

# Heurísticas, Enviesamentos e Erros Inferenciais na Mecânica da Avaliação Psicológica (\*)

MÁRIO RODRIGUES SIMÕES (\*\*)

## I. INTRODUÇÃO

Os psicólogos ocupam uma parte do seu tempo em tarefas ou *actividades de avaliação psicológica*. A avaliação psicológica consiste num processo orientado para o conhecimento, compreensão e formulação de um juízo acerca de uma outra pessoa (McReynolds, 1975), ou numa actividade orientada para a «identificação das características distintivas de cada caso» (Achenbach, 1985, pp. 27-28), ou para a aquisição de amostras do comportamento psicológico (Kleinmuntz, 1982) que se realiza a partir do uso de vários métodos de recolha de dados. Nestas actividades de avaliação co-existem, a diferentes níveis, *juulgamentos e tomadas de decisão*. Juulgamentos sobre o tipo de informação a obter (i.e., que constructos medir e quais os métodos e instrumentos de avaliação a utilizar) ou acerca de quando terminar a pesquisa. Ou ainda, juulgamentos acerca da natureza, causas, efeitos secundários, gravidade e significado dos sintomas e dos problemas, do diagnóstico (que supõe

uma síntese e uma integração de dados), dos mecanismos etiológicos, do prognóstico do comportamento futuro, da estratégia e técnicas de intervenção psicoterapêutica a implementar, em função da medida da sua eficácia potencial e dos objectivos a alcançar.

Uma vez que a *actividade de juulgamento e de tomada de decisões* constitui uma rotina central na prática psicológica ela deve, por isso, ser explicitada. A competência para proceder a avaliações correctas é um pré-requisito para uma intervenção eficaz, tanto mais que os problemas não podem ser modificados de forma apropriada antes de serem adequadamente diagnosticados.

As tarefas de avaliação exigem o uso do *raciocínio* na identificação das características relevantes da situação, dos comportamentos e dos sintomas. As estratégias de raciocínio utilizadas podem conduzir a *erros* e, conseqüentemente, comprometerem a qualidade das decisões a tomar. Os conhecimentos especializados são aqui, por si sós, insuficientes.

Segundo Faust (1986) muitos dos erros cometidos não resultam de coisas que se fazem erradamente, de hábitos problemáticos do juulgamento (p. ex., confiança em estratégias inadequadas), mas de limitações cognitivas mais fundamentais associadas à incapacidade para usar e integrar quantidades adicionais de informação.

Há aqui um interesse fundamental no conhe-

(\*) Versões preliminares deste trabalho foram apresentadas no III Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia (Lisboa, 21 de Outubro de 1992) e nas 1<sup>as</sup> Jornadas de Estudo da Sociedade Portuguesa de Psicologia (Coimbra, 22 de Novembro de 1992).

(\*\*) Assistente da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Rua do Colégio Novo, 3000 Coimbra.

cimento acerca do modo como o psicólogo faz a avaliação, i.e, no conhecimento do *processo* de formulação de juízos e dos factores que influenciam aquilo que o psicólogo vê e regista e, dum modo particular, nas estratégias de raciocínio utilizadas.

Neste contexto, a *mecânica da avaliação psicológica* pode ser caracterizada do seguinte modo: os julgamentos clínicos e a tomada de decisões são sempre arriscados e formulados, frequente e inevitavelmente, em condições de *incerteza*, uma vez que não se sabe tudo aquilo que há para saber acerca do cliente. E existe uma quantidade de erro significativa na avaliação da informação. Sabe-se que a informação pode ser omitida porque o paciente tem défices cognitivos e pode não falar com fidelidade acerca do seu passado, ou porque ele tenta projectar uma certa imagem acerca de si próprio. Por outro lado, a incerteza diminui, sobretudo subjectivamente, com a acumulação de informações. Talvez por isso haja tendência para obter mais dados do que aqueles que são necessários. No entanto, mesmo quando uma grande quantidade de dados é obtida apenas uma parte reduzida é, habitualmente, utilizada na tomada de decisões. Segundo Corbin (citado por Gambrill, 1990) esta acumulação parece ter uma função «auto-reforçante» uma vez que não é muitas vezes evidente como é que os dados adicionais poderão ser úteis na formulação das decisões mais correctas. Gambrill (1990) acrescenta: a própria informação em excesso reduz a consistência dos julgamentos. E Nisbett e Ross (1980) concluem: a informação inconsistente, não redundante é, potencialmente, mais informativa do que a informação consistente mas redundante. Neste contexto, Turk e Salovey (1986) referem ainda que a informação fortemente redundante pode contribuir para a rigidificação das expectativas e para o encerramento prematuro da pesquisa de informação.

Nesta linha, há um outro conjunto de variáveis susceptíveis de interferir nos processos de julgamento e de tomada de decisões. Uma delas é, habitualmente, designada por «confiança excessiva» («overconfidence»). Uma das explicações para o fracasso da avaliação psicológica reside no facto de não se ter acesso a toda a informação. Existe também a ideia (e o sentimento) de que a acumulação progressiva de

informação acerca de um caso, ou mesmo a experiência, aumentam a compreensão e conhecimento acerca desse mesmo caso, e com isso, a confiança na avaliação.

No entanto, Oskamp (1982) adverte que os sentimentos de crescente confiança que se experimentam, à medida que se continua a trabalhar com um caso e que se acumulam informações, não constituem um indicador válido da correcção de um julgamento ou tomada de decisão.

Por outro lado, e não raras vezes, os psicólogos estão familiarizados apenas com uma parcela modesta do conhecimento — cada vez mais amplo mas, também, mais fragmentado — que está potencialmente disponível em relação ao problema actual e ao modo como o resolver. E como nota Gambrill (1990) a existência de cada vez mais conhecimentos transforma as escolhas pessoais do clínico, acerca do modo como utilizar esses conhecimentos, numa questão significativa.

Além disso, os psicólogos não procuram dados com uma objectividade completa: reinterpretem os dados de modo a aumentar a sua aparente consistência e desvalorizam a evidência que não corresponde às suas expectativas. O que arrasta uma vez mais o problema da confiança excessiva nos seus julgamentos baseados em tais dados.

Vemos assim que a avaliação psicológica corresponde a um processo ou itinerário cujos mecanismos, regras e linhas de força são, por vezes, mais «psicológicos» do que lógicos ou racionais. Os psicólogos, à semelhança do que acontece com as outras pessoas, não pensam racionalmente porque isso exige um esforço cognitivo excessivo, contentando-se com o uso de critérios aceitáveis e de heurísticas ou estratégias de simplificação que conduzem a «enviesamentos cognitivos» («cognitive biases») e, inevitavelmente, à existência de erros.

Quer isto dizer que em termos de avaliação psicológica, não é apenas importante conhecer o funcionamento do cliente nem as características psicométricas dos métodos e instrumentos de avaliação utilizados na aquisição de dados. Torna-se igualmente necessário um melhor conhecimento acerca do modo como o processamento da informação, a mecânica e economia cognitivas (maneira de reduzir e simplificar os fluxos de informação) operam, isto é, do modo

como o funcionamento psicológico do clínico afecta a avaliação psicológica. Como escreve Holt (1970), «há mais para saber do que aquilo que é conhecido acerca dos métodos para aperfeiçoar o julgamento.»

Este trabalho procura chamar a atenção para a necessidade do psicólogo possuir um conhecimento relativo a si mesmo: capacidades pessoais, limitações na aquisição e no processamento, muitas vezes mecanicistas, da informação. Mais especificamente, este trabalho procura identificar e explicar, dum ponto de vista cognitivo e a partir da literatura publicada nos últimos anos, alguns dos *factores* relevantes que interferem na actividade de avaliação psicológica, ao nível do *funcionamento*, dos *processos mentais* (sempre difíceis de explicitar ou de reconstituir), dos *comportamentos problemáticos* e dos *erros* mais comuns associados às *tarefas de julgamento e tomada de decisão* e, ainda, indicar algumas das *soluções* (regras de decisão) habitualmente propostas e orientadas para o aperfeiçoamento do *comportamento de avaliação psicológica*.

## II. DAS HEURÍSTICAS E «ENVIESAMENTOS» AOS ERROS DE AVALIAÇÃO

Os psicólogos desenvolvem e mantêm um repertório de *estratégias de processamento da informação* (*heurísticas, esquemas de conhecimento, representações cognitivas*) que os ajuda a filtrar a informação que é observada, a organizar a que fica registada na memória ou é susceptível de ser evocada e a elaborar as apreciações e inferências que vão servir de suporte aos processos de avaliação, diagnóstico, prognóstico e intervenção psicoterapêutica. Estas estratégias são usadas, muitas vezes, inconscientemente.

Deste modo, os processos cognitivos do psicólogo constituem um elemento crítico de enorme impacto na avaliação psicológica (e na intervenção psicoterapêutica). Para Garb (1992) os processos cognitivos do psicólogo e a caracterização do modo como formula juízos podem ser descritos através de *heurísticas e enviesamentos*.

Os instrumentos cognitivos através dos quais analisamos e processamos a informação impõem, frequentemente, o uso de estratégias

simplificadas de redução dessa informação, habitualmente referidas como *heurísticas*. As heurísticas são regras, princípios organizadores, estratégias rápidas de julgamento inferencial e de descoberta. Procuram uma economia de processamento alcançando uma racionalidade suficiente com um mínimo de tratamento da informação. São utilizadas em processos de julgamento e tomadas de decisões, para resolver problemas em situações de incerteza ou de ausência de informação importante. Ajudam-nos a organizar e a simplificar a informação disponível, a formular inferências e a predizer tendo por base informação escassa e pouco fidedigna e, neste sentido, são susceptíveis de enviesar ou distorcer o nosso julgamento e de conduzir a erros (Kahneman & Tversky, 1982a e 1982b; Sarbin, 1986; Taylor, 1982; Vasco & Garcia-Marques, 1992).

Kruglansky e Ajzen (1983) definem «*enviesamento*» («*bias*») como «uma tendência para o julgamento se desviar sistematicamente de um critério aceite de validade» (p. 18), «uma preferência subjectivamente fundamentada por uma dada conclusão ou inferência em detrimento de conclusões alternativas possíveis» (p. 19). outra definição remete para um desvio a partir de uma resposta normativa correcta (Gigerenzer, Swijtink, Porter, Daston, Beatty & Kruger, 1989). Os «*enviesamentos cognitivos*» são definidos como «erros sistemáticos, i.e., julgamentos que se desviam sistematicamente duma norma ou critério aceite de validade» (Kruglansky & Ajzen, 1983) e podem funcionar como «*tendências a distorcer*». Por «*tendências a distorcer*» entendem-se os processos ou estratégias cognitivas subjacentes aos *erros inferenciais* que os psicólogos cometem, devido ao uso incorrecto da informação disponível. São persistentes (daí a possibilidade do seu estudo) e difusas, susceptíveis de conduzir a graves erros inferenciais que se reflectem nos processos de avaliação e intervenção terapêutica.

O erro pode ser definido a partir da «inconsistência entre uma dada hipótese, conclusão ou inferência e uma crença solidamente sustentada» (Kruglansky & Ajzen, 1983, p. 19), ou a partir da contradição com aquilo que é prescrito por um modelo de desempenho optimal, ou a partir da existência de consequências indesejadas (Vasco & Garcia-Marques, 1992).

Os problemas que se podem levantar a estas definições são, por um lado, a ausência de um critério universal aceitável a partir do qual uma única solução ou decisão «correcta» pode ser derivada com certeza, de modo a tornar possível a identificação de enviesamentos e erros (Funder, 1987). Por outro lado, «o fracasso ou mesmo a impossibilidade de especificar, de uma forma não ambígua, o espaço do problema e os objectivos a alcançar. Ou seja, é difícil determinar o que é um erro quando estão envolvidos problemas mal-definidos (Keren, 1990, p. 527).

Segundo Faust (1986) «os erros ocorrem porque as estratégias não são adequadas para os problemas sob consideração ou porque a complexidade da informação excede a nossa capacidade cognitiva» (p. 421). Ou ainda, devido a défices de competência inferencial ou a «lapsos» de desempenho inferencial (conhecimentos que estão disponíveis mas não são utilizados).

Os erros podem ocorrer em qualquer fase: na avaliação (na estruturação dos problemas, no desenho das inferências; situar-se ao nível da descrição, do assumir de relações causais; na classificação incorrecta do problema paciente), na intervenção (selecção de métodos de intervenção ineficazes) e no prognóstico (pressupor que os ganhos se vão manter, sugerir incorrectamente a necessidade de terapia, a possibilidade de suicídio ou da recorrência de comportamentos violentos).

Para Nisbett e Ross (1980) os erros inferenciais sistemáticos podem corresponder ou a uma utilização excessiva de certas estratégias inferenciais, intuitivas e geralmente válidas (encontram-se neste caso as «tendências confirmatórias», a «heurística da disponibilidade» e alguns tipos de «correlação ilusória» que à frente definiremos) ou a um emprego mínimo de certas estratégias formais, lógicas e estatísticas (encontram-se a este nível, a «heurística da representatividade» e, por vezes, as «correlações ilusórias» conceitos definidos adiante).

Pressupõe-se que o reconhecimento da existência destas heurísticas e enviesamentos, é susceptível de facilitar a aceitação e a compreensão dos erros e conduzir à sua diminuição. De qualquer modo, os erros são inevitá-

veis. Por isso, é fundamental fazer a aprendizagem acerca das fontes de erro que afectam a qualidade da avaliação e considerar formas de os minimizar.

Poder-se-á extrair daqui uma outra lição: a natureza sistemática das heurísticas, das tendências a distorcer e dos erros consequentes contraria, aparentemente, a ideia ou a convicção de que para os psicólogos cada caso é único.

Consideremos, então, num primeiro momento, algumas fontes de erro no processo de julgamento e na tomada de decisão. Encontram-se neste caso, as «tendências confirmatórias», a «correlação ilusória», a «heurística da representatividade», a «heurística da disponibilidade», o «erro atribucional fundamental», a «heurística do carácter único», o «enviesamento da previsão a posteriori» e o «efeito da regressão estatística para a média».

Embora estas questões não sejam novas, elas têm sido fortemente ignoradas encontrando-se sistematicamente ausentes dos manuais de avaliação psicológica. Como se estas questões fossem infornuláveis ou não importantes. Turk e Salovey (1985) lembram que os dados que resultam destes problemas são ameaçadores e que talvez por isso este esquecimento poderia traduzir uma resposta defensiva.

1. «*Os enviesamentos confirmatórios*» («confirmation bias») referem-se à «tendência geral para codificar, processar e recuperar a informação que é consistente com um esquema» (Turk & Salovey, 1985, p. 7). Estão associados a um trabalho quase instantâneo de elaboração inicial das conceptualizações ou categorizações acerca dos clientes, tendo por base uma quantidade mínima de informação.

Neste contexto, as primeiras impressões são extraordinariamente prevaletentes. Winnicot (citado por Brusset, 1979) reconhece a importância decisiva que a primeira entrevista tem, uma vez que é aí que se formam as primeiras impressões e as primeiras modalidades de compreensão de uma nova criança e de uma nova família. Meehl (1960) p. ex., observa que «a imagem do cliente», que os terapeutas arquitetam nas primeiras quatro horas de terapia e, de um modo particular, entre a segunda e quarta sessão, se mantém praticamente inalterada ao fim de 24 sessões. E, num exemplo extremo

conhecido, a partir de uma entrevista filmada, os terapeutas constroem, com frequência, impressões diagnósticas entre os primeiros 30 e 60 segundos (Gauron & Dickinson, citados por Garb, 1989).

Os clínicos formulam hipóteses e categorizações muito rapidamente. Estas hipóteses influenciam as suas expectativas depois da categorização inicial. E manifestam-se através de duas tendências complementares.

Por um lado, procuram e retêm de uma forma selectiva e sistemática a informação ou dados adicionais consistentes que confirmem as suas perspectivas, suposições, crenças, expectativas e hipóteses iniciais, atribuindo-lhes, não raras vezes, um peso excessivo, em detrimento da produção de novas formulações; neste contexto, seleccionam questões e comportamentos que oferecem evidência confirmatória para as suas suposições. Por isso, as primeiras hipóteses são mantidas à medida que os dados aumentam.

Por outro lado, as crenças iniciais são resistentes a informações posteriores, a novas evidências e a alterações da evidência que conduziu a essas crenças. Neste contexto, os clínicos mostram uma grande persistência diagnóstica (Rubin & Shoutz, 1960), ignoram, não prestam atenção, relativizam, desacreditam ou re-interpretam os exemplos negativos, a evidência conflitual e as informações que contrariam as hipóteses que defendem, incluindo aquelas que apresentam um potencial valor diagnóstico (Arkes, 1981) e são incapazes de modificar estas hipóteses quando confrontados com dados contraditórios (Rock, Bransford & Maisto, 1987). Ou seja, na recolha de dados parece haver mais interesse em confirmar suposições iniciais do que em explorar a exactidão dessas suposições.

Uma vez formulado, o julgamento inicial acerca da pessoa tende a ser usado como base para inferências posteriores, independentes da informação onde se baseou esse julgamento inicial (Carlston citado por Turk & Salovey, 1985). E como escrevem Houts e Galante (1985) o valor destes juízos iniciais é questionável uma vez que diferentes terapeutas podem formar impressões muito diferentes acerca do mesmo cliente.

2. Nas «*correlações ilusórias*» («*illusory correlations*») encontram-se as situações em que os psicólogos fazem interpretações ou atribui-

ções de correlação ou mesmo de causalidade entre duas classes de acontecimentos que não estão correlacionados, ou estão correlacionados numa extensão muito reduzida, ou estão correlacionados na direcção oposta à comunicada ou a sua correlação é acidental (Chapman, citado por Rock & cols., 1987; Chapman & Chapman, 1982; Tversky & Kahneman, citados por Turk & Salovey, 1986).

Um exemplo conhecido destas covariações fictícias é dado a partir de testes como o Desenho da Figura Humana (ou o Rorschach), através da associação entre sintomas clínicos, características da personalidade ou mesmo diagnósticos que seriam acompanhados por características particulares do desenho elaborado pelo cliente (ou por respostas específicas). É neste contexto, que à paranóia corresponderia o desenho de uma figura humana com olhos grandes e estranhos, que a preocupação com a inteligência estaria traduzida num desenho com uma cabeça grande ou pequena, tendências masturbatórias seriam representadas por figuras com mãos atrás das costas, preocupações quanto à masculinidade seriam sugeridas pelo desenho de figuras musculadas; no caso das respostas ao Rorschach a observação de órgãos genitais acentuados nas manchas das lâminas corresponderia ao sintoma de angústia em relação à impotência.

Paradoxalmente, Kurt e Garfield (citados por Achenbach, 1985) referem que este tipo de inferências chega a ser formulado por psicólogos que manifestam cepticismo em relação ao valor dos testes.

Fischhoff (1988) aponta possíveis razões para esta tendência para distorcer. Quando estes sintomas e características ocorrem conjuntamente, criam um «*package*» fortemente coerente na memória.

Digamos que também aqui, se sobrestima a frequência das co-ocorrências ou o tamanho das correlações entre factores que se pensa estarem associados e se subestima, potencialmente, o grau de covariação quando não se dispõe de nenhuma ideia prévia acerca da relação entre dois ou mais factores. O que aqui se passa frequentemente são fenómenos de covariação aparente (e não verdadeiras covariações ou correlações). Estes julgamentos reflectem aquilo que deveria passar-se de acordo com os modelos e preconceitos teóricos ou semânticos, implícitos

ou explícitos, ou com as expectativas subjectivas dos psicólogos. As correlações aparentemente observadas baseiam-se em simples associações de ideias, muitas vezes semelhantes ao senso comum, sem suporte empírico. Dito de outro modo: os psicólogos aprendem a ver aquilo que esperam ver.

O fenómeno da correlação ilusória parece tornar-se mais pronunciado quando há mais informação a ser objecto de tratamento.

3. Fala-se de «*heurística da representatividade*» («representativeness heuristic») quando nos referimos a apreciações relativas à probabilidade de determinada pessoa pertencer a uma determinada classe (p. ex., categoria nosológica) ou de determinado acontecimento poder ser prognosticado a partir de determinada sequência de antecedentes.

De acordo com Achenbach (1985) a heurística da representatividade pode afectar vários tipos de juízos clínicos: p. ex., é possível que a criança A tenha um distúrbio X?, ou que o comportamento A seja provocado pela condição X?, ou que o processo X possa ter como consequência o resultado A? Quando respondem a tais questões os técnicos avaliam frequentemente a probabilidade de acordo com o grau com que percebem A como sendo representativo de X. Nesta linha, a hiperactividade, p. ex., pode ser considerada como sendo um problema habitual ou um sinal verdadeiro de crianças com disfunção cerebral mínima? O diagnóstico de depressão pode ser prognosticado, isoladamente, a partir de um único indicador, como p. ex., um resultado elevado na escala D (depressão) do M.M.P.I.? Note-se que estas inferências preditivas não são necessariamente correctas.

Neste tipo de heurística confunde-se a amostra (p. ex., o cliente) com a população e o efeito com causa (entre várias causas alternativas opta-se pela mais semelhante ao efeito). Assim, subjacente ao emprego desta heurística podemos encontrar várias situações. Por exemplo, a *insensibilidade ao tamanho das amostras* que resulta do fracasso em reconhecer os limites da generalização das observações formuladas a partir de amostras reduzidas, frequentemente não representativas de uma pessoa com base numa única entrevista ou fonte de dados. Neste caso, o comportamento ou desempenho duma pessoa

numa dada ocasião pode não ser representativo do seu comportamento em geral ou do seu estado ou «performance» futuros. Podemos também deparar com alguma *indiferença em relação aos dados normativos e às linhas de base*, facto que habitualmente aumenta a possibilidade da formulação de juízos clínicos que vão no sentido da patologização das observações acerca do sujeito.

4. Os acontecimentos que ocorrem mais frequentemente encontram-se mais disponíveis na memória de cada um. No entanto, a sua disponibilidade (facilidade de evocação a partir da memória) pode ser afectada por factores não relacionados com a frequência ou a probabilidade de ocorrência desses acontecimentos. A «*heurística da disponibilidade*» («availability heuristic») entra em jogo quando as inferências formuladas — acerca da frequência ou probabilidade de um acontecimento ou resultado — são excessivamente influenciadas por outros factores como a recordação selectiva de acontecimentos anteriores (p. ex., casos clínicos com características patológicas muito raras ou únicas, sucessos inesperados, fracassos). Esta recordação selectiva deve-se a características como a proximidade sensorial, espacial ou temporal, a saliência perceptiva, a importância ou intensidade do envolvimento emocional com o caso ou semelhanças na aparência física, maneirismos, etc. Estas características estão assim mais disponíveis e, por isso, exercem uma influência desproporcionada no processo de julgamento.

Neste contexto, um exemplo: os dados abstractos (apresentados em relatórios de pesquisa empírica ou nas estatísticas das linhas-base) podem ser menos valorizados do que a experiência isolada, concreta e particular com casos clínicos bizarros aos quais é prestada uma atenção excessiva. A sua frequência e importância podem, por isso, ser sobrestimadas e a informação estatística relevante que contradiz um exemplo único conhecido pode ser ignorada. O que aumenta a possibilidade de inferências clínicas inexactas.

Confunde-se aqui a frequência ou probabilidade real (p. ex., prognosticar a probabilidade de um cliente se tornar perigoso ou cometer suicídio) com a facilidade de acesso cognitivo

(p. ex., um caso anterior que selectivamente se recorda).

A heurística da disponibilidade pode conduzir a alguns erros sistemáticos de julgamento como deixar escapar aspectos dos novos casos que diferem dos casos anteriores em troca de semelhanças superficiais, ou não conseguir ver semelhanças com casos menos disponíveis e, ainda, enviesar as estimativas e predições com base em acontecimentos mais intensos mas não mais representativos.

Resta acrescentar que quanto mais ambíguos são os dados, mais as descrições são influenciadas por ideias preconcebidas porque são estas que estão mais facilmente disponíveis.

5. Num outro erro comum, designado por «*erro atribucional fundamental*» («*fundamental error of attribution*»/«*dispositional bias*») os psicólogos manifestam tendência para esquecer (ou subestimar) a influência das variáveis situacionais na determinação do comportamento do cliente (mesmo quando ele faculta essa informação) e para valorizar excessivamente determinantes internas, disposições ou características pessoais como p. ex., atitudes, capacidades, traços de personalidade, necessidades inconscientes, mecanismos de defesa, fantasias, conflitos, identificações, tendências patológicas, etc.

Os próprios diagnósticos encorajam atribuições relativas a características pessoais. O comportamento do sujeito encontra-se mais facilmente disponível ou visível quando se pensa acerca de causas. A causa e o «locus» dos problemas são atribuídos ao cliente (e não a acontecimentos ambientais ou à interação entre factores pessoais e ambientais).

6. A «*heurística do carácter único*» («*uniqueness or preciousness heuristic*») caracteriza-se pelo acentuar da confiança no carácter único e singular dos casos individuais: «Nós não lidamos com grupos mas com casos únicos» (Meehl, 1982). E a negligenciar os dados relativos às distribuições, aos elementos comuns. Para Turk e Salovey (1986) o pressuposto errado nesta heurística reside na ideia de que a probabilidade lógica não se aplica a casos individuais. Embora cada cliente seja único em muitas características, há sempre alguma informação estatística que

deve igualmente ser considerada: p. ex., dados relativos a grupos ou amostras mais amplas e representativas da população à qual o sujeito pertence.

7. O «*enviesamento da previsão a posteriori*» («*hindsight bias*») descreve a tendência para assumir depois do conhecimento de um acontecimento ou dos seus resultados, que estes são inevitáveis e poderiam ter sido facilmente prognosticados: «verificar que um resultado ocorreu aumenta a percepção da sua possibilidade» (Fischhoff citado por Garb, 1989). Por isso, esta tendência serve para explicar qualquer comportamento do paciente. E corresponde muitas vezes a uma racionalização de argumentos e ao interesse em «construir um caso», mais do que em avaliar todas as possibilidades e, em particular, a evidência contra e a favor de um argumento.

8. É também necessário considerar a possibilidade de artefactos estatísticos constituírem a explicação mais plausível para os dados. Neste contexto, o «*efeito da regressão estatística para a média*» é muitas vezes ignorado. Refere-se à «tendência» para desempenhos ou acontecimentos extremos serem seguidos por desempenhos ou acontecimentos menos extremos. Por exemplo, num reteste, os resultados mais elevados tendem a diminuir e os resultados mais reduzidos tendem a subir. Ou seja, quanto mais extremos são os comportamentos de um indivíduo, maior a probabilidade deles serem seguidos por comportamentos mais «típicos» ou «médios». Assim, podemos concluir, erradamente, que a intervenção ajuda os que obtêm resultados mais baixos (mas não os que obtêm resultados mais elevados). Por outras palavras: os prognósticos baseados em comportamentos extremos são susceptíveis de serem errados.

O efeito da regressão estatística para a média pode constituir uma explicação para muitos dos casos que desistem das sessões psicoterapêuticas ou não aparecem para entrevistas que inicialmente marcaram; além disso, é possível que os casos onde os pedidos de ajuda são formulados pelo próprio sujeito correspondam a situações onde os sintomas são mais severos (Turk & Salovey, 1986).

### III. SOLUÇÕES

Não é aceitável apontar problemas sem reconhecer as alternativas disponíveis. Por isso, impõe-se agora, tendo em conta os limites e a natureza incontornável da actividade de avaliação psicológica e dos processos de julgamento e de tomada de decisão, esboçar algumas das propostas orientadas para o seu desenvolvimento e aperfeiçoamento (cf. Arkes, 1981; Faust, 1986; Faust & Nurcombe, 1989; Fischhoff, 1982; Gambrell, 1990; Garb, 1989; Nisbet & Ross, 1980; Overholser & Fine, 1990; Rock & cols, 1987 e 1988; Turk & Salovey, 1985 e 1986; Wiggins, 1981).

Antes de mais é necessário reconhecer a inevitabilidade dos erros e a impossibilidade de os eliminar completamente (p. ex., a aleatoriedade no prognóstico é inevitável, há muito poucas situações preditivas que justificam uma confiança extrema). Podemos apenas minimizá-los. Consideremos então algumas das *linhas de comportamento* habitualmente sugeridas e que podem constituir um programa no trabalho de avaliação psicológica.

1. Se o psicólogo não tiver *conhecimento e consciência da acção das heurísticas, enviesamentos e erros* ele será menos capaz de contrariar ou corrigir essas influências. Supõe-se que a informação e o treino acerca dos factores que influenciam o julgamento poderá aumentar a consciência e o controlo desses factores e, por isso, melhorar a exactidão do julgamento. Mas a consciência, apenas, não altera os «enviesamentos», nem elimina os erros.

A simples explicação do que é um «enviesamento» ou uma heurística, e o pedido para não ser influenciado na avaliação por estes tipos de tendências, constitui uma técnica ineficaz. Por outras palavras: a familiaridade com as fontes de erro (que comprometem a qualidade das decisões) não é suficiente.

2. *A experiência profissional* é uma outra variável importante. O *treino ou formação* e a *experiência profissional* parecem estar positivamente relacionados com a capacidade para estruturar os problemas. Mas isto não é inteiramente claro. Contrariando um pouco aquela ideia, Wills (citado por Gambrell, 1990) refere

que os técnicos com mais experiência concentram-se nas características patológicas do cliente e evidenciam as limitações deste para a mudança. Por outras palavras: a experiência não constitui um critério seguro para avaliar a «capacidade para formular bons juízos». Esta não é uma «capacidade geral», ou um «traço», que os psicólogos tenham ou não. Tal capacidade, considera-se, depende dos conhecimentos previamente adquiridos, de tipos específicos de informação adequados à tarefa de avaliação psicológica e aos problemas apresentados pelos clientes e, ainda, do contexto de avaliação.

Mas, o nível de experiência profissional, habitualmente medido em anos de experiência, constitui uma medida imprecisa, uma vez que não tem em conta os conhecimentos específicos. Assim entendida a experiência, por si só, não oferece uma orientação ou uma representação mais adequada do problema e não conduz, inevitavelmente, a um melhor desempenho. Por isso, o rigor da avaliação psicológica não depende necessariamente da experiência, a não ser que esta seja conceptualizada ao nível dos conhecimentos especializados em relação a uma tarefa específica: por exemplo, anos de prática intensiva com determinado teste, não apenas com o Rorschach mas, também mesmo, com instrumentos mais simples como é o caso do teste gestáltico visuo-motor de L. Bender.

3. Por isso o treino ideal deverá envolver materiais, tarefas e estratégias de processamento da informação, que sejam representativas dos tipos de problemas que os psicólogos poderão encontrar na sua prática profissional.

Para saber o que há para aprender é útil ter *oportunidades para observar*, pormenorizada-mente, os supervisores a trabalhar com clientes, a «pensar em voz alta» («thinking aloud») acerca dos casos individuais específicos, a explicar os seus conhecimentos, as suas formulações e prognósticos. Encorajá-los a tornar explícitas as suas suposições e a *descrever o seu pensamento*, o seu processo de raciocínio e a partilhar a informação acerca do modo como chegaram às decisões («raciocínio clínico em acção») pode alertar para «enviesamentos» e erros nas formulações e conclusões tornando possível a determinação da sua plausibilidade. Principal problema: os supervisores reconstroem frequentemente o



seu processo de pensamento, não o descrevendo tal como ele ocorreu. A reconstituição do processo de pensamento é difícil uma vez que ele é frequentemente interno e automático. Apesar de tudo, esta estratégia poderá permitir tomar consciência do próprio pensamento e «desautomatizar» os processos de decisão.

A *exposição directa e prática a situações concretas*, as oportunidades para praticar, em detrimento da simples apresentação de informação abstracta, servem para «vacinar» o técnico contra algumas fontes de erro mais persistentes. Segundo Turk e Salovey (1986) a «inoculação de enviesamentos» («bias inoculation») corresponde à situação na qual o clínico é «injectado» com uma quantidade reduzida de um «vírus» com o objectivo de construir a «imunidade»: através da introdução de doses reduzidas de informação e da exposição directa a situações que constituem oportunidades para cometer erros e com a subsequente possibilidade de análise de casos e do feedback que é proporcionado.

A possibilidade de obter um *feedback imediato e pormenorizado* relativo à exactidão dos julgamentos, sobre os próprios sucessos e fracassos na utilização da informação, é uma outra solução. No entanto, o feedback nem sempre está disponível, e não é uma medida necessariamente correctiva, pode ser enganadora, uma vez que pode estar ele próprio enviesado. Nestes casos, os psicólogos devem confiar mais no seu treino (a informação empírica encontrada na literatura) ou num auxiliar de tomada de decisão (p. ex., um programa de computador).

Por outro lado, facultar certos tipos de informação aos técnicos (ou alunos) não é suficiente para garantir o seu uso.

4. Uma outra solução passa por pensar a actividade de diagnóstico em termos mais probabilísticos e menos deterministas através da *monitorização da prática dum forma sistemática*.

Sabe-se que apenas um número limitado de hipóteses pode ser considerado de cada vez. E que são as hipóteses mais gerais aquelas que tendem a ser retidas. Convém não esquecer que uma importância exagerada pode ser atribuída a algumas conclusões ou resultados para justificar a retenção da hipótese favorita. É por isso

útil discutir razões ou argumentos a favor e contra as várias hipóteses diagnósticas ou cursos de acção possíveis; prestar atenção à informação negativa, sem a omitir ou desvalorizar e testar explicações de forma sistemática evitando o fechamento prematuro relativamente à procura de informação. Ou seja: uma consideração equilibrada das várias perspectivas pode reduzir o impacto das formulações teóricas subjacentes às hipóteses iniciais.

Muitos destes enviesamentos resultam do facto de se pensar muito pouco acerca do significado dos comportamentos e do encerramento prematuro da pesquisa. Ainda no sentido da monitorização da prática considera-se necessário o desenvolvimento de aptidões para a avaliação de problemas, através da *colocação de questões*, o que corresponde à produção e avaliação de outros cenários plausíveis: (1) «O que é que eu preciso de saber aqui?»; (2) «qual a exactidão dos relatos dos clientes?»; (3) «é isto verdade?»; «há alguma evidência de que isto é verdadeiro?»; (4) «quais são as minhas hipóteses acerca das causas do problema deste cliente?»; (5) «o que é que falta?»; (6) «que hipóteses alternativas podem explicar os dados?», «em que medida os dados não podem ser explicados de outro modo?», «o que poderia ter sido?», «existe informação discrepante?»; «E se...»; (7) «que dados seriam necessários para falsificar as minhas hipóteses iniciais?»; (8) «que informação não está presente e que seria de esperar em função da veracidade da minha hipótese?»; (9) «Como é que posso dividir o problema em partes reduzidas?» (decomposição do problema — juízos analíticos não são menos clínicos e são geralmente melhores do que juízos globais e difusos (Holt, 1970); (10) «qual a técnica de intervenção mais eficaz?»; (11) «quanto tempo se deve manter o apoio psicoterapêutico de modo a manter os ganhos?». Estas questões, reconhece-se, constituem uma demonstração evidente da natureza probabilista da prática psicológica, quer nas fases de avaliação, quer nas fases de intervenção.

5. O juízo clínico também não deve depender apenas da intuição. Esta não implica, necessariamente, uma mudança do comportamento (Bandura, 1977). Turk e Salovey (1986) consideram que para mudar o comportamento (os erros

e os enviesamentos, neste caso) é necessário ter uma compreensão/conhecimento, quer dos problemas, quer das estratégias alternativas, bem como, confiança na capacidade para fazer uso de várias aptidões/competências. Convém aqui distinguir entre *capacidade e performance*: possuir capacidade não assegura um desempenho competente (Jensen, 1979). Nas palavras de Jonhson-Laird (1983) o simples conhecimento e a posse das regras de inferência não significa que elas sejam utilizadas.

Para afectar o comportamento, o *conhecimento declarativo* (relativo aos conteúdos, aos factos relacionados com um método de avaliação, com um domínio ou tipo de problema, «saber o quê») deve ser transformado em *conhecimento procedimental* (i.e. «saber como» implementar os conhecimentos apropriados em função do problema apresentado) (Anderson, 1983). Trata-se de favorecer uma aprendizagem activa: aprender não apenas o quê mas, também, como. O conhecimento declarativo é insuficiente. É necessário possuir um conhecimento procedimental. No entanto, e por melhor que seja a *formação* a estes níveis, é provável que ela seja sempre insuficiente.

6. Arkes (1981) adverte: devido aos enviesamentos confirmatórios os psicólogos tendem a recordar-se dos dados que suportam as suas hipóteses. Um caso pode fazer recordar um outro caso e isso influenciar as expectativas do psicólogo. Uma das razões porque não se aprende com a experiência é precisamente porque as memórias são imperfeitas e os acontecimentos não são recordados com exactidão. Por outro lado, a formulação de um diagnóstico influencia o nosso reconhecimento posterior dos sintomas. Os técnicos podem recordar-se de um paciente manifestar um sintoma específico — apesar dele não estar presente — porque esse sintoma ocorre habitualmente com pacientes com aquele diagnóstico. Do mesmo modo, pode haver esquecimento de um sintoma específico — apesar de estar presente — porque ele habitualmente não ocorre com pacientes com esse diagnóstico. Ou seja: sintomas não presentes mas consistentes com o diagnóstico tendem a ser recordados como estando presentes e sintomas presentes mas inconsistentes com a hipótese

diagnóstica tendem a não ser recordados como estando presentes.

Por isso propõe-se uma outra sugestão que vai no sentido de *diminuir a confiança na memória*. A capacidade da memória é limitada. A informação armazenada não é permanente mas modificada à medida que nova informação é introduzida. A memória é falível nos seus processos de evocação: os sintomas relevantes em termos diagnósticos são mais susceptíveis de serem recordados, informações isoladas são mais susceptíveis de distorção. Confiar menos na memória, devido à sua sobrecarga (quando há excesso de informação) e porque se trata de um processo cognitivo tão falível como qualquer outro (recorde-se o seu carácter reconstrutivo) poderá aumentar a exactidão das avaliações.

7. Uma das melhores maneiras para compreender um caso e contrariar os erros devidos a lapsos de memória supõe o registo e a *consulta das linhas-de-base*, passa por tentar comunicar a sua compreensão através da escrita (p. ex., mantêr uma caderneta ou um diário com registos, regularmente revistos, dos progressos e as consequências de decisões específicas). Escrever exige uma descrição dos acontecimentos, a apresentação de posições e a formulação e justificação de inferências.

Outras recomendações passam: pelo desenvolvimento de *algoritmos* para apoiar a tomada de decisões, ou pela divisão de uma folha de papel (*folha de balanço*) em duas colunas, com razões a favor e contra uma hipótese ou uma determinada decisão e com a estimativa dos respectivos pesos. Os *diagramas e gráficos* são outros instrumentos úteis na compreensão dos problemas: desenhar um gráfico das relações supostas entre dois acontecimentos (ou formular uma tabela de contingência) pode ajudar a identificar possibilidades alternativas. As *árvores de estruturas* («tree structures») também podem ser utilizadas para descrever relações entre diferentes variáveis.

8. Uma outra recomendação vai no sentido de *prestar atenção a causas de natureza ambiental*. A influência das variáveis ambientais é frequentemente desvalorizada, daí resultando uma selecção inadequada dos métodos de intervenção/modificação dos comportamentos. De-

envolver o *domínio da análise contingencial* supõe a identificação das relações entre acontecimentos ambientais ou características do meio que influenciam o comportamento dos outros e o comportamento do sujeito; implica estar atento aos factores situacionais, aos contextos em que os comportamentos ocorrem, antes de chegar a conclusões relativas às características da personalidade ou às disposições psicológicas dos clientes, mesmo que estas últimas se baseiem em comportamentos manifestos; presume que se evite ficar apenas pela avaliação da personalidade e pelo uso exclusivo de técnicas projectivas ou de inventários de auto-resposta (que encorajam o «enviesamento» que se traduz pela acentuação daquilo que é relativo às características do sujeito).

Para a compreensão destes problemas devemos reconhecer que as expectativas de consistência do comportamento estimulam o desenvolvimento de alguns destes efeitos. Por exemplo, no caso das «correlações ilusórias», está subjacente a tendência para assumir que as pessoas se comportam de modo consistente e de acordo com os seus traços de personalidade, quando de facto as correlações entre traços de personalidade e o comportamento são relativamente reduzidas (cf. Mischell, 1968). Os psicólogos inferem com facilidade disposições pessoais e esperam consistência do comportamento em situações e contextos muito diversificados. E pressupõem que o comportamento é mais consistente e estável do que aquilo que na realidade é. As razões deste erro possível, de suposição de consistência do comportamento, residem no facto de observar-se os clientes, não a partir duma amostra representativa do seu reportório comportamental mas, a partir de um número limitado de papéis e de situações (o de pacientes numa situação de consulta e através de uma entrevista). A informação obtida não é necessariamente representativa do seu comportamento noutras situações. A especificidade situacional (e a variabilidade temporal) dos comportamentos são esquecidas. Além disso, a informação de natureza situacional proporcionada pelo cliente é, não raras vezes, desvalorizada. Tudo isto encoraja o desenvolvimento de uma perspectiva patológica para os problemas do cliente.

Por outro lado, as discrepâncias e as contradi-

ções são frequentemente omitidas, tanto mais que sentimentos subjectivos de controlo são fortalecidos pela crença de que as outras pessoas são consistentes nos seus traços de personalidade e no seu comportamento e, deste modo, mais previsíveis.

9. Convém prestar *atenção às fontes de incerteza*: do seu reconhecimento e das iniciativas desenvolvidas no sentido de as reduzir poderão advir consequências que possibilitem avaliações mais exactas e decisões mais eficazes. Neste sentido, deve-se procurar obter tanta informação quanto possível, através do recurso a amostras representativas dos comportamentos, do recurso a vários métodos de avaliação e a vários informadores, e sugere-se a necessidade de pesquisar o que é comum aos vários casos (e não apenas sobrestimar o que é único ou singular em cada caso).

10. Podemos acrescentar uma última linha de comportamento que sob a forma de movimento compensatório sublinha a necessidade de uma *maior prudência na formulação de juízos* definitivos acerca do sujeito e do problema. É necessário lentificar mais o processo de avaliação: resistir à pressa, à ligeireza e ao voluntarismo mais ou menos precipitado que impede o entendimento da tarefa de avaliação como duração. Neste sentido, digamos que é preciso tempo para observar melhor e pensar mais o conjunto potencialmente interminável dos vários aspectos ou variáveis presentes no comportamento e no(s) problema(s) do sujeito e a sua complexidade.

#### IV. CONCLUSÃO

Antes de se proceder a uma conclusão propriamente dita, é interessante considerar também as *atribuições* dos técnicos em relação aos resultados da sua prática, quando falham na interpretação dos comportamentos e na avaliação dos casos. Nos casos em que há sucesso consideram que o êxito é resultado do seu próprio esforço, capacidade e competência. Quanto aos *insucessos*, eles são atribuídos: à pressão do tempo para agir rapidamente (as decisões são formuladas no breve espaço de

alguns minutos, com «pouco tempo para...»), tempo reduzido limita a quantidade da informação obtida («não há tempo suficiente disponível para conhecer tudo», mesmo que tudo pudesse ser conhecido), à impossibilidade de acesso a toda a informação necessária/relevante, a um caso inabitualmente difícil («qualquer um fracassaria...») e à ausência de experiência e/ou formação para trabalhar com um tipo específico de casos (Faust & Nurcomb, 1989; Gambrill, 1990).

Ou então trata-se de um fenómeno de *resistência* do cliente à mudança psicológica. Resistência por vezes considerada como regra ou comportamento inevitável. Neste contexto, a «resistência do cliente» pode apenas traduzir, no limite, a recusa em deixar-se estabilizar na imagem de uma formulação de certos juízos acerca do problema ou daquilo que é necessário fazer, ou a rejeição das interpretações e das respostas prontas.

Função deste tipo de atribuições mais ou menos racionalizadoras que acompanham as situações de fracasso: no limite elas acentuam a patologia e a falta de cooperação do cliente e desresponsabilizam os técnicos ajudando-os a viver com as suas limitações e a preservar a sua auto-estima. Mas não conduzem ao questionamento dos limites das técnicas, dos modelos e dos conhecimentos ou das rotinas psicológicas utilizadas nas situações de avaliação que favorecem, como tentámos mostrar, a ocorrência de erros inferenciais. E, mais concretamente, não incitam a interrogarem-se em relação à sua «performance» quanto ao modo como se processa o seu conhecimento do outro. É evidente, no entanto, que este conhecimento não se faz sem esforço ou sem dificuldades.

Digamos então que há uma relativa invisibilidade, talvez mesmo uma razoável incapacidade de entendimento dos psicólogos em relação às tarefas de avaliação psicológica. Há uma enorme pressa em compreender. E não há consciência de que existe um «tempo de não compreensão» que não poderá nunca ser eliminado. E há uma lógica dos erros que é possível (e necessário) compreender através da ideia de «mecânica» da avaliação psicológica, no sentido em que esta se transforma, muitas vezes, numa actividade de rotina cujo movimento ou fio condutor remete para um funcionamento cogni-

tivo — com uma lógica, dinâmica interna e mecanismos próprios — que corresponde a um funcionamento automático, maquinal.

Dito de outro modo. Há várias preocupações que é necessário reter. Já não apenas as relativas ao funcionamento do cliente que é necessário compreender, ou as relativas à qualidade psicométrica dos instrumentos utilizados que é importante salvaguardar. Já não apenas as preocupações associadas à influência das teorias (que determinam potencialmente a realidade ou o objecto que investigamos e a escolha dos métodos com que avaliamos) ou as preocupações concernentes àquilo que o sujeito não comunica, esconde ou omite mesmo involuntariamente (por definição nunca se conta tudo, nunca se sabe tudo). O essencial não está apenas nestas questões mas, também, na atenção quanto à economia de processos de um funcionamento cognitivo, automático e não pensado dos psicólogos, pelo que se passa na sua cabeça quando eles fazem avaliação psicológica. Neste sentido, os vários tipos de heurísticas, enviesamentos e erros de inferência, anteriormente explicitados, constituem variáveis importantes a considerar. Eles permitem traçar um retrato das razões e motivações que determinam o comportamento dos psicólogos na tarefa de avaliação psicológica.

## BIBLIOGRAFIA

- Achenbach, T.M. (1985). *Assessment and taxonomy of child and adolescent psychopathology*. California: Sage Publications.
- Anderson, J.R. (1983). *The architecture of cognition*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Arkes, H.R. (1981). Impediments to accurate clinical judgment and possible ways to minimize their impact. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49: 323-330.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Brusset, B. (1979). De la pratique clinique à la pratique statistique. *Psychiatrie de l'Enfant*, 22: 519-530.
- Chapman, L. & Chapman, J. (1982). Tests results are what you think they are. In *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases* (D. Kahneman, P. Slovic & A. Tversky, Eds.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Faust, D. (1986). Learning and maintaining rules for

- decreasing judgment accuracy. *Journal of Personality Assessment*, 50: 585-600.
- Faust, D. & Nurcombe, B. (1989). Improving the accuracy of clinical judgment. *Psychiatry*, 52: 197-202.
- Fischhoff, B. (1982). Debiasing. In *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases* (D. Kahneman, P. Slovic, & A. Tversky, Eds.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Fischhoff, B. (1988). Judgment and decision making. In *The psychology of human thought* (R.J. Sternberg & E.E. Smith, Eds.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Funder, D. (1987). Errors and mistakes: Evaluating the accuracy of social judgments. *Psychological Bulletin*, 101: 75-90.
- Gambrill, E. (1990). *Critical thinking in clinical practice: Improving the accuracy of judgments and decisions about clients*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Gigerenzer, G., Swijtink, Z., Porter, T., Daston, L., Beatty, J. & Kruger, L. (1989). *The empire of chance*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Garb, H.N. (1989). Clinical judgment, clinical training, and professional experience. *Psychological Bulletin*, 105: 387-396.
- Garb, H.N. (1992). The trained psychologist as expert witness. *Clinical Psychology Review*, 12: 451-467.
- Holt, R.R. (1970). Yet another look at clinical and statistical prediction: Or, is clinical psychology worthwhile? *American Psychologist*, 25: 337-349.
- Houts, A.C. & Galante, M. (1985). The impact of evaluative disposition and subsequent information on clinical impressions. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 3: 201-212.
- Jensen, R. (1979). Competent professional service in psychology: The real issue behind continuing education. *Professional Psychology*, 10: 381-389.
- Johnson-Laird, P.N. (1983). *Mental models*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kahneman, D. & Tversky, A. (1982). The simulation heuristic. In *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases* (D. Kahneman, P. Slovic & A. Tversky, Eds.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Kahneman, D., Slovic, P. & Tversky, A. (Eds.) (1982). *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Keren, G. (1990). Cognitive aids and debiasing methods: Can cognitive pills cure cognitive ills? In *Cognitive biases*. (J.-P. Caverni, J.-M. Fabre & M. Gonzalez, Eds.) Amsterdam, North Holland: Elsevier Science Publishers.
- Kleinmuntz, B. (1982). *Personality and psychological assessment*. New York: St. Martin's Press.
- Kruglanski, A.W. & Ajzeln, I. (1983). Bias and error in human judgment. *European Journal of Social Psychology*, 13: 1-44.
- McReynolds, P. (1975). Preface. In *Advances in psychological assessment* (vol. 3) (P. McReynolds, Ed.), San Francisco: Jossey-Bass.
- Meehl, P.E. (1960). The cognitive activity of the clinician. *American Psychologist*, 15: 19-27.
- Meehl, P.E. (1982). Why I do not attend case conferences In *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases* (D. Kahneman, P. Slovic, & A. Tversky, Eds.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Mischell, W. (1968). *Personality and assessment*. New York: Wiley.
- Nisbett, R.E. & Ross, L.D. (1980). *Human inference: Strategies and short-comings of informal judgment*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Oskamp, S. (1982). Overconfidence in case-study judgments. In *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases* (D. Kahneman, P. Slovic, & A. Tversky, Eds.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Overholser, J.C. & Fine, M.A. (1990). Defining the boundaries of professional competence: Managing subtle cases of clinical incompetence. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21: 462-469.
- Rock, D.L., Bransford, J.D., Maisto, S.A. & Morey, L. (1987). The study of clinical judgment: An ecological approach. *Clinical Psychology Review*, 7: 645-661.
- Rock, D.L., Bransford, J.D., Morey, L. & Maisto, S.A. (1988). The study of clinical judgment: Some clarifications. *Clinical Psychology Review*, 8: 411-416.
- Rubin, M. & Shoutz, F.C. (1960). Diagnostic prototypes and diagnostic processes of clinical psychologist. *Journal of Consulting Psychology*, 24: 234-239.
- Sarbin, T.H. (1986). Prediction and clinical inference: Forty years later. *Journal of Personality Assessment*, 50: 362-369.
- Taylor, S.E. (1982). The availability bias in social perception and interaction. In *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases* (D. Kahneman, P. Slovic, & A. Tversky, Eds.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Tversky, A. & Kahneman, D. (1982a). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. In *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases* (D. Kahneman, P. Slovic, & A. Tversky, Eds.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Tversky, A. & Kahneman, D. (1982b). Availability: A heuristic for judging frequency and probability. In *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases* (D. Kahneman, P. Slovic, & A. Tversky, Eds.). Cambridge: Cambridge University Press.

- Turk, D.C. & Salovey, P. (1985). Cognitive structures, cognitive processes, and cognitive-behavior modifications: II. Judgments and inferences of the clinician. *Cognitive Therapy and Research*, 9: 19-33.
- Turk, D.C. & Salovey, P. (1986). Clinical information processing: Bias inoculation: In *Information processing approaches to clinical psychology* (R.E. Ingram, Ed.). New York: Academic Press.
- Vasco, A.B. & Garcia-Marques, L. (1992). Tudo aquilo que você sempre quis saber sobre a acuidade de algumas das «profecias» de Kurt Lewin, mas tinha medo de perguntar. *Psicologia*, 8: 279-293.
- Wiggins, J.S. (1981). Clinical and statistical prediction: Where are we and where do we go from here? *Clinical Psychology Review*, 1: 3-18.

### RESUMO

Os psicólogos ocupam uma parte importante do seu tempo em tarefas de avaliação psicológica.

Este trabalho procura caracterizar algumas das questões colocadas pela existência de heurísticas, enviesamentos e erros inferenciais na prática clínica, em situações de avaliação psicológica. São referidas as variáveis que influenciam o funcionamento cognitivo dos psicólogos no processo de aquisição e integração de dados e na formação e avaliação das hipóteses. Neste contexto, são apresentados alguns exemplos de «heurísticas» e de «enviesamentos» que conduzem a erros que intervêm no raciocínio clínico: a «correlação ilusória», a «heurística da representatividade» e a «heurística da disponibilidade», o «enviesamento confirmatório» e o «erro de atribuição fundamental».

Finalmente, são indicadas algumas medidas propostas no sentido de minimizar o efeito dos erros e, por isso, orientadas para o aperfeiçoamento dos comportamentos de avaliação psicológica.

### RESUME

L'activité d'évaluation psychologique occupe une place importante dans le travail des psychologues.

Le raisonnement clinique du psychologue n'échappe pas aux heuristiques et distorsions (bias cognitifs) et aux erreurs.

Ce travail cherche à caractériser/reconstituer l'itinéraire du raisonnement du psychologue et à déceler les lignes (implicites) qui structurent sa démarche d'évaluation.

On présente quelques exemples de ces distorsions: la «corrélation illusoire», le «bias de la représentativité», le «bias de la disponibilité», le «bias confirmatoire» et «l'erreur de l'attribution fondamentale».

Finalment, on expose quelques unes des solutions proposées qui sont orientées vers le perfectionnement du raisonnement lors de l'évaluation psychologique.

### ABSTRACT

Psychologists occupy an important part of their work in psychological assessment tasks. Psychologists are frequently asked to assess, diagnose and predict human behavior; and they are subject to a number of biases that negatively influence the accuracy of their clinical judgments.

This paper seeks to characterize cognitive heuristics and biases that may lead to errors on psychological assessment tasks.

Impediments to accurate clinical judgment include: the «representativeness heuristic», the «availability heuristic», the «illusory correlation» and the «fundamental attribution error».

Solutions or corrective measures that are likely to improve judgment accuracy are discussed.