (tais como pressão sanguínea, valores do sistema imunitário, relações entre stress e sistema imunitário); técnicas clínicas (como por exemplo a medicação que pode explicar alguns sintomas confusionais do doente); e auto-registo de comportamentos, de cognições e de emoções.

Há uma técnica de avaliação que deve ser privilegiada e dominada pelos psicólogos que intervêm no sistema de cuidados de saúde: a entrevista. Na realidade muitas das informações passíveis de ser recolhidas pelos processos acima referidos podem igualmente ser recolhidas em entrevista. No entanto o inverso não é verdadeiro. A maioria da informação obtida através da entrevista não poderá ser conseguida de nenhuma outra maneira. A própria situação do doente acamado que o psicólogo tem de abordar, recomenda a utilização da entrevista.

A importância da entrevista psicológica em qualquer contexto de saúde é inegável e reconhecida. De resto, aquilo que tradicionalmente se designa no Sistema de Saúde por História Clínica é em si mesmo um conjunto de entrevistas realizadas por diferentes agentes terapêuticos (Poch & Talarn, 1991), ainda que o objectivo não seja a reconstrução conceptual do entrevistado mas apenas o reconhecimento ou classificação em categorias previamente estabelecidas de patologias, sinais, sintomas ou sistemas de funcionamento ou disfuncionamento físico ou mental.

A ENTREVISTA PSICOLÓGICA

Como método privilegiado que é, a entrevista psicológica tem sido objecto de inúmeros trabalhos, reflexões e discussões. Concluiu-se (Poch & Talarn, 1991) que não havia uma única entrevista psicológica mas múltiplas formas de entrevista classificáveis de acordo com o nível de estruturação (estruturadas, semi-estruturadas, abertas), com o meio ambiente emocional (frio, caloroso), com os objectivos (investigação, clínica, selecção) ou com a fase da relação (diagnostica, terapêutica). Craig (1991) considera que existem diferentes tipos de entrevista, caracterizados pelo objectivo perseguido e pela direcção em relação à qual as entrevistas são conduzidas. Do seu ponto de vista existem entrevistas de recolha de dados em que o objectivo é obter informações preliminares sobre um doente; entrevistas de estudo de caso em que o objectivo é rever a natureza dos conflitos do doente em seqüência histórica com o foco nos períodos críticos, antecedentes e desencadeantes; entrevistas de avaliação do estado mental que tem como objectivo determinar o grau de prejuízo mental associado à situação clínica investigada; a entrevista de pré e pós-testagem que tem como objectivo introduzir ou esclarecer aspectos gerais ou particulares de testes utilizados ou a utilizar; a entrevista breve de avaliação, que se caracteriza pelo formato focal e de tempo limitado e que pretende avaliar questões muito específicas; as entrevistas de conclusão que encerram uma relação e avaliam a perspectiva de benefício do paciente e perspectivavam o período seguinte ao trabalho desenvolvido e, finalmente, as entrevistas de investigação que cumprem o protocolo estabelecido de acordo com o objectivo proposto para a investigação.

Uma outra possibilidade de tipificar as entrevistas é, além da já referida estruturação, a finalidade e o quadro de referência teórico (Nunes, 1993). A finalidade pode ser de diagnóstico, terapêutica, de encaminhamento ou de investigação e o quadro teórico reporta-se habitualmente aos grandes quadros teóricos que servem a psicologia: o comportamental-cognitivo, o psicanalítico, o existencial, o sistémico, ou o desenvolvimental.

Do nosso ponto de vista, a primeira definição que importa fazer é exactamente a da teoria utilizada. Ou seja, qual o referencial teórico que serve de suporte a um qualquer contacto que se pretende de âmbito técnico e não especialmente de interacção social. Um dos problemas graves que decorre da inexistência deste suporte teórico é o amontoar de dados mais ou menos dispersos e muitas vezes inúteis sobre alguém, o nosso utente, simplesmente porque falha o código de interpretação do que é dito ou o próprio questionamento é atabalhado e sem direcção.

Um segundo aspecto igualmente importante é o do domínio da técnica. De facto a técnica, ou melhor, as técnicas de entrevista, comuns a todos as profissões que a utilizam, carecem no caso da entrevista psicológica de um apuramento particular quer pela responsabilidade que implica, quer pelo facto de ser o instrumento central para um futuro pronunciamento avaliativo ou para o estabelecimento de uma relação de cariz terapêutico.

Só depois destas considerações faz sentido referir o facto de a entrevista ser de avaliação. Todas as primeiras entrevistas psicológicas são por inerência avaliativas, já que só pelo estabelecimento de uma relação com alguém se pode aceder ao conhecimento de aspectos desse indivíduo que nos permitam perceber como se situa em relação aos parâmetros que consideramos.

que se procura sempre interpretar o material produzido pelo sujeito em relação ao conflito focal. A atenção selectiva (em contraponto à atenção flutuante utilizada nos referenciais psicanalíticos), refere-se ao tipo de atenção que se deve prestar e através da qual se procura todas as possíveis relações do material que o sujeito traz com a problemática focal. A "negligência" selectiva é a designação proposta para o evitamento de matérias que, ainda que interessantes e relevantes noutros contextos, implicariam um afastamento das zonas focais. Importa ainda sublinhar que o foco se estabelece não pela nomeação que o utente faz da sua problemática, nem mesmo pelo enquadramento institucional, mas pelo quadro teórico em que o psicólogo se move e para o qual faz remeter os constructos da sua avaliação.

Em contextos de saúde, a avaliação psicológica não se propõe dar uma imagem final e acabada do indivíduo em todos os seus aspectos e dimensões. Sendo por definição um contexto multidisciplinar, outras valências e outros técnicos fornecerão, a partir das suas próprias avaliações, informação útil para conhecer a Pessoa e a sua doença

CONCLUSÕES

Da antiga designação de Psicodiagnóstico à contemporânea forma da Avaliação Psicológica aconteceu mais do que uma mudança de nomes. Aconteceu também um alargamento de território de intervenção que ao contactar com o Sistema de Saúde implicou novas estratégias. Estratégias de mudança centradas na especificidade das situações encontradas, nomeadamente a ausência de psicopatologia da maioria dos utentes ainda que em situação de crise e, também, a necessidade de respostas rápidas inerentes ao funcionamento quer dos serviços quer dos próprios utentes do Sistema de Saúde. Nesse sentido a avaliação psicológica, instrumentos e a própria entrevista psicológica precisaram de se repensar e redimensionar de acordo com estes novos desafios.

REFERENCIAS

Belar, C., & Deardoff, W. (1995). *Clinical Health Psychology in Medical Settings: A practitioner's guidebook*. Washington: American Psychological Association. Belar, C., Deardoff, W., & Kelly, K. (1987). The practice of clinical health psychology. New York: Pergamon Press. Bowling, A. (1994). *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*. Milton Keynes: Open University Press. Bowling, A. (1995). *Measuring disease*. Buckingham: Open University Press

Cassem, E., & Hackett, T. (1979). Psychiatric medicine in intensive care settings. In: T.C. Manschreck (Ed.) *Psychiatric medicine update*. New York: Elsevier North Holland, Inc. Chaplin, J. (1981). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Publicações D. Quixote. Clare, A. (1994). Psychological Medicine. In: P. Kumar & M. Clark (Eds.) *Clinical medicine: a textbook for medical students and doctors* (pp. 957-991) (3th Ed.) London: Baillière Tindall. Craig, R.J. (1991). *Entrevista Clínica e Diagnostica*. Artes Médicas. Porto Alegre. Ellwood, P. (1988). Shattuck Lecture- Outcomes management. A Technology of patient experience. *The*

- new England Journal of Medicine*, 318(23), 1549--1556.
- Engel, C. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136
- Erikson, E. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Erikson, E. (1959). Identity and the life cycle. *Psychological issues*, 1 (1), 18-171.
- Fava, C., Morphy, M., & Sonino, N. (1994). Affective prodromes of medical illness. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 62, 141-145
- Filipp, S. (1992). Could it be worse? the diagnosis of cancer as a prototype of traumatic life events. In: L. Montada, S. Filipp, & M. Lerner (Eds.). *Life crises and experiences of loss in adulthood*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Folstein, M., Folstein, S. & McHugh, P. (1975). "Mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician." *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189.
- Fox, R. (1982). The need for a reorientation of clinical psychology. *American Psychologist*, 37(9), 1051--1057.
- Green, C.J. (1985). The use of psychodiagnostic questionnaires in predicting risk factors and health outcomes. In: P. Karoly (Ed.). *Measurement strategies in health psychology*. New York: John Wiley & Sons.
- Hetherington, R. (1978). The Clinical interview. *Assessment of adults: types of assessment*. London: Methuen.
- Johnston, M. (1997). *Measurement in health psychology*. Workshop realizado no 2º Congresso nacional de Psicologia da Saúde.
- Karoly, P. (Ed.) (1985). *Measurement strategies in health psychology*. New York: John Wiley & Sons.
- Kohlberg, L., & Mayer, R. (1972). Development as the aim of education. *Harvard Educational Review*, 42(4), 449-496.
- Lafon, R. (1973). *Vocabulaire de psychopédagogie et de psychiatrie de l'enfant*. Paris: P.U.F.
- Leal, I. & Marques, M. (1994). O Rorschach em psicologia da Saúde: Contributos para uma reflexão sobre o seu uso numa Maternidade. *Análise Psicológica*, XII (4), 481-484.
- Lemgruber, V.B. (1984). *Psicoterapia breve: a técnica focal*. Artes Médicas. Porto Alegre.
- Lewis, J.A., Sperry, L. & Carlson, J. (1993). *Health Counseling*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.
- Lloyd, G. G. (1993). *Problemas psicológicos em unidades de cuidados intensivos*. *British Medical Journal*, 2, 595-596
- Malan, D. H. (1974) *La psicoterapia breve*. Buenos Aires, Centro Editor da América Latina. McDowell, L, & Newell, C. (1987). *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press.
- Matarazzo, J. D. (1965). The interview. In B. B. Wolman (Ed.) *Handbook of clinical psychology* (p. 403-450). New York, NE: McGraw-Hill Book Company.
- Matarazzo, J. D. (1978). The interview: its reliability and validity in psychiatric diagnosis. In B. B. Wolman (Ed.). *Clinical diagnosis of mental disorders* (p. 47-96). New York: Plenum Press.
- McIntyre, T. M. (1994). A entrevista de avaliação clínica: sua relevância para o processo terapêutico e na formação psicoterapêutica. *Jornal de Psicologia*,
- Millon, T. (1982). On the nature of clinical health psychology. In: T. Millon, C. Green & R. Meagher (Edts.). *Handbook of clinical health psychology*. (pp. 1-27). New York; Plenum Press.
- Moos, R.H. (1982). Coping with acute health crises. In: T. Millon, C. Green & R. Meagher (Edts.). *Handbook of clinical health psychology*. (pp. 129-152). New York; Plenum Press.
- Moos, R.H., & Schaefer, J.A. (1987). Life transitions and crises: a conceptual overview. In: R. H. Moos (Edt.). *Coping with life crises: An integrated approach*. New York: Plenum Press.
- Mucchielli, A., & Mucchielli, R. (1969). *Lexique de la psychologie*. Paris: Editions Sociales Françaises.
- Nunes, M. L. (1993). Entrevista Psicológica. In: J. A. Cunha (Ed.), *Psicodiagnóstico -R* (4ª edição p. 29-50). Porto Alegre. Artes médicas.
- Ozer, D., & Reise, S. (1994). Personality assessment. *Annual Review of Psychology*, 45, 357-388.
- Piéron, H. (1968). *Vocabulaire de la psychologie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Poch, J. & Talam, A. (1991). Entrevista psicológica e história clínica. In J. V. Ruiloba (Ed.) *Introducción a psicopatología y la psiquiatría* (p. 64-75). Barcelona. Salvat.
- Rapaport, D., Gill, M., & Schafer, R. (1979). *Diagnostic psychological testing*. New York: International University Press, Inc.
- Relman, A. (1988). Assessment and accountability: The third revolution in medical care. *The New England Journal of Medicine*, 319 (18), 1220-1222
- Ribeiro, JLP (1994a). *A psicologia da saúde é uma área epistemológica de eleição para o exercício da psicologia clínica*. Actas do I Seminário "Deontologia Profissional do Psicólogo", (pp. 18-28) Porto: APPORT.
- Ribeiro, J. L. P. (1994b). A psicologia da saúde e a segunda revolução da saúde. In: T. McIntyre (Edt.) *Psico-*

- gia da saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp.33-55). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Ribeiro, JLP (1994c). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, XII (2-3), 179-191
- Ribeiro, J P, & Leal, I. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise Psicológica*, XIV(4), 67-77
- Rodin, J., & Salovey, P. (1989). Health Psychology. *Annual Review of Psychology*, 40, 533-579
- Scientific Advisory Committee (1995). Instrument review criteria. *Medical Outcomes Trust Bulletin*, 3(4), I-IV.
- Sobel, S.D. (1979). Introduction, In: S.D.Sobel (Edt.). *Ways of Health: holistics approaches to ancient and contemporary medicine*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Wise, M., & Terrell, C. (1992). Delirium, psychotic disorders, and anxiety. In: J. Hall, G.Schmidt, & L. Wood (Eds.). *Principles of critical care*. (pp. 1757-1769) New York: McGraw-Hill, Inc.

PSYCHODIAGNOSTIC AND ASSESSMENT IN HEALTH PSYCHOLOGY

ABSTRACT

We argue that more than a change of nomenclature has occurred between the old designation of psychodiagnostic, and the one more adequately used today "Psychological Assessment". It was a holistic change of philosophy and practices in the Health Field and in the Health Care Field that forced the reorientation of Clinical Psychology and Psychological Assessment in a way that makes sense today.