

Avaliação Psicológica no Contexto Contemporâneo

ORGANIZADORAS

**Tatiana Quarti Irigaray
Daiana Meregalli Schütz
Marianne Farina
Marina Balem Yates
Manuela Polidoro Lima
Valéria Gonzatti**

 **ediPUCRS**



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Chanceler

Dom Jaime Spengler

Reitor

Evilázio Teixeira

Vice-Reitor

Jaderson Costa da Costa

CONSELHO EDITORIAL

Presidente

Carla Denise Bonan

Editor-Chefe

Luciano Aronne de Abreu

Adelar Fochezatto
Antonio Carlos Hohlfeldt
Cláudia Musa Fay
Gleny T. Duro Guimarães
Helder Gordim da Silveira
Lívia Haygert Pithan
Lucia Maria Martins Giraffa
Maria Eunice Moreira
Maria Martha Campos
Norman Roland Madarasz
Walter F. de Azevedo Jr.

ORGANIZADORAS
TATIANA QUARTI IRIGARAY
DAIANA MEREGALLI SCHÜTZ
MARIANNE FARINA
MARINA BALEM YATES
MANUELA POLIDORO LIMA
VALÉRIA GONZATTI

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NO CONTEXTO CONTEMPORÂNEO



© EDIPUCRS 2020

CAPA Thiara Speth

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA Maria Fernanda Fuscaldo

REVISÃO DE TEXTO Denise Vallerius

Edição revisada segundo o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

Este livro conta com um ambiente virtual, em que você terá acesso gratuito a conteúdos exclusivos. Acesse o [site](#) e confira!



Editora Universitária da PUCRS

Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 33

Caixa Postal 1429 - CEP 90619-900

Porto Alegre - RS - Brasil

Fone/fax: (51) 3320 3711

E-mail: edipucrs@pucrs.br

Site: www.pucrs.br/edipucrs

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A945 Avaliação psicológica no contexto contemporâneo [recurso eletrônico] / Tatiana Quarti Irigaray ... [et al.] organizadoras. - Dados eletrônicos. - Porto Alegre : EDIPUCRS, 2020.
1 Recurso on-line (347 p.)

Modo de Acesso: <<http://www.pucrs.br/edipucrs>>

ISBN 978-65-5623-033-7

1. Psicodiagnóstico. 2. Testes psicológicos. 3. Saúde mental.
I. Irigaray, Tatiana Quarti.

CDD 23. ed. 155.28

Lucas Martins Kern CRB-10/2288

Setor de Tratamento da Informação da BC-PUCRS.

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS. Proibida a reprodução total ou parcial, por qualquer meio ou processo, especialmente por sistemas gráficos, microfílmicos, fotográficos, reprográficos, fonográficos, videográficos. Vedada a memorização e/ou a recuperação total ou parcial, bem como a inclusão de qualquer parte desta obra em qualquer sistema de processamento de dados. Essas proibições aplicam-se também às características gráficas da obra e à sua editoração. A violação dos direitos autorais é punível como crime (art. 184 e parágrafos, do *Código Penal*), com pena de prisão e multa, conjuntamente com busca e apreensão e indenizações diversas (arts. 101 a 110 da Lei 9.610, de 19.02.1998, Lei dos Direitos Autorais).

SUMÁRIO

Capa

Conselho Editorial

Folha de Rosto

Créditos

Epígrafe

PREFÁCIO

APRESENTAÇÃO

1 PANORAMA ATUAL SOBRE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA BRASILEIRA

CAROLINE TOZZI REPPOLD

ADRIANA JUNG SERAFINI

GABRIELA PERETTI WAGNER

JOANA CORREA DE MAGALHÃES NARVAEZ

JANAÍNA THAÍS BARBOSA PACHECO

2 ENSINO E SUPERVISÃO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NA GRADUAÇÃO

JAQUELINE PORTELLA GIORDANI

BEATRIZ CANCELA CATTANI

DENISE BALEM YATES

CLARISSA MARCELI TRENTINI

3 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA E AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

CAMILA ROSA DE OLIVEIRA

ELISÂNGELA MURIA

ERIKA MORIGUCHI JECKEL-ROLIM

RENATA NUNES TAVARES

SIMONE FRAGOSO COUREL

SUELLEN MORCELI RIBEIRO CAMARGO

4 DOCUMENTOS DE REGISTRO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

DAIANA MEREGALLI SCHÜTZ
MARINA BALEM YATES
MANUELA POLIDORO LIMA
VALÉRIA GONZATTI

5 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA E TECNOLOGIA

VALÉRIA GONZATTI
DALTON BRENO COSTA
MARINA BALEM YATES
WAGNER DE LARA MACHADO
CAMILA ROSA DE OLIVEIRA

6 ENTREVISTA DEVOLUTIVA NA PESQUISA CIENTÍFICA: ESTUDOS COM AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

DAIANE SANTOS DE OLIVEIRA
TAINÁ ROSSI
DAIANA MEREGALLI SCHÜTZ
VALÉRIA GONZATTI
TATIANA QUARTI IRIGARAY

7 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NO TRANSTORNO BORDERLINE: PERSONALIDADE, HUMOR, COGNIÇÃO E DESREGULAÇÃO EMOCIONAL

DANIEL FUENTES
CAMILLA MONTI OLIVEIRA
DANIELA PERINI RIGOTTI
MARCOS LIBONI
FERNANDA MARY RODRIGUES GOMES DA SILVA

8 AVALIAÇÃO DA RESILIÊNCIA EM JOVENS COM RISCO DE SUICÍDIO

DJÚLIA CRISTINE PIEROZAN
JÉSSICA QUIRINO DIAS
TATIANA QUARTI IRIGARAY

9 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA/NEUROPSICOLÓGICA DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

SABRINA MARTINS BARROSO
PATRÍCIA PAIVA CARVALHO
MARK DREW CROSLAND GUIMARÃES

10 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA

ANDRESSA CELENTE DE ÁVILA
BRUNA FERNANDES DA ROCHA
FERNANDA CERUTTI

MARINA BALEM YATES
IRANI IRACEMA DE LIMA ARGIMON
MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA

11 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

MANUELA POLIDORO LIMA

12 AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA NOS TRANSTORNOS NEUROCOGNITIVOS

DAIANE SANTOS DE OLIVEIRA
ERIKA MORIGUCHI JECKEL-ROLIM
JÉSSICA SANTOS MACHADO
PRISCYLLA DANIELLE DE OLIVEIRA FERREIRA
VALÉRIA GONZATTI
TATIANA QUARTI IRIGARAY

13 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA EM CONCURSOS PÚBLICOS

DAIANA MEREGALLI SCHÜTZ
VALÉRIA GONZATTI
TAINÁ ROSSI
CRISTIANE BOFF

14 PERÍCIA PSICOLÓGICA: AVALIAÇÃO FORENSE EM VARA DE FAMÍLIA

DAIANA MEREGALLI SCHÜTZ
RAQUEL ALIFREDI PAULACHI
TATIANA QUARTI IRIGARAY

15 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NO CONTEXTO DE ALTAS HABILIDADES

TAINÁ ROSSI
MARILENE PEREIRA
VERA ALICE PEREIRA DA SILVA
VALÉRIA GONZATTI

16 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA MULTIDIMENSIONAL: INCLUSÃO DA ESPIRITUALIDADE E DA RELIGIOSIDADE NA PRÁTICA CLÍNICA

MILENA NARDINI BUBOLS
MARIANNE FARINA
JÉSSICA SANTOS MACHADO
PRISCYLLA DANIELLE DE OLIVEIRA FERREIRA
LETÍCIA OLIVEIRA ALMINHANA

17 EXPERIÊNCIAS ANÔMALAS: AVALIAÇÃO, DIFERENCIAÇÃO E MANEJO CLÍNICO

JULIANA SCHMIDT RADDATZ

DAIANE SANTOS DE OLIVEIRA
MILENA NARDINI BUBOLS
LETÍCIA OLIVEIRA ALMINHANA

SOBRE OS AUTORES

EDIPUCRS

“Na vida, não existe nada a temer, mas a entender.”
Marie Curie

PREFÁCIO

A satisfação por estar participando deste do prefácio do livro **Avaliação Psicológica no contexto contemporâneo** é muito grande. Pensar sobre o conhecimento científico, necessariamente, me leva a relacioná-lo com teoria científica.

A produção da Profa. Dra. Tatiana Irigaray, coordenadora do Grupo de pesquisa **Avaliação, Reabilitação e Interação Humano-Animal**, com a contribuição de seus colegas e alunos, revela-se em tópicos e abordagens que alimentam os diferentes panoramas sobre Avaliação Psicológica. Desse modo, o grupo de autores e coautores mostrou-se dedicado e aglutinador, mas sobretudo profícuo no avanço do conhecimento e em realizações da Avaliação Psicológica.

Estão presentes, na escrita desta obra, profissionais de referência nacional e internacional de diferentes universidades e estados brasileiros, contribuindo, com profundidade, para a abordagem de temas relevantes e atuais. Os capítulos mostram a participação do expressivo número de alunos de mestrado, doutorado e iniciação científica.

Destaca-se, também, a presença de especialistas em avaliação, os quais trazem a contribuição de seu trabalho bem feito, suas vozes legitimadas pelas tradições científicas e com a autoridade que lhes confere o exercício da clínica.

Por isso tudo, sou grata por acompanhar o fascinante percurso dos processos de formação em Avaliação Psicológica, desmantelando estereotípias e construindo outros modos de olhar o processo da avaliação, com autenticidade, comprometimento e persistente busca por um sentido maior. Parabéns à Tatiana e a todos que contribuíram para esse sucesso.

Irani Iracema de Lima Argimon

APRESENTAÇÃO

Esta obra foi idealizada pelo **Grupo de Pesquisa Avaliação, Reabilitação e Intervenção Humano-Animal (ARIHA)** do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. O grupo é coordenado pela Profa. Dra. Tatiana Quarti Irigaray, uma das organizadoras deste livro. As demais organizadoras são ou já foram parte integrante deste grupo de pesquisa, tendo unido esforços para produzirem o material que se encontra nas próximas páginas.

O livro traz como tema principal a Avaliação Psicológica em contextos contemporâneos, e cada capítulo buscou abordar as temáticas predefinidas, utilizando, como base, materiais com validade científica, disponíveis na literatura brasileira e internacional, preferencialmente publicados nos últimos cinco anos. O objetivo geral deste livro é alcançar a atenção de acadêmicos de Psicologia e de profissionais da área que tenham interesse no tema e aplicam a avaliação psicológica em seus mais variados campos de intervenção e atuação.

O livro é composto por dezessete capítulos, elaborados e redigidos por autores reconhecidos por sua prática profissional, auxiliados por coautores que possuem experiência e conhecimento na área, habilitados para atuar em processos de avaliação psicológica. As temáticas versam a respeito de avaliação psicológica no contexto da oncologia, da pesquisa científica, de concursos públicos, de altas habilidades, da dependência química e em relação ao manuseio e porte de armas. Outros capítulos tratam do assunto voltado à produção de documentos psicológicos, à espiritualidade e à tecnologia. Os capítulos que discutem procedimentos e técnicas de avaliação psicológica incluíram, no corpo de seu texto, sugestões de protocolos ou modelos de avaliação, apresentando, como exemplo, vinhetas de casos clínicos.

As organizadoras desta obra não pretendem esgotar o tema da avaliação psicológica, mas sim ampliar seus horizontes, discutindo sua aplicação e seus aspectos éticos e dinâmicos nos diferentes contextos deste vasto campo de atuação em que o profissional psicólogo deve e pode inserir-se e que segue em expansão na contemporaneidade.

Desejamos a todos uma excelente leitura!

1 PANORAMA ATUAL SOBRE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA BRASILEIRA

CAROLINE TOZZI REPPOLD
ADRIANA JUNG SERAFINI
GABRIELA PERETTI WAGNER
JOANA CORREA DE MAGALHÃES NARVAEZ
JANAÍNA THAÍS BARBOSA PACHECO

O presente capítulo apresenta o estado da arte da avaliação psicológica no Brasil atual. Destaca os avanços internacionais do campo, sobretudo em relação às inovações estatísticas e tecnológicas, e o impacto positivo das ações do Sistema de Avaliação dos Testes Psicológicos (SATEPSI) quanto à qualificação dos instrumentos disponíveis para as práticas profissionais, para a formação acadêmica continuada e para o progresso científico. Em acréscimo, o texto discute questões atuais sobre as especificidades do uso de instrumentos projetivos nas práticas de avaliação psicológica e sobre a pertinência do conceito de validade clínica. Na sequência, discute questões relativas às práticas da avaliação neuropsicológica, considerando diferentes abordagens, recursos e preceitos técnicos e conduzindo uma reflexão sobre a prática da Neuropsicologia enquanto especialidade do psicólogo. Por fim, o texto apresenta ponderações acerca da inserção da prática da avaliação psicológica no contexto das instituições de saúde brasileiras, discutindo as possibilidades e as limitações do trabalho frente à realidade das equipes multiprofissionais no panorama de saúde nacional da atualidade, em especial no campo da saúde pública.

Introdução

No campo da avaliação psicológica, diversas foram as modificações observadas, nos últimos anos, em relação às técnicas, aos instrumentos e às orientações legais e deontológicas envolvendo a prática avaliativa, as quais acabaram por graduar a área e colocar o Brasil, atualmente, como um dos países pioneiros em relação à certificação de todos os testes psicológicos disponíveis para uso profissional por parte dos psicólogos (Hutz & Primi, 2006; Noronha & Reppold, 2010; Reppold & Noronha, 2018). Destacam-se, nesse sentido:

- o aprimoramento das técnicas estatísticas que contribuíram para o avanço de modelos teóricos e para o desenvolvimento de instrumentos mais qualificados. Cite-se, nesse âmbito, por exemplo, os avanços advindos das análises fundamentadas na Teoria de Resposta ao Item;
- os avanços tecnológicos que viabilizaram o uso de testes (e sistemas de correção) informatizados, bem como estudos envolvendo a futura proposição de testes adaptativos ou testes elaborados sob a perspectiva de um desenho universal, acessível a todos;
- a qualificação da formação profissional dos psicólogos, cada vez mais interessados em compreender os pressupostos teóricos e psicométricos que fundamentam os testes disponíveis e, assim, ter conhecimento e autonomia para realizar a escolha de instrumentos mais adequados para avaliação de seus casos. Estudos recentes evidenciam que o ensino brasileiro da avaliação psicológica, na última década, tem se preocupado em assumir uma formação menos tecnicista, atribuindo maior valor a

conteúdos relacionados aos fundamentos teóricos dos testes, à compreensão dos construtos cobertos pelos instrumentos, à abrangência de uma avaliação psicológica clínica, à psicometria e à elaboração de documentos psicológicos (Bardagi et al., 2015; Reppold & Noronha, 2018);

- a referência, feita pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Psicologia (Resolução nº 05/2011), ao desenvolvimento de competências relacionadas à prática da avaliação psicológica como requisito da formação. Especificamente, o documento refere que a formação deve prover “procedimentos para a investigação científica e a prática profissional, de forma a garantir tanto o domínio de instrumentos e estratégias de avaliação e de intervenção quanto a competência para selecioná-los, avaliá-los e adequá-los a problemas e contextos específicos de investigação e ação profissional”;
- a criação do SATEPSI, proposto pelo Conselho Federal de Psicologia, em 2003, como uma resposta da área às críticas sociais sobre a qualidade dos instrumentos psicológicos até então disponíveis e das diversas ações judiciais que questionavam práticas da avaliação psicológica realizadas a partir de testes sem evidências de validade (Noronha & Reppold, 2010).

O SATEPSI é, efetivamente, o grande marco na qualificação da área da Avaliação Psicológica no Brasil. Prova disso são suas consequências em termos de crescimento do número de grupos de pesquisas da área, do número de instrumentos com evidências de validade e normatização disponíveis e das discussões decorrentes que levaram psicólogos a refletir sobre temas associados às práticas avaliativas nos últimos quinze anos, como, por exemplo, inclusão social, Ética, Direitos Humanos e banalização dos testes psicológicos (Noronha & Reppold, 2010; Reppold & Noronha, 2018).

Operacionalmente, o SATEPSI é um sistema contínuo de avaliação dos testes psicológicos que envolve a regulamentação da área, a análise dos requisitos mínimos que um teste psicológico precisa apresentar, a elaboração de listas dos testes considerados favoráveis ou desfavoráveis para uso profissional e a divulgação dessas informações à comunidade. Assim sendo, algumas das ações de maior impacto do SATEPSI para a área, no Brasil, foram:

- as publicações das Resoluções que instruem sobre o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos [Resolução CFP nº 002/2003 (CFP, 2003a), Resolução CFP nº 05/2012 (CFP, 2012), Resolução CFP nº 09/2018 (CFP, 2018)];
- a coparticipação na proposição da Resolução nº 07/2003 (CFP, 2003b), que instituiu o Manual de elaboração de documentos escritos e produzidos pelo psicólogo, decorrentes de avaliação psicológica;
- a publicação do relatório intitulado “Avaliação Psicológica: Diretrizes na Regulamentação da Profissão” (CFP, 2010), o qual um material de referência sobre a deontologia das práticas de avaliação psicológica;
- a instituição do período entre 2011 e 2012 como o Ano Temático da Avaliação Psicológica do CFP, ação que deu visibilidade à área e envolveu psicólogos de todo o país em discussões quanto à complexidade do processo de avaliação psicológica, à agenda dos Direitos Humanos na qualificação da Avaliação Psicológica e aos princípios éticos e técnicos que devem reger as práticas avaliativas;
- o lançamento do Prêmio Profissional “Avaliação psicológica na perspectiva dos Direitos Humanos”, em 2012, e do Prêmio Profissional “Avaliação psicológica direcionada a pessoas com deficiência”, em 2018.

Esses dados ilustram os esforços do Conselho Federal de Psicologia, por meio da Comissão Consultiva em Avaliação Psicológica (CCAP), em desenvolver estratégias para que

os psicólogos, quando do uso de práticas avaliativas, estejam respaldados por orientações normativas baseadas em evidências científicas e a par das implicações sociais de seu exercício profissional, bem como conheçam práticas reconhecidamente relevantes para o exercício profissional e disponham de recursos técnicos qualificados. Como dito inicialmente, esses esforços têm logrado êxito ao longo dos últimos quinze anos e implicado importante avanço científico à área.

Até o início dos anos 2000, era comum, no Brasil, o uso de testes psicológicos que não apresentavam validade, evidências de precisão, ou que não eram normatizados para o país. Alguns estudos da época destacavam que a maioria dos testes, então disponíveis, eram apenas traduções de versões americanas de instrumentos psicológicos. Nessa linha, o estudo de Noronha e colaboradores (2004), ao investigar os parâmetros psicométricos de 146 testes comercializados no Brasil até 2003, indicou que apenas 28,8% desses apresentavam estudos de precisão, validade e padronização. Atualmente, o panorama é outro. Todos os testes listados pelo SATEPSI como favoráveis para uso profissional pelos psicólogos demonstraram cumprir requisitos mínimos de qualidade, estabelecidos pelas Resolução CFP 002/2013 ou pela Resolução CFP 009/2018, com base nos *guidelines* propostos pela *International Test Commission*, pela *American Educational Research Association*, pela *American Psychological Association & National Council on Measurement in Education* e pela *Canadian Psychological Association*. Dessa feita, em agosto de 2018, os psicólogos dispunham de 184 instrumentos avaliados pelo SATEPSI como testes psicológicos favoráveis para uso e considerados de uso privativo. A maioria desses testes envolve avaliação de construtos relacionados a traços de personalidade ou de inteligência. Na série de artigos de Reppold e colaboradores (Reppold et al., 2017a; 2017b; 2018), é possível identificar os construtos cobertos por esses instrumentos, seus possíveis usos (faixa etária indicada), bem como alguns dados relativos à qualidade das informações psicométricas contidas nos manuais dos instrumentos aprovados pelo SATEPSI.

Considerações sobre instrumentos projetivos: discussão atual

O termo “Projetivo”, relacionado aos testes, às técnicas ou aos métodos para avaliação de aspectos emocionais e da personalidade, foi descrito pela primeira vez na década de 30, por Frank (1939). Este percebeu características em comum entre os instrumentos utilizados na época, como o Teste de Associação de Palavras de Jung, o Teste de Rorschach e o Teste de Apercepção Temática de Murray. De acordo com ele, esses testes realizavam uma avaliação global e dinâmica da personalidade, fundamentando-se na teoria psicanalítica (Frank, 1939).

Werlang, Fensterseifer e Quadros de Lima (2006) caracterizam os instrumentos projetivos como uma série de estímulos propositadamente ambíguos, que podem ser padrões abstratos, imagens incompletas ou desenhos abertos a diversas interpretações. Espera-se que as pessoas reajam a esses estímulos emitindo suas respostas e revelando, por meio delas, de forma inconsciente, as características e a dinâmica de sua personalidade. Os estímulos ambíguos favoreceriam respostas impregnadas por sentimentos, motivações pessoais, conflitos, estados emocionais e experiências de vida anteriores dos sujeitos.

Porém, mesmo muito difundida, a vinculação entre os denominados instrumentos projetivos e uma abordagem teórica específica — no caso, a Teoria Psicanalítica — vem sendo questionada. Essa relação estabelecida deve-se muito à própria definição e origem do fenômeno projetivo e, por isso, talvez não fosse a melhor nomenclatura para esse tipo de instrumento (Miguel, 2014). Conforme Miguel (2014), estabelecer que as técnicas projetivas poderiam ser compreendidas e utilizadas apenas à luz de uma única corrente teórica não seria adequado. De acordo com o autor, dever-se-ia, sim, a partir da resposta do sujeito, compreendê-la como um fenômeno que deveria ser explicado por uma abordagem

teórica. Desse modo, o construto estudado pelo instrumento não ficaria restrito a uma abordagem.

Uma crítica importante direcionada às técnicas projetivas consiste no fato de serem vistas como instrumentos de cunho subjetivo, cujos resultados e método de aplicação poderiam estar comprometidos pelo viés de quem o utiliza e interpreta, o que seria menos provável quando comparados a instrumentos denominados psicométricos. Porém, a dicotomização entre instrumentos projetivos *versus* psicométricos, que historicamente era proposta, vem sendo atualmente debatida. Nessa linha, Cardoso e Villemor-Amaral (2017) questionam a divisão realizada entre instrumentos projetivos *versus* objetivos. Tal classificação buscou dividir os testes entre aqueles com maior rigor psicométrico (objetivos) e aqueles com menor rigor e cujos resultados seriam compreendidos por análises predominantemente qualitativas. Porém, essas definições não condizem com instrumentos como o Zulliger e o Rorschach, pelo Sistema Compreensivo de Exner e, mais recente, o R-PAS, por exemplo, que seguem normas estatísticas e baseiam-se na Teoria da medida. As formas de aplicação de tais técnicas igualmente seguem um formato sistematizado, que busca aumentar o nível de concordância entre diferentes avaliadores, o que não confirma tal hipótese de subjetividade.

Desse modo, tais instrumentos estariam também dentro das definições que seriam atribuídas aos instrumentos psicométricos ou objetivos (Miguel, 2014). Cardoso e Villemor-Amaral (2017) referem ainda que, mesmo a ideia de isenção da subjetividade, que parece intrínseca aos instrumentos objetivos, deveria ser questionada, já que testes objetivos estão suscetíveis aos estilos de respostas, à manipulação dos avaliandos ou a suas limitações em relação à própria autopercepção.

Salienta-se, além disso, que os testes projetivos, para serem considerados próprios para uso, devem apresentar evidências de validade e de fidedignidade, conforme critérios estabelecidos pela Resolução 009/2018 do Conselho Federal de Psicologia - CFP (2018). Desse modo, mesmo com características distintas, esses instrumentos também devem atender aos requisitos mínimos de qualidade estabelecidos pelo Sistema de Avaliação dos Testes Psicológicos do CFP.

Porém, para além das características psicométricas que são importantes e devem estar presentes nos instrumentos projetivos, salienta-se a diversidade e “profundidade” de informações que são possíveis de se obter por meio dessas técnicas. Tavares (2003) traz a definição de Validade Clínica com o objetivo de abranger as limitações vinculadas aos conceitos de validade relacionadas aos instrumentos e procedimentos de avaliação psicológica. De acordo com o autor, a validade do instrumento não está restrita a ele próprio, mas está associada às relações que estabelece com o tipo de amostra ou com as condições de aplicação, por exemplo. Além disso, a validade envolve os significados que serão atribuídos a partir de um dado modelo teórico (Tavares, 2003).

Assim, a riqueza dos instrumentos projetivos vai muito além de resultados brutos. Esses métodos trazem informações acerca do sujeito, estando relacionadas ao processo de emissão de resposta. Instrumentos, como o Teste de Apercepção Temática, por exemplo, têm suas respostas avaliadas por meio de um sistema padronizado, mas o conteúdo trazido na elaboração de cada uma das respostas envolve uma análise qualitativa que demanda do psicólogo um profundo conhecimento teórico. Nessa perspectiva, as associações estabelecidas entre o material elaborado a partir das respostas do teste e a história de vida/história clínica do avaliando são fundamentais e reiteram a importância da validade clínica nos instrumentos projetivos. São informações trazidas pelo teste, confirmadas pelos dados de vida e por resultados de outros instrumentos e de outras técnicas, que, trianguladas, vão se “intervalando” e estabelecendo sentido na compreensão do caso.

Tavares (2003) refere, nessa discussão, as diferenças existentes entre duas abordagens relativas à validade. De acordo com ele, a abordagem idiográfica relaciona-se às comparações realizadas intrassujeito, enquanto a abordagem nomotética está fundamentada nas comparações intragrupo, dependendo de critérios de validade estabelecidos fora do contexto do sujeito. Na abordagem idiográfica, a informação ganha

significado quando o indivíduo é comparado com seu próprio desempenho em diversos momentos ou em situações análogas (quando avaliados por métodos independentes). Ou seja, essa abordagem não destaca a *performance* do sujeito em relação a grupos como norma e critério. Desse modo, percebe-se que a abordagem idiográfica mostra-se muito presente na análise dos instrumentos projetivos, apesar de a abordagem nomotética também ser considerada na aplicação desses métodos. Isso porque dados baseados na análise intrassujeito trazem significado e robustez à avaliação na medida em que permitem a triangulação de dados e a compreensão de aspectos peculiares à cada história de vida.

Considerações sobre a avaliação neuropsicológica

A Neuropsicologia consiste na área do conhecimento que relaciona o encéfalo, o comportamento e a cognição (Lezak, Howieson, Bigler, & Tranel, 2012). Em muitos países, a prática da avaliação neuropsicológica evoluiu ao longo do tempo, mas sempre enfatizando as relações anátomo-clínicas (Catani et al., 2012). A atuação do profissional especializado em Neuropsicologia dá-se, predominantemente, por meio da avaliação e da reabilitação (Haase et al., 2012; Lezak et al., 2012; Wilson, 2008). Em uma avaliação neuropsicológica, utiliza-se uma série de instrumentos e outras técnicas, podendo-se ou não incluir testes padronizados (Casaletto & Heaton, 2017; Glozman, 1999; Haase et al., 2012).

Essa variação dá-se em função das diferentes escolas de Neuropsicologia nas quais se baseia a prática do profissional (Casaletto & Heaton, 2017; Glozman, 1999; Luria & Mojavski, 1977; Tupper, 1999), tanto no Brasil quanto no exterior. Duas dessas escolas serão discutidas a seguir, nesta subseção. Já na reabilitação neuropsicológica, busca-se a restituição das funções perdidas ou a compensação dos processos prejudicados (Prigatano, 1999; Wilson, 2008). Tendo em vista que o objetivo deste capítulo é discutir o panorama da avaliação psicológica no Brasil, não nos deteremos nos procedimentos e nas técnicas de reabilitação neuropsicológica.

No Brasil, o reconhecimento da Neuropsicologia enquanto especialidade do psicólogo é relativamente recente (2004). Sabe-se que há profissionais trabalhando na área há mais tempo, mas apenas em 2004 o Conselho Federal de Psicologia (CFP) regulamentou essa especialidade no Brasil. De acordo com a Resolução do CFP nº 002/2004, o profissional dessa especialidade pode atuar nos âmbitos de diagnóstico, acompanhamento, tratamento e pesquisa de construtos como emoções, personalidade, cognição e comportamento. Em todas essas situações e processos, o enfoque do profissional deve ser na relação entre as funções e/ou construtos e as regiões cerebrais que os processam.

O profissional psicólogo especialista em Neuropsicologia faz uso de instrumentos especificamente desenvolvidos para a avaliação das diversas funções neuropsicológicas. Dessa forma, a prática da Neuropsicologia pelo profissional psicólogo no Brasil, de acordo com o CFP, envolve prioritariamente o âmbito clínico, de avaliação e intervenção em contexto de consultório ou hospitalar, bem como de pesquisa. Contudo, é importante salientar que a Neuropsicologia, no Brasil, é praticada por profissionais de diferentes formações e que, recentemente, passou a ser especialidade reconhecida da Fonoaudiologia (Resolução nº 453/2014 - Conselho Federal de Fonoaudiologia/CFFa). Além disso, há profissionais de outras formações, diferentes da psicologia e da fonoaudiologia, trabalhando em Neuropsicologia (Haase et al., 2012).

O diálogo quanto à prática do psicólogo especialista em Neuropsicologia, por parte do CFP, é importante em função do entendimento que se tem da atuação profissional. Há variações de nomenclatura na literatura científica, mas entende-se que existem diferentes escolas de pensamento em neuropsicologia (Casaletto & Heaton, 2017; Tupper, 1999). De acordo com o entendimento de Luria e Majovski (1977), existem duas escolas de Neuropsicologia - a Americana e a Russa. Na escola Americana, a ênfase está nos instrumentos e em suas propriedades psicométricas. Dessa forma, enfatizam-se os dados

normativos, a padronização da avaliação e o desenvolvimento de protocolos, o que minimiza as diferenças individuais.

A escola Americana está próxima do que Haase, Gauer e Gomes (2018) definem como abordagem nomotética em Neuropsicologia. Já na escola Russa, a ênfase dá-se na observação, identificação e localização de lesões, utilizando-se, para tal, dos modelos de processamento cognitivo. O profissional desenvolve a sua prática por meio do teste de hipóteses desses modelos, fazendo uma avaliação descritiva detalhada, baseada na *expertise* clínica, valorizando os estudos de caso e atribuindo menor ênfase ao uso de dados normativos.

A escola Russa aproxima-se do que Haase et al. (2018) definem como abordagem idiográfica. Frequentemente, no Brasil, os adeptos da escola Americana e da abordagem nomotética são psicólogos, tendo em vista a importância da Psicometria e da Avaliação Psicológica no país e a forte valorização desses conhecimentos na prática profissional do psicólogo. Em contrapartida, os simpatizantes da escola Russa e da abordagem idiográfica costumam ser profissionais de diferentes áreas de formação, incluindo a Psicologia, e habitualmente defendem a Neuropsicologia enquanto área multidisciplinar (Haase et al., 2012). Dessa forma, o profissional psicólogo pode trabalhar em ambas as abordagens da Neuropsicologia.

Em uma avaliação neuropsicológica baseada na abordagem idiográfica (Haase et al., 2018) e na escola Russa (Luria & Majovski, 1977), investigam-se, primordialmente, os prejuízos decorrentes de lesão ou disfunção cerebral, o que inclui a cognição e o comportamento (Lezak et al., 2012). As grandes síndromes geralmente investigadas são: agnosias, apraxias, amnésias, alexias, agrafias, afasias, acalculias e, mais recentemente, disfunções executivas. Para cada sintoma ou síndrome, o profissional precisa formular hipóteses explicativas para a causa e refletir sobre o modelo de processamento dos sistemas envolvidos no sintoma ou na síndrome.

Para um diagnóstico apropriado, o profissional deve raciocinar a partir do(s) circuito(s) cerebral(is) potencialmente envolvido(s) e, a partir de então, pensar na escolha de instrumentos. Por exemplo: um paciente é demandado a olhar para uma figura e identificá-la, mas ele falha. O profissional que o está avaliando precisa hipotetizar acerca de quais sistemas cognitivos estão envolvidos nessa falha - se memória (não lembra o nome do desenho), percepção (não reconhece visualmente o desenho) ou linguagem (não consegue nomeá-lo). Nesse caso, frequentemente, a escolha do(s) teste(s) ou da(s) tarefa(s) é secundária ao raciocínio neuropsicológico. Reforça-se, portanto, a necessidade de compreensão da estrutura cerebral e dos diferentes circuitos de processamento cognitivo das diferentes funções (Catani et al., 2012).

Já em uma avaliação neuropsicológica baseada na abordagem nomotética (Haase et al., 2018) e na escola Americana (Luria & Majovski, 1977), investigam-se as diferentes funções cognitivas e comportamentais. Porém, aqui se prioriza a função (ou disfunção) e o quanto de desvio é detectado em relação à norma, considerando-se fatores socioculturais como a idade e a escolaridade do paciente, entre outros. Nessa perspectiva, o profissional faz uma avaliação por meio de uma seleção de testes que deem conta de diversas funções cognitivas e diagnóstica/determina as dificuldades e potencialidades do paciente, mas de uma maneira mais descritiva e em termos de níveis de desempenho. Consiste na prática baseada em baterias, conforme descrito por Casaletto e Heaton (2017).

Supondo o mesmo exemplo da identificação de uma figura impressa em um cartão, o profissional testa o paciente com diversos estímulos diferentes segundo o mesmo paradigma, faz uma soma dos acertos e, finalmente, transforma essa soma em um escore ponderado, explicando o desempenho desse paciente em um nível obtido a partir da média populacional. Nesse caso, geralmente a escolha da bateria de testes baseia-se na queixa, descrevendo-se o desempenho do paciente em termos de aspectos prejudicados ou preservados, mas sem necessariamente fazer relação entre a estrutura cerebral e a disfunção cognitiva (também chamada de anátomo-clínica). Outras descrições desses

paradigmas de pensamento podem ser consultadas em Casaletto e Heaton (2017) e Tupper (1999), por exemplo.

Tendo em vista esse panorama – das escolas de pensamento –, deve-se retornar às Resoluções do CFP no que diz respeito à avaliação psicológica. A Resolução de nº 009/2018, recentemente publicada, estabelece as orientações para a prática da avaliação psicológica e regulamenta o Sistema de Avaliação dos Testes Psicológicos (SATEPSI). Além disso, a Resolução nº 009/2018 define os requisitos mínimos que os instrumentos devem apresentar para serem reconhecidos como testes psicológicos. De acordo com o texto dessa Resolução, um teste é definido como neuropsicológico em função do construto que o mesmo objetiva mensurar.

Dessa forma, tomando-se por base o texto dessa Resolução, a ênfase principal é a qualidade da medida e suas respectivas propriedades psicométricas. Além disso, no anexo da Resolução, os processos neuropsicológicos consistem em um construto separado dos processos afetivos/emocionais e dos processos perceptivos/cognitivos (o que difere do entendimento da cognição e do comportamento como produtos complexos do que ocorre no encéfalo e no sistema nervoso). O texto dessa Resolução prioriza a abordagem nomotética da Neuropsicologia, bem como enfatiza a compreensão da escola Americana na prática da avaliação neuropsicológica por parte do psicólogo brasileiro.

Finalizando esta subseção, ressalta-se que o profissional psicólogo pode fazer avaliações psicológicas em Neuropsicologia de diferentes formas. A formação de graduação em Psicologia tradicionalmente possibilita e fundamenta a prática da avaliação neuropsicológica conforme a chamada escola Americana, enfatizando baterias e normas — o que é desejável em termos de análise e interpretação do desempenho do paciente. Em contrapartida, os cursos de graduação em Psicologia usualmente não preparam o acadêmico para a avaliação neuropsicológica segundo o paradigma da chamada escola Russa, enfatizando sistemas cognitivos e seus respectivos circuitos cerebrais. É preciso que se reflita sobre a prática da Neuropsicologia enquanto especialidade do psicólogo, a fim de que mais profissionais possam conhecer a cognição e o comportamento conforme o modelo da chamada escola Russa, qualificando e ampliando a avaliação dos pacientes.

Considerações sobre a avaliação psicológica no contexto da saúde

A Psicologia possui movimentos na área da saúde que datam dos anos 70, por meio dos quais se propunha a problematizar os fatores comportamentais determinantes no processo de adoecimento. Atualmente, é consolidado, na literatura, que processos psicológicos podem preceder o desencadeamento de doenças, bem como de que agentes orgânicos são passíveis de desencadear reações emocionais (Capitão, Scortegna, & Baptista, 2005). No campo das avaliações psicológicas realizadas nas instituições de saúde do Brasil, o movimento ainda se dá no sentido de superação de um modelo estritamente médico, complementando-o com aspectos psicossociais. Tal qual a doença, a saúde ganha conceituação atual ampla e multideterminada, sendo considerados fatores etiológicos genéticos, bioquímicos, comportamentais, psicodinâmicos e socioambientais, os quais compõem uma rede complexa. Esse panorama implica o desenvolvimento de processos de avaliação aprimorados e ampliados para o contexto da saúde.

O conceito de avaliar pressupõe estabelecer valia (Machado, 2011). Para que uma avaliação psicológica tenha valia no contexto da saúde, é essencial sua integração com as variadas facetas do sujeito, considerando sua inserção em um determinado contexto e a perspectiva de reversão dessa ferramenta em ações assistenciais direcionadas de forma mais específica e efetiva ao paciente. É consolidado entre profissionais psi que a avaliação de aspectos emocionais e estruturais de um sujeito constitui-se a partir de significado histórico. Portanto, uma avaliação psicodiagnóstica em sua composição deve contemplar técnicas diversificadas, considerando entrevistas, instrumentos, questionários e testes. Na área da saúde, uma avaliação completa pode ser acrescida da dimensão somática, na

medida em que, usualmente, sujeitos inseridos nesse contexto de cuidados possuem correlatos corporais, biológicos e fisiológicos que, embora não sejam o objeto da avaliação psicológica, devem ser considerados e integrados aos desfechos psíquicos, visando não propor uma leitura dissociada dos pacientes inseridos no sistema de saúde. Apesar da potência, inclusive terapêutica, ainda são escassos recursos humanos qualificados, bem como materiais para consolidar o psicodiagnóstico enquanto uma intervenção consistente no sistema público de saúde.

Considerando-se o contexto brasileiro de saúde pública, com sua alta demanda e a necessidade de estratégias mais assertivas e melhor direcionadas aos equipamentos de saúde, a avaliação psicológica pode ter grande impacto enquanto intervenção passível de mapear, em curto prazo, os recursos, os potenciais e as vulnerabilidades do paciente, inclusive nas situações de alta complexidade que exigem investigar e intervir no campo emocional para garantir desfechos de adesão e sucesso terapêutico. Isso porque a avaliação psicológica no contexto de saúde é, muitas vezes, a via mais profunda e rápida de se apresentar um panorama emocional do paciente em situação emergencial física ou psíquica.

Um estudo revela que 66% dos psicólogos da área da saúde utilizam psicodiagnóstico em suas práticas (Gondim et al., 2010). Entretanto, uma revisão da literatura sobre as práticas do psicólogo no contexto da atenção básica e terciária aponta para uma significativa lacuna na oferta de avaliação psicológica, bem como na produção científica sobre a avaliação na saúde pública. Habitualmente, o foco assistencial na saúde pública ainda se centra no modelo clínico tradicional, baseado em psicoterapia individual (Pereira et al., 2017). Enquanto a psicoterapia atinge menor número de pessoas, o psicodiagnóstico e o trabalho em grupos podem ofertar maior agilidade para suprir a demanda do sistema público no que concerne à saúde emocional. Essas ferramentas devem ser consideradas dentre a gama de intervenções psicológicas, sendo utilizadas conforme indicado.

O contexto da saúde presta-se particularmente ao paralelo, proposto por Cunha (2007), entre psicodiagnóstico e pesquisa científica. A epistemologia da saúde ancora-se em *guidelines* baseados em evidências clínicas com respaldo científico. Nessa linha, a avaliação psicológica preconizada utiliza-se de instrumentos com evidências de validade e fidedignidade, os quais propiciam a predição e a tomada de decisões consubstanciadas em seus resultados (Trevizan, 2011). Assim, dentre o arsenal de intervenções psicológicas, a avaliação possui postura investigativa, exploratória, baseada em dados mensuráveis e no mapeamento de domínios abstratos do psiquismo, com prontidão para reformulação de hipóteses (Trentini, Bandeira, & Krug, 2016). Fecha, portanto, com a lógica hospitalar e é passível de estabelecer um diálogo mais fluído com distintas áreas multiprofissionais.

Mais recentemente, com o avanço da neurociência e a complementação de recursos, como neuroimagem, a área da saúde, por configurar espaço de translação multiprofissional, incorporou rapidamente esses preceitos na avaliação, contribuindo com a alavancagem clínico-científica no entendimento mais complexo dos pacientes. De tal maneira, hoje a avaliação psicológica pode melhor compreender a personalidade e os processos cognitivos subjacentes à atividade do sistema nervoso central em condições normais e patológicas (Vieira, Fay, & Neiva-Silva, 2007). No entanto, tamanha especialização dos campos deixa o desafio de integração desse sujeito fragmentado em tantas especificidades técnicas.

Assim, destaca-se que, no campo da saúde, se, por um lado, há uma tendência à especialização, por outro, existe a necessidade de integração da informação na construção do saber mais humanizado e na otimização de recursos. Eis que, na busca por esta integração, por vezes, a interface multidisciplinar pode estabelecer-se por meio de uma sobreposição e de indefinições em relação aos papéis dos distintos campos de saberes. Sendo os testes psicológicos instrumentos exclusivos de uso do psicólogo, a avaliação psicológica trata-se de um campo com delimitação mais específica em relação à construção epistemológica e identitária profissional do psicólogo.

Deve-se considerar ainda que, no contexto de saúde, há linguagens técnicas que possuem comunicação transversal entre áreas multiprofissionais. Nesse sentido, habitualmente, a demanda explícita e manifesta endereçada à avaliação psicológica pode ser mais especificamente voltada para o diagnóstico descritivo ou nosológico. Sendo assim, cabe ao profissional da Psicologia ampliar tais perspectivas, considerando a complexidade e profundidade de informações às quais se tem acesso através da avaliação, propiciando a entrega de um diagnóstico compreensivo (Primi, 2003). Nesse sentido, Cunha (2007) aponta que os testes podem ser utilizados para obter dados, sendo que o produto final pode culminar na descrição de uma série de traços ou capacidades, mantendo um compromisso técnico, mas, eventualmente, carecendo do compromisso com o contexto mais integralizado do sujeito.

De outra forma, no campo da avaliação psicológica realizada no contexto de saúde, a cisão de informações pode manifestar-se na dicotomia entre psicometria e análise clínica. Por exemplo: constantemente, o psicólogo é convocado para avaliação da cognição, visto que possui instrumentos estruturados para tal aferição. Nesse sentido, muitos protocolos de saúde ou de intervenção estabelecem um determinado ponto de corte em termos de funcionamento cognitivo do paciente para substanciar a tomada decisória — quanto a submetê-lo ou não a um determinado procedimento, por exemplo. Contudo, mesmo quando da avaliação da cognição, é importante atentar para outros prismas psíquicos que podem ser complementares e passíveis de melhor explicar os potenciais ou as vulnerabilidades do desempenho cognitivo. Por exemplo: traumas ou estruturas de personalidade fragilizadas podem canalizar recursos emocionais na tentativa de equalização da ambiência interna e adaptação ao meio externo, podendo impactar no desempenho intelectual.

Portanto, o endereçamento para avaliação cognitiva é muito importante no campo da saúde; o problema é o eventual reducionismo da avaliação à vertente cognitiva. O psicodiagnóstico deve priorizar a perspectiva de integração (comportamental, modalidades cognitivas e entendimento psicodinâmico), passível de clarear o funcionamento intelectual e de conferir-lhe um prognóstico mais realístico, para muito além de um rótulo que — isento de uma discussão ampliada — pode ser limitador.

Dados levantados em um hospital geral do SUS apontam que 75% das demandas encaminhadas para psicodiagnóstico de crianças e adolescentes davam-se para investigação da cognição. Destes, 18% ocorriam por suspeita de deficiência intelectual; 32% solicitavam investigação da cognição associada a questões comportamentais; e, por fim, 15% haviam sido solicitados para esclarecimento diagnóstico, sendo destes 23% para diagnóstico diferencial; 4% para investigações apenas de aspectos comportamentais e 8% não continham a descrição de demanda (Dall’agnol & Narvaez, 2017). Muitas das expressões de dificuldade na infância culminam na manifestação de sintomas de aprendizagem. Entretanto, tais dificuldades podem ocorrer por fatores psicossociais diversos, sendo necessária a investigação ampla do contexto externo e interno da criança.

Outro ponto fundamental em relação à Psicologia aplicada à saúde é sua constante interface com questões institucionais, as quais, por sua vez, pautam o trabalho de avaliação. Considera-se como institucional aquilo que produz um campo de relações no qual práticas e saberes são exercidos em determinados espaços, como hospitais, escolas, clínicas etc. (Machado, 2011). É válido lembrar que todo trabalho de avaliação psicológica é institucional na medida em que se expressa permeado por relações de saber e poder que pautam parâmetros para avaliação da vida psíquica. As dimensões institucional e individual não se constituem discriminadamente, já que o sujeito individual é instituído em um campo múltiplo de forças e sob uma construção historicamente engendrada (Machado, 2011).

Nesse sentido, questões específicas da instituição saúde — considerando seus diversificados cenários de atuação, tais como hospitais e unidades básicas — impactam diretamente no conceito e nas possibilidades de uma avaliação. Isso se dá por meio de suas particularidades, como o contingente pessoal, a demanda de atendimento e a organização

laboral. Por exemplo, ampliando-se a discussão anterior a respeito da tendência à restrição do processo avaliativo à cognição, é possível que a equação entre o volume de demandas, em relação aos recursos humanos disponíveis no sistema de saúde e à brevidade necessária para execução, torne pouco viável a integração dos aspectos psicodinâmicos, limitando-se à avaliação psicométrica, quando esta é a solicitação manifesta.

O trabalho de avaliação psicológica na saúde tem como objetivo, portanto, afetar as relações de saber e poder instituídas em diferentes instâncias (individual, interpessoais e institucionais) e, com isso, buscar as possibilidades de alterá-las na direção de um movimento de potencialização de vida, criação e produção de conhecimento. No campo da saúde, a avaliação psicodiagnóstica deve ampliar as possibilidades salutares de investigação da vida afetiva e funcional.

Considerações finais

O objetivo do capítulo foi apresentar um panorama atual da Avaliação Psicológica, indicando melhorias importantes que ocorreram na área, no Brasil, nos últimos anos. No texto, foram destacados os avanços técnicos e metodológicos na construção de instrumentos de avaliação, bem como as iniciativas relacionadas à organização do SATEPSI, cujas ações vêm contribuindo para a avaliação psicológica, tanto do ponto de vista da qualificação dos instrumentos quanto da formação crítica do psicólogo para a atuação na área. Em acréscimo, o capítulo apresentou algumas das discussões contemporâneas sobre o uso de instrumentos projetivos e a pertinência de validade clínica na avaliação psicológica; sobre as práticas de avaliação neuropsicológicas, seus diferentes fundamentos e sua aplicação interdisciplinar, e ainda sobre as especificidades e possibilidades da avaliação psicológica no contexto das instituições de saúde.

A revisão realizada possibilitou a observação de avanços promissores para o desenvolvimento científico e a instrumentalização para o debate sobre a problematização da avaliação psicológica enquanto área específica do psicólogo. No entanto, ainda há muito a ser pesquisado. Cite-se, por exemplo, a discussão proposta por Villemor-Amaral (2016) sobre a importância da investigação dos fatores que fazem com que uma avaliação psicológica seja útil e terapêutica. Nesse argumento, a autora apresenta a avaliação terapêutica como uma possibilidade de unir processos do psicodiagnóstico tradicional e intervenção terapêutica no contexto da avaliação psicológica. A autora destaca que a avaliação terapêutica tem se expandido nos Estados Unidos e em países da Europa; no entanto, ainda é um tema pouco investigado por estudos nacionais.

Dessa forma, conclui-se que a avaliação psicológica, enquanto campo dinâmico e complexo, continuará, ao longo dos próximos anos, a impor a necessidade de ampliação das investigações científicas. Nesse contexto, será cada vez mais importante a vinculação dos estudos à realidade social e aos avanços tecnológicos, devendo-se primar pela busca de evidências de validade consequencial de técnicas e testes a serem propostos. Em paralelo a isso, sempre será atual e relevante, também, a necessidade de investimentos na formação e qualificação do psicólogo. Nesse sentido, enfatiza-se o impacto promissor da recente ação do Conselho Federal de Psicologia em reconhecer a Avaliação Psicológica como uma área de especialidade (com conteúdos e atividades próprias), o que viabilizará, em breve, a concessão e o registro do título de especialista em Avaliação Psicológica junto ao CFP, sendo um estímulo à formação continuada dos psicólogos que trabalham na área.

Referências

Bardagi, M.P., Teixeira, M.A.P., Segabinazi, J.D., Schelini, P.W., & Nascimento, E. (2015). Ensino da avaliação psicológica no Brasil: Levantamento com docentes de diferentes regiões. *Avaliação Psicológica, 14*(2), 253-260. doi: 15689/ap.2015.1402.10

Capitão C.G., Scortegagna S.A., Baptista M.N. (2005). A importância da avaliação psicológica na saúde. *Avaliação Psicológica, 4*(1), 75-82.

- Cardoso, L.M., & Villemor Amaral, A.E (2017). In M.R.C. Lins & J.C. Borsa (Orgs.). *Avaliação Psicológica: Aspectos teóricos e práticos* (p.159-172). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Casaletto, K.B. & Heaton, R.K. (2017). Neuropsychological assessment: Past and future. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 23, 778-790.
- Catani, M., Dell'Acqua, F., Bizzi, A., Forkel, S.J., Williams, S.C., Simmons, A., Murphy, D. G., & Schotten, M.T. (2012). Beyond cortical localization in clinico-anatomical correlation. *Cortex*, 48, 1262-1287.
- Conselho Federal de Fonoaudiologia/CFFa. (2014). *Resolução 453/2014*. Dispõe sobre o reconhecimento, pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, da Fonoaudiologia Neurofuncional, Fonoaudiologia do Trabalho, Gerontologia e Neuropsicologia como áreas de especialidade da Fonoaudiologia e dá outras providências. Brasília, DF: o autor.
- Conselho Federal de Psicologia – CFP. (2003a). *Resolução 002/2003*. Define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos e revoga a Resolução CFP nº 025/2001. Brasília, DF: o autor.
- Conselho Federal de Psicologia – CFP. (2003b). *Resolução 007/2003*. Institui o Manual de elaboração de documentos escritos produzidos pelo psicólogo, decorrentes de avaliação psicológica e revoga a Resolução CFP 17/2002. Brasília, DF: o autor.
- Conselho Federal de Psicologia – CFP. (2004). *Resolução 002/2004*. Reconhece a Neuropsicologia como especialidade em Psicologia para finalidade de concessão e registro do título de especialista. Brasília, DF: o autor.
- Conselho Federal de Psicologia – CFP. (2010). *Avaliação psicológica: Diretrizes na regulamentação da profissão*. Brasília, DF: o autor.
- Conselho Federal de Psicologia – CFP. (2012). *Resolução 005/2012*. Altera a Resolução CFP 002/2003, que define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos. Brasília, DF: o autor.
- Conselho Federal de Psicologia – CFP. (2018). *Resolução 009/2018*. Estabelece diretrizes para a realização de Avaliação Psicológica no exercício profissional da psicóloga e do psicólogo, regulamenta o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos – SATEPSI. Brasília, DF: o autor.
- Cunha, J.A.(2007). *Psicodiagnóstico-V* 5. ed. rev. e ampl. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed.
- Dall'Agnol, L.F., & Narvaez, J.C.M. (2017). 8^o Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica. Resumo: Poster (Painel) Mapeamento dos encaminhamentos para psicodiagnóstico de crianças e adolescentes em um hospital geral do SUS. Anais, Resumo: 1991. Recuperado de <http://eventoexpress.com.br/anais/ibap2017/busca.htm?query=Mapeamento>
- Frank, L.K. (1939). Projective methods for the study of personality. *The Journal of Psychology*, 8(2), 389-413.
- Glzman, J.M. (1999). Quantitative and qualitative integration of Lurian procedures. *Neuropsychology Review*, 9(1), 23-32.
- Gondim S.M.G., Bastos A.V.B., & Peixoto S.A. (2010). Áreas de atuação, atividades e abordagens teóricas do psicólogo brasileiro. In A.V. Bastos e S.M. Goldim (Eds.), *O trabalho do psicólogo no Brasil*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Haase, V. G., de Salles, J. F., Miranda, M. C., Malloy-Diniz, L., Abreu, N., Argollo, N., ... & Landeira-Fernandez, J. (2012). Neuropsicologia como ciência interdisciplinar: consenso da comunidade brasileira de pesquisadores/clínicos em Neuropsicologia. *Neuropsicologia Latinoamericana*, 4(4).
- Haase, V.G., Gauer, G., & Gomes, C.M.A. (2018). Neuropsicometria: modelos nomotético e idiográfico. In L. F. Malloy-Diniz et al. (Eds), *Avaliação Neuropsicológica* (pp.17-22). Porto Alegre: Artmed.
- Hutz, C.S., & Primi, R. (2006). Psychological assessment in Brazil: Current trends and challenges. *The Score* (Newsletter APA), 37, 17-18.
- Lezak, M.D., Howieson, D.B., Bigler, E.D., & Tranel, D. (2012). *Neuropsychological assessment*. New York, NY: Oxford University Press.
- Luria, A.R., & Majovski, L.V. (1977). Basic approaches used in American and Soviet clinical neuropsychology. *American Psychologist*, 32(11), 959-968.
- Machado, A.M. (2011). Avaliação psicológica e as relações institucionais. In Conselho Federal de Psicologia. *Ano da Avaliação Psicológica – Textos geradores* (pp. 71-77). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Miguel, F.K. (2014). Mitos e verdades no ensino de técnicas projetivas. *Psico-USF*, 19 (1), 97-106.
- Noronha, A.P.P., & Reppold, C.T. (2010). Considerações sobre a avaliação psicológica no Brasil. *Psicologia Ciência e Profissão*, 30(Esp.), 192-201. doi: 10.1590/S1414-98932010000500009
- Noronha, A.P.P., Primi, R., & Alchieri, J.C. (2004). Parâmetros psicométricos: Uma análise de testes psicológicos comercializados no Brasil. *Psicologia Reflexão e Crítica*. 24(4), 88-99. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932004000400011>
- Pereira E.F.M., Macedo M.A., & Anacleto F.N.A. A prática do psicólogo na atenção básica: uma revisão integrativa da literatura. *II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde*, 2017.
- Pesce, R.P., Assis, S.G., Santos, N., & de Oliveira Carvalhães, R.V.C. (2004). Risk and protection: looking for an equilibrium that provides resilience. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 135-143. Prigatano, G.P. (1999). *Principles of neuropsychological rehabilitation*. New York, NY: Oxford University Press.
- Primi, R. (2003). Inteligência: avanços nos modelos teóricos e nos instrumentos de medida. *Avaliação Psicológica*, 2, 67-77.

- Reppold, C.T., & Noronha, A.P.P. (2018). Impacto dos 15 Anos do Satepsi na Avaliação Psicológica Brasileira. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(spe), 6-15. doi: 10.1590/1982-3703000208638
- Reppold, C.T., Serafini, A.J., Gurgel, L.G., & Kaiser, V. (2017a). Avaliação de aspectos cognitivos em adultos: análise de manuais de instrumentos aprovados. *Avaliação Psicológica*, 16(2), 137-144. <https://dx.doi.org/10.15689/AP.2017.1602.03>
- Reppold, C.T., Serafini, A.J., Ramires, D.A., & Gurgel, L.G. (2017b). Análise dos manuais psicológicos aprovados pelo SATEPSI para avaliação de crianças e adolescentes no Brasil. *Avaliação Psicológica*, 16(1), 19-28. <https://doi.org/10.15689/ap.2017.1601.03>
- Reppold, C.T., Serafini, A.J., Gurgel, L.G., Magnan, E., Damion, M., Kaiser, V., & Almeida, L.S. (2018). Análise de manuais de testes psicológicos aprovados pelo Satepsi para avaliação de adultos. *Psicologia: Teoria e Prática*, 20(3), 100-120. doi: 10.5935/1980-6906/psicologia.v20n3p100-120
- Resolução Nº 05/2011, de 15 de março de 2011.* Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia. *Diário Oficial da União*, 16 mar. 2011.
- Tavares, M. (2003). Validade clínica. *Psico-USF*, 8(2), 125-136.
- Trentini, C.M., Krug, J.S., Bandeira, D.R. (2016). Escolha dos instrumentos e das técnicas no psicodiagnóstico. In: C. Hutz, D. Bandeira, C. Trentini, e J. Krug. (Orgs.). *Psicodiagnóstico* (pp. 68-72). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Trevizan, M.J. Contextos em que a avaliação se insere. (2011). In Conselho Federal de Psicologia. *Ano da Avaliação Psicológica - Textos geradores* (pp. 121-125). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Tupper, D.E. (1999). Introduction: neuropsychological assessment après Luria. *Neuropsychology Review*, 9(2), 57-61.
- Vieira, C., Fay, E.S.M, & Neiva-Silva, L. (2007). Avaliação psicológica, neuropsicológica e recursos em neuroimagem: novas perspectivas em saúde mental. *Aletheia*, 26, 181-195.
- Villemor-Amaral, A.E. (2016). Perspectivas para a Avaliação Terapêutica no Brasil. *Avaliação Psicológica*, 15(2), 249-255.
- Werlang, B.S.G., Fensterseifer, L., & Quadros de Lima, G. (2006). Teste Aperceptivo Familiar (FAT): Técnica projetiva da avaliação psicológica. *Avaliação Psicológica*, 5(2), 255-260.
- Wilson, B.A. (2008). Neuropsychological rehabilitation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 141-162.

2 ENSINO E SUPERVISÃO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NA GRADUAÇÃO

JAQUELINE PORTELLA GIORDANI
BEATRIZ CANCELA CATTANI
DENISE BALEM YATES
CLARISSA MARCELI TRENTINI

Introdução

A avaliação psicológica no Brasil vem se consolidando e ampliando perspectivas ao longo das últimas décadas (Ambiel, 2011; Noronha, Carvalho, Miguel, Souza, & dos Santos, 2010). Ao mesmo tempo, vários problemas vêm sendo identificados na prática da avaliação psicológica no contexto brasileiro no mesmo período (Borsa, 2016). Como observado por essa autora, para a mudança desse quadro, é preciso qualificar a formação oferecida nos cursos de graduação em Psicologia. Nesse sentido, Nunes, Muniz, Reppold, Faiad, Bueno e Noronha (2012), com o apoio do Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica, propuseram Diretrizes para o Ensino de Avaliação Psicológica. Dentre os aspectos abordados pelo documento, estavam (1) as 27 competências básicas em avaliação psicológica que deveriam ser desenvolvidas pelos alunos de graduação; (2) as seis disciplinas e os respectivos conteúdos programáticos, sendo a sexta o estágio supervisionado; (3) a estrutura de ensino, a saber, infraestrutura necessária, métodos de ensino, formação do docente e orientações importantes; (4) as referências indicadas.

Em que pesem as dificuldades para a concretização de um currículo que contemple toda a estrutura sugerida pelas Diretrizes, suas orientações são extremamente relevantes para nortear as competências a serem desenvolvidas pelos estudantes ao longo de sua formação em avaliação psicológica na graduação. Como forma de ilustrar a compreensão e a prática das autoras no ensino da avaliação psicológica, o presente capítulo visa fazer uma reflexão acerca de aspectos essenciais ao ensino da avaliação psicológica teórico-prática em cursos de graduação, em disciplinas curriculares obrigatórias e eletivas. Como forma de complementação ao aprendizado em sala de aula, as autoras apresentam também considerações relevantes a serem observadas na supervisão em práticas ou estágios de avaliação psicológica.

Ensino de avaliação psicológica

A formação em Psicologia tem sido motivo de diversos debates e profunda reflexão a partir de variadas organizações, como o Conselho Federal de Psicologia (CFP), a Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP) e a Federação Nacional dos Psicólogos (FENAPSI). Essa reflexão busca dar conta da complexidade da atuação profissional do psicólogo e da amplitude de campos passíveis de inserção e intervenção. Portanto, cada lançamento de novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para cursos de graduação em Psicologia é precedido de discussões da comunidade profissional e acadêmica, visando à qualificação teórica e técnica, além de ética, e da atualização dos processos formativos das graduações (Conselho Federal de Psicologia, 2018).

Entre os processos de ênfase do trabalho do psicólogo reconhecidos atualmente, segundo as DCN de 2011 (Ministério da Educação, 2011), estão o psicodiagnóstico, inserido nos processos clínicos, e os processos de avaliação diagnóstica. A avaliação é concebida como o uso e o desenvolvimento de diferentes recursos, estratégias e instrumentos de observação e avaliação que sejam úteis para a compreensão diagnóstica em diversos

domínios e níveis de ação profissional do psicólogo. Além disso, estão previstas, nesse documento, algumas competências mínimas que devem ser contempladas na formação em Psicologia, dentre as quais consta a realização de diagnóstico e avaliação de processos psicológicos de indivíduos, de grupos e de organizações. Essas competências visam garantir, ao profissional recém-formado, o domínio básico de certos conhecimentos psicológicos e o desenvolvimento da capacidade de utilizá-los em diferentes contextos (Ministério da Educação, 2011).

Apesar dessas previsões, estudos conduzidos com diferentes metodologias e objetivos indicam que é necessária maior atenção à formação, visando à maior convergência entre o ensino e a demanda social pela prática de avaliação psicológica (Bardagi, Teixeira, Segabinazi, Schelini, & do Nascimento, 2015). Em 2018, realizou-se o processo nacional de revisão das DCN para os cursos de graduação em Psicologia e, no documento encaminhado para o Conselho Nacional de Educação, em junho, a avaliação psicológica insere-se dentre os processos de trabalho do psicólogo reconhecidos atualmente, especificamente os Processos de Avaliação (Conselho Federal de Psicologia, 2018). Nos componentes curriculares previstos nesse documento, consta o eixo de “Procedimentos para a investigação científica e a prática profissional”, que objetiva assegurar o domínio do uso de instrumentos e estratégias de avaliação e de intervenção, além de ambicionar que o profissional forme-se com a competência para selecionar tais instrumentos e adequá-los a diferentes problemas e contextos, inclusive realizando a avaliação dessas estratégias.

Nas disciplinas de Avaliação Psicológica, três pontos parecem ter de ser trabalhados à exaustão — tanto para que sejam evitados equívocos na compreensão dos objetivos de um processo de avaliação psicológica, quanto para distanciar-se de reducionismos ligados aos testes psicológicos e sua aplicabilidade e interpretação. Em primeiro lugar, a explanação do decorrer histórico nessa área, das origens da Avaliação Psicológica (AP) — desde Binet, passando pela avaliação da escolarização, pelo uso das testagens na Primeira Guerra Mundial, até a compreensão atual de que os testes são apenas uma das estratégias envolvidas em um processo avaliativo psicológico. Sendo que o foco na avaliação integral do sujeito tem sido priorizado por todos os profissionais, a AP deveria ser mais inclusiva e envolver mais processos do que apenas a testagem psicológica (Cohen, Swerdlik, & Sturman, 2014). Durante as aulas de AP, deve-se focar em salientar para os alunos que a definição de psicodiagnóstico tem mais a ver com um viés investigativo e de diagnóstico da situação do que necessariamente com o uso de determinado tipo de instrumento de coleta de dados. Ou seja, o uso ou não de testes depende da compreensão do profissional (Krug, Trentini, & Bandeira, 2016).

O segundo ponto que deve ser priorizado no ensino sobre instrumentos de avaliação psicológica são os aspectos psicométricos. O ensino de psicometria, nas disciplinas de avaliação psicológica, é essencial para a posterior compreensão dos levantamentos dos resultados dos testes psicológicos, bem como dos modos de desenvolvimento desses testes. A representação do objeto psicológico em números é fundamental nesse ramo de atuação — é importante que os alunos tenham acesso à informação de que os conhecimentos psicométricos servem justamente ao estudo dos fenômenos psicológicos e de que os números são os modos de representar esses fenômenos.

A psicometria caracteriza-se pela observação e expressão dos construtos psicológicos por meio dessa referência numérica. Entretanto, isso não significa que a base central epistemológica não esteja centrada no conceito do fenômeno investigado, e apenas os números sejam observados (Pasquali, 2017). Esses conhecimentos auxiliam na escolha do instrumento, pois embora se tenha uma lista de testes favoráveis ou desfavoráveis no Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI), ainda assim, ao se conhecer mais sobre psicometria, o psicólogo pode ter argumentos mais sólidos para suas escolhas. O SATEPSI condensa informações tanto sobre os requisitos mínimos para um instrumento ser considerado um teste psicológico, como também define quais são os instrumentos que receberam parecer favorável e que podem ser usados pelos psicólogos em sua prática

profissional, inclusive com a divisão entre testes privativos do psicólogo e os passíveis de serem utilizados por outros profissionais. No SATEPSI também constam os instrumentos que não podem ser utilizados, seja porque receberam parecer desfavorável do CFP, seja porque ainda não foram avaliados. A plataforma do SATEPSI deveria ser de conhecimento e consulta sistemática dos profissionais de psicologia, para uso adequado dos instrumentos psicológicos disponíveis, e as disciplinas de AP podem ser os momentos-chave para a obtenção dessas informações pelos graduandos em Psicologia.

O terceiro ponto essencial a ser observado nas disciplinas de AP concentra-se na explanação dos diversos contextos em que a avaliação realizada por um psicólogo é priorizada e essencial — a contextualização e o esclarecimento do quão relevante são os documentos produzidos pelos psicólogos a partir dos processos de AP, bem como os encaminhamentos que podem ser favorecidos em diversos campos de atuação em que a Psicologia está inserida: nos espaços educacionais, no acesso a programas de saúde, na assistência e seguridade social, em processos jurídicos e, obviamente, nos planos terapêuticos de diversos especialistas em saúde mental. É importante sempre se salientar aos alunos que a testagem psicológica é um dos processos da AP — os testes, assim, são os instrumentos ou a mensuração sistematizada que buscam avaliar características psicológicas de um sujeito (Lins & Borsa, 2017). Os instrumentos psicológicos abarcam desde inventários psicométricos — os testes propriamente ditos — até técnicas projetivas, entrevistas, estudo documental e observação comportamental (Cohen, Swerdlik, & Sturman, 2014; Lins & Borsa, 2017).

Considerando-se esses fatores, as aulas de AP para graduandos em Psicologia deveriam, então, contemplar a complexidade inerente a esse processo e à integração de todos esses dados obtidos para que seja possibilitada a compreensão da situação psicológica do sujeito avaliado, considerando-se os objetivos da AP e do contexto em que ela está sendo realizada. Inclusive, um aspecto que não pode ser esquecido é o de que a AP é prática exclusiva dos profissionais de psicologia. Na resolução nº 009 de 2018 do Conselho Federal de Psicologia (2018), são determinadas as novas diretrizes para a realização de AP no exercício profissional dos psicólogos, além da regulamentação do SATEPSI.

Além do ensino de psicometria, a exposição dos testes deveria fazer parte do plano de aula das disciplinas de AP. Ou seja, os alunos deveriam ter acesso a esse material não apenas teoricamente, mas também de forma prática. O manuseio dos materiais que compõem um teste pode facilitar a explanação do docente acerca da importância da padronização para aplicação adequada dos testes e com relação à desmistificação quanto à simplicidade/complexidade de aplicação dessas ferramentas. Inclusive, dependendo de como está organizado o currículo do curso, sugere-se a aplicação experimental dos principais testes estudados nas disciplinas. A vivência, pelos alunos, da aplicação de um ou mais testes pode ser benéfica para a compreensão das dificuldades envolvidas no momento de aplicação, ambiente, *rapport*, levantamento e análise das informações obtidas. Com isso, também, pode ser facilitada a explicação da diferenciação entre testagem psicológica (mais próxima do que pode ser proposta em uma disciplina) e avaliação psicológica. Então, diferentemente de outras disciplinas em que os processos de explanação teórica são suficientes, naquelas cujo foco é a AP, a experiência prática faz-se essencial. O processo completo de uma AP deveria ser contemplado nos conteúdos previstos nessas disciplinas — desde o encaminhamento para avaliação, o levantamento de demanda, a seleção de instrumentos ou técnicas que serão utilizados considerando-se os objetivos estabelecidos, a anamnese, o processo de aplicação dos instrumentos escolhidos, a construção do documento resultante da avaliação (parecer/laudo/relatório), até o *feedback* final, a devolução dos resultados e os encaminhamentos possíveis (Cohen, Swerdlik, & Sturman, 2014).

Todo esse processo de ensino-aprendizagem, que vai desde as abordagens históricas e teóricas até a aplicação prática dos conhecimentos, deveria possibilitar, aos alunos, a compreensão acerca da importância da AP em diferentes contextos e de que ela não deve

ser ou ter *um fim em si mesma*. Ou seja, a AP e todos os testes e técnicas utilizados para sua realização são *ferramentas* que podem auxiliar o psicólogo a compreender o estado psicológico do sujeito analisado, baseando-se em evidências. Os instrumentos aprovados pelo SATEPSI são estratégias fundamentadas e que já têm estabelecidos seus estudos de validade e confiabilidade (fidedignidade). Em diversos contextos, essas ferramentas podem ser essenciais para a determinação da credibilidade da avaliação realizada em Psicologia, para a atuação interdisciplinar e para a comunicação dos fenômenos psicológicos verificados em um sujeito. Para o uso correto e eficaz dos instrumentos disponíveis e para que a prática do profissional de Psicologia seja cada vez mais baseada em evidências científicas de efetividade em diferentes populações, o ensino de AP mostra-se essencial enquanto primeiro contato do graduando com esses conceitos e essas ferramentas.

Dentre tantas possibilidades de encadeamento entre a teoria e a prática, trabalhamos com duas estratégias para aproximar os alunos da vivência prática da avaliação psicológica durante as disciplinas obrigatórias. Ambas as formas de ensino apresentam pontos positivos e pontos a melhorar. Contando com a possibilidade de acesso à sala de espelhos na instituição, na primeira modalidade, os alunos acompanham semanalmente um caso atendido por um psicólogo (normalmente, estudantes de mestrado e doutorado que realizam estágio docente naquela disciplina). Dessa forma, os graduandos conseguem assistir, ao vivo, a todo o processo avaliativo. A participação ativa dos alunos ocorre ao levantarem os instrumentos aplicados pelo profissional ou realizarem um laudo psicológico como trabalho final da disciplina. Apesar da experiência proporcionar uma significativa aproximação da prática profissional, conta com imprevistos, como faltas e abandonos, os quais podem atrasar a conclusão da avaliação.

Na segunda modalidade, a avaliação é filmada e, posteriormente, apresentada em sala de aula ao longo da disciplina. Se, por um lado, os alunos perdem em relação ao contato presencial com os pacientes, por outro, ganham na otimização do tempo e na continuidade da avaliação, havendo possibilidade de reorganização da disciplina, caso o paciente falte. O acompanhamento (observação) de um processo de avaliação permite aos alunos elaborarem hipóteses, levantarem instrumentos (cópias do material usado na avaliação) e construir versões de documentos finais baseados no processo psicodiagnóstico. Trata-se de uma ótima oportunidade para exercitar o raciocínio clínico e diagnóstico, bem como para ampliar o repertório de possíveis condutas e posturas de um avaliador. São estratégias que permitem aplicar o conhecimento teórico obtido nas disciplinas de forma gradual.

Supervisão em avaliação psicológica

Uma etapa seguinte no processo de aprendizado da avaliação psicológica diz respeito à experiência prática do processo de forma supervisionada. Assim, devemos lembrar que, em algum momento da sua formação profissional, todo o psicólogo foi estagiário. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) 2004/2011 do curso de Psicologia determinam que fazem parte da nossa formação estágios obrigatórios que totalizem ao menos 15% da carga horária total do curso, sendo esse percentual dividido entre estágios supervisionados básicos e específicos (Ministério da Educação, 2011). Considerando-se tal cenário, ao atuarmos como supervisores de estágios em Psicologia, mesmo que com a distância do tempo, reconhecemos que já estivemos naquele lugar de incertezas e medos, mas de significativo crescimento pessoal e profissional.

Para o Conselho Federal de Psicologia, “o estágio representa uma parte importante e imprescindível da formação profissional da psicóloga e do psicólogo, na medida em que permite a experiência concreta, sustentada e amparada pela orientação de profissional experiente” (CFP, 2018, p.34). O material ainda destaca que o estágio é espaço para o desenvolvimento de “conhecimentos, habilidades e atitudes” (Ministério da Educação, 2011) por parte do aluno, o qual estará colocando em prática, de forma supervisionada, o

conteúdo aprendido ao longo do curso. Assim, espera-se que a experiência de estágio seja integradora de competências (Cury & Neto, 2014).

É notório o quanto os alunos anseiam pela experiência de estágio. Como ocorre em diversos cursos de nível superior, os anos iniciais da formação em Psicologia possuem uma carga teórica significativa, a qual mantém os alunos distantes da imaginada atuação profissional imediata (os estágios básicos são previstos para acontecerem, em média, a partir do quinto semestre do curso[1]). Assim, enquanto supervisoras de estágios básicos e específicos em um serviço-escola de uma universidade federal, comumente nos deparamos com estagiários desejosos e curiosos em relação à experiência de estágio. O estágio específico em avaliação psicológica adiciona maior expectativa, visto ser o primeiro contato dos estudantes com a aplicação e o levantamento de testes psicológicos, os quais popularmente possuem um certo espírito enigmático a circundá-los. Considerando-se tal contexto, quais são as particularidades da supervisão em avaliação psicológica?

Primeiramente, é importante refletir que são escassos os estudos sobre supervisão em avaliação psicológica (Yates, 2016). Os profissionais têm à disposição poucos documentos que orientam o fazer. Destacamos as Diretrizes para Supervisão Clínica em Serviços de Saúde Psicológica (*American Psychological Association [APA], 2015*). O material, ainda sem tradução para o português, é dividido em sete domínios envolvidos na supervisão: competências do supervisor, diversidade, relacionamento entre supervisor e supervisionando, profissionalismo, avaliação/*feedback*, problemas de competência profissional e considerações éticas, legais e regulamentares. Os materiais que versam sobre a formação do psicólogo (como o Código de Ética Profissional do Psicólogo ou as Resoluções do Conselho Federal de Psicologia) pouco discriminam as funções específicas dos supervisores (Oliveira-Monteiro, Herzberg, Oliveira, & Silveiras, 2013).

Isso posto, compreende-se que a supervisão, por si só, é um espaço multifacetado: serve como espaço de aprendizagem, trocas e revisão de conteúdos acadêmicos, mas, com a mesma intensidade, serve como ambiente terapêutico, em que são feitos desabafos, queixas e lamentos. A supervisão, por meio da figura do supervisor, também tem a função de fazer um balanço entre as necessidades do estagiário em sua formação e aquelas pertinentes ao usuário do serviço (Oliveira-Monteiro et al., 2013).

No serviço-escola em que desempenhamos nossa prática profissional, a forma de supervisionar os estudantes pode assumir duas modalidades: a supervisão coletiva e a individual. No primeiro formato, os alunos supervisionam os casos atendidos enquanto são assistidos por outros colegas — estes também estagiários em supervisão. O tempo é dividido proporcionalmente em relação ao número de alunos/casos. Utilizamos uma sala com projetor, na qual os alunos apresentam um roteiro de apresentação de caso clínico (elaborado a partir de roteiros de apresentação de caso em psiquiatria), para que todo o grupo possa acompanhar os principais dados sobre o caso e o andamento da avaliação (conforme Figura 1).

Figura 1

Roteiro de apresentação de caso clínico em supervisão

ROTEIRO DE APRESENTAÇÃO DE CASO CLÍNICO EM SUPERVISÃO

DEMANDA DA AVALIAÇÃO (quem solicitou, para quê, etc.)

2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

- Nome (primeiro, apenas)
- Idade
- Sexo
- Cor
- Escolaridade
- Estado civil
- Ocupação
- Renda familiar

- Religião
 - Naturalidade
 - Procedência
 - Nº de internações psiquiátricas prévias
 - Pessoas com quem mora (situação familiar)
3. QUEIXA PRINCIPAL (se possível, utilizar as palavras do paciente/responsável)
4. HISTÓRIA DO PROBLEMA ATUAL (início dos sintomas, evolução, complicações, tratamentos realizados, impacto na vida do paciente - não apenas história médica)
5. HISTÓRIA PESSOAL E SOCIAL
- História de vida
 - Antecedentes fisiológicos e patológicos (saúde física, condições da vida infantil, personalidade pré-mórbida)
 - Antecedentes sociais (utilização de equipamentos e serviços sociais, educação, trabalho e vida ocupacional, lazer, relação com pessoas e grupos sociais, situação econômica)
6. DOENÇAS E TRATAMENTOS PRÉVIOS
- 6.1 Psiquiátricos: com enfoque no problema atual, contatos psiquiátricos prévios e possíveis comorbidades
- 6.2 Clínicos: doenças e cirurgias prévias
7. HISTÓRIA FAMILIAR
- Estrutura familiar
 - Problemas físicos, mentais e sociais
 - Se possível, apresentar genograma
8. AVALIAÇÃO COGNITIVA ATÉ O MOMENTO
9. AVALIAÇÃO AFETIVA ATÉ O MOMENTO
10. DISCUSSÃO DIAGNÓSTICA
- Hipóteses diagnósticas

Fonte: Autoras.

Link para download: <https://editora.pucrs.br/assets/livros/1397/c2-f1.docx>

Na modalidade individual de supervisão, o aluno pode aprofundar seus questionamentos frente ao caso. Prioriza-se esse formato para o esclarecimento de dúvidas referentes à aplicação e ao levantamento de instrumentos psicológicos, assim como para a correção da escrita de documentos psicológicos. Há vantagens em ambos os formatos, que devem ser pensados e aplicados de acordo com as particularidades de cada instituição (número de estagiários e supervisores, proposta institucional, clientela, entre outros).

Alguns recursos interessantes que podem ser utilizados tanto em supervisão individual quanto em supervisão coletiva são gravações de vídeo ou de áudio dos atendimentos ou de sessões de observação entre crianças e seus responsáveis. É preciso ressaltar a importância da existência de termos de consentimento específicos para registro e uso dos materiais, bem como dos cuidados com o resguardo das mídias. Garantida a segurança necessária, tais registros permitem que o supervisor monitore o desempenho do estagiário, bem como que o próprio estagiário se observe e possa examinar mais detalhadamente os dados colhidos. Nesse sentido, o registro pode ser mais rico do que apenas a observação em sala de espelhos, embora essa também seja uma opção muito proveitosa.

Silva e Yates (2017) postulam que, para uma avaliação psicológica ser exitosa, são necessários diversos conhecimentos por parte do avaliador. Entre eles, destacam-se o saber sobre psicopatologia, marcos do desenvolvimento, psicofármacos, testes psicológicos e técnicas de entrevista, entre outros. Assim, considerando-se a pouca ou nenhuma experiência do avaliador (caso seja um profissional recém-formado ou sem experiência na área), a presença do supervisor é fundamental para guiar seus passos na condução de uma avaliação adequada e que atenda aos objetivos inicialmente propostos.

O estágio na área da avaliação psicológica situa os alunos como responsáveis por casos muitas vezes complexos e de difícil diagnóstico. Mesmo sob supervisão, é o aluno quem estabelece uma relação de trabalho direta com o paciente (para o qual, muitas vezes, pouca diferença faz se quem o atende é um estudante de graduação ou um psicólogo formado, desde que receba atendimento de qualidade e respostas para sua queixa). Assim, ficando “nos bastidores” enquanto supervisores, conhecemos os pacientes,

na maioria das vezes, apenas por meio do relato do estudante. Tal distanciamento comumente deixa alunos apreensivos e temerosos de não estarem relatando de forma fiel o que é apresentado pelo paciente — o que, em sua fantasia, poderia incidir em erros diagnósticos.

A relação estagiário-supervisor pode ser considerada um dos aspectos basais da experiência de estágio, sendo este o campo de interação direta (Oliveira-Monteiro et al., 2013). É notório que a qualidade dessa relação irá influenciar diretamente a forma como o estagiário atravessa seu período de aprendizado teórico e prático no local escolhido.

O supervisor é responsável por estabelecer o enquadre necessário para que a supervisão seja positiva e proveitosa para o aluno. Esse enquadre envolve o monitoramento da assiduidade, da responsabilidade e da ética na postura discente. Percebemos que a frequência mínima semanal é ideal para um bom acompanhamento dos alunos, especialmente nos meses iniciais do estágio. A realização da supervisão com horário fixo possibilita que o supervisor acompanhe as angústias iniciais inerentes ao primeiro contato com os pacientes, bem como monitore dificuldades quando da aplicação e do levantamento de instrumentos, podendo construir, com o aluno, hipóteses diagnósticas iniciais. Supervisões sob demanda costumam funcionar melhor com profissionais ou estagiários mais experientes, que têm clareza de suas necessidades de orientação.

Ao longo de diversos anos como supervisoras de estágio, propusemo-nos a, constantemente, refletir sobre a prática dos alunos e sobre a melhor forma de assimilação de conhecimentos. Assim, muito mais do que considerar o espaço de supervisão um momento no qual a compreensão dos casos é fornecida pelos supervisores aos alunos (postura passiva frente aos casos), buscamos que eles possam desenvolver o raciocínio clínico (postura ativa). Para isso, contamos com fichas e *checklists* desenvolvidos pela equipe de supervisores e estagiários como material auxiliar. O uso do “*checklist* de avaliação psicológica” tem o objetivo de orientar o aluno a pensar em funções e áreas a serem avaliadas, além de pensar na escolha de instrumentos em si. Dividido em aspectos cognitivos e aspectos comportamentais (divisão apenas para fins didáticos), o material auxilia o aluno a escolher os aspectos apresentados pelo paciente que deverão ser investigados para, então, fazer a escolha do instrumental adequado para avaliar tal aspecto (memória ou sintomas depressivos, por exemplo).

Checklist de Avaliação Psicológica

A Figura 2 apresenta uma divisão didática. Ambas as colunas podem ser tanto observadas quanto testadas. Não se trata de uma lista exaustiva, ou seja, nem todos os aspectos deverão/poderão ser examinados formalmente. O avaliador deve assinalar quais funções considera essenciais serem investigadas ao longo do processo de avaliação psicológica.

Figura 2

Checklist de Avaliação Psicológica

Aspectos cognitivos	Aspectos comportamentais
<input type="checkbox"/> Atenção	<input type="checkbox"/> Humor
<input type="checkbox"/> Distratibilidade	<input type="checkbox"/> Sintomas depressivos
<input type="checkbox"/> Percepção	<input type="checkbox"/> Sintomas maníacos
<input type="checkbox"/> Alucinações	<input type="checkbox"/> Afeto
<input type="checkbox"/> Orientação	<input type="checkbox"/> Reação emocional desproporcional
<input type="checkbox"/> Pensamento	<input type="checkbox"/> Embotamento afetivo
<input type="checkbox"/> Consciência	<input type="checkbox"/> Ansiedade
<input type="checkbox"/> Memória	<input type="checkbox"/> Inquietação ansiosa
<input type="checkbox"/> Memória de trabalho	<input type="checkbox"/> Hipervigilância
<input type="checkbox"/> Memória semântica	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora
<input type="checkbox"/> Memória episódica	<input type="checkbox"/> Habilidades sociais
<input type="checkbox"/> Memória processual	<input type="checkbox"/> Comportamentos evitativos
<input type="checkbox"/> Memória visual/auditiva	<input type="checkbox"/> Comportamentos compulsivos
<input type="checkbox"/> Linguagem	<input type="checkbox"/> Comportamentos impulsivos
<input type="checkbox"/> Discurso coerente	<input type="checkbox"/> Comportamentos repetitivos ou perseverativos
<input type="checkbox"/> Compreensão de prosódia emocional	<input type="checkbox"/> Estereotipias
<input type="checkbox"/> Compreensão de gestos não-verbais	<input type="checkbox"/> Ciclo sono-vigília
<input type="checkbox"/> Compreensão de ironia / sarcasmo / metáfora	<input type="checkbox"/> Comportamentos alimentares
<input type="checkbox"/> Inteligência	<input type="checkbox"/> Interpretações adequadas de intenções/objetivos de outras pessoas
<input type="checkbox"/> Inibição	<input type="checkbox"/> Percepção apropriada de suas competências, habilidades, e/ou estados emocionais
<input type="checkbox"/> Velocidade de processamento	<input type="checkbox"/> Motricidade
	<input type="checkbox"/> Funcionalidade

Fonte: Material desenvolvido pela equipe de supervisores e estagiários do Centro de Avaliação Psicológica em 2017. Agradecimento especial à Psicóloga Daiane Silva de Souza.

Link para download: <https://editora.pucrs.br/assets/livros/1397/c2-f2.docx>

Para além das questões práticas de organização, entendemos que também é papel do supervisor poder ser empático e continente com a angústia e os sentimentos de vulnerabilidade frente ao desconhecido apresentados pelo estagiário. O medo de dizer coisas erradas ou diagnosticar erroneamente um paciente frequentemente é tema das primeiras supervisões dos alunos. A forma como se posicionar em relação aos pacientes e seus responsáveis também exige uma supervisão clínica na qual o aluno possa refletir sobre a demanda por trás dos pedidos feitos pela família, sobre como se relacionar com os pacientes e, principalmente, como conduzir a entrevista de devolução.

Caso a compreensão do caso e a forma de lidar com o paciente e sua família envolvem aspectos clínicos e empáticos, a supervisão da escrita dos documentos decorrentes da avaliação psicológica exigem, por parte do supervisor, o domínio do conhecimento técnico. A atual resolução do Conselho Federal de Psicologia que

regulamenta a elaboração de documentos escritos produzidos pelo psicólogo é a de nº 06/2019.

Algumas estratégias de ensino de redação de documentos envolvem a apresentação de diferentes estilos de documentos, assim como a realização de exercícios de escrita (como, por exemplo, narrar uma observação de atendimento e pedir que os alunos descrevam-na por escrito). A aquisição de competências de escrita de documentos exige planejamento e antecipação, uma vez que o supervisor precisará rever algumas vezes o documento escrito e alterado pelo aluno antes da versão final poder ser entregue ao paciente ou ao seu responsável. É importante ressaltar, também, nesse processo, a importância do papel ativo do aluno, que deve fazer as alterações propostas pelo supervisor e submetê-las para revisão – ao invés de o supervisor reescrever o texto conforme sua preferência, o que resolveria a necessidade do paciente, mas não ensinaria o aluno.

Considerações finais

Temática por vezes contraditória ao longo do curso de Psicologia, suscitando sentimentos de admiração e rechaço nos estudantes, a avaliação psicológica está presente na vida dos alunos e dos profissionais psicólogos de forma bastante abrangente. Sendo essa uma prática exclusiva do psicólogo (Lei 4.119/1962), é nosso dever, enquanto docentes de disciplinas de avaliação psicológica e supervisoras de estágios na área, prezar pela qualidade da formação dos futuros profissionais.

A intenção deste capítulo foi poder dividir com o leitor — seja ele estudante, seja ele profissional — reflexões oriundas de nossa prática diária, por vezes inquietante e desafiadora. Também optamos por apresentar materiais utilizados em nossa prática enquanto supervisoras de estágios na área da avaliação. O “Roteiro de apresentação de caso clínico em supervisão” e o “*Checklist* de avaliação psicológica” são alternativas na busca pela construção do raciocínio clínico por parte dos alunos, não sendo indicado seu uso de forma isolada e engessada.

Sugestões de leitura

- 1) American Psychological Association (APA). (2015). Guidelines for clinical supervision in health service psychology. *American Psychologist*, 70 (1), 33-46.
- 2) Hutz, C.S., Bandeira, D.R., Trentini C.M., & J.F. Krug. (2016). *Psicodiagnóstico*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- 3) Nunes, M.F.O., Muniz, M., Reppold, C.T., Faiad, C., Bueno, J.M. H., & Noronha, A. P. P. (2012). Diretrizes para o ensino da avaliação psicológica. *Avaliação Psicológica*, 11(2), 309-316.

Referências

- Ambiel, R.A.M. (2011). Ano temático da avaliação psicológica: Uma discussão importante sobre direitos humanos, prática e formação. *Psico-USF*, 16(3), 393-395.
- American Psychological Association (APA). (2015). Guidelines for clinical supervision in health service psychology. *American Psychologist*, 70(1), 33-46.
- Bardagi, M.P., Teixeira, M.A.P., Segabinazi, J.D., Schelini, P.W., & do Nascimento, E. (2015). Ensino da avaliação psicológica no Brasil: levantamento com docentes de diferentes regiões. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 14(2), 4.
- Borsa, J.C. (2016). Considerações sobre a Formação e a Prática em Avaliação Psicológica no Brasil. *Temas em Psicologia*, 24(1), 131-143.
- Cohen, R.J., Swerdlik, M.E., & Sturman, E.D. (2014). *Testagem e Avaliação Psicológica: Introdução a Testes e Medidas*. AMGH Editora.
- Conselho Federal de Psicologia. (2018). Resolução CFP nº 009/2018 – Estabelece diretrizes para a realização de Avaliação Psicológica no exercício profissional da psicóloga e do psicólogo, regulamenta o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos – SATEPSI e revoga as Resoluções nº 002/2003, nº 006/2004 e nº 005/2012 e Notas Técnicas nº 001/2017 e 002/2017. Resolução CFP nº 9, de 25 de abril de 2018. Brasília: CFP.

Conselho Federal de Psicologia. (2018). *Ano da formação em psicologia: revisão das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em psicologia*. São Paulo: Conselho Federal de Psicologia/Associação Brasileira de Ensino de Psicologia/ Federação Nacional dos Psicólogos.

Conselho Federal de Psicologia. (2019). *Resolução n. 006/2019*. Institui as regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela(o) psicóloga(o) no exercício profissional e revoga as Resoluções n. 15/1996 e 07/2003.

Cury, B.M., & Neto, J.L.F. (2014). Do Currículo Mínimo às Diretrizes Curriculares: os estágios na formação do psicólogo. *Psicologia em Revista*, 20(3), 494-512.

Krug, J.S., Trentini, C.M., & Bandeira, D.R. (2016). Conceituação de psicodiagnóstico na atualidade. In Hutz, C.S., Bandeira, D.R., Trentini, C.M., & Krug, J.S. (Orgs.). *Psicodiagnóstico* (pp. 16-20). Porto Alegre: Artmed.

Lins, M.R.C., & Borsa, J. C. (2017). *Avaliação psicológica: Aspectos teóricos e práticos*. Editora Vozes Limitada.

Ministério da Educação. (2011). Resolução, N. 5, de 15 de março de 2011 (2011). Brasília, DF: Ministério da Educação.

Noronha, A.P.P., de Carvalho, L., Miguel, F.K., Souza, M.S., & dos Santos, M. (2010). Sobre o ensino de avaliação psicológica. *Avaliação Psicológica*, 9(1), 139-146.

Nunes, M.F.O., Muniz, M., Reppold, C.T., Faiad, C., Bueno, J.M.H., & Noronha, A.P.P. (2012). Diretrizes para o ensino da avaliação psicológica. *Avaliação Psicológica*, 11(2), 309-316.

Oliveira-Monteiro, N.R., Herzberg, E., Oliveira, M.S., & Silveiras, E.F.M. (2013). Reflexões sobre ética na supervisão em psicologia. *Boletim de Psicologia*, 63(139), 217-225.

Pasquali, L. (2017). *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Editora Vozes Limitada.

Silva, M.A., & Yates, D.B. (2017). A prática de supervisão em avaliação psicológica em caso de suspeita de Transtorno do Espectro Autista. In C.A. Bosa & M.C.T.V. Teixeira (Orgs.). *Autismo: Avaliação psicológica e Neuropsicológica* (pp. 43-61). São Paulo, SP: Hogrefe.

Yates, D.B. (2016). Técnicas e modalidades de supervisão em psicodiagnóstico. In C.S. Hutz, D.R. Bandeira, C.M. Trentini, & J.S. Krug (Orgs.). *Psicodiagnóstico* (pp. 194-203). Porto Alegre, RS: Artmed.

Notas

[1] Em algumas universidades brasileiras, os estágios básicos são subdivididos em práticas ofertadas desde o início do curso.

3 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA E AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

CAMILA ROSA DE OLIVEIRA
ELISÂNGELA MURIA
ERIKA MORIGUCHI JECKEL-ROLIM
RENATA NUNES TAVARES
SIMONE FRAGOSO COUREL
SUELLEN MORCELI RIBEIRO CAMARGO

No campo da Avaliação Psicológica (AP), encontra-se a avaliação neuropsicológica, que, por vezes, não é bem compreendida. Pretende-se, neste capítulo, fazer uma descrição inicial de ambas para facilitar a compreensão das especificidades da avaliação neuropsicológica.

O primeiro registro do termo AP deu-se no ano de 1948, por meio de uma publicação da Oficina de Serviços Estratégicos do Exército dos Estados Unidos. O objetivo da AP era de selecionar, de forma mais qualificada, indivíduos para realizar atividades de alto risco, bem como a identificação de suas potencialidades e de seus recursos (Avoglia, 2012).

Evidenciam-se registros, segundo Barroso, Scorsolini-Comin e Nascimento (2015), nas antigas grades curriculares dos cursos de Psicologia, de disciplinas intituladas de “Técnicas de Exame Psicológico”, as quais também reforçaram a visão dessa prática apenas como aplicabilidade de instrumentos psicológicos, deixando de lado a necessária análise do contexto sócio-histórico no qual o sujeito estava inserido. Sua interpretação era percebida de forma mecanizada, objetiva e sem a necessidade de maiores análises e interpretações. Posteriormente, a alteração do nome da disciplina passou a ser reformulada, sendo por muitas vezes denominada “AP Infantil ou AP do Adulto”.

No ano de 1997, o Conselho Federal de Psicologia criou a Câmara Interinstitucional de AP, possibilitando grandes avanços no aperfeiçoamento de instrumentos e métodos de avaliação. Congressos, encontros, cursos de educação continuada, bem como discussões sobre a AP no âmbito nacional, foram algumas práticas realizadas em decorrência da Câmara (Barroso, Scorsolini-Comin, & Nascimento, 2015).

Atualmente, no Brasil, diversas entidades colaboram como desenvolvimento e melhores práticas do processo de AP, tais como:

- Conselho Federal de Psicologia (CFP) — principal órgão do Sistema de Conselhos, cuja função é regulamentar, orientar e fiscalizar o exercício profissional da Psicologia. Foi estabelecida a Resolução Nº 009/2018 do CFP, a qual institui normas para a prática da AP no exercício da profissão, regulamentando o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI). Esse sistema visa divulgar, aos psicólogos, informações referentes aos testes psicológicos. Para isso, realiza avaliação objetiva de conjuntos de quesitos, com o intuito de analisar a qualidade técnico-científica de tais instrumentos;
- Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica (IBAP) — fundado no ano de 1997, com o intuito de contribuir para o desenvolvimento da AP e realizar sua representação em locais de possível atuação do psicólogo. O instituto realiza encontros bianuais, nos quais são divulgados estudos, técnicas e diversas atualidades da área da AP.

Entende-se, atualmente, que a AP é um processo de investigação que visa à compreensão técnica e científica de aspectos de natureza psicológica, os quais podem nortear projetos, encaminhamentos e intervenções. Embora a aplicabilidade da AP, pelos profissionais da área, seja livre, não necessitando a exigência de especialização ou

formação específica, faz-se necessário o juízo crítico quanto à capacidade técnica desse profissional para atendimento da demanda. Conhecimento da área, de métodos, técnicas e instrumentos são de suma importância para uma compreensão adequada acerca do(s) indivíduo(s) avaliado(s), bem como da credibilidade dessa ciência perante a sociedade e os demais profissionais da área.

É fundamental entender que a AP não é sinônimo de aplicação de testes, bem como não se restringe a isso. Analisar a demanda da AP é entender o que está sendo solicitado, por quem, para quem e para quê. O estudo dos recursos que serão utilizados visa sanar todas as questões anteriormente abordadas, dentro do contexto em que profissional e indivíduo encontram-se (CFP, 2018).

Em meio a essa esfera de avaliação subjetiva do indivíduo e de seus aspectos psicológicos como um todo, surge a importância e a necessidade de detectar e avaliar aspectos de outras naturezas — aspectos que podem ser decorrentes de distúrbios das funções superiores, de alterações cerebrais; de uma patologia orgânica e ou patologias psiquiátricas, entre outras (Vieira et al., 2007).

A Neuropsicologia é uma ciência que busca relacionar e estudar a interação entre neurociências e o comportamento (Pinheiro, 2005). O processo de avaliação neuropsicológica (NA) propicia a compreensão da relação entre estruturas cerebrais e processos psicológicos, bem como das funções cognitivas. Busca investigar o comportamento humano relacionado às alterações cerebrais e compreender o funcionamento cognitivo (Luria, 1981). De acordo com Sternberg (2008), a neurociência cognitiva é o campo de estudo que vincula o cérebro e outros aspectos do sistema nervoso ao processamento cognitivo e, em última análise, ao comportamento.

Em sua origem e em seu objeto de investigação, a Neuropsicologia é uma ciência multidisciplinar, não sendo a avaliação neuropsicológica exclusiva do profissional de Psicologia. A dinâmica da NA visa investigar as funções cognitivas e comportamentais e correlacioná-las com os processos do sistema nervoso central (SNC) — estejam estes dentro de um funcionamento esperado ou não —, avaliando o funcionamento linguístico, perceptual, cognitivo, psicomotor, entre outros (Diniz et al., 2018; Salles et al., 2011).

A AN exige, do profissional, medidas específicas que o conduzam a obter conhecimento amplo sobre determinado prejuízo ou potencial que está sendo avaliado, pensando nas futuras estratégias de intervenção. Há, nesse processo, a necessidade de instrumentalização e capacitação do psicólogo, visto exigir amplo conhecimento do profissional.

No campo das neurociências, o conhecimento sobre funções cognitivas, transtornos, patologias e seus efeitos deve estar sob domínio do avaliador. Como consequência, irá auxiliar na compreensão sobre o funcionamento cognitivo e comportamental do avaliando. Outra necessidade é a compreensão de tarefas e instrumentos padronizados para realizar a avaliação de forma eficaz (Gouveia et al., 2017; Salles et al., 2011).

A AN é um processo que abrange a investigação das condições neuropsiquiátricas do paciente, a compreensão sobre os níveis de funcionamento, integridade, prejuízos e/ou comprometimentos de determinada função cognitiva, para posteriormente descrevê-los (Ramos & Hamdan, 2016). De modo geral, a AN responde a demandas de diferentes ordens, entre elas: diferenciar envelhecimento normal e patológico; diagnosticar ou detectar sintomas de transtornos de neurodesenvolvimento, mudanças relacionadas a doenças neurodegenerativas e a lesões cerebrais de diferentes naturezas, alterações cognitivas e comportamentais; atestar e registrar incapacidades mentais de pessoas com lesões que afetam o SNC, dando suporte a procedimentos legais. (Diniz et al., 2018).

A AN permite discriminar ou dimensionar os sintomas relacionados ao quadro atual do paciente, a partir de um exame minucioso, em uma abordagem multidimensional. Esta se apoia em instrumentos específicos a cada domínio cognitivo que se pretende avaliar, atribuindo, aos resultados, uma visão emocional e cognitiva do avaliando. Isso possibilita ao avaliador eleger os melhores métodos e indicar possíveis encaminhamentos ou intervenções, respondendo às demandas e apoiando diagnósticos (Gouveia et al., 2017).

A AN pode detectar informações não identificadas por outros exames e contribuir para reavaliação de demandas e/ou diagnósticos anteriores. Possibilita avaliar para o tratamento e para a reabilitação neuropsicológica, qualificando e quantificando as alterações cognitivas, por exemplo (Diniz et al., 2018).

As demandas para a AN são variadas. Historicamente, há uma associação direta entre a neuropsicologia e os quadros neurológicos, tais como acidente vascular encefálico (AVE), epilepsia e traumatismo cranioencefálico (TCE), visando à identificação de sequelas cognitivas e comportamentais decorrentes da lesão. A aplicabilidade da AN, ainda em seu contexto histórico, também contribuía para a decisão quanto aos procedimentos neurocirúrgicos a serem adotados, como nos casos das epilepsias (Zucchella et al., 2018).

Atualmente, a AN é recomendada para o auxílio no processo diagnóstico de transtornos psiquiátricos (transtornos do neurodesenvolvimento e neurocognitivos) (American Psychological Association [APA], 2014). A identificação de alterações cognitivas, comportamentais e emocionais decorrentes de quadros neurológicos e/ou psiquiátricos permite a indicação de estratégias de intervenção, como a reabilitação neuropsicológica (Wilson, 2008).

Ao serem consideradas as etapas do ciclo de vida, crianças e adolescentes são encaminhados para AN, principalmente, para que se verifiquem problemas relacionados à capacidade de aprendizagem (Fletcher & Grigorenko, 2017), prejuízos atencionais (Nikolas & Nigg, 2013) e deficiência intelectual (Edgin, Pennington, & Mervis, 2010). Ressalta-se que muitos desses problemas podem ser decorrentes tanto de transtornos neurológicos quanto de transtornos do neurodesenvolvimento, tais como transtornos específicos da aprendizagem (leitura, escrita e matemática, transtorno do espectro autista, transtornos da comunicação, transtorno do *deficit* de atenção e hiperatividade/impulsividade e deficiências intelectuais) (APA, 2014).

Na adultez, há maior demanda para AN em pacientes com diagnóstico de AVC, TCE, epilepsias, tumores cerebrais e demais contextos clínicos neurológicos. Há, ainda, preocupação acerca do quanto o desempenho cognitivo pode estar influenciando no rendimento das demandas laborais. Observa-se um crescente interesse no acompanhamento de prejuízos cognitivos associados a esportes de alto impacto, como nas artes marciais mistas e no futebol (McCrea, Asken, & Nelson, 2017).

Já no envelhecimento, a principal demanda para AN refere-se ao processo diagnóstico de transtornos neurocognitivos, como a Doença de Alzheimer e a Demência Frontotemporal, cujos critérios incluem a ocorrência de prejuízos significativos nas habilidades cognitivas e na capacidade funcional (APA, 2014). Nesses casos, o diagnóstico diferencial dos transtornos depressivos também se faz necessário, uma vez que adultos idosos com sintomas depressivos podem apresentar queixas similares aos quadros demenciais (Tripathi & Mehrotra, 2015).

Cabe ao profissional da neuropsicologia a responsabilidade técnica de fazer a escolha de métodos, técnicas e instrumentos mais apropriados para a avaliação, conforme a demanda e o que deve ser investigado naquele momento. Trentini, Bandeira e Krug (2016) ressaltam que “o descuido na escolha, o mau uso de instrumentos ou mesmo o não uso de técnicas apropriadas em diferentes etapas podem ter como consequências conclusões e encaminhamentos inapropriados, repercutindo negativamente na vida do avaliando” (p. 68).

No processo de AN, o profissional deve levar em consideração os seguintes aspectos: contexto no qual a avaliação insere-se; propósitos da avaliação; demanda ou pergunta a ser respondida, construtos a serem investigados; adequação das características de instrumentos/técnicas aos indivíduos avaliados; condições técnicas, metodológicas e operacionais do instrumento de avaliação (CFP, 2013). Um fator que norteia a escolha de instrumentos e técnicas é o conhecimento que o profissional precisa ter sobre desenvolvimento humano, psicopatologia e outros quadros clínicos que possam nortear as hipóteses da investigação neuropsicológica.

Quando o neuropsicólogo é um profissional com graduação em Psicologia, deve seguir as orientações e resoluções do CFP, tendo a prerrogativa de poder utilizar os instrumentos privativos à profissão, com parecer favorável pelo SATEPSI. Os testes psicológicos abrangem alguns tipos de instrumentos como escalas, inventários, questionários, métodos projetivos/expressivos, conforme a Resolução do CFP nº 09/2018 e do SATEPSI (CFP, 2018).

O SATEPSI foi desenvolvido pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) com o objetivo de avaliar a qualidade técnico-científica de instrumentos psicológicos para uso profissional, a partir da verificação objetiva de um conjunto de requisitos técnicos, e de divulgar informações sobre os testes psicológicos à comunidade e às (aos) psicólogas (os). Os testes psicológicos são utilizados como uma ferramenta para auxiliar na tomada de decisões que envolvem pessoas, a partir do desempenho ou do autorrelato em provas, questionários ou escalas que avaliem características psicológicas. De acordo com Trentini et al. (2016), teste é um instrumento ou procedimento do qual se obtém uma amostra de comportamento de um indivíduo em um domínio específico e padronizado.

O instrumento psicológico escolhido para ser contemplado na bateria de testes deve ser compatível com algumas características do avaliando, como a idade e a escolaridade, e com os constructos a serem investigados. Existem diversos constructos que podem ser avaliados por meio de testes psicológicos, tais como: aprendizagem; condutas sociais/desviantes; crenças, valores e atitudes; desenvolvimento; habilidades e competências; inteligência; interesses, motivações, necessidades, expectativas; personalidade; processos afetivos/emocionais; processos neuropsicológicos; processos perceptivos/cognitivos; saúde mental e psicopatologia; técnicas projetivas (SATEPSI, 2018).

Os testes psicométricos — caracterizados pela objetividade e quantidade — são instrumentos oriundos da Psicometria e buscam descrever os fenômenos psicológicos, além de medir e avaliar as aptidões do indivíduo. Os instrumentos psicométricos são embasados na Teoria da Medida — a qual se fundamenta sobre a perspectiva de que medidas quantitativas podem mensurar variáveis psicológicas — e buscam estabelecer uma precisão nos resultados (Pasquali, 2009), sendo utilizados para medir constructos como atenção, memória, inteligência, personalidade, motivação e valores.

Escalas, inventários e questionários são tipos de instrumentos psicométricos que visam estabelecer uma pontuação como resultado. Entre alguns exemplos de instrumentos psicométricos validados pelo SATEPSI (2018) que podem ser úteis para a avaliação neuropsicológica estão: Escala de Inteligência Weschler para Crianças (WISC-IV), Escala de Inteligência Weschler para Adultos (WAIS - III), Escala Wechsler Abreviada de Inteligência (WASI), Escala de Maturidade Mental Colúmbia - 3, Teste não-verbal de Inteligência SON-R ½-7, Bateria de Provas de Raciocínio (BPR-5), Bateria Psicológica para Avaliação da Atenção (BPA), Figuras Complexas de Rey, entre outros.

Na neuropsicologia, a avaliação está mais focada nas áreas cerebrais. O neuropsicólogo busca investigar alterações do sistema nervoso central que refletem no comportamento do sujeito. No entanto, o neuropsicólogo não estuda apenas a localização das funções cognitivas, mas também busca compreender a relação entre cérebro, cognição e comportamento (Seabra, Dias, & Macedo, 2012).

Na avaliação das funções cognitivas, o neuropsicólogo fará um planejamento quanto às técnicas e aos instrumentos que serão utilizados durante o processo. A escolha dos instrumentos varia de acordo com a especificidade de cada caso, não havendo baterias específicas para cada lesão — embora existam instrumentos que ajudam a identificar e avaliar cada função cognitiva.

Os constructos comumente avaliados na neuropsicologia são a atenção, a memória, a linguagem, a sensopercepção, a capacidade de planejamento e execução, o raciocínio e a inteligência. Alguns instrumentos neuropsicológicos foram desenvolvidos recentemente para a avaliação desses constructos, estando validados pelo SATEPSI (2018) e sendo de uso restrito dos psicólogos. No entanto, o avaliador deve consultar o manual do teste antes de

sua aplicação, certificando-se de que a faixa etária e/ou a escolaridade está de acordo com a do examinando.

Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey (RAVLT): tem o objetivo de avaliar a memória declarativa episódica e fornecer informações sobre as medidas de aprendizagem auditivo-verbal, os índices de interferência e de retenção de informações e a memória de reconhecimento. O teste é particularmente útil na detecção de dificuldades relacionadas à memória em transtornos mentais e síndromes neurológicas, incluindo epilepsia, demência, transtorno bipolar, depressão maior, entre outros (de Paula & Malloy-Diniz, 2018).

Teste dos Cinco Dígitos (FDT): avalia a velocidade de processamento cognitivo, a capacidade de focar e reorientar a atenção e a capacidade de lidar com interferências (Sedó, de Paula, & Malloy-Diniz, 2015).

Figuras Complexas de Rey: avalia a atividade perceptiva e a memória visual nas fases de cópia e reprodução de memória. O objetivo é verificar o modo como o sujeito apreende os dados perceptivos que lhe são apresentados e o que foi conservado espontaneamente pela memória (Rigoni & Oliveira, 2010).

Teste de Cancelamento dos Sinos (TCS-1/TCS-2): avalia, por meio de duas versões, atenção concentrada e seletiva, assim como percepção visual, praxia, velocidade de processamento e alguns componentes das funções executivas (planejamento e eficiência cognitiva). Além disso, é um paradigma que vem se mostrando sensível para detectar de sinais leves a moderados de quadro de hêminegligência visual (Fonseca, Cardoso, Zazo, Joannette, & Gauthier, 2018).

Além dos instrumentos que são restritos aos psicólogos, existem também outros instrumentos que podem ser empregados por profissionais de outras áreas a fim de auxiliar no diagnóstico e na detecção de declínios cognitivos. A Tarefa de Leitura de Palavras e Pseudopalavras (TLPP) é um instrumento de fácil aplicação, de caráter breve e interdisciplinar, que busca identificar a integridade das rotas de leitura (fonológica, lexical ou ambas) do avaliando que está no Ensino Fundamental.

Outro instrumento muito utilizado pelos profissionais da área da saúde quando da avaliação neuropsicológica é o Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Esse instrumento consiste em diversas tarefas que são solicitadas ao sujeito com o intuito de investigar questões referentes à memória recente e ao registro da memória imediata, à orientação temporal e espacial, à atenção, ao cálculo e à linguagem — afasia, apraxia e habilidade construcional. O instrumento é geralmente utilizado em adultos e idosos para rastrear demência.

Durante o processo de AN clínica, vários cuidados fazem-se importantes, envolvendo aspectos técnicos e éticos desse fazer. Esse tipo de avaliação comumente se dá por uma demanda externa, visando atender: à solicitação de outro profissional, para auxiliar no diagnóstico ou tratamento; à solicitação de escola ou outra instituição que requer orientações de manejo ou atenção às necessidades específicas a partir da descrição de perfil de funcionamento cognitivo; à necessidade de informações de funcionalidade cognitiva para análise de riscos e efeitos cirúrgicos, auxiliando a outros profissionais no planejamento de atividades de reabilitação de diagnósticos já conhecidos etc..

Diante dessa diversidade de encaminhamentos e possibilidades, uma ampla investigação da queixa ou demanda é fundamental, não só por meio do avaliando e de seus familiares, mas também por meio de contato com os profissionais que possam ter solicitado a avaliação ou mesmo por meio de visita ao contexto em que a queixa aparece com maior frequência — à escola, por exemplo.

Uma boa elucidação da queixa associada a uma boa anamnese e a observações iniciais irão delinear a(s) hipótese(s) a ser(em) investigada(s) dentro da AN, que se caracterizará por integração de informações, inferências diagnósticas e planejamento de condutas. A partir dessa etapa inicial dar-se-á a escolha dos instrumentos mais adequados que farão parte da bateria de avaliação (Abatte & Trimarchi, 2013). Assim, um dos primeiros cuidados relacionados ao processo de AN clínica é não priorizar os instrumentos

independente da demanda e do objetivo da avaliação, já que estes nortearão a escolha das técnicas e dos instrumentos adequados.

Outro aspecto importante a ser considerado refere-se à escolha dos instrumentos e das técnicas, os quais precisam ser adequados ao constructo a ser avaliado, à faixa etária e às características do sujeito, além de ter validade científica. No caso de instrumentos padronizados, as normas precisam estar atualizadas e, se forem instrumentos de uso restrito a psicólogos, devem estar com parecer favorável na lista do Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos do Conselho Federal de Psicologia — SATEPSI (CFP, 2018).

O processo de AN é investigativo e o profissional é demandado a responder às perguntas sobre o quadro clínico ou perfil cognitivo investigado. A dúvida é o elemento propulsor. O raciocínio clínico necessário para integrar todas as informações colhidas durante esse processo é uma tarefa desafiadora para o profissional.

Sabe-se que a busca pelas associações e dissociações nos resultados de tarefas e testes que avaliam diversas funções em seus diferentes subcomponentes precisa ser integrada com as queixas, observações, informações ecológicas. Tal processo decisório evoca várias respostas cognitivas e emocionais do profissional. Tomar decisões de modo consciente, racional e analítico, considerando-se todos os fatores identificados ao redor, é muito trabalhoso cognitivamente (Norman et al., 2016). Muitas vezes, usamos “atalhos” para facilitar essa tarefa.

Na área da Psicologia Cognitiva, tais atalhos são denominados “heurísticas” e entendidos como estratégias usadas para simplificar o processo cognitivo de solução de problemas. Esses atalhos de pensamento caracterizam os vieses cognitivos, ou a predisposição cognitiva para resposta (Scott, Soon, Elshaug, & Lindner, 2017), que podem ocorrer em várias situações de tomada de decisão, profissionais ou não. Assim, o profissional de neuropsicologia precisa ficar atento para não incorrer em erros sistemáticos de raciocínio devido a automatismos em sua prática profissional.

A lista de tipos de vieses cognitivos descritos é grande, e esse tema é bastante pesquisado na área da medicina e da economia, talvez pelos riscos que envolvem tomadas de decisão nesses campos profissionais (Saposnik et al., 2016). Citam-se, aqui, alguns desses vieses, a título de ilustração, que podem interferir mais frequentemente no raciocínio adequado para a avaliação neuropsicológica:

- a) viés de ancoragem: ater-se a alguma queixa específica, a algum resultado de teste específico, não considerando outras possibilidades;
- b) viés de verificação: selecionar instrumentos, perguntas ou seguir um raciocínio tendendo a confirmar uma hipótese já estruturada, muitas vezes baseada em estereótipos ou padrões de conduta ou raciocínio definidos previamente;
- c) viés de confirmação: tendência a buscar evidências que confirmem a hipótese previamente cogitada, principalmente na interpretação das informações;
- d) viés de disponibilidade: influência de automação do raciocínio baseado no que o profissional está acostumado a ver, estudar, diagnosticar ou avaliar com frequência;
- e) viés de enquadramento: tendência a enfatizar convicções ao invés de priorizar dúvidas na investigação neuropsicológica. Importante lembrar que uma situação sempre é narrada de acordo com uma perspectiva, de modo que o profissional precisa ampliar seu campo de análise e interpretação.

Assim, durante a escuta, a observação, a escolha dos instrumentos, a análise dos resultados e as interpretações, é importante que o profissional de neuropsicologia fique atento para não incorrer em vieses cognitivos em seu processo de trabalho. Para tanto, questionar-se é um ótimo exercício.

Após o processo de AN, alguns cuidados fazem-se necessários quando da elaboração do relatório ou laudo a ser entregue ao cliente e, conforme o caso, ao profissional ou à instituição que demandou a avaliação. Segundo a Resolução 06/2019 do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2019), o profissional de Psicologia deve seguir princípios norteadores na elaboração do documento, fruto do processo de avaliação psicológica. O primeiro deles se refere à escrita, que deve ser estruturada, clara e ordenada de modo a preservar a qualidade técnica e permitir a compreensão das informações a serem prestadas. Um segundo ponto fundamental refere-se aos cuidados técnicos e éticos desse documento, que seguirá os preceitos do Código de Ética profissional (CFP, 2005), principalmente em relação ao sigilo profissional, aos cuidados necessários à preservação do cliente, identificando riscos e possibilidades quanto ao uso das informações que serão veiculadas, assim como relações com a justiça.

A avaliação precisa ser fundamentada em métodos, técnicas e instrumentos configurados como científicos e reconhecidos no campo da psicologia, devendo sua interpretação ser identificada como de natureza dinâmica e não cristalizada. Dessa forma, é importante referenciar os instrumentos utilizados no documento final ou laudo, cuja estrutura deve conter, ao menos, os itens abaixo elencados.

- a) Identificação do autor, do interessado ou cliente, do assunto ou da finalidade da avaliação.
- b) Descrição da demanda: informações sobre os motivos da busca pela avaliação, indicando quem forneceu as informações e quais demandas justificam os procedimentos adotados.
- c) Procedimento: descrição dos recursos e instrumentos técnicos adotados.
- d) Análise: descrição metódica e fidedigna dos dados colhidos, fundamentados cientificamente.
- e) Conclusão: exposição dos resultados e das considerações finais.

Algumas peculiaridades da AN sugerem que informações, não exigidas pela resolução de elaboração de documentos, sejam referidas no relatório por serem dados relevantes ao raciocínio e entendimento neuropsicológico. Entre elas, estão, por exemplo: identificar dominância lateral; identificar se houve ou não uso de medicação quando da avaliação e, em caso positivo, qual medicação; identificar se houve consulta a exames complementares e, em caso positivo, descrevê-los; identificar quais os domínios e subdomínios avaliados e possíveis relações etiológicas ao diagnóstico neuropsicológico (Zimmermann et al., 2016).

Vale ressaltar que, muitas vezes, profissionais e instituições que demandam a avaliação neuropsicológica não são da área da Psicologia e, por isso, não respondem aos mesmos códigos e às mesmas resoluções da profissão. Cabe ao profissional que realiza a AN avaliar com cuidado as informações que são relevantes a esses espaços e a esses profissionais, sem correr o risco de uma exposição inadequada do avaliando ou do uso indevido de alguma informação, seja pela sua forma, seja pelo seu conteúdo.

Apesar do relatório ou laudo ser o documento que organiza e sintetiza todo o processo de AN, ele não fará sentido para o cliente ou avaliando, do ponto de vista clínico e técnico, se não for devidamente compreendido. Assim, a entrevista de devolução dos resultados é tão importante quanto as demais entrevistas realizadas no decorrer do processo de avaliação neuropsicológica. Nesse momento, fazem-se essenciais as explicações dos resultados obtidos, a compreensão do raciocínio que levou às conclusões do processo, a elucidação das dúvidas do cliente e as orientações quanto aos encaminhamentos ou às sugestões de estratégias de apoio que venham a ser propostas. Para tanto, a linguagem usada pelo profissional precisa ser adequada à compreensão por parte do cliente.

Quando a avaliação for solicitada por uma instituição ou por outro profissional, torna-se interessante a possibilidade de uma devolução explicativa para quem a demandou, com o objetivo de fornecer também elucidações e orientações, visando menos possibilidades de viés de interpretação do profissional solicitante.

Cabe lembrar que a Neuropsicologia é uma especialidade não restrita à Psicologia enquanto ciência e profissão (Haase et al., 2012), apesar de vários instrumentos normatizados comumente utilizados (testes) serem de uso exclusivo da/o profissional de Psicologia. Como este livro tem como referência debater a avaliação psicológica em seus diferentes contextos, este capítulo priorizou relacionar o código de ética e as resoluções que norteiam o fazer da/o profissional de Psicologia.

Além disso, o capítulo buscou refletir sobre aspectos da avaliação psicológica e neuropsicológica. Ainda hoje, existem alguns questionamentos quanto às modalidades de avaliação que um psicólogo pode realizar, no entanto, a principal dúvida normalmente refere-se à diferença entre avaliação psicológica e neuropsicológica. De acordo com a Lei 4.119 de 1962 do CFP, que dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão de Psicólogo, a Avaliação Psicológica é uma ferramenta privativa do psicólogo, sendo este o único profissional habilitado para realizá-la.

Tratando-se de uma das áreas fundamentais da Psicologia enquanto ciência e profissão, a AP tem sua atuação norteada paradiversos contextos, auxiliando na tomada de decisões e no planejamento de intervenções adequadas às demandas de quem a solicita. É um procedimento que integra informações provenientes de diversas fontes, sendo possível investigar diferentes características psicológicas, tais como emoção, afeto, cognição, inteligência, motivação, personalidade, atenção, memória, percepção, entre outras.

Por outro lado, como já foi mencionado, a AN não é uma prática exclusiva do psicólogo, podendo ser também solicitada por médicos pediatras, geriatras, neurologistas e psiquiatras, sendo usada para nortear indicações terapêuticas. Além disso, ao contrário da diversidade teórica embasando uma AP, a AN parte necessariamente de uma base neural específica para todo comportamento, processo cognitivo ou reação emocional.

Auxiliando a equipe multidisciplinar para fechar ou eliminar possíveis diagnósticos, a AN é uma avaliação muito mais minuciosa das funções cognitivas, das funções executivas, das emoções e dos comportamentos, relacionando-as com o sistema nervoso central do indivíduo. Trata-se da aplicação de técnicas de entrevistas, exames quantitativos e qualitativos das funções que compõem a cognição.

Assim, tanto a avaliação neuropsicológica quanto a psicológica constituem um procedimento de investigação clínica e compartilham alguns dos instrumentos de avaliação, tais como entrevistas, observação comportamental, análise de documentos e uso de testes, deixando evidente que a testagem é somente uma das etapas de uma avaliação, seja psicológica, seja neuropsicológica. Os instrumentos utilizados são meios — e não o fim — de um processo amplo e complexo, que requer, além de conhecimentos teóricos, prática clínica e grande dedicação por parte dos profissionais.

Referências

Abbate, C., & Trimarchi, P.D. (2013). *Clinical neuropsychologists need a standard preliminary observational examination of cognitive functions. Frontiers in Psychology — Psychology for Clinical Settings*, 4. doi: 10.3389/fpsyg.2013.00314

American Psychological Association — APA(2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (5a. ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.

Avoglia, H.R.C. (2012). O sentido da avaliação psicológica no contexto e para o contexto: uma questão de direito. *Psicólogo informação*, 16(16).

Barroso, S.M., Scorsolini-Comin, F., & Nascimento, E. (2015). *Avaliação psicológica: da teoria às aplicações*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Conselho Federal de Psicologia (2018). *Resolução 09 de 2018. Diretrizes para a realização de avaliação psicológica. Brasil*. Recuperado de <https://site.cfp.org.br/legislacao/resolucoes-do-cfp>

- Conselho Federal de Psicologia (2005). *Código de Ética profissional do psicólogo. Brasil*. Recuperado de <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia-1.pdf>
- Conselho Federal de Psicologia (2008). *Dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão de Psicólogo*. CFP: Brasília. Recuperado de http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/lei_1962_4119.pdf
- Conselho Federal de Psicologia (2013). *Cartilha Avaliação Psicológica*. Recuperado de <http://satepsi.cfp.org.br/docs/cartilha.pdf>
- De Paula, J.J., & Malloy-Diniz, L.F. (2018). *Coleção RAVLT: Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey*. São Paulo, SP: Vetor.
- Diniz, L.F.M., Fuentes, D., Mattos, P., & Abreu, N. (2018). *Avaliação Neuropsicológica*. (2a. ed.). Artmed: Porto alegre.
- Edgin, J.O., Pennington, B.F., & Mervis, C.B. (2010). Neuropsychological components of intellectual disability: The contributions of immediate, working, and associative memory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(5), 406-417.
- Fonseca, R.P., Cardoso, C.O., Zazo, K.O., Joannette, Y., & Gauthier, L. (2018). *Teste de Cancelamento dos Sinos (TCS)*. São Paulo, SP: Vetor.
- Fletcher, J.M., & Grigorenko, E.L. (2017). *Neuropsychology of learning disabilities: The past and the future*. *Journal of International Neuropsychological Society*, 23(9-10), 930-940.
- Gouveia, P.A.R., Lacerda, S.S., & Kernkraut, A.M. (2017). Avaliação e Reabilitação Neuropsicológica após Lesão Encefálica Adquirida. *Trends in Psychology / Temas em Psicologia*, 25(4).
- Haase, V.G., de Salles, J. F., Miranda, M. C., Malloy-Diniz, L., Abreu, N., Argollo, N., ... Landeira-Fernandez, J. (2012). Neuropsicologia como ciência interdisciplinar: consenso da comunidade brasileira de pesquisadores/clínicos em Neuropsicologia. *Neuropsicologia Latinoamericana*, 4(4).
- Instituto Brasileiro de Avaliação (IBAP). Recuperado de <http://www.ibapnet.org.br>
- Luria, A.R. (1981). *Fundamentos de neuropsicologia*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos
- McCrea, M.A., Asken, B., & Nelson, L.D. (2017). *Neuropsychological screening of sport-related concussion*. *Neurologic Clinics*, 35(3), 487-500.
- Nikolas, M., & Nigg, J.T. (2013). Neuropsychological performance and attention-deficit hyperactivity disorder subtypes and symptom dimensions. *Neuropsychology*, 27(1), 107-120.
- Norman, G.R., Sherbino, J., Monteiro, S.D., Mamed, S., Ilgen, J.S., & Schmidt, H.G. (2016). *The Causes of Errors in Clinical Reasoning: Cognitive Biases, Knowledge Deficits, and Dual Process Thinking*. Academic Medicine.
- Pasquali, L. (2009). *Psicometria*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 43(esp): 992-9. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a02v43ns.pdf>
- Pinheiro, M. (2005). Aspectos históricos da neuropsicologia: subsídios para a formação de educadores. *Educar*, 25, p. 175-196. Editora UFPR. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/er/n25/n25a11.pdf>
- Ramos, A.A., & Hamdan, A.C. (2016). O crescimento da avaliação neuropsicológica no Brasil: uma revisão sistemática. *Psicologia ciência e profissão*, 36(2).
- Resolução CFP nº 006, de 29 de março de 2019*. Institui regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela(o) psicóloga(o) no exercício profissional e revoga a Resolução CFP nº 15/1996, a Resolução CFP nº 07/2003 e a Resolução CFP nº 04/2019. Conselho Federal de Psicologia. (2019). Brasil. Recuperado de http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/69440957
- Rigoni, M.S., & Oliveira, M.S. (2010). *Figuras Complexas de Rey*. Tradução de Rey. São Paulo, SP: Pearson.
- Salles, J.F., Fonseca, R.P., Rodrigues, C.C., Mello, C.B., Barbosa, T., & Miranda, M.C. (2011). *Avaliação Neuropsicológica Breve Infantil NEUPSILIN-INF*. Psico-USF.
- Saposnik, G., Redelmeier, D., Ruff, C.C., & Tobler, P.N. (2016). Cognitive biases associated with medical decisions: a systematic review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 16(138).
- Seabra, A.G., Dias, N.M., & Macedo, E.C. (2012). Neuropsicologia cognitiva e avaliação neuropsicológica cognitiva: contexto, definição e objetivo. In A.G. Seabra & N.M. Dias (Eds.). *Avaliação neuropsicológica cognitiva: atenção e funções executivas* (pp. 16-27). São Paulo, SP: Memnon.
- Scott, I. A., Soon, J., Elshaug, A.G., & Lindner, R. (2017). Countering cognitive biases in minimising low value care. *The Medical Journal of Australia*, 206(9), 407-411.
- Sternberg, R. J. (2008). *Psicologia cognitiva* (4. ed.). Porto Alegre, RS: Editora Artmed.
- Trentini, C.M., Bandeira, D.R., & Krug, J. (2016). Escolha dos instrumentos e das técnicas no psicodiagnóstico. In C.S. Hutz, D.R. Bandeira, C. Trentini, & J.S. Krug (Orgs.), *Psicodiagnóstico* (pp. 68-72). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Tripathi, R., & Mehrotra, S. (2015). Pseudo-dementia: A neuropsychological review. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 18(1), 123-124.

Vieira, C., Fay, E. da S.M., & Silva, L.N. (2007). Avaliação psicológica, neuropsicológica e recursos em neuroimagem: novas perspectivas em saúde mental. *Aletheia*, (26), 181-195.

Wilson, B. (2008). Neuropsychological rehabilitation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 141-162.

Zimmermann, N., Kochhann, R., Gonçalves, H.A., & Fonseca, R.P (2016). *Como escrever um laudo neuropsicológico?* São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Zucchella, C., Federico, A., Martini, A., Tinazzi, M., Bartolo, M., & Tamburin, S. (2018). Neuropsychological testing. *Practical Neurology*, 18(3), 227-237.

4 DOCUMENTOS DE REGISTRO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

DAIANA MEREGALLI SCHÜTZ
MARINA BALEM YATES
MANUELA POLIDORO LIMA
VALÉRIA GONZATTI

A Avaliação Psicológica (AP) é uma atividade privativa do psicólogo, porém nem todos os profissionais realizam-na em sua rotina de trabalho. Assim, a representação social da avaliação psicológica, por vezes, reduz-se à aplicação de testes psicológicos. Essa representação pode ser desmistificada quando são elencados os diferentes contextos nos quais a AP pode ser desempenhada. O profissional da psicologia pode realizar avaliação no campo social, educacional, da saúde, no psicodiagnóstico, na avaliação pré-cirúrgica, na avaliação neuropsicológica, no contexto hospitalar, no organizacional e do trabalho, no trânsito, no contexto do esporte, da segurança pública e privada, entre outros (Mäder, 2016).

O raciocínio clínico e o conhecimento sobre teorias e técnicas são parte da análise e síntese do processo de AP, que será validado a partir da escrita de um dos documentos decorrentes da prática profissional (Pessoa, 2016). A elaboração correta e adequada de documentos psicológicos é exclusiva do psicólogo. Para tanto, o profissional deve desenvolver capacidade de escrita argumentativa e ter ciência de que diferentes interlocutores farão uso dos documentos escritos por ele. Além disso, a ética deve permear toda e qualquer redação de uma avaliação psicológica, pois esta será uma forma de valorização social do saber psicológico perante a sociedade (Ortiz, 2018).

Legislação vigente

O Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2005) orienta sobre os princípios éticos a serem respeitados pelos profissionais da classe. Essa Resolução emergiu da necessidade de regular os processos da categoria e resguardar os interesses de todos os envolvidos. Deve-se atentar para o sigilo profissional, as relações com o judiciário e o alcance que as informações prestadas poderão atingir.

Os resultados dos serviços prestados por psicólogos devem ser informados a quem for de direito. As informações devem auxiliar o indivíduo ou os responsáveis na tomada de decisão, orientar sobre encaminhamentos e fornecer documentos redigidos de forma adequada, sem prejuízo ao solicitante (Lago, Yates, & Bandeira, 2016).

Deve-se registrar todos os serviços psicológicos prestados, independentemente do local onde foi realizada a prática psicológica. Essa é uma prerrogativa da Resolução CFP Nº 001/2009, que *dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos*. Essa normativa esclarece sobre o registro a ser realizado em locais onde não puderem ser mantidos prontuários, devido à restrição do compartilhamento de informações com o beneficiário do serviço prestado. A resolução determina, ainda, que os atendimentos em serviços-escola e locais de estágio devem conter a identificação e a assinatura do responsável técnico/supervisor que responderá pelo serviço prestado, bem como do estagiário que efetuou o atendimento, registrando toda e qualquer atividade realizada com o usuário.

O profissional pode, durante o processo de avaliação psicológica, emitir uma declaração contendo as informações sobre a prestação de serviços. Esse documento pode conter informações sobre comparecimento da pessoa atendida e de seu acompanhante,

sobre o acompanhamento psicológico realizado ou em andamento e informações sobre o tempo de acompanhamento, dias e horário em que o paciente comparece aos atendimentos (CFP, 2019).

O CFP publicou a Resolução 009/2018 com o intuito de melhor orientar os profissionais psicólogos, estabelecendo “*diretrizes para a realização de Avaliação Psicológica no exercício profissional da psicóloga e do psicólogo*”. Nela, a avaliação psicológica define-se como “um processo estruturado de investigação de fenômenos psicológicos, composto de métodos, técnicas e instrumentos, com o objetivo de prover informações à tomada de decisão no âmbito individual, grupal ou institucional, com base em demandas, condições e finalidades específicas” (CFP, 2018, Art. 1º).

Ademais, o documento cita que escalas, inventários, questionários e métodos projetivos/expressivos são instrumentos classificados como testes psicológicos, devendo passar por validação no sistema SATEPSI. Refere, também, que o profissional deve ter capacidade e competência para escolher técnicas, métodos e instrumentos reconhecidos cientificamente para uso do exercício profissional, a fim de serem empregados na AP.

Fontes fundamentais de informação são consideradas: testes psicológicos aprovados pelo CFP no sistema SATEPSI; entrevistas psicológicas e anamnese; e protocolos ou registros de observação de comportamentos obtidos individualmente ou em técnicas ou processos grupais. Fontes complementares são: técnicas e instrumentos não psicológicos que sejam respaldados pela literatura e respeitem o Código de Ética Profissional; e documentos técnicos de equipes multiprofissionais, como protocolos ou relatórios (CFP, 2018).

A resolução CFP Nº 010/00 especifica e qualifica a Psicoterapia como prática do Psicólogo. Esse documento refere que a avaliação psicológica deve ser fundamentada e registrada, enfatizando o meio utilizado para diagnóstico, o motivo inicial da consulta, a atualização do andamento da psicoterapia e o registro de interrupção ou alta.

O registro da AP deve ser realizado durante todo processo. No entanto, a subjetividade e a formação de cada profissional interferem no processo, resultando em uma diversidade de documentos produzidos. Diferentes modelos de registro, tanto na forma quanto no conteúdo, são encontrados entre os profissionais da área. Dessa forma, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) elaborou a Resolução nº 006/2019, que objetiva proporcionar maior homogeneidade na redação de documentos e prevenir a baixa qualidade nos documentos redigidos por psicólogos. Essa resolução *institui as regras para elaboração de documentos escritos produzidos pelo psicólogo no exercício profissional* (CFP, 2019) e é a normativa mais atual.

A Resolução 006/2019 (CFP, 2019) tem o propósito de tornar mais eficiente a orientação aos profissionais das mais diversas áreas sobre como redigir os documentos gerados a partir do exercício psicológico. Contudo, é uma normativa nova e, por isso, é necessário estar atento à sua utilização e prática junto aos profissionais, visando diminuir o número de reclamações quanto à redação dos documentos psicológicos.

A linguagem escrita dos documentos psicológicos deve basear-se nas normas cultas da língua portuguesa, na técnica da Psicologia, na objetividade da comunicação e na garantia dos direitos humanos, observando o Código de Ética Profissional do Psicólogo e as Resoluções CFP nº 01/1999, que estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à Orientação Sexual; nº 18/2002, que estabelece normas relativas ao preconceito e à discriminação racial; e nº 01/2018, que estabelece orientações para psicólogas e psicólogos relacionadas às pessoas transexuais e travestis (CFP, 2019).

Os documentos psicológicos devem ser escritos de forma impessoal e coerente, na terceira pessoa, expressando a ordenação de ideias e a interdependência dos diferentes itens da estrutura do documento (CFP, 2019). Primeiramente, o profissional deve manter sempre um registro pessoal, em forma de prontuário, em que constem informações sobre cada caso atendido/avaliado. Além disso, deve sempre utilizar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Posteriormente, discorrer-se-á sobre esses documentos auxiliares.

Segundo a Resolução de elaboração de documentos escritos, há dois documentos decorrentes da avaliação psicológica: atestado psicológico e laudo psicológico. Porém, uma declaração também pode ser solicitada pelo avaliando a qualquer momento, a fim de comprovar sua participação no processo. A seguir, serão abordadas essas formas de registro da avaliação psicológica (CFP, 2019).

Laudo psicológico

O laudo psicológico é o resultado do processo de avaliação psicológica. Nele devem constar informações técnicas e científicas sobre os fenômenos psicológicos, a pessoa, o grupo ou a instituição atendida, considerando-se os condicionantes históricos e sociais (CFP, 2019).

O Laudo Psicológico é composto pelos seis itens abaixo relacionados.

Identificação

Neste item, devem constar I) Título: “Laudo Psicológico”; II) Nome da pessoa ou instituição atendida: identificação do nome completo ou nome social completo e, quando necessário, outras informações sociodemográficas; III) Nome do solicitante: identificação de quem solicitou o documento, especificando se foi solicitada pelo Poder Judiciário, por empresas, instituições públicas ou privadas, pelo próprio usuário do processo de trabalho ou por outros interessados; IV) Finalidade: descrição da razão ou motivo do pedido; V) Nome do(a) autor(a): identificação do nome completo ou nome social completo do(da) psicólogo(a) responsável pela construção do documento, com a respectiva inscrição no Conselho Regional de Psicologia.

Descrição da demanda

Neste item, o(a) psicólogo(a) autor(a) do documento deve descrever as informações sobre o motivo da busca pelo processo de trabalho prestado, indicando quem forneceu as informações e quais as demandas que levaram à solicitação do documento. A descrição da demanda constitui requisito indispensável e deverá apresentar o raciocínio técnico-científico que justificará procedimentos utilizados, conforme o parágrafo 4º do artigo 13 (CFP, 2019).

Procedimento

Neste item, o(a) psicólogo(a) autor(a) do laudo deve apresentar o raciocínio técnico-científico que justifica o processo de trabalho realizado e os recursos técnico-científicos utilizados no processo de avaliação psicológica, especificando o referencial teórico-metodológico que fundamentou suas análises, interpretações e conclusões. Citar as pessoas ouvidas no processo de trabalho desenvolvido, as informações objetivas, o número de encontros e o tempo de duração do processo realizado. Os procedimentos adotados devem ser pertinentes à complexidade do que está sendo demandado, e o(a) psicólogo(a) deve atender à Resolução CFP nº 09/2018 ou a outras que venham a substituí-la.

Análise

Nesta parte do documento, o(a) psicólogo(a) deve fazer uma exposição descritiva, metódica, objetiva e coerente acerca dos dados colhidos e das situações relacionadas à demanda em sua complexidade, considerando a natureza dinâmica, não definitiva e não cristalizada do seu objeto de estudo. A análise não deve apresentar descrições literais das sessões ou dos atendimentos realizados, salvo quando tais descrições justifiquem-se

tecnicamente. Nessa exposição, deve-se respeitar a fundamentação teórica que sustenta o instrumental técnico utilizado, bem como os princípios éticos e as questões relativas ao sigilo das informações. Somente deve ser relatado o necessário para responder à demanda, tal qual disposto no Código de Ética Profissional do Psicólogo. O(a) psicólogo(a) não deve fazer afirmações sem sustentação em fatos ou teorias, devendo ter linguagem objetiva e precisa, especialmente quando se referir a dados de natureza subjetiva.

Conclusão

Neste item, o(a) psicólogo(a) autor(a) do laudo deve descrever suas conclusões a partir do que foi relatado na análise, considerando a natureza dinâmica e não cristalizada do seu objeto de estudo. Na conclusão, indicam-se os encaminhamentos e as intervenções, o diagnóstico, o prognóstico e a hipótese diagnóstica, a evolução do caso, a orientação ou sugestão de projeto terapêutico. O documento deve ser encerrado com indicação de local, data de emissão, carimbo, constando o nome completo ou nome social completo do(a) psicólogo(a), acrescido de sua inscrição profissional, com todas as laudas numeradas, rubricadas da primeira até a penúltima lauda, e a assinatura do(a) psicólogo(s) na última página. É facultado ao(a) psicólogo(a) destacar, ao final do laudo, o fato de este não poder ser utilizado para fins diferentes do apontado no item de identificação, de possuir caráter sigiloso, de tratar-se de documento extrajudicial, bem como o fato de o(a) profissional não se responsabilizar pelo uso dado ao laudo, por parte da pessoa, do grupo ou da instituição, após a sua entrega em entrevista devolutiva. Ao final da conclusão, é optativa a inserção de cláusula de indicação de utilização do documento (por exemplo: para uso em seleção de pessoa, concurso público, processo judicial).

Para elaboração do laudo, deve-se desenvolver e utilizar uma técnica específica, que necessita de treinamento e aprimoramento constantes (Preto, 2016). Sua elaboração acontece junto à compreensão e síntese dos casos, devendo o profissional registrar suas percepções a cada sessão, para, assim, facilitar a análise dos dados. O produto final é uma ferramenta de trabalho do psicólogo, devendo ser um relato sintético e organizado.

Modelo de Laudo Psicológico

Figura 1

Modelo de Laudo Psicológico

Laudo Psicológico

Identificação

Pessoa atendida: xxxxxxxxxxxxxxxx

Solicitante: xxxxxxxxxxxxxxxx

Finalidade: Avaliação de problemas de aprendizagem

Autor(a): Psicólogo(a) autor(a) do laudo - CRP 00/00000

Descrição da demanda

O presente laudo psicológico foi demandado pelo paciente xxxxxxxxxxxxxxxx, em 14 de outubro de 2019, por iniciativa própria. Segundo o mesmo, sua memória está afetada em função do estresse laboral e sua capacidade de aprendizagem está comprometida, impedindo que estude satisfatoriamente para concursos públicos. A dificuldade de aprendizagem se encontra nas situações [...], o que causa sofrimento psicológico e social. Demandou-se desse serviço, portanto, uma avaliação psicológica para a avaliação da aprendizagem, memória, atenção e inteligência.

Procedimentos

Foram realizadas entrevistas com o paciente e com a esposa do paciente, em duas sessões de uma hora cada e foi aplicada uma bateria de testes psicológicos. Os testes psicológicos aplicados foram os seguintes [...].

Análise

A partir das entrevistas, identificou-se [...] Através dos resultados dos testes psicológicos evidenciou-se que [...] Tais achados são coerentes com a literatura, que afirma [...]

Conclusão

Considerando o exposto, o presente laudo psicológico conclui que [...]. Portanto, a hipótese diagnóstica não foi confirmada. Adequa-se melhor ao seu caso, portanto, o diagnóstico de[...]. Recomenda-se que o paciente avaliado [...].

Porto Alegre, xx de xxxx de 20xx.

Psicólogo(a) xxxxxxxxxxxxxx
CRP 00/00000

OBS.: O presente documento tem caráter sigiloso e extrajudicial. O uso para fins diversos não é de responsabilidade do(a) psicólogo(a) que realizou o estudo.

REFERÊNCIAS (Na elaboração de laudos, é obrigatória a informação das fontes científicas ou referências bibliográficas utilizadas)

Fonte: Autoras.

Link para download: <https://editora.pucrs.br/assets/livros/1397/c4-f1.docx>

Atestado psicológico

O atestado psicológico consiste em um documento de atribuição do psicólogo para certificar uma determinada situação, estado ou funcionamento psicológico. Tem como finalidade informar sobre as condições psicológicas de quem o solicita.

Além disso, pode ser redigido para justificar se o indivíduo está apto ou não para desempenhar atividades específicas (por ex.: manusear arma de fogo, dirigir veículo motorizado no trânsito, assumir cargo público ou privado, entre outros), após realização de um processo de avaliação psicológica, dentro do rigor técnico e ético que subscrevem a Resolução CFP nº 09/2018 e a nº 06/2019.

A Resolução 006/2019 (CFP, 2019) orienta que o atestado psicológico deve apresentar informações detalhadas seguindo a seguinte ordem: I - Título: "Atestado Psicológico"; II - Nome da pessoa ou instituição atendida: identificação do nome completo ou nome social completo e, quando necessário, outras informações sociodemográficas; III- Nome do solicitante: identificação de quem solicitou o documento, especificando se a solicitação foi realizada pelo Poder Judiciário, por empresas, instituições públicas ou privadas, pelo próprio usuário do processo de trabalho prestado ou por outros interessados; IV - Finalidade: descrição da razão ou do motivo do pedido; V - Descrição das condições psicológicas do beneficiário do serviço psicológico advindas do raciocínio psicológico ou processo de avaliação psicológica realizado, respondendo à finalidade deste. Quando justificadamente necessário, fica facultado ao(a) psicólogo(a) o uso da Classificação Internacional de Doenças (CID) ou de outras Classificações de diagnóstico, científica e socialmente reconhecidas, como fonte para enquadramento de diagnóstico; VI - O documento deve ser encerrado com indicação de local, data de emissão, carimbo, em que conste nome completo ou nome social completo do(da) psicólogo(a), acrescido de sua inscrição profissional, com todas as laudas numeradas, rubricadas da primeira até a penúltima lauda, e a assinatura do(a) psicólogo(a) na última página. É facultado ao (à) psicólogo(a) destacar, ao final do atestado psicológico, que este não poderá ser utilizado para fins diferentes do apontado no item de identificação, que possui caráter sigiloso e que se trata de documento extrajudicial.

Figura 2

Modelo de atestado psicológico

ATESTADO PSICOLÓGICO

Atesto que realizei a avaliação psicológica de xxxxxxxxxxxxxx nos dias xx e xx de maio de 2020, a pedido da banca xxxxxxxxxxxxxx, para fins de atendimento de etapa eliminatória de exame psicológico no Concurso Público do Senado Federal. Informo que, em atendimento ao edital nº 14 de 2019, o candidato encontra-se apto, do ponto de vista psicológico, a assumir as suas funções. O candidato possui níveis de atenção, inteligência, habilidades sociais e resistência a frustrações adequados aos padrões exigidos para o desempenho do cargo de Policial Legislativo.

Porto Alegre, [dia] de [mês] de [ano].

Psicólogo(a) xxxxxxxxxxxxxx
CRP 00/00000

Fonte: Autoras.

Link para download: <https://editora.pucrs.br/assets/livros/1397/c4-f2.docx>

Figura 3

Modelo de Protocolo de Entrega de Laudo Psicológico

Declaro, para os devidos fins, que recebi o Laudo Psicológico e me responsabilizo pelo sigilo das informações contidas neste documento. Compreendo que esse processo de avaliação não foi realizado para fins jurídicos.

Data ____/____/____

Fonte: Autoras.

Link para download: <https://editora.pucrs.br/assets/livros/1397/c4-f3.docx>

Documentos psicológicos auxiliares na avaliação psicológica

O atestado e o laudo são considerados produtos decorrentes do processo de avaliação psicológica. Durante o processo, o profissional poderá ser solicitado a redigir outras modalidades de documento, como: Declaração — Comprovante de comparecimento; Prontuário — registro das sessões, visitas à escola e contatos com familiares e outros profissionais; Contrato de trabalho; Consentimento informado e assentimento.

Consentimento informado

Recomenda-se que, ao início do processo de AP, seja obtido o consentimento informado do cliente/paciente. Um termo de assentimento livre e esclarecido deve ser administrado a menores de idade e pessoas legalmente incapazes (Preto, 2016). O consentimento é o direito do avaliando de saber por que está sendo avaliado, como os dados coletados serão utilizados, quais dessas informações serão divulgadas e para quem. Essa doutrina ainda não faz parte do cotidiano dos psicólogos clínicos no contexto brasileiro.

O Assentimento Livre e Esclarecido (CNS446/2012) é o documento de anuência do participante (criança, adolescente ou legalmente incapaz), no qual são esclarecidos, em linguagem acessível, os objetivos e possíveis métodos do processo de avaliação, bem como os benefícios previstos. Considera-se que nem todos os casos irão permitir que se tenha um documento por escrito com a concordância em participar do processo, no entanto, nas avaliações em que o participante possui capacidade para tomar a decisão, é importante que esse documento seja elaborado e assinado.

Contrato

O contrato de trabalho definirá horários, frequência, honorários e detalhes do atendimento. Nos primeiros encontros com os interessados, o contrato deve ser firmado com o objetivo de estruturar a prestação do serviço. Os itens do contrato devem especificar os papéis, as obrigações, os direitos e as responsabilidades das partes (psicólogo e avaliando) (Preto, 2016).

A Resolução nº 010/00 preconiza que, durante o processo de psicoterapia, deve-se formalizar o contrato com a pessoa que será atendida ou com o seu responsável, estabelecendo combinações contratuais para todos os serviços prestados, entre eles, a Avaliação Psicológica (CFP, 2018).

Prontuário

O prontuário é o registro da evolução do trabalho e dos procedimentos técnico-científicos do profissional psicólogo, que pode ser acessado pelo cliente a qualquer momento. Assim, devem ser registradas informações pertinentes ao objetivo do trabalho (CFP 001/2009). Sugere-se que sejam registradas informações acerca de cada sessão, de

forma sucinta, como também dados coletados nas entrevistas e nas visitas a instituições (como escolas, abrigos e asilos). O prontuário deve servir, também, para orientar o próprio profissional a respeito dos instrumentos que já administrou, dos contatos já realizados e do que ainda precisa realizar.

Considerações finais

Os propósitos dos documentos devem nortear a escrita do profissional da psicologia. A sua produção pode estar a serviço de algo que não está definido, e que pode influenciar na vida do sujeito avaliado (Ortiz, 2018). Documentos oriundos de avaliações para porte e manuseio de arma de fogo, carteira de habilitação, concursos públicos e laudos recorrentes da clínica podem ser utilizados para diferentes fins, que não os informados. Assim, o profissional deve ter clara a demanda, transpondo-a para sua escrita, evitando possíveis interpretações errôneas dos documentos emitidos.

A elaboração de documentos psicológicos exigirá do profissional uma formação consistente, hábitos de leitura, domínio das técnicas e prática da escrita, para, assim, ter uma atuação coerente (Pessoa, 2016). A produção de um documento pode ter um resultado nocivo, e não é esse o objetivo. É de responsabilidade do profissional elencar as possíveis consequências que podem advir da redação de um documento. Acredita-se ser pertinente reforçar que qualquer avaliação psicológica, independentemente da área específica, promoverá repercussões na vida das pessoas (Mäder, 2016).

Sugestões de leitura:

- 1) Lourenço, A.S., Ortiz, M.C.M., & Shine, S.K. (2018). *Produção de documentos em Psicologia: prática e reflexões teórico-críticas*. São Paulo: Vetor.
- 2) Preto, C.R.S. (2016). *Laudo Psicológico*. Curitiba: Juruá.
- 3) Código de Ética do Profissional Psicólogo (CFP, 2005).

Referências

- Jardini, B. M. (Org.). (2016). *Caderno de avaliação psicológica: dimensões, campos de atuação e atenção*. Curitiba, Paraná: CRP-PR. 82 p.
- Lago, V.D.M., Yates, D.B., & Bandeira, D.R. (2016). Elaboração de documentos psicológicos: Considerações Críticas à Resolução CFP nº007/2003. *Temas em Psicologia*, 24(2), 771-786.
- Lourenço, A.S., Ortiz, M.C.M., & Shine, S.K. (2018) *Produção de Documentos em Psicologia: Prática e Reflexões Teórico-Críticas*. São Paulo, SP: Vetor.
- Ortiz, M.C.M. (2018). Uma reflexão sobre documentos psicológicos: como, por que, para que e para quem os produzimos? In *Produção de Documentos em Psicologia: Prática e Reflexões Teórico-Críticas*. São Paulo: Vetor.
- Pessoa, R. (2016). *Elaboração de laudos psicológicos - Um guia descomplicado*. São Paulo, SP: Editora Vetor.
- Preto, C.R.S. (2016). *Laudo Psicológico*. Curitiba, Paraná: Juruá.
- Resolução CFP Nº 001 de 30 de março de 2009*. Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos. Conselho Federal de Psicologia. (2009). Brasil. Recuperado de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/04/resolucao2009_01.pdf
- Resolução CFP Nº 006 de 29 de março de 2019*. Institui regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela(o) psicóloga(o) no exercício profissional e revoga a Resolução CFP nº 15/1996, a Resolução CFP nº 07/2003 e a Resolução CFP nº 04/2019. Conselho Federal de Psicologia. (2019). Brasil. Recuperado de http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/69440957
- Resolução CFP Nº 010 de 20 de dezembro de 2000*. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. Conselho Federal de Psicologia. (2000). Brasil. Recuperado de <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>
- Resolução Nº 9 de 25 de Abril de 2018*. Estabelece diretrizes para a realização de Avaliação Psicológica no exercício profissional da psicóloga e do psicólogo, regulamenta o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos - SATEPSI e revoga as Resoluções nº 002/2003, nº 006/2004 e nº 005/2012 e Notas Técnicas nº 01/2017 e 02/2017. Conselho Federal de

APÊNDICES

Modelo de Declaração

MODELO 1

DECLARAÇÃO

Declaro, para os fins que se fizerem necessários, que _____ está sendo acompanhado(a) desde março de 2019, no período das 14h às 15h, e que compareceu a todas as sessões até o presente momento.

Data ____/____/____

Psicólogo(a) xxxxxxxxxxxxxx
CRP 00/00000

MODELO 2

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o (a) Sr(a) _____, RG/CPF _____, na data de hoje, ficou à disposição do Juízo para fins de perícia psicológica, instruindo o processo de nº _____, no período das ____h ____min às ____h ____min.

Porto Alegre, [dia] de [mês] de [ano].

Psicólogo(a) xxxxxxxxxxxxxx
CRP 00/00000

Fonte: Autoras.

Link para download: <https://editora.pucrs.br/assets/livros/1397/c4-a1.docx>

Modelo de prontuário

PRONTUÁRIO

Nome: _____ Data início: ____/____/____

Data de Registro do Encontro: ____/____/____

Registro do _____ encontro: _____

(Registrar as condutas, a evolução do trabalho, as orientações, os encaminhamentos e os resultados observados – fe aspectos principais de cada sessão, das estratégias, das técnicas, dos instrumentos ou dos testes utilizados).

Condutas _____ para _____ o _____ próximo

(Exemplo: troca de protocolo ou contatos com família, escola etc.)

Assinatura do(a) Psicólogo(a)

Fonte: Autoras.

Link para download: <https://editora.pucrs.br/assets/livros/1397/c4-a2.docx>

Modelo de consentimento informado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, NOME DA PSICOLOGA E CRP, serei a responsável pelo processo de sua avaliação. O objetivo desse processo será responder aos questionamentos sobre o que pode estar interferindo em seu desempenho (escolar, laboral, familiar, comportamental, atencional, mnemônico...). No decorrer dos encontros haverá entrevistas (individuais com você e, possivelmente, com pessoas próximas) para coleta de dados iniciais, aplicação de instrumentos e testes, visitas a escolas ou instituições. Ao final, seus resultados serão disponibilizados. Durante todo o processo, você será acompanhado(a) pela psicóloga, que estará a sua inteira disposição para esclarecimento de dúvidas. Não há riscos significativos. Os benefícios estão relacionados a um maior conhecimento do seu caso, suas potencialidades e fraquezas. Todas as dúvidas a respeito do processo foram respondidas pelo profissional da Psicologia.

Eu, NOME D(O/A) AVALIAND(O/A), aceito participar desse processo de avaliação psicológica. Atesto o recebimento de uma cópia assinada deste termo de consentimento Livre e Esclarecido.

*Em caso de menor de idade:

Eu, NOME D(O/A) RESPONSÁVEL PEL(O/A) AVALIAND(O/A), aceito participar desse processo de avaliação psicológica, respondendo legalmente pel(o/a) menor _____ . Atesto o recebimento de uma cópia assinada deste Termo.

Local, DIA de MÊS de ANO.

Assinatura d(o/a) responsável _____

Assinatura d(o/a) psicóloga _____

Fonte: Autoras.

Link para download: <https://editora.pucrs.br/assets/livros/1397/c4-a3.docx>

Modelo de assentimento informado

TERMO DE ASSENTIMENTO

Você está sendo convidado(a) a participar do processo de avaliação psicológica, realizada pela NOME DA PSICOLOGA, que tem por objetivo identificar aspectos relacionados ao seu desempenho escolar, ao comportamento e à sua interação social. Para tanto é necessário que você participe de sessões, com duração aproximada de 50 minutos.

Para participar deste processo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O maior desconforto para você será por exemplo, o tempo de que deverá dispor para responder aos instrumentos, ou certo cansaço. O benefício será podermos auxiliar o que interfere em seu desenvolvimento, podendo indicar as melhores intervenções no final dos encontros.

Eu, NOME D(O/A) JOVEM, fui informado(a) dos objetivos da avaliação psicológica de maneira clara e detalhada. Recebi informações a respeito do processo e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participação se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar deste processo.

Declaro que recebi uma cópia do presente Termo de Assentimento.

Assinatura do JOVEM

Nome Data

Assinatura da PSICOLOGA/CRP

Nome Data)

Fonte: Autoras.

Link para download: <https://editora.pucrs.br/assets/livros/1397/c4-a4.docx>

Modelo de contrato de trabalho

TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

São partes, no presente instrumento de Contrato de Prestação de Serviço Profissional, de um lado, como CONTRATADA(O), xxxxxxxx, inscrita(o) no Conselho Regional de Psicologia sob nº 00/00000, e, do outro, como CONTRATANTE(S): _____, responsável(is) pela(o) paciente _____ CPF: _____.

O(S) CONTRATANTE(S) declara(m) estar cientes de que:

1. A sessão de avaliação psicológica tem duração de até 45 minutos.
2. A avaliação psicológica é um processo que tem como objetivo responder à pergunta do encaminhamento.
3. As possíveis indicações terapêuticas serão dadas ao final do processo de avaliação psicológica.

4. De acordo com o processo de avaliação psicológica e a solicitação de encaminhamento, o cliente será informado a respeito do número médio de encontros. Não há um prazo preestabelecido para o término da avaliação.

5. Entrevistas devolutivas acontecerão ao final do processo de avaliação psicológica, juntamente com a entrega de duas cópias do laudo, sendo uma para o cliente e outra para o profissional que o encaminhou.

6. A consulta extra com a família e a visita à instituição de ensino serão cobradas.

7. Serão compartilhadas somente informações relevantes para qualificar o serviço prestado, resguardando o caráter confidencial das comunicações.

8. O cliente deverá efetuar o pagamento ao final de cada sessão.

9. O não comparecimento a dois atendimentos consecutivos acarretará o cancelamento do atendimento.

10. Se houver a necessidade de interromper a avaliação psicológica, solicita-se ao cliente que comunique pessoalmente a psicóloga.

Data: _____

De acordo: _____

Assinatura Cliente, Pais ou Responsáveis

Psicólogo(a) xxxxxxxxxxxxx

CRP 00/00000

Fonte: Autoras.

Link para download: <https://editora.pucrs.br/assets/livros/1397/c4-a5.docx>

5 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA E TECNOLOGIA

VALÉRIA GONZATTI
DALTON BRENO COSTA
MARINA BALEM YATES
WAGNER DE LARA MACHADO
CAMILA ROSA DE OLIVEIRA

Este capítulo tem por objetivo contextualizar e descrever o processo de avaliação psicológica (AP) alinhada ao uso das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) em instrumentos e testes psicológicos que utilizam recursos tecnológicos digitais para realização da AP. Além disso, pretende descrever quais habilidades e capacidades o profissional da psicologia deve possuir para o uso dessas TICs durante o processo de AP e como técnicas de inteligência artificial podem contribuir para AP.

Avaliação psicológica e tecnologias da informação e comunicação

Desde Wundt, em 1875, diversas linhas teóricas e formas de se fazer a psicologia surgiram. Porém, toda essa diversidade teórica e metodológica apresentava um objetivo em comum: a capacidade de avaliar e compreender os sujeitos (Cescon, 2013). Com o surgimento da Psicologia Sócio-histórica, baseada na teoria de Vigotsky, a avaliação e compreensão do indivíduo deve ir além da classificação nosológica, sendo necessária também a compreensão do contexto social e histórico no qual o indivíduo está inserido (Bock, 2001; Cescon, 2013). Portanto, um dos maiores desafios da psicologia, especialmente da AP, é de compreender o indivíduo na sua individualidade, sem negligenciar aspectos do seu contexto social e histórico.

Para compreender de forma abrangente o indivíduo, a psicologia tem avançado no desenvolvimento de instrumentos e técnicas para auxiliar no processo de AP. Entende-se a AP como um processo que objetiva explorar hipóteses ou produzir diagnósticos que auxiliem no planejamento de intervenções terapêuticas em relação a um indivíduo (Hutz, 2015; Krug, Trentini, & Bandeira, 2016). Esse processo de avaliação utiliza diversas estratégias, como técnicas de observação, entrevistas e testes psicológicos (Hutz, 2015; Werlang, Villemor-Amaral, & Nascimento, 2010).

Nesse cenário, o uso das TICs pode tornar o processo de AP mais ágil e preciso. Com o avanço das TICs, ampliam-se as possibilidades e abrangências da AP, tornando possível a aplicação de diferentes recursos de multimídia, além de permitir coletar algumas informações que o método tradicional não possibilita (Primi, 2010). Esses novos recursos causam impactos especialmente em tarefas manuais (levantamento, correções, conversão de escores etc.) realizadas pelo avaliador, tornando o processo de avaliação mais rápido e com menor erro de mensuração (Primi, 2010; Silva, 2011). O avaliador poderá, ainda, beneficiar-se do avanço da psicomетria moderna, da maior confiabilidade, validade e precisão que as TICs oferecem para a AP (Silva, 2011).

O encontro entre a AP e as TICs surge não somente pelo momento atual de grande desenvolvimento tecnológico, mas também pela exigência, por parte do cliente e do mercado, de que o profissional da psicologia seja mais rápido, eficaz e assertivo em suas avaliações. Por exemplo, quando uma AP possui algumas etapas realizadas de forma informatizada, o psicólogo economiza tempo e agiliza o processo, deixando de realizar uma tarefa operacional como a correção, focando apenas na interpretação dos resultados. Além disso, a aplicação de testes computadorizados pode auxiliar na avaliação de pessoas com

algum tipo de deficiência sensorial primária ou com limitadores físicos, as quais, muitas vezes, não podem fazer uso de diversos instrumentos.

Ao longo dos anos, diversos testes e instrumentos psicológicos digitais surgiram, acompanhando o desenvolvimento tecnológico do mundo moderno. Esses instrumentos não se limitaram apenas a microcomputadores, mas expandiram-se também a *palmtops*, *laptops*, *netbooks*, *smartphones*, *tablets*, entre outros dispositivos. Diversos avanços da psicologia clínica podem ser observados, como a implementação de instrumentos e técnicas de correção informatizadas.

Apesar dos inúmeros benefícios e do crescimento das novas tecnologias, alguns profissionais da psicologia são resistentes à implementação desses recursos na sua prática clínica. Além das dificuldades de incorporar os novos recursos tecnológicos, uma série de mitos, como o medo de ter seu trabalho substituído por máquinas ou de tornar a relação com o cliente artificial, são compartilhados entre alguns profissionais. Uma revisão realizada por Soto-Pérez, Franco, Monardes e Jiménez (2010) observou que alguns profissionais consideram que as tecnologias alternativas não são confiáveis, válidas ou eficazes e que não seriam bem aceitas pelos usuários. Hallberg e Lisboa (2016) identificaram que os profissionais da psicologia do sexo masculino, de orientação cognitivo-comportamental e que têm maior tempo de experiência profissional, estão mais abertos à incorporação das TICs na sua prática clínica diária. Profissionais que têm pouco ou nenhum contato com informações científicas sobre o assunto apresentam maior resistência para a implementação de TICs na sua prática clínica (Hallberg & Lisboa, 2016; Soto-Pérez, Franco, Monardes, & Jiménez, 2010).

Diante dessa nova realidade, o Conselho Federal de Psicologia (CFP), em 2012, criou a Resolução CFP nº 11/2012, que regulariza os serviços psicológicos realizados por meio de TICs. Em 2018, o CFP atualiza essa resolução por meio da Resolução CFP nº 11/2018, que amplia as possibilidades de atuação do psicólogo por meio das TICs. Em especial na Resolução CFP nº 11/2018, destaca-se a possibilidade da realização de AP e aplicação de instrumentos psicológicos utilizando-se TICs, considerando-se que o instrumento ou teste tenham sido devidamente regulamentados, havendo parecer favorável no Sistema de Avaliação de Instrumentos Psicológicos (SATEPSI), além de normativas específicas para esta finalidade

Em 2019, o CFP publicou a Nota Técnica nº 5, enfatizando e complementando as orientações da Resolução CFP nº 11/2018. O CFP enfatiza que o psicólogo, além de verificar as normativas do instrumento para realização da AP de forma informatizada e verificar se seu parecer é favorável no SATEPSI, destaca que o psicólogo, ao optar por essa modalidade, deve estar presente no local de aplicação durante o processo de avaliação. Com a criação da Resolução CFP nº 11/2018, o CFP regulamenta e fomenta ainda mais o desenvolvimento de novas possibilidades de se fazer a psicologia, alinhando-se ao novo contexto de desenvolvimento tecnológico. Nesse contexto, o profissional da psicologia amplia a sua margem de atuação, podendo oferecer serviços com maior qualidade, precisão e rapidez.

Avaliação Psicológica Informatizada

A AP informatizada pode ser definida pelo uso de dispositivos tecnológicos para aplicação e/ou correção de instrumentos psicológicos. Por meio da informatização, é possível aumentar a precisão e a agilidade do processo. Entre os testes informatizados no contexto brasileiro, a maior parte possui apenas a correção informatizada, que se dá a partir da inclusão das respostas do avaliando em uma plataforma digital, onde serão corrigidas e interpretadas. Caberá ao psicólogo fazer a análise dos resultados e contextualizá-los junto aos demais dados da avaliação. Ressalta-se que a presença do psicólogo é imprescindível no local da aplicação dos testes psicológicos, conforme a Nota Técnica nº5/2019 (CFP, 2019).

As plataformas de correção são disponibilizadas pelas editoras dos instrumentos. O acesso é restrito ao profissional que fez a compra das folhas de respostas e/ou das licenças de aplicação. No Quadro 1, encontram-se os instrumentos, de uso privativo do psicólogo, que possuem parecer favorável no SATEPSI e aplicação informatizada. As informações referidas foram consultadas no site do SATEPSI para a elaboração deste capítulo. Sugere-se que o profissional de psicologia sempre consulte o site para verificar as atualizações.

Quadro 1

Testes Psicológicos com Aplicação Informatizada e Reconhecidos pelo SATEPSI.

Testes psicológicos com aplicação informatizada*	Principais constructos avaliados
Bateria de Avaliação para Seleção – eletrônica (BASE)	Inteligência, Memória, Atenção (concentrada, dividida e alternada)
Escala de Avaliação da Impulsividade - Formas A e B (EsAvI-A e EsAvI-B)	Impulsividade
Escala de Avaliação Tipológica (EAT)	Personalidade
G-38 Teste Não Verbal de Inteligência	Inteligência
HumanGuide	Interesses, motivações, necessidades e expectativas
Inventário de Avaliação Ocupacional (IAO)	Personalidade
Inventário de Cinco Fatores NEO Revisado - versão curta (NEO FFI-R)	Personalidade
Inventário de Personalidade NEO Revisado (NEO PI-R)	Personalidade
Inventário Dimensional Clínico da Personalidade 2 e Inventário Dimensional Clínico da Personalidade versão triagem (IDCP-2)	Personalidade
Inventário Hogan de Personalidade (HPI)	Personalidade
Lista de Adjetivos Bipolares e em Escalas de Likert (L.A.B.E.L.)	Personalidade
Matrizes Progressivas Avançadas de Raven	Raciocínio e capacidade de resolução de problemas
Método de Avaliação de Pessoas (MAPA)	Perfil e competência comportamental
Myers-Briggs Type Indicator -Inventário de Tipos Psicológicos (MBTI)	Personalidade
QUATI - Questionário de Avaliação Tipológica	Personalidade
Sistema Multimídia de Habilidades Sociais de Crianças (SMHSC)	Habilidades Sociais
Sosie 2ª Geração	Personalidade
Teste Computadorizado de Atenção – Versão Visual (TCA Visual)	Atenção

Teste de Aptidão para Pilotagem Militar (TAPMIL)	Habilidades/Competências
Teste de Habilidade para o Trabalho Mental (HTM)	Raciocínio verbal, numérico e abstrato
Teste de Retenção Visual de Benton (BVRT)	Memória visual, percepção visual e praxia visuoconstrutiva

Nota: Lista atualizada em 17/07/2019.

Fonte: SATEPSI.

Considerando os instrumentos com administração informatizada, encontraram-se dezenove ferramentas, nas quais há predomínio de testes de personalidade (53%) e de cognição (21%). No Quadro 2, são apresentados os instrumentos, de uso privativo do psicólogo, que possuem parecer favorável no SATEPSI e correção informatizada. Em relação à possibilidade de correção informatizada dos instrumentos, contabilizaram-se 51 testes. Entre eles, 43% referem-se à avaliação de aspectos cognitivos (inteligência, atenção, memória e raciocínio) e 35%, a testes de personalidade, sendo esse padrão inverso ao se verificar a prevalência dos testes com administração informatizada.

Nas plataformas de correção gerenciadas pelas editoras detentoras dos direitos de publicação dos instrumentos, o psicólogo possui a possibilidade de autorizar que os dados coletados sejam utilizados sigilosamente para pesquisa. Vale ressaltar que, além da autorização do psicólogo, é necessário o consentimento do avaliando. Essas pesquisas têm como objetivo a revisão periódica dos métodos e das técnicas utilizadas na avaliação psicológica visando à garantia da qualidade técnica e ética, conforme Resolução 009/2018 do CFP.

Habilidades e capacidades do profissional para uso de TICs na avaliação psicológica

A formação adequada e a constante atualização profissional são fatores importantes para o profissional da psicologia que atua nessa área. As competências, para além da graduação, são diferenciais aos que trabalham com AP e podem ser elencadas como capacidade técnica e atualização constante (Andrade & Valentini, 2018). O uso de TICs pela psicologia cresce com o passar do tempo, e esses dispositivos podem beneficiar a aplicação e correção dos instrumentos, tornando-os práticos, ágeis e reduzindo os erros de mensuração (Reppold & Gurgel, 2017).

A observação das questões éticas que permeiam a prática profissional é necessária quando o psicólogo utiliza as TICs em sua avaliação. Denúncias sobre aspectos da AP (condução e produção de documentos) destacam-se por receber o maior número de processos éticos junto ao CFP (Zaia, Oliveira, & Nakano, 2018). Assim, no uso de TICs, o profissional deve permanecer atento a como irá fazer uso, analisar e integrar as tecnologias com outros instrumentos.

O profissional da psicologia será o diferencial no processo de AP com uso das TICs. Como avaliador, deve estar apto a manusear a ferramenta e a instruir a pessoa que está sendo avaliada com uso de tecnologias. Existem diferenças entre gerações que devem ser observadas quando da administração de testes com e sem o uso de tecnologias. Por vezes, os avaliandos devem ser, no primeiro momento, apresentados aos dispositivos, realizar treinamento e, após compreenderem o funcionamento da atividade, realizar a tarefa avaliativa.

Dessa forma, o profissional que optar por usar TICs no processo de AP deverá: possuir consistentes conhecimentos dessas tecnologias; dominar os instrumentos; ser capaz de integrar os dados obtidos pelos testes e/ou instrumentos que fez uso; exercitar redação

clara, concisa e respeitosa sobre técnicas e testes utilizados, a fim de que o processo de AP tenha sentido à pessoa que se submeteu a realizá-lo e de que possa auxiliar no diagnóstico.

Quadro 2

Testes Psicológicos com Correção Informatizada e Reconhecidos pelo SATEPSI

Testes psicológicos com correção informatizada*	Principais constructos avaliados
AOL	Atenção (concentrada, dividida e alternada)
Bateria de Avaliação para Seleção – eletrônica (BASE)	Inteligência, Memória, Atenção (concentrada, dividida e alternada)
Bateria de Provas de Raciocínio (BPR-5)	Raciocínio
Bateria Fatorial de Personalidade (BFP)	Personalidade
Bateria Psicológica para Avaliação da Atenção (BPA)	Atenção (concentrada, dividida e alternada)
Escala de Inteligência Wechsler para Crianças - 4ª edição (WISC-IV)	Inteligência
Escala de Atenção Seletiva Visual (EASV)	Atenção seletiva visual
Escala de Autenticidade, Agressividade e Inibição (EdAAI)	Assertividade (autenticidade, agressividade e inibição)
Escala de Autoeficácia para Escolha Profissional (EAE-EP)	Autoeficácia
Escala de Avaliação da Impulsividade - Formas A e B (EsAvI-A e EsAvI-B)	Impulsividade
Escala Fatorial de Extroversão (EFEx)	Personalidade
Escala Fatorial de Socialização (EFS)	Personalidade
G-36 Teste Não-Verbal de Inteligência	Inteligência
G-38 Teste Não-Verbal de Inteligência	Inteligência
HumanGuide	Interesses, motivações, necessidades e expectativas
Inventário de Avaliação Ocupacional (IAO)	Personalidade
Inventário de Cinco Fatores NEO Revisado - versão curta (NEO FFI-R)	Personalidade
Inventário de Habilidades Sociais 2 (IHS 2)	Habilidades sociais
Inventário de Habilidades Sociais Conjugais (IHSC)	Habilidades sociais
Inventário de Habilidades Sociais Para Adolescentes (IHSA)	Habilidades sociais

Inventário de Personalidade NEO Revisado (NEO PI-R)	Personalidade
Inventário Dimensional Clínico da Personalidade 2 e Inventário Dimensional Clínico da Personalidade versão triagem (IDCP-2)	Personalidade
Inventário Fatorial de Personalidade (IFP-II)	Personalidade
Inventário Fatorial de Personalidade Revisado - Versão Reduzida (IFP-R)	Personalidade
Inventário Hogan de Personalidade (HPI)	Personalidade
Lista de Adjetivos Bipolares e em Escalas de Likert (L.A.B.E.L.)	Personalidade
Manual do Teste de Pfister em Crianças e Adolescentes	Personalidade

Matrizes Avançadas de Raven	Inteligência
Matrizes Progressivas Avançadas de Raven	Raciocínio e capacidade de resolução de problemas
Método de Avaliação de Pessoas (MAPA)	Perfil e competência comportamental
Myers-Briggs Type Indicator -Inventário de Tipos Psicológicos (MBTI)	Personalidade
O Teste Palográfico na Avaliação da Personalidade	Personalidade
Orpheus - Inventário de Personalidade para o Trabalho	Personalidade
Psicodiagnóstico Miocinético (PMK)	Crenças, valores, atitudes e personalidade
QUATI - Questionário de Avaliação Tipológica	Personalidade
R-1 Forma B - Teste Não Verbal de Inteligência	Inteligência
Raciocínio Abstrato (BRD AR)	Inteligência
Raciocínio Espacial (BRD SR)	Inteligência
Raciocínio Mecânico (BRD MR)	Inteligência
Raciocínio Verbal (BRD VR)	Inteligência
Rorschach - Sistema de Avaliação por Desempenho (R-PAS)	Personalidade
Sistema Multimídia de Habilidades Sociais de Crianças (SMHSC)	Habilidades sociais
Sosie 2ª Geração	Personalidade
Teste Computadorizado de Atenção - Versão Visual (TCA Visual)	Atenção
Teste Conciso de Raciocínio (TCR)	Inteligência

Teste D. 70 - Manual revisado e ampliado	Inteligência não-verbal
Teste D2 - Revisado (d2-R)	Processos perceptivos/cognitivos
Teste de Aptidão para Pilotagem Militar (TAPMIL)	Habilidades/Competências
Teste de Atenção Concentrada (TEACO-FF)	Atenção concentrada
Teste de Atenção Concentrada AC15 (AC15)	Atenção concentrada
Teste de Atenção Dividida (TEADI) e Teste de Atenção Alternada (TEALT)	Atenção (dividida e alternada)
Teste de Atenção Visual - TAVIS 4 (TAVIS 4)	Atenção (concentrada, dividida e alternada)
Teste de Habilidade para o Trabalho Mental (HTM)	Raciocínio verbal, numérico e abstrato
Teste de Inteligência (TI)	Inteligência
Teste de Inteligência Geral - Não-Verbal (TIG-NV)	Inteligência
Teste de Memória de Reconhecimento (TEM-R)	Memória de reconhecimento
Teste de Memória de Reconhecimento Memore (Memore)	Processos Neuropsicológicos
Teste de Memória Visual de Rostos (MVR)	Memória visual
Teste de Memória Visual para o Trânsito (MVT)	Memória visual
Teste Não Verbal de Inteligência Geral BETA-III (Subtestes Raciocínio Matricial e Códigos)	Inteligência
Teste Não-Verbal de Inteligência - SON-R 2½-7[a]	Inteligência

Nota: Lista atualizada em 17/07/2019.

Fonte: SATEPSI.

Avanços tecnológicos nas pesquisas sobre Avaliação Psicológica

As grandes contribuições da inteligência artificial para a avaliação psicológica referem-se à otimização de tarefas, reduzindo o seu tempo operacional, e ao processamento de uma quantidade grande de informação. Portanto, seu uso está mais relacionado à solução de tarefas do que ao desenvolvimento teórico ou mesmo psicométrico de instrumentos e medidas em psicologia. Duas das principais áreas da inteligência artificial possuem destaque em aplicações na psicologia, especialmente na área de avaliação psicológica: as técnicas de aprendizagem de máquina (*machine learning*) e o processamento de linguagem natural (*natural language processing*). A aprendizagem de máquina é uma área da inteligência artificial que trata de modelos preditivos. Esses modelos podem ser supervisionados (quando a variável a ser predita é conhecida — por exemplo, se pacientes cumpriram critérios para um diagnóstico) ou não supervisionados (quando a variável de classificação não é estabelecida pelo próprio algoritmo) (Kubat, 2015).

Importante ressaltar que alguns modelos preditivos já eram utilizados em pesquisas em avaliação psicológica, por exemplo, regressões múltiplas. A principal diferença entre os modelos estatísticos convencionais e a aprendizagem de máquina são a capacidade de lidar com grande quantidade de informação e eficiência computacional de problemas complexos (grande número de variáveis dependentes ou categorias de desfecho). Já o processamento de linguagem natural (Bird, Klein, & Loper, 2009) é focado na análise de aspectos da linguagem (sintaxe, semântica, frequência de uso de termos etc.) para gerar modelos preditivos ou correlacioná-los com outras medidas psicológicas. A principal vantagem do processamento de linguagem natural é analisar tarefas pouco estruturadas e de fácil registro. A seguir, serão apresentados e discutidos exemplos dessas técnicas de inteligência artificial na avaliação psicológica.

Uma área que vem ganhando destaque nas pesquisas, utilizando aprendizado de máquina, é a da predição de traços de personalidade por meio de pegadas digitais (*digital footprints*). Os estudos centram-se em prever o nível dos traços de personalidade, no modelo dos Cinco Grandes Fatores (*Big Five*), por meio de informações demográficas e de interação dos usuários com mídias e redes sociais (Azucar, Marengo, & Settanni, 2018). Essas interações são chamadas pegadas digitais e indicam, por exemplo, as “curtidas” (*likes*) que um usuário de redes sociais realiza em perfis de artistas, personalidades, causas, ideologias, partidos políticos etc. Estudos recentes mostram que é possível obter uma boa acurácia na estimativa dos traços de personalidade por meio dessas informações, em alguns casos superando até mesmo avaliadores treinados e instrumentos psicométricos (escalas e inventários) desenvolvidos para essa finalidade. A vantagem é que quanto mais informações são levantadas sobre os usuários, mais acurado tende a ser o algoritmo de predição. Paradoxalmente, quanto mais informações tiver o modelo e quanto mais complexo ele for, melhor para a tarefa de predição. Outro estudo utilizou técnicas de aprendizado de máquina para verificar um modelo de predição de risco de suicídio em veteranos com base nas anotações médicas que constavam nos prontuários dos pacientes. A partir da análise das notas clínicas, foi construído um algoritmo de aprendizado de máquina que resultou em uma inferência de precisão de mais de 65% (Poulin, 2014). Tais dados são considerados importantes indicativos de que, se o modelo for aprimorado, poderá auxiliar na elaboração de uma avaliação automatizada de risco de suicídio.

Será possível diagnosticar uma psicopatologia apenas com dados de conversação com o indivíduo? De acordo com recentes pesquisas, para determinadas condições, a resposta é sim. Pesquisadores registraram sessões de atendimentos de 34 adolescentes de alto risco para desenvolver psicose (Bedi et al., 2015). Os registros das sessões foram transcritos e mensuraram-se alguns indicadores: o comprimento das frases, a coerência semântica (regras de associações de palavras/termos em duas frases consecutivas) e o uso de determinantes (ex: artigos definidos e indefinidos, pronomes possessivos, pronomes demonstrativos etc.). Cada indivíduo recebeu uma pontuação nesses indicadores, que foram representados em um plano multidimensional. Por fim, utilizando um classificador espacial de fecho convexo (é o polígono com menor número de ligações entre vértices em um espaço Euclidiano, contendo a maior parte dos elementos de um conjunto), conseguiu-se prever com 100% de acurácia (ex: sem falsos positivos ou falsos negativos) os adolescentes que tiveram início de sintomas psicóticos. Para se ter uma comparação, os escores derivados de duas entrevistas estruturadas para avaliar sintomas prodrômicos obtiveram acurácia de 79%.

Considerações Finais

A inserção de recursos tecnológicos no processo de avaliação psicológica é um desafio a ser considerado para os próximos anos, tanto no âmbito profissional quanto no de pesquisa. Especificamente no contexto científico, haverá aumento de trabalhos cujo objetivo será o desenvolvimento de instrumentos com esse propósito, visto que muitas das

ferramentas disponibilizadas atualmente se referem a adaptações de testes em lápis-e-papel. É necessário considerar particularidades de cada tecnologia empregada e a população-alvo que irá responder ao teste, assim como proporcionar evidências de validade e de fidedignidade dessas ferramentas.

Já no contexto profissional, além dos psicólogos buscarem constante aperfeiçoamento, as instituições de ensino voltadas à graduação deverão considerar as TICs como estratégias de AP, destacando ferramentas com essa abordagem e instigando futuros pesquisadores. Independentemente da administração de recursos tecnológicos, o uso crítico e consciente dos testes psicológicos deve ser embasado por pressupostos éticos, os quais estão presentes desde o início da formação do psicólogo.

Por fim, ressalta-se que, embora o uso de técnicas de inteligência artificial na AP ainda seja exploratório e inicial, apresenta grande potencial de contribuição para o trabalho do psicólogo. Exatamente por estar em fase inicial, merece maior atenção e discussão da categoria sobre como essa tecnologia poderá, futuramente, afetar o processo de AP e com ele contribuir.

Sugestões de leitura

1. Joly, M.C.R.A. & Reppold, C.T. (2010). *Testes informatizados para a avaliação psicológica e educacional. E-book*. São Paulo, SP: Casa do psicólogo.
2. Primi, R. (2018). Avaliação psicológica no século XXI: De onde viemos e para onde vamos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(spe), 87-97. doi: 10.1590/1982-3703000209814
3. Reppold, C.T. & Noronha, A.P.P. (2018). Impacto dos 15 anos do Satepsi na avaliação psicológica brasileira. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(spe), 6-15. doi: 10.1590/1982-3703000208638

Referências

- Andrade, J.M., & Valentini, F. (2018). Diretrizes para a construção de testes psicológicos: A resolução CFP nº 009/2018 em destaque. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(spe), 28-39. doi: 10.1590/1982-3703000208890
- Azucar, D., Marengo, D., & Settanni, Michele. (2018). Predicting the Big 5 personality traits from digital footprints on social media: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*. 124(1), 150-159. doi: 10.1016/j.paid.2017.12.018.
- Bedi, G., Carrillo, F., Cecchi, G.A., Slezak, D.F., Sigman, M., Mota, N.B., ... Corcoran, C. M. (2015). Automated analysis of free speech predicts psychosis onset in high-risk youths. *Npj Schizophrenia*, 1(1), 1-7. doi: 10.1038/npjSch.2015.30
- Bird, S., Loper, E., & Klein, E. (2009) *Natural Language Processing with Python*. O'Reilly Media Inc.
- Bock, A.M.B. (2001). A psicologia sócio-histórica: Uma perspectiva crítica em psicologia. In A.M.B. Bock, M.G.M. Gonçalves, & O. Furtado (Orgs.), *Psicologia sócio-histórica: Uma perspectiva crítica em Psicologia* (pp. 15- 35). São Paulo, SP: Cortez.
- Cescon, L.F. (2013). Avaliação psicológica: Passado, presente e futuro. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 4(1), 99-109. doi: 10.5433/2236-6407.2013v4n1p99
- Hallberg, S.C.M., & Lisboa, C. S. M. (2016). Percepção e uso de tecnologias da informação e comunicação por psicoterapeutas. *Temas em Psicologia*, 24(4), 1297-1309. doi: 10.9788/TP2016.4-06
- Hutz, C.S. (2015). O que é avaliação psicológica: Métodos, técnicas e testes. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, & C.M. Trentini (Orgs.), *Psicométrica* (pp. 11-21). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Krug, J., Trentini, C.M., & Bandeira, D.R. (2016). Conceituação de psicodiagnóstico na atualidade. In C.S. Hutz, D.R. Bandeira, C. Trentini, & J.S. Krug (Orgs.), *Psicodiagnóstico* (pp. 16-20). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Kubat, M. (2015). *An introduction to machine learning*. Springer International Publishing. doi: 10.1007/978-3-319-20010-1
- Oliveira, C.M., & Nunes, C.H.S.S. (2015). Instrumentos para avaliação psicológica de pessoas com deficiência visual: Tecnologias para desenvolvimento e adaptação. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(3), 886-899. doi: 10.1590/1982-3703001902013
- Poulin, C., Shiner, B., Thompson, P., Vepstas, L., & Young-Xu, Y. (2014). Predicting the Risk of Suicide by Analyzing the Text of Clinical Notes. *PLoS ONE*, 9(1), 85733. doi: 10.1371/journal.pone.0085733
- Primi, R. (2010). Avaliação psicológica no Brasil: fundamentos, situação atual e direções para o futuro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(25), 25-36. doi: 10.1590/S0102-37722010000500003
- Reppold, C.T., & Gurgel, L. G. (2017). Instrumentos psicológicos informatizados. In M.R.C. Lins, & J.C. Borsa (Orgs.), *Avaliação psicológica: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 76-87). Petrópolis, RJ: Vozes.

Silva, M.A.D. (2011). Testes informatizados para a avaliação psicológica e educacional. *Psico-USF*, 16(1), 127-129. doi: 10.1590/S1413-82712011000100014

Soto-Pérez, F., Franco, M., Monardes, C., & Jiménez, F. (2010). Internet y psicología clínica: Revisión de las ciber-terapias. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(1), 19-37. doi: 10.5944/rppc.vol.15.num.1.2010.4082

Werlang, B.S.G., Villemor-Amaral, A.E., & Nascimento, R.S.G.F. (2010). Avaliação psicológica, testes e possibilidades de uso. In Conselho Federal de Psicologia. *Avaliação Psicológica: Diretrizes na Regulamentação da Profissão*. Brasília, DF: CFP.

Zaia, P., Oliveira, K.S., & Nakano, T.C. (2018). Análise dos processos éticos publicados no jornal do Conselho Federal de Psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(1), 8-21. doi: 10.1590/1982-37030035320167

6 ENTREVISTA DEVOLUTIVA NA PESQUISA CIENTÍFICA: ESTUDOS COM AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

DAIANE SANTOS DE OLIVEIRA
TAINÁ ROSSI
DAIANA MEREGALLI SCHÜTZ
VALÉRIA GONZATTI
TATIANA QUARTI IRIGARAY

Introdução

A pesquisa científica na área da saúde perpassa o processo de coleta e análise de dados, sendo uma responsabilidade mútua entre pesquisador e participante, em que a ética é fundamental. Nesse contexto, encontram-se diversos pontos para reflexão, como: 1) perceber quais são os vieses e preconceitos do pesquisador; 2) escutar o participante e compreender sua subjetividade; 3) conseguir lidar com as diversas dinâmicas de funcionamento individuais; 4) criar um ambiente agradável que proporcione a comunicação; 5) compartilhar conhecimentos e reconhecimentos; 6) oferecer sua proposta de estudo e explicar como irá auxiliar determinado construto e população (Groot et al., 2018).

A coleta de dados pode ser presencial, documental ou eletrônica. Esta última tem recebido destaque atualmente devido aos baixos custos e à garantia de anonimato. Além disso, a pesquisa *online* avalia o comportamento real, podendo atingir altos números de participantes — o que aumenta o impacto do estudo para a sociedade —, e proporciona ferramentas que facilitam a mineração das informações (Gosling & Mason, 2015).

A entrevista devolutiva (ED) na pesquisa científica faz parte da finalização do estudo. Nessa etapa, os pesquisadores retornam ao campo de coleta para informar os resultados encontrados aos participantes. O conhecimento unilateral, que considera o pesquisador como o único a ter acesso aos achados, é rompido pela devolução, pois comunicar os dados ultrapassa as formalidades acadêmicas e transforma a informação como utilidade pública, conforme se propõe. A ED indica que o pesquisador comprometeu-se com o trabalho no início, meio e fim. Entende-se o início como sendo a busca pelo participante; o meio, a coleta e análise de dados; o fim, os resultados e a devolutiva. É devolvendo as informações que se pode mudar o campo de problematização e constituição em que a ED foi realizada, transformando as experiências dos sujeitos investigados. Serve para que o conhecimento não fique guardado, mas para que ele possa contribuir com mudanças sociais que são favorecidas pelos seus desfechos (Almeida, César, Luciano, & Carvalho, 2018).

Portanto, o pesquisador deve fazer esforços para comunicar os resultados efetivamente, por uma questão de transparência com o indivíduo, que dispôs de seu tempo e de sua voluntariedade para realizar a ED (Knoppers, Deschênes, Zawati, & Tassé, 2013). É primordial o respeito à decisão individual, desde que esta não coloque em risco a saúde, os cuidados essenciais, a ética e a situação econômica do participante, o qual é livre para decidir se quer ou não receber esse retorno (Thorogood, Dalpé, & Knoppers, 2019).

Legislação e ética

Segundo a legislação brasileira, é necessário atender a alguns critérios preestabelecidos em Lei para a realização de estudos com seres humanos. O Código de Ética Profissional do Psicólogo (Conselho Federal de Psicologia — CFP, 2005) dispõe, em seu artigo 16, a garantia de devolução dos resultados nas pesquisas sempre que os participantes assim o desejarem, visando confiabilizar o estudo apresentado. Mesmo

estando prevista na legislação brasileira e no Código de Ética do Profissional Psicólogo, nem todos os pesquisadores dispõem-se a realizar esse processo, o que facilita a recusa de alguns participantes em colaborarem com novas pesquisas (Szymanski & Cury, 2004).

Em geral, a participação é voluntária e firmada por meio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que contém dados referentes à pesquisa (CFP, 2005). O TCLE inclui benefícios ao participante, oferecendo riscos mínimos ou descartando qualquer situação que possa ocasionar prejuízos. Os psicólogos pesquisadores podem contar, também, com o auxílio do CFP, Resolução nº 016/2000 (CFP, 2000), que discorre sobre a aprovação do projeto em Comitê de Ética em Pesquisa, com reconhecimento do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Pichler & Giacomini, 2014).

Diferentes aspectos devem ser considerados em uma pesquisa, como a habilidade do profissional perante a coleta de dados, a garantia de sigilo e a devolutiva dos resultados aos sujeitos (Wechsler, 2001). A decisão pela ED é do pesquisador e do Comitê de Ética local, porém, quando tomada, deve-se estar ciente dos recursos que se deverá disponibilizar para concluir essa etapa (Knoppers et al., 2013).

Apesar de estar prevista na legislação brasileira e no Código de Ética do Profissional Psicólogo, a ED em pesquisa científica não apresenta caráter obrigatório. A falta de devolutiva pode dificultar o consentimento de participação, principalmente em instituições, que passam a não aderir ao convite para colaborar com pesquisas futuras por não terem recebido devolução de resultados de participações prévias (Borges, 2009). Podem existir pesquisas cuja política acordada entre pesquisadores e comitê de ética seja de não retornar resultados individuais ou gerais, sendo essa decisão consentida pelos participantes no momento do recrutamento, quando assinam o TCLE. Dessa forma, essa escolha continua sendo viável, quando apropriada (Knoppers et al., 2013).

Entrevista devolutiva em pesquisas científicas

Frequentemente a motivação para participar da pesquisa está relacionada, justamente, ao seu resultado, como, por exemplo, em um estudo de Berrios et al. (2017) cujo objetivo foi o de investigar as desordens genéticas. Muitos pais participaram dessa pesquisa com a expectativa, pessoal e familiar, de receber o resultado de algum distúrbio não identificado em seus filhos. Portanto, o estudo significou muito mais do que contribuir como voluntários para o banco de dados, pois havia o real desejo de receberem a ED, mesmo aceitando o impacto que esse retorno poderia gerar em suas vidas. Ainda, esse estudo indicou as principais motivações para participar de pesquisas: 1) benefícios pessoais e/ou familiares; 2) altruísmo; e 3) confiança no pesquisador ou na instituição que está desenvolvendo o estudo.

Em relação aos achados acidentais — resultados descobertos ocasionalmente sem que se tenha a intenção de encontrá-los —, a devolução é feita baseada na relevância da informação e no fato de apresentar algum risco de saúde para o participante (Knoppers et al., 2013). Assim, a devolutiva deve ser realizada quando os dados são válidos, pois qualquer dano que possa surgir nessa etapa estará sob responsabilidade dos pesquisadores, assim como encargos financeiros. Os dados devem ser repassados com cautela, apresentando qualidade e atenção, para que não sejam confundidos. Todos esses aspectos devem ser levados em consideração na hora da ED (Bledsoe, Grizzle, Clark, & Zeps, 2012).

O retorno de resultados aplica-se em diferentes jurisdições e níveis de pesquisa, como com seres humanos, ensaios clínicos, bancos de dados genéticos/pessoais, entre outros, que também dificultam a comparação entre os modos de se fazer a ED. Os achados também podem ter diferentes utilidades: médica, familiar e individual. Dessa forma, deve-se respeitar a escolha individual de receber seus achados, de acordo com as preferências subjetivas. Um estudo comparativo sobre a devolutiva em pesquisas de vinte países indicou que há uma diversidade muito grande quanto aos processos de ED. Isso por conta da

influência da cultura; das necessidades de cada participante e de seus familiares; dos diferentes sistemas nacionais de saúde; das restrições nos recursos de pesquisa; da falta de sensibilidade e transparência na diferenciação entre os termos “deve”, “deveria” e “pode” nos diversos contextos clínicos de devoluções de pesquisa (Thorogood et al., 2019).

Além disso, fica a discussão referente ao que cada um gostaria de saber sobre seus resultados. Por exemplo: se eu fosse um participante de uma pesquisa, gostaria de receber informações sobre uma doença fatal que não pode ser evitada? Gostaria de receber informações sobre um risco de 1% de algo que pode ser evitado? Gostaria de receber informações sobre coisas incertas que não podem ser interpretadas no momento? (Middleton et al., 2016).

Existem alguns participantes que não aceitam seus resultados, passando a questionar a qualidade da pesquisa e do método por não acreditarem nas informações trazidas pela devolutiva. Ainda, algumas vezes, o resultado é mais importante para a família do que para o participante. Portanto, a utilidade que cada um vai dar às informações da ED, se fará algo a respeito da informação recebida ou não, é individual (Murphy et al., 2008).

Em caso de morte do participante, os familiares e parentes podem procurar o pesquisador para receber a ED, porém a devolutiva para o familiar não é eticamente exigida. Nesses casos, cabe ao pesquisador verificar qual o uso que se fará da informação devolvida, se tem relação direta com os familiares ou não (Wolf et al., 2015). Por fim, a ED é o momento para que o pesquisador avalie seus processos de pesquisa e também promova intervenções junto à população de seu estudo, a fim de auxiliar nas mudanças relacionadas aos resultados encontrados (Almeida et al., 2018).

Tipos de devolutivas

Presencial individual

A preferência dos participantes em relação à devolutiva é pela presencial individual, porém há uma certa dificuldade em conciliar esse processo quando as amostras são grandes. Logisticamente — considerando-se, por exemplo, questões de tempo e custo — , muitas vezes torna-se inviável dar esse tipo de retorno (Olson et al., 2018).

Uma pesquisa realizada na cidade de Porto Alegre, com 84 idosos, buscou avaliar aspectos de personalidade, funcionamento cognitivo e sintomatologia depressiva. Quando do contato inicial, os participantes foram informados de que haveria um encontro individual para devolutiva de resultados ao final da pesquisa. Nessa etapa, os idosos foram contatados por telefone a fim de se fazer o agendamento. Além da devolutiva de maneira individual, houve nesse estudo, um encontro em grupo para breve informação geral dos resultados, bem como a entrega de certificados de participação na pesquisa. O certificado continha título do estudo, nome dos pesquisadores, contatos e uma frase de agradecimento e reconhecimento junto ao nome do participante, em dados impressos (Gonzatti, 2015).

Portanto, não existe uma única maneira de se realizar a ED. Cada pesquisador deverá a escolher a sua forma, pensando no tempo disponível, na quantidade de participantes de sua amostra e no seu perfil enquanto profissional pesquisador.

A ED também é o momento de agradecimentos recíprocos. No estudo de Gonzatti (2015), alguns participantes presentearam as pesquisadoras com trabalhos manuais, livros e poesias, como forma de carinho e gratidão pelo momento de trocas e *feedback*. Dessa forma, a ocasião da devolutiva tornou-se um espaço de pertencimento e reconhecimento da participação dos voluntários da pesquisa em relação às instrutoras, assim como de agradecimento as mesmas, que souberam conduzir a coleta de maneira ética e responsável, levando em consideração as peculiaridades do público idoso.

Individual por telefone

A devolutiva por telefone é uma estratégia usada para ED de participantes que não apresentam disponibilidade para comparecerem pessoalmente. Essa ferramenta foi utilizada na pesquisa de Farina (2019), em que a devolutiva foi realizada presencialmente para 42 idosos e, por telefone, para 22. Os participantes declararam verbalmente o quanto foi relevante a ED e como é importante estarem cientes quanto à busca de estratégias para aprimorar sua saúde.

Presencial em grupo

Uma ED foi feita no estudo de Nunes, Noronha e Ambiel (2012) para apresentar os resultados de um processo de orientação profissional junto a alunos do ensino médio. O processo de devolutiva ocorreu em três momentos diferentes: (1) os instrumentos que avaliaram os interesses profissionais dos alunos foram entregues para a coordenação do curso, com informações generalistas e algumas sugestões de intervenções; (2) uma devolutiva em grupo foi realizada para alunos de 1° e 2° anos do Ensino Médio — ocasião na qual algumas informações foram repassadas por meio de *apresentação em audiovisual*, e cada aluno recebeu um arquivo impresso com seu nome e seus resultados — ; (3) para alunos do 3° ano do Ensino Médio, foi ofertada a devolutiva individual, com duração média de trinta minutos por aluno, quando a pesquisadora ofereceu maiores informações com foco na escolha profissional e repassou algumas sugestões para futuras escolhas profissionais.

A entrevista devolutiva permitiu que os alunos percebessem que dúvidas quanto ao futuro profissional são comuns nessa etapa da vida, e isso possibilitou diminuição do sofrimento e da ansiedade, bem como aumento do sentimento de valorização (Nunes et al., 2012). É possível perceber que a pesquisa pode oportunizar conhecimento para o campo científico e social, sendo a ED parte essencial do processo de vinculação de informações entre o pesquisador e o recorte populacional de seu estudo (Anjos, Boery, Santos, & Boery, 2016).

Porém, nesse tipo de devolutiva, deve-se falar somente sobre os dados clinicamente relevantes e válidos, atentando para quais resultados devem ser devolvidos/compartilhados, a fim de que se mantenha o sigilo e anonimato no grupo (Fernandez, O'Rourke, & Beslow, 2015). Encontros de devolutivas em conjunto possibilitam que as dúvidas surjam a partir dos questionamentos de outros participantes, fazendo com que todos consigam compreender o que está sendo dito. Além disso, podem-se tomar decisões em comunidade, favorecendo os resultados e promovendo mudanças de postura e hábitos que ainda necessitam de cuidado (Almeida et al., 2018).

Eletrônica

A devolutiva de resultados eletrônica/*online* ainda é recomendada para pesquisas com grande número de pessoas na amostra, uma vez que outro tipo de retorno, muitas vezes, torna-se inviável (Olson et al., 2018). Estudos populacionais podem optar por fazer a devolução de resultados via boletim informativo ou site (Knoppers et al., 2013).

Coletar dados de forma *online* facilita o fornecimento de dados e indicadores aos participantes no final da pesquisa (Wachelke, Natividade, Andrade, Wolter, & Camargo, 2014). Em um estudo com universitários, optou-se pela devolutiva via *e-mail*, pois a amostra, em sua maioria, possuía esse meio de comunicação. Porém, o contato foi realizado de forma efetiva e individual com 249 estudantes, de uma amostra de 362 participantes. A perda amostral deu-se devido a endereços de *e-mail* incorretos e à ausência de preenchimento do campo de *e-mail* no protocolo de pesquisa. A realização dessa devolutiva proporcionou o recebimento de respostas positivas; entretanto, é

importante salientar que essa prática pode gerar má interpretação dos resultados ou até mesmo ser recebida de forma inadequada pelos participantes (Borges, 2009).

Como fazer ED em pesquisas com avaliação psicológica?

Segundo o CFP (2005), a ausência de devolução em pesquisas que utilizam instrumentos psicológicos incorre em falta ética profissional por não fornecer retorno de suas avaliações, mesmo nos casos de estudos científicos. Portanto, mesmo não sendo obrigatório na pesquisa, quando utilizar testes psicológicos, eticamente o psicólogo é obrigado a fazer ED. Borges (2009) destaca a importância dessa etapa, considerando que o sujeito não recebe benefícios diretos na coleta de dados e, ainda assim, cede seu tempo para participar do estudo.

A devolução deve ser realizada a todos os envolvidos no processo, sejam eles crianças, adolescentes, adultos, idosos ou pessoas legalmente incapazes. Nos casos de devolução a infantes e incapazes, é necessário incluir, também, retorno aos pais e responsáveis, sem prejuízo do processo. Contudo, deve-se tomar cuidado com a linguagem utilizada e o conteúdo da devolutiva, adaptando-o àquele que irá receber as informações (Preto, 2016). Os pesquisadores em ED devem fornecer linguagem adequada para quem é leigo na pesquisa, informando os resultados de modo a garantir a interpretação correta por parte do participante, incluindo os pontos negativos e as limitações do estudo (Knopeers et al., 2013).

Entende-se que a ED em pesquisa científica deva ser realizada de forma pontual, breve e ancorada em técnicas apropriadas, pois alguns resultados podem provocar respostas emocionais nas pessoas, devendo o pesquisador estar preparado para isso. Ainda, deve disponibilizar, quando necessário, atendimento psicológico para aqueles que se sentirem afetados emocionalmente pelas informações reveladas (Preto, 2016).

Uma pesquisa desenvolvida na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, buscou avaliar o funcionamento cognitivo de 64 idosos. Desde o processo inicial, foi informado, aos participantes, sobre o retorno de seu desempenho após a finalização da correção dos instrumentos, sendo identificado que a ED foi um fator motivacional importante para o aceite dos idosos em participarem desse estudo. Após o levantamento dos dados, os participantes foram convidados a comparecerem, em grupos de dez pessoas, à instituição onde havia sido realizada a coleta. Inicialmente, realizou-se uma breve apresentação, explicando-lhes o propósito da pesquisa, transmitindo-lhes orientações e resultados gerais. Posteriormente, cada participante recebeu um parecer individual, contendo seus dados pessoais e o resultado de seu desempenho na avaliação cognitiva (Farina, 2019).

A ED proporciona a interação entre os envolvidos e a observação dos benefícios que ela trouxe à população atendida, aos profissionais e aos pesquisadores. Possibilita, também, a reflexão sobre a importância dessa prática metodológica para a contribuição social (Szymanski & Cury, 2004) e constitui-se como excelente espaço para promover estratégias com base em achados, tais como encaminhamentos, tratamento, prevenção, informação ao indivíduo e familiares, planejamento financeiro e de vida, decisões e participação em outras pesquisas (Murphy et al., 2008). Portanto, em uma ED, é necessário:

- escolher qual modalidade de ED será realizada de acordo com o público estudado, e como o número de pessoas avaliadas;
- entrar em contato com os participantes, convidando-os para a ED e verificando dias e horários disponíveis (se esta for presencial);
- utilizar linguagem adequada ao público pesquisado, garantindo que todos compreendam os resultados;
- evitar tabelas e dados estatísticos de difícil entendimento para quem é leigo no tema;

- trazer informações de como os resultados afetam ou auxiliam na vida do sujeito;
- trazer exemplos dos resultados em atividades diárias, para melhor entendimento;
- falar sobre os dados de maneira geral (quando a ED for em grupo) para preservar o anonimato, pois resultados específicos podem estar relacionados às características de desempenho de algumas pessoas, que podem ser identificadas no grupo;
- reservar tempo suficiente para a ED, de modo que o pesquisador possa dar atenção a todos de forma igualitária, afinal, os participantes também disponibilizaram seu tempo para contribuir com a pesquisa;
- fazer encaminhamentos — mediante a identificação de algum dano causado pelo estudo, bem como de seus resultados — para que o participante tenha atendimento e não seja prejudicado;
- colocar-se à disposição para esclarecimentos de dúvidas futuras sobre a pesquisa e os seus resultados, passando o sentimento de amparo e gratidão.

Considerações finais

Tendo em vista os modelos apresentados, sugerem-se os seguintes passos indispensáveis para que ocorra a ED: 1) TCLE; 2) Coleta de dados; 3) Levantamento dos instrumentos; 4) Construção de parecer devolutivo; 5) Agendamento (quando presencial); e 6) ED aos participantes (explicando o propósito da pesquisa e efetuando um fechamento dos dados). A partir dos exemplos trazidos, pode-se identificar a importância da ED em pesquisa científica, pois proporciona, ao participante, o conhecimento dos resultados e a compreensão, de forma mais objetiva, do processo avaliativo pelo qual passou. O indivíduo sente-se reconhecido por ter participado, disponibilizando-se para novos estudos, tendo em vista que a participação voluntária movimentou as pesquisas científicas brasileiras. Além disso, ED é importante para evitar a coerção não intencional e/ou a desilusão do participante frente aos processos de pesquisa (Berrios et al., 2017).

Sugestões de leitura:

Conselho Federal de Psicologia. (2013). *Cartilha de avaliação psicológica*. Brasília, DF: Brasil.

Preto, C. R. S. (2016). *Lauda Psicológico*. Curitiba. Juruá.

Referências

Almeida, U.R., César, J.M., Luciano, L. dos. S., & Carvalho, P. H. (2018). A devolutiva como exercício ético-político do pesquisar. *Revista de Psicologia*, 30(2), 204-213. doi: 10.22409/1984-0292/v30i2/5527

Anjos, K.F., Boery, R.N.S.O., Santos, V.C., & Boery, E.N. (2016). Devolutiva dos resultados de pesquisa desenvolvida com cuidadores familiares de idosos dependentes. *Extensio: Revista Eletrônica de Extensão*, 13(23), 99-111.

Borges, V.C. (2009). Devolução de dados por correio eletrônico: uma alternativa para pesquisas quantitativas. *Revista Avaliação Psicológica*, 8(1), 149-152.

Berrios, C., James, C.A., Raraigh, K., Bollinger, J., Murray, B., Tichnell, C., Applegate, C. D., & Bergner, A.L. (2017). Enrolling genomics research participants through a clinical setting: the impact of existing clinical relationships on informed consent and expectations for return of research results. *Journal of Genetic Counseling*, 27(1), 263-273. doi: 10.1007/s10897-017-0143-2

Bledsoe, M.J., Grizzle, W.E., Clark, B.J., & Zeps, N. (2012). Practical implementation issues and challenges for biobanks in the return of individual research results. *Genetics in Medicine*, 14(4), 478-483. doi: 10.1038/gim.2011.67

Conselho Federal de Psicologia. (2005). *Código de ética Profissional do Psicólogo*. Brasília, DF: Brasil.

Conselho Federal de Psicologia. (2000). Resolução 016/2000: Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. Brasília, DF: Brasil.

Farina, M. (2019). *Cognição e reserva cognitiva em idosos: um estudo longitudinal*. (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil. Recuperado de <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/8959>

- Fernandez, C.V., O'Rourke, P.P., & Beslow, L.M. (2015). Canadian research ethics board leadership attitudes to the return of genetic research results to individuals and their families. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 43(3), 514-522. doi: [10.1111/jlme.12293](https://doi.org/10.1111/jlme.12293)
- Gonzatti, V. (2015). *Fatores de personalidade, funcionamento cognitivo e sintomas de depressão em idosos*. (Dissertação de mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, Brasil.
- Gosling, S.D., & Mason, W. (2015). Internet research in psychology. *The Annual Review of Psychology*, 3(66), 877-902. doi: 10.1146/annurev-psych-010814-015321
- Groot, B.C., Vink, M., Haveman, A., Huberts, M., Schout, G., & Abma, T.A. (2018). Ethics of care in participatory health research: mutual responsibility in collaboration with coresearchers. *Educational Action Research*, 27(2), 286-302. doi: 10.1080/09650792.2018.1450771
- Knoppers, B.M., Deschênes, M., Zawati, M.H., & Tassé, A.M. (2013). Population studies: return of research results and incidental findings policy statement. *European Journal of Human Genetics*, 21(3), 245-247. doi: 10.1038/ejhg.2012.152
- Middleton, A., Morley, K.I., Bragin, E., Firth, H.V., Hurles, M.E., Wright, C.F., & Parker, M. (2016). Attitudes of nearly 7000 health professionals, genomic researchers and publics toward the return of incidental results from sequencing research. *European Journal of Human Genetics*, 24(1), 21-29. doi: 10.1038/ejhg.2015.58
- Murphy, J., Scott, J., Kaufman, D., Geller, G., Leroy, L., & Hudson, K. (2008). Public expectations for return of results from large-cohort genetic research. *The American Journal of Bioethics*, 8(11), 36-43. doi: 10.1080/15265160802513093
- Nunes, M.F.O., Noronha, A.P.P., & Ambiel R.A.M., (2012). Entrevistas Devolutivas em Pesquisa em Avaliação Psicológica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(2), 496-505.
- Olson, J.E., Ryu, E., Lyke, K. J., Bielinski, S. J., Winkler, E. M., Hathcock, M. A., Bublitz, J. T., ... Cerhan, J.R. (2018). Acceptability of electronic visits for return of research results in the mayo clinic biobank. *Mayo Clinic Proceedings, Innovations, Quality e Outcomes*, 2(4), 352-358. doi: [10.1016/j.mayocpiqo.2018.07.004](https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2018.07.004)
- Pichler, N.A., & Giacomini, A.C.V.V. (2014). *Ética em pesquisa com animais e humanos: bem-estar e dignidade*. UPF Editora.
- Preto, C.R.S. (2016). *Laudo Psicológico*. Curitiba, PR: Juruá.
- Szymanski, H., & Cury, V.E. (2004). A pesquisa intervenção em psicologia da educação e clínica: pesquisa e prática psicológica. *Estudos de Psicologia*, 9(2), 355-364.
- Thorogood, A., Dalpé, G., & Knoppers, B.M. (2019). Return of individual genomic research results: are laws and policies keeping step? *European Journal of Human Genetics*, 27(1), 535-546. doi: 10.1038/s41431-018-0311-3
- Wachelke, J., Natividade, J., Andrade, A., Wolter, R., & Camargo, B. (2014). Caracterização e Avaliação de um Procedimento de Coleta de Dados Online (CORP). *Avaliação Psicológica*, 13(1), 143-146.
- Wechsler, S.M. Princípios éticos e deontológicos na avaliação psicológica. In PASQUALI, L. (Org.). *Técnicas de Exame Psicológico - TEP*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- Wolf, S.M., Branum, R., Koenig, B.A., Petersen, G.M., Berry, S.A., Beskow, L.M., Daly, M. B., ... Wilfond, B.S. (2015). Returning a Research Participant's Genomic Results to Relatives: Analysis and Recommendations. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 43(3), 440-463. doi: 10.1111/jlme.12288

7 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NO TRANSTORNO BORDERLINE: PERSONALIDADE, HUMOR, COGNIÇÃO E DESREGULAÇÃO EMOCIONAL

DANIEL FUENTES
CAMILLA MONTI OLIVEIRA
DANIELA PERINI RIGOTTI
MARCOS LIBONI
FERNANDA MARY RODRIGUES GOMES DA SILVA

Os Transtornos de Personalidade (TP) envolvem um padrão de funcionamento acentuadamente desviante do esperado por parte de um indivíduo no núcleo social em que está inserido, sendo tais características observadas mais comumente na adolescência ou no início da vida adulta (APA, 2014). A personalidade pode ser compreendida como a organização interna dos sistemas psíquicos e físicos do indivíduo, os quais determinam sua adaptabilidade ao ambiente (Fuentes, Tavares, Camargo, & Gorenstein, 2000).

Os TP se relacionam a uma série de comportamentos reforçados e interpretações do mundo que se generalizam para muitos contextos da vida, causando prejuízo nas relações sociais, profissionais e familiares. Tais comportamentos podem acarretar um alto custo emocional para o indivíduo e, ainda, converterem-se em atitudes interpretadas pelo ambiente como altamente disfuncionais, acarretando sofrimento e provocando sérios danos às suas relações interpessoais em geral (Beck, 2005).

Atualmente, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (APA, 2014) considera três grupos de TP, aglutinados nessa configuração em virtude de suas características: o Grupo A, que envolve os transtornos de personalidade paranoide, esquizoide e esquizotípica; o Grupo B, composto pelos transtornos da personalidade antissocial, borderline, histriônica e narcisista; e o Grupo C, que inclui os transtornos da personalidade evitativa, dependente e obsessivo-compulsiva. Assim, o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) encontra-se no Grupo B, o qual é caracterizado por um padrão persistente de instabilidade nas relações pessoais, na autoimagem e no afeto, evidenciando impulsividade acentuada (APA, 2014).

Dentre os modelos teóricos que visam compreender esse fenômeno, destaca-se o modelo de Cloninger (1999), que integra os aspectos psicológicos e biológicos. Esse modelo sugere dois fatores para a compreensão da personalidade: o temperamento e o caráter, compreendendo-se por temperamento os fatores herdados geneticamente e por caráter os fatores aprendidos no ambiente.

Apesar da constante relação entre os fatores, eles diferem-se no fato de que, ao mencionarmos o temperamento, estamos falando de aspectos pouco mutáveis de nosso comportamento, e, ao tratarmos do caráter, estamos nos referindo a aspectos mais maleáveis e menos resistentes à mudança. Dessa forma, a personalidade seria um processo mutável e não estático, sendo passível de intervenção, o que acarretaria uma maior adaptabilidade do sujeito ao seu núcleo social.

O componente do temperamento, associado aos componentes herdados, é composto por quatro fatores:

- esquivar de danos — habilidade de inibição de um comportamento em virtude de uma possível punição (associado ao sistema serotoninérgico);
- busca por novidades — necessidade de vivenciar experiências novas (associado ao sistema dopaminérgico);

- dependência de gratificação — manutenção de um comportamento dependente de uma gratificação; e
- persistência — capacidade de manutenção do sujeito em uma tarefa independentemente de sentimentos desagradáveis (ex. frustração) e/ou ausência de recompensa.
- O caráter, representando a faceta mais maleável da personalidade, seria constituído a partir de:
 - autodirecionamento — autopercepção da autonomia e independência;
 - cooperatividade — autorreconhecimento de si como um ser integrante de um grupo social;
 - autotranscendência — percepção de si como parte integrante de um universo.

Pacientes com TPB apresentam, em geral, elevadas taxas nos componentes de busca por novidades e evitação de danos nas medidas do temperamento, baixos índices em autodirecionamento e cooperatividade nas medidas de caráter, além de alto índice em autotranscendência. As características de comportamento autolesivo e tentativa de suicídio apresentam-se relacionadas a taxas mais altas de evitação de danos e baixo autodirecionamento (Joyce, Light, Rowe, Cloninger, & Kennedy, 2010).

Ao se falar a respeito das terapêuticas possíveis de serem adotadas no manejo clínico dos TP, destacou-se, inicialmente, a psicanálise, conforme pontuado por Beck (2005). Com o aprofundamento teórico e a compreensão dos quadros clínicos, novas evidências vêm sendo encontradas, principalmente no que diz respeito a outras abordagens teóricas para intervenção nesses transtornos, tal como a terapia comportamental dialética (DBT) (Moran et al., 2018; Stoffers et al., 2012).

Nesse sentido, a Teoria Biossocial de Marsha Linehan (2010) contribuiu para o entendimento do diagnóstico clínico do TPB, uma vez que a compreensão desse fenômeno deve decorrer da observação comportamental, sugerindo o uso de entrevistas estruturadas e dados de avaliação psicológica como forma de se avaliar, de maneira integrada, o funcionamento do TPB. Dessa forma, contribui para a compreensão desse transtorno como sendo composto por fatores biológicos e ambientais que se sobrepõem (Linehan, 2010).

Outra abordagem terapêutica que vem sendo utilizada na intervenção dos TP é a terapia do esquema, proposta por Jeffrey Young em 1994, conforme apontado por Wainer, Paim, Erdos e Andriola (2016). Nesse modelo teórico, a personalidade é compreendida como o resultado do temperamento (bases genéticas) e a aprendizagem decorrente do ambiente (Wainer et al., 2016).

Assim sendo, assemelha-se ao proposto por Cloninger (1999) ao caracterizar o temperamento como um aspecto biológico e de difícil mudança. Contudo, nesse modelo, o temperamento exerce papel fundamental no que diz respeito às necessidades emocionais básicas do sujeito nas fases da vida. Dessa maneira, a maior expressão de alguma faceta do temperamento estaria diretamente ligada à interação entre as necessidades emocionais básicas de cada sujeito e o ambiente. Quando não atingidas essas necessidades, ocasionariam esquemas iniciais desadaptativos, sendo esquemas compreendidos, aqui, como um conjunto de crenças nucleares que ditam a forma como o sujeito lida com as demandas da vida (Wainer et al., 2016).

O presente capítulo busca compreender o Transtorno de Personalidade Borderline, nos aspectos neurobiológicos, neuropsicológicos e psicossociais. Por se tratar de um quadro psicopatológico, sua identificação é feita de acordo com os critérios diagnósticos apresentados nos manuais específicos, que tratam a respeito dos transtornos mentais. Neste capítulo, apresentaremos a classificação proposta pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM - 5 (APA, 2014), que aponta os critérios abaixo para se pensar a respeito de tal transtorno.

Trata-se de um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e dos afetos e de impulsividade acentuada que surge no início da vida adulta

e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

1. Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado. (Nota: não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo Critério 5.).
2. Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização.
3. Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo.
4. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (p. ex., gastos, sexo, abuso de substância, direção irresponsável, compulsão alimentar). (Nota: não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo Critério 5.)
5. Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante.
6. Instabilidade afetiva devido a uma acentuada reatividade de humor (p. ex., disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração, geralmente, de poucas horas e apenas raramente de mais de alguns dias).
7. Sentimentos crônicos de vazio.
8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (p. ex., mostras frequentes de irritação, raiva constante, brigas físicas recorrentes).
9. Ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos.

O TPB é um quadro clínico grave, de difícil diagnóstico e manejo terapêutico, no qual os pacientes apresentam taxas de suicídio cinquenta vezes mais altas que a população em geral, bem como comportamentos autolesivos, que acarretam considerável comprometimento funcional (Cristea et al., 2017). Outros dados também apontam que comportamentos de automutilação tendem a aparecer em momentos em que esses pacientes encontram-se em maior sofrimento emocional, como estratégia ineficaz de diminuir as dores emocionais vividas (Menezes, Macedo, & Viana, 2014).

Acredita-se que seja o TP mais frequente na clínica psiquiátrica, representando cerca de 10% dos pacientes clínicos e 20% dos pacientes que se encontram internados, além de ser cinco vezes mais comum em parentes de primeiro grau em comparação com a população geral (APA, 2014). A prevalência do TPB é estimada em 1,6% da população, embora possa chegar a 5,9%. Questões relativas a gênero indicam maior incidência nos indivíduos do sexo feminino, chegando a representar 75% dos diagnósticos (APA, 2014).

A presença de comorbidades, isto é, a prevalência de outros transtornos mentais em conjunto com o TPB, ocorre principalmente no curso de transtornos do humor, tais como: quadros de depressão, ansiedade, bem como transtorno bipolar e transtorno de estresse pós-traumático, sendo que este último costuma resultar em maior prejuízo funcional dos pacientes. Menezes, Macedo e Viana (2014) apontaram em sua revisão que, no acompanhamento desses pacientes, é necessário o tratamento combinado, aliando o uso de psicofármacos e a psicoterapia a fim de se potencializar o efeito terapêutico.

Da prática clínica, observa-se que, em geral, o TPB configura-se como um diagnóstico de desfecho. Dessa maneira, os pacientes são inicialmente encaminhados para avaliação, em sua maioria, psicológica ou psiquiátrica, devido a queixas relativas aos quadros de depressão, ansiedade e transtorno de humor bipolar. Após a intervenção focada nos quadros comórbidos supracitados e frente à persistência de sintomas, tais como sofrimento intenso, sentimento de abandono, impulsividade exacerbada, mudanças súbitas e drásticas na percepção da autoimagem e dificuldade na regulação das emoções, é que o diagnóstico clínico diferencial fica mais evidente, configurando-se como um possível quadro de TPB (APA, 2014).

Após conclusão diagnóstica, estudos referem que, dentro do funcionamento desses pacientes, é comum o alto índice de abandono e a baixa adesão às terapêuticas implementadas devido à dificuldade e desregulação emocional enfrentadas por indivíduos com TPB (Linehan, 2010; Macedo, Menezes, Gomes, Haes, & Jurema, 2017).

Modelo biossocial da desregulação emocional

Compreendem-se os fatores biológicos como sendo conceitos relacionados às questões fisiológicas que abarcam uma disfunção do sistema cerebral, o qual administra a regulação emocional (Linehan, 2010). Dentro desse pressuposto teórico, desregulação emocional é entendida como uma dificuldade do sujeito em lidar com suas emoções e seus sentimentos, havendo estados emocionais realmente intensos e difíceis de serem regulados apenas pelo indivíduo. Tal desequilíbrio pode se manifestar em diferentes contextos de saúde mental, sobressaindo-se os padrões de instabilidade emocional, dificuldade no controle de impulsos, dificuldade nos relacionamentos interpessoais e na autoimagem do sujeito (Linehan, 2018).

No TPB, a desregulação emocional é pervasiva, ou seja, perdura por um significativo período de tempo, e o indivíduo demora a retornar ao seu estado emocional basal, o que acarreta os prejuízos observados nesses pacientes (Linehan, 2010). As emoções são concebidas como respostas curtas, involuntárias e sistêmicas, padrões reativos a estímulos internos (ações respondentes fisiológicas) e externos, estímulos discriminativos presentes no ambiente (Linehan, 2010).

Estudos como os de Cowdry, Pickar e Davies (1985) sugerem que os indivíduos com TPB apresentam um baixo limiar para a ativação das estruturas do sistema límbico. Dessa maneira, quando a excitação emocional e a intensidade da emoção aumentam, o estado de alerta atencional tende a diminuir consideravelmente, o que interfere nas funções cognitivas de tomada de decisões e resolução de problemas, tornando esses sujeitos mais reativos e propensos à emissão de respostas disfuncionais e impulsivas.

No aspecto ambiental, destaca-se o conceito de ambiente invalidante, composto por um histórico familiar rico em estímulo estressor (contingências punitivas) e/ou por fatos aversivos ao longo da vida (traumas ambientais, incluindo, em muitos casos, violência sexual, abandono e/ou negligência parental). O ambiente invalidante reforça que o indivíduo mantenha suas emoções em modo privado, uma vez que a sua demonstração pode resultar em verbalizações de desaprovação ou ser, até mesmo, ignorada. Um exemplo disso é o de que uma criança, ao queixar-se que caiu, pode ouvir dos pais: “quando você se casar, sara”, “não foi nada”, “homem não chora” etc. Esses são alguns exemplos de invalidações ocorridas com frequência e que estimulam os indivíduos, ao discriminar a dor, a crerem que tal sentimento deve ser contido ou ignorado. Obviamente que essas situações de invalidação esporádica podem ocorrer ao longo da vida, entretanto, nem por isso o indivíduo desenvolve o TPB. O ambiente que funcionaria como um “gatilho” desencadeador de um quadro patológico seria aquele com alta frequência e intensidade de ocorrências invalidantes para o sujeito, levando a maiores chances de tal funcionamento vir a ser desenvolvido. Assim, para Linehan (2010), existe uma íntima relação entre os aspectos ambientais (especialmente histórico de eventos traumáticos) e o padrão de regulação das emoções no TPB.

Modelo neurobiológico do TPB

Sendo o TPB um transtorno de etiologia multifatorial, seu desenvolvimento e sua manutenção são sustentados por fatores neurobiológicos que contribuem para um fenótipo clínico complexo. Segundo Ruocco e Carcone (2016), após um estudo integrativo em três áreas (neuroendocrinológica e biológica, estrutural e neurofuncional), concluiu-se que há

uma importante interação entre hormônios do estresse, como o cortisol, neurometabolismo, estruturas cerebrais e circuitos envolvidos na emoção e cognição.

Exames de neuroimagem funcional e estrutural sugerem alterações nos neurotransmissores — serotonina, glutamato e GABA — , bem como nas redes fronto-límbicas. Em se tratando das regiões estruturais, foram encontradas alterações específicas na amígdala e na ínsula, as quais desempenham importante papel no processamento das emoções, no comportamento orientado a metas e na motivação do sujeito. Por fim, outras regiões frontais, como córtex cingulado anterior, frontal medial, orbitofrontal e pré-frontal dorsolateral, também apresentaram alterações nos exames de neuroimagem (Soloff, Abranham, Ramaseshan, Burgerss, & Diwadkar, 2017; Ruocco & Carcone, 2016).

Outro estudo realizado por Krauze-Utz, Winter, Niedtfeld e Schmahl (2014) sugere uma hiperatividade de áreas límbicas e um recrutamento reduzido nas regiões frontais do cérebro. Tal hiperativação pode acarretar um processamento inadequado das emoções, além de outras características centrais no TPB, como a impulsividade e a distorção na interpretação das relações sociais, o que pode resultar no *deficit* em habilidades interpessoais.

O impacto causado pelo TPB engloba mudanças súbitas no indivíduo em relação à sua autoimagem. Os pacientes podem mudar de ideia e/ou trocar de profissão inúmeras vezes, devido à sua dificuldade em manterem-se na mesma atividade. Observam-se mudanças repentinas de opiniões e planos sobre carreira profissional, valores e tipos de amigos, além de uma estatística significativa de tentativas e ameaças de suicídio (Kulacaoglu & Kose, 2018; Linehan, 2010).

O reconhecimento de emoções e viés atencional em transtornos psiquiátricos de maneira geral vem sendo discutido em trabalhos relacionados ao transtorno de personalidade borderline. Ferreira, Sanches, Crippa, Mello e Osório (2018), em seu trabalho, apresentam dados acerca da importância da correta identificação de expressões faciais como chave para a manutenção e identificação de emoções. Nesse estudo, observou-se que os pacientes diagnosticados com TPB acabam apresentando maior acurácia na identificação de sentimentos negativos, tal como raiva, e baixa sensibilidade na identificação de sentimentos como medo e surpresa — o que pode explicar a dificuldade destes pacientes em lidar com diferentes emoções.

Weinbrecht, Niedeggen, Roepke e Renneberg (2018), em seu estudo que envolveu neuroimagem, encontraram evidências de que pacientes com TPB apresentam um viés estatisticamente significativo no processamento de inclusão social; ou seja, de fato, esses pacientes apresentaram dificuldades em compreender algumas interações sociais relacionadas a como se sentem parte ou não da situação.

Modelo neuropsicológico do TPB

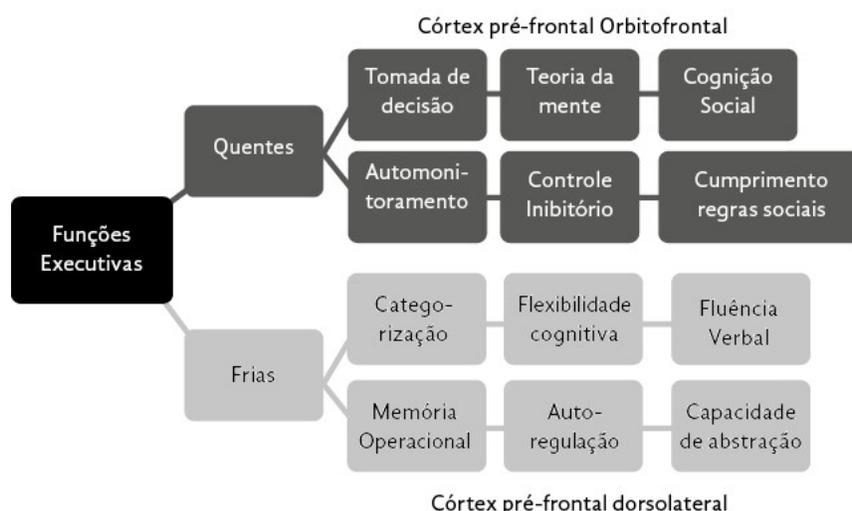
Compreende-se a neuropsicologia como o campo de estudo multidisciplinar que busca o entendimento do funcionamento social, cognitivo e comportamental do sujeito a partir do funcionamento do sistema nervoso central (Fuentes et al., 2014). Estudos apontam para prejuízos nas habilidades cognitivas, principalmente nos domínios atencionais, nas habilidades visuoespaciais, na memória e nas funções executivas, além de sugerirem prejuízo no quociente de inteligência (QI). Tais achados podem estar relacionados à grande incidência de comorbidades em pacientes com TPB (Ruocco & Carcone, 2016; Unoka & Richman, 2016).

Unoka & Richman (2016), em um estudo de metanálise, sugeriram que, comparados a controles saudáveis, os pacientes com TPB apresentam deficit em funcionamento executivo, tais como tomada de decisão, flexibilidade e controle dos impulsos. Outras funções alteradas foram memória, velocidade de processamento, inteligência verbal, habilidades espaciais e visuoespaciais. Tais deficit demonstraram-se significativamente maiores na ocorrência de comorbidades e baixa escolaridade, estando tais achados

condizentes com os estudos de neuroimagem e as alterações metabólicas já descritas na literatura.

É consenso na literatura que os deficit executivos ocorrem em TPB, sendo necessária a compreensão quanto à importância do gerenciamento das atividades da vida cotidiana desses pacientes. Ressalta-se a existência de diversos modelos teóricos que definem as funções executivas, diferindo-se, sumariamente, pelos componentes que as integram e pelo seu modelo de organização. Alguns autores sugerem a distinção entre funções executivas quentes e frias, sendo estas baseadas nos correlatos anatomoclínicos (Fuentes, 2014). Zelazo e Muller (2002) conceitualizam como funções executivas quentes os componentes ligados ao processamento emocional e motivacional, associados ao córtex pré-frontal orbitofrontal, e como funções executivas frias os componentes prioritariamente cognitivos correlacionados anatomoclinicamente ao córtex pré-frontal dorsolateral. Contudo, o desenvolvimento das funções executivas está diretamente correlacionado à maturação cerebral e, embora as dissociemos conceitualmente em dois grupos, geralmente expressam-se de maneira integrada no dia a dia. O esquema abaixo sinaliza alguns dos subsistemas dos componentes que constituem as funções executivas frias e quentes:

Figura 1
Distinções de funções executivas quentes e frias



Assim, compreende-se que os deficit associados aos pacientes com TPB relacionam-se ao planejamento, ao controle de impulsos, à flexibilidade cognitiva, ao automonitoramento e à tomada de decisão, sendo esta última o constructo que apresenta maior comprometimento (Hagenhoff et al., 2013). Tais deficit estão diretamente relacionados às características desses pacientes, tais como o comportamento autolesivo, a alta impulsividade, a dificuldade no controle emocional, a falta de autodirecionamento e a rigidez no pensamento (APA, 2014).

Dados de exames de neuroimagem apontam para uma disfunção do córtex orbitofrontal e do cingulado anterior, que corresponderia a dificuldades que pacientes com TPB têm de beneficiarem-se do *feedback* do meio para emitirem um comportamento mais adequado, de postergarem gratificações e de lidarem com sinais de punição. Outros deficit neuropsicológicos encontrados em estudos com pacientes com TPB apresentam-se associados a disfunções parietais, que se relacionam a dificuldades observadas em habilidades visuoespaciais, redução volumétrica hipocampal e desregulação frontolímbica, estando associadas à aquisição e manutenção de memórias e alterações na conectividade da substância branca, relacionando-se com a capacidade de velocidade de processamento de informações (Unoka & Richman, 2016; Roucco & Carcone, 2016).

Uso de instrumentos para avaliação e diagnóstico clínico

O uso de escalas para avaliação e mensuração de sintomas e autopercepção dos pacientes tem se mostrado um recurso útil na avaliação neuropsicológica de diferentes transtornos psiquiátricos (Coronato-Nunes et al., 2018; Ferreira et al., 2018). No Brasil, encontramos poucos instrumentos normatizados, validados e aprovados junto ao Conselho Federal de Psicologia (CFP).

Em acesso à página do SATEPSI (Conselho Federal de Psicologia, 2019), responsável pela divulgação dos instrumentos favoráveis aos psicólogos, encontramos alguns instrumentos que se mostram, do ponto de vista do diagnóstico diferencial e da compreensão do funcionamento cognitivo, disponíveis para investigação do TPB. Conforme exposto previamente, o rastreio e o aprofundamento de funções executivas apresentam-se como parte estruturante da avaliação (McClure, Hawes, & Dadds, 2016).

Tabela 1

Escalas de instrumentos para avaliação psicológica do TPB

Escalas de instrumentos para avaliação psicológica do TPB					
Ano de Publicação	Instrumento	Aprovado Satepsi	Uso exclusivo	Autores	Objetivo
2013	Bateria Fatorial de Personalidade – BFP	Sim	Sim	Nunes, CHSS, Hutz, CS e Nunes, MFO	Autopercepção
2015	Escala Barrat de Impulsividade – BIS	Não	Não	Malloy-Diniz et al.	Impulsividade
2004	Inventário de Temperamento e Caráter – TCI	Não	Não	Fuentes, D. M.	Personalidade
2001	Escalas Beck de Ansiedade, Depressão e Risco de Suicídio	Não	Não	Cunha, J. A.	Ansiedade, depressão, suicídio
2018	Taiwan Short Version	Não	Não	Coronato- Nunes et al.	Perfil de transtorno de personalidade borderline
Avaliação de Funções Executivas					
2008	Iowa Gambling Task	Não	Não	Malloy-Diniz et al.	Tomada de Decisão
1998	Stroop Test	Não	Não	Spreen & Strauss	Controle inibitório
2010	Hayling Test	Não	Não	Fonseca, Oliveira, Gindri, Zimmermann, Reppold	Controle inibitório
2015	O teste dos cinco dígitos	Sim	Sim	De Paula, Malloy-Diniz	Controle Inibitório e Flexibilidade Cognitiva
2005	Wisconsin Card Sorting Test – WCST	Sim	Sim	Cunha, et al.	Flexibilidade Cognitiva
2006	Fluência Verbal – FAS	Sim	Não	Senhorini et al.	Flexibilidade cognitiva

2007	Torre de Hanói	Não	Não	Batista et al.	Planejamento
2014	Figuras Complexas de Rey	Sim	Sim	Rey	Planejamento
2004	Dígitos (WAIS - III)	Sim	Sim	Nascimento	Memória de trabalho verbal
	Cubos de Corsi	Não	Não		Memória de trabalho visual
Inteligência					
2014	Escala Wechsler Abreviada de Inteligência - WASI	Sim	Sim	Trentini, Yates e Heck	Inteligência geral breve
2004	Escala Wechsler de Inteligência - WAIS - III	Sim	Sim	Nascimento	Inteligência geral
2018	Matrizes Progressivas de Raven	Sim	Sim	De Paula, J. J. et al.	Inteligência Fluida
2015	Matrizes Progressivas de Raven - Escala avançada	Sim	Sim	Nunes, C. S. S. e Nunes, M. F. O.	Inteligência Fluída

Fonte: SATEPSI.

Considerações finais

Pacientes com TPB apresentam difícil manejo clínico, sendo em geral um diagnóstico de desfecho; ou seja, tal perfil de paciente acaba sendo diagnosticado tardia e secundariamente, após outras queixas que irão se relacionar, primariamente, com transtornos de humor. Tais pacientes, em geral, apresentam *deficit* importantes no estabelecimento das relações interpessoais, com dificuldades no manejo e na inclusão social, bem como alta incidência de comportamento autolesivo e suicida.

Seu perfil neuropsicológico indica *deficit* cognitivos que necessitam de boa formulação e análise clínica, visto que podem apresentar-se mascarados por outros sintomas e queixas. Dentre estes, os que mais se destacam são: altos índices de impulsividade, sentimentos de vazio, dificuldade no planejamento e na organização, dificuldade em postergar gratificações, dificuldade na autorregulação emocional, dificuldade em colocar-se no lugar dos outros, inflexibilidade e dificuldade em lidar com situações aversivas.

Os principais *deficit* neuropsicológicos observados no TPB relacionam-se, principalmente, com suas funções executivas (quentes e frias), com maior prejuízo em controle inibitório, tomada de decisão, planejamento e organização, alterações em memória de trabalho, controle e manutenção da atenção, falha no automonitoramento e habilidades visuoespaciais. De acordo com estudos já citados, é possível identificarem-se alterações nos padrões de funcionamento cerebral por meio de exames de neuroimagem, indicando menor atividade em regiões pré-frontais, principalmente.

Os comprometimentos advindos de tal perfil cognitivo afetam diretamente a qualidade de vida desses pacientes, estando diretamente relacionados às queixas apresentadas por eles e por seus familiares, já que prejuízos sociais e laborais são observados de maneira significativa. A melhor resposta a tratamento, nesses casos, inclui a boa adesão do paciente ao processo terapêutico e medicamentoso, bem como o suporte familiar enquanto necessidade de preservação dos vínculos afetivos e sociais. Além disso, observa-se que o TPB acarreta prejuízos em diferentes áreas da vida do indivíduo, incluindo dificuldade na percepção da autoimagem e nas relações interpessoais em diferentes áreas

de convívio, estando associado a um expressivo estigma e a dificuldades na compreensão do funcionamento desses sujeitos na vida, seja por leigos, seja por profissionais de saúde.

Referências

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM- V*. (5a ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Batista, A.X., Adda, C.C., Miotto, E.C., Lucia, M.C.S., & Scaff, M. (2007). Torre de Londres e Torre de Hanói: contribuições distintas para a avaliação do funcionamento executivo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *56*, 134-139.
- Beck, A.T., Davis, D.D., & Freeman, A. (2005). *Terapia Cognitiva dos Transtornos da Personalidade*. (2a ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Cloninger, C.R. (1999). *Personality and Psychopathology*. Washington: American Psychiatric Press.
- Conselho Federal de Psicologia. (2016). *Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos — SATEPSI*. Recuperado de <http://satepsi.cfp.org.br>
- Coronato-Nunes, T., Silva-Fonseca, V.A., Ball, S., Seixas, A., Jean-Louis, G., Hirano, R.S., & Parrot, T.M. (2018). Borderline personality disorder: an adaptation of the Taiwan short version of the screening inventory into Brazilian Portuguese. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, *40*(1), 16-20.
- Cowdry, R.W., Pickar, D., & Davies, R. (1985). Symptoms and EEG findings in the borderline syndrome. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *15*, 201-2011.
- Cristea, I.A., Gentili, C., Cotet, C.D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of Psychoterapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, *74*(4), 319-328.
- Cunha, J.A. (2001). *EscalasBeck — manual*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Cunha, J.A., Heaton, R.K., Chelune, G.J., Talley, J., Kay, G.G., & Curtis, G. (2005). *Teste Wisconsin de classificação de cartas*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- De Paula, J.J., & Malloy-Diniz, L.F. (2015). O teste dos cinco dígitos. São Paulo, SP: Hogrefe — CETEPP.
- Ferreira, G.C.S., Sanches, R.F., Crippa, J.A.S., Mello, M.F., & Osório, F.L. (2018). Borderline Personality Disorder and bias in the recognition of facial expressions of emotion: a pathway to understand the psychopathology. *Archives of Clinical Psychiatry*, *45*(1), 7-11.
- Fonseca, R.P., Oliveira, C., Gindri, G., Zimmerman, N., & Reppold, C. Teste Hayling: um instrumento de avaliação de componentes das funções executivas. In C. S. Hutz (Org.). *Avaliação psicológica e neuropsicológica de crianças e adolescentes*. (Vol. 1, Cap. 13, pp. 337-364). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Fuentes, D., Malloy-Diniz, L., Camargo, C.H.P., & Consenza, R.M. (2014). *Neuropsicologia: teoria e prática*. (2a ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Fuentes, D., Tavares, H., Camargo, C.H.P., & Gorenstein, C. (2000). Inventário de temperamento e caráter de Cloninger – validação da versão em português. In Gorenstein, C., Andrade, L.H.S.G., Zuardi, A. W. (Orgs.), *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. (Vol. 1, Cap. 43, pp. 363-376). São Paulo, SP: Lemos-Editorial.
- Hagenhoff, M., Frazen, N., Koppe, G., Baer, N., Scheibel, N., Sammer, G., Gallhofer, B., & Lisa, S. (2013). Executive functions in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, *210*(1), 224-231.
- Joyce, P.R., Light, K.J., Rowe, S.L., Cloninger, C.R., & Kennedy, M.A. (2010). Self-mutilation and suicide attempts: relationships to bipolar disorder, borderline personality disorder, temperament and character. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, *44*(3), 250-257.
- Krause-Utz, A., Winter, D., Niedtfeld, I., & Schmahl, C. (2014). The latest neuroimaging findings in borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, *16*(3), 438.
- Linehan, M.M. (2010). *Terapia cognitivo-comportamental para o transtorno da personalidade borderline* (2a ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Linehan, M.M. (2018). *Treinamento de habilidades em DBT: Manual de terapia comportamental dialética para o terapeuta* (2a ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Macedo, B.B.D., Menezes, C.N.B.B., Gomes, J.M.A., Haes, C.V.W., & Jurueña, M.F. (2017). Consequências da personalidade borderline na adesão ao tratamento de dores crônicas. *Revista de Humanidades*, *32*(2), 193-203.
- Malloy-Diniz, L.F., Leite, W.B., Moraes, P.H.P., Correa, H., Bechara, A., & Fuentes, D. (2008). Brazilian Portuguese Version of the Iowa Gambling Task: transcultural adaptation and discriminant validity. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *30*(2), 144-148.
- Malloy-Diniz, L. F., Paula, J.J. de, Vasconcelos, A.G., Almondes, K.M. de, Pessoa, R., Faria, L., Coutinho, G., Costa, D.S., Duran, V., Coutinho, T.V., Correa, H., Fuentes, D., Abreu, N., & Mattos, P. (2015). Normative data of the Barrat Impulsiveness Scale 11 (BIS -11) for Brazilian adults. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *37*(3), 245-248.

- McClure, G., Hawes, D.J., & Dadds, M.R. (2016). Borderline personality disorder and neuropsychological measures of executive function: a systematic review. *Personality and Mental Health, 10*(1), 43-57.
- Menezes, C.N.B., Macedo, B.B.D., & Viana, C.K.S. (2014). A dor de ser borderline: revisão bibliográfica com base na terapia cognitivo comportamental. *Revista de Humanidades, 29*(2), 267-287.
- Moran, L.R., Kaplan, C., Aguirre, B., Galen, G., Stewart, J.G., Tarlow, N., & Auerbach, R.P. (2018). Treatment effects following residential dialectical behavior therapy for adolescents with borderline personality disorder. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health, 3*(2), 117-128.
- Nascimento, E. (2004). *Wais-III Escala Wechsler de Inteligência para Adultos* (1a ed.). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Nunes, C.H.S.S., Hutz, C.S., & Nunes, M.F.O. (2013). *Bateria Fatorial de Personalidade*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Nunes, C.H.S.S., Hutz, C.S., & Nunes, M.F.O. (2015). *APM - Matrizes Progressivas Avançadas de Raven*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Rey, A. (2014). *Figuras Complexas de Rey - Manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ruocco, A.C., & Carcone, D. (2016). A neurobiological model of borderline personality disorder: systematic and integrative review. *Harvard review of psychiatry, 24*(5), 311-29.
- Senhorini, M. C., Amaro Junior, E., De Melo Ayres, A., Simone, A., & Busatto, G.F. (2006). Phonemic fluency in Portuguese-speaking subjects in Brazil: ranking of letters. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 28*(7), 191-200.
- Soloff, P.H., Abranham K., Ramaseshan, K., Burgeress, A., & Diwadkar, V.A. (2017). Hyper-modulation of brain networks by the amygdala among women with Borderline Personality Disorder: Network signatures of affective interference during cognitive processing. *Journal of Psychiatric Research, 88*(1), 56-63.
- Spreen, O., & Strauss, E. *A Compendium of Neuropsychological Tests*. New York, NY: Oxford University. 1998.
- Stoffers-Winterling, J.M., Vollm, B.A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with Borderline Personality Disorder. *Cochrane Systematic Review, 15*(8).
- Trentini, C.M., Yates, D.B., & Heck, V.S. (2014). *WASI - Escala Wechsler Abreviada de Inteligência*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Unoka, Z., & Richman, M.J. (2016). Neuropsychological deficits in bpd patients and the moderator effects of co-occurring mental disorders: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 44*, 1-12.
- Wainer, R., Paim, K., Erdos, R., & Andriola, R. (2016). *Terapia Cognitiva Focada em Esquemas*. São Paulo, SP: Artmed.
- Weinbrecht, A., Niedeggen, M., Roepke, S., & Renneberg, B. (2018). Felling excluded no matter what? Bias in the processing of social participation in borderline personality disorder. *Neuroimage: Clinical, 19*, 343-350.
- Zelazo, P.D., & Muller, U. (2002). The Balance Beam in the Balance: Reflections on Rules, Relational Complexity, and Developmental Processes. *Journal of Experience Child Psychology, 81*, 458-461.

8 AVALIAÇÃO DA RESILIÊNCIA EM JOVENS COM RISCO DE SUICÍDIO

DJÚLIA CRISTINE PIEROZAN
JÉSSICA QUIRINO DIAS
TATIANA QUARTI IRIGARAY

Introdução

A resiliência e os pilares relacionados a ela relacionados ainda são fenômenos novos para a Psicologia. As pesquisas na área iniciaram a menos de cinco décadas, por isso, há muitas omissões e controvérsias conceituais, teóricas e metodológicas (Oliveira & Nakano, 2018). Conforme Oliveira, Reis, Zanelato e Neme (2008), a etimologia indica que a origem da palavra resiliência encontra-se no latim, *reillio*, que significa sofrer uma tensão e retornar ao estado inicial. Na área da saúde mental, essa terminologia refere-se à capacidade de o indivíduo ser flexível ao lidar com diferentes situações, respondendo a elas de modo positivo, mesmo que o afetem de algum modo (Santos, Carvalho, Silva, & Sales, 2018).

Atualmente, sabe-se que os comportamentos resilientes estão ligados ao ambiente e às relações sociais em que o indivíduo está inserido; conseqüentemente, não são algo rígido ou restrito à personalidade. Dessa forma, as ações humanas resultam da relação do sujeito com o meio, sendo estimuladas ou punidas pela sua cultura, pela sua história de vida e pelo seu momento atual. Além disso, tendo em vista aspectos cognitivos, as interpretações do sujeito acerca das suas vivenciadas irão determinar a forma como ele irá elaborar e enfrentar as situações, as quais derivam de sua construção psíquica, de sua rede de apoio social e de seus projetos de vida (Oliveira & Nakano, 2018).

O desenvolvimento da resiliência é dinâmico, envolvendo fatores sociais e intrapsíquicos de vulnerabilidade e proteção. Diferentemente da resiliência — que contempla o potencial individual para resistir às conseqüências negativas de situações estressantes ou de risco —, a vulnerabilidade caracteriza-se como a propensão para o surgimento de resultados negativos em algum momento do ciclo vital (Venicio & Daiuto, 2017). Sabe-se que indivíduos que se sentem vulneráveis apresentam maior propensão a ter comportamentos suicidas (CS), ou seja, a autoinfligir-se com a intenção de morrer (Wenzel, Brown, & Beck, 2010).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (*World Health Organization* [WHO], 2014), o suicídio é a segunda principal causa de mortes entre jovens de 15 a 29 anos, independentemente da classe econômica, além de ser uma das dez primeiras no mundo para todas as idades. Anualmente, o suicídio equivale à metade das mortes violentas entre homens e a quase três quartos entre as mulheres. Sabe-se que os índices de tentativas são de dez a vinte vezes maiores do que os de suicídio concretizado, gerando conseqüências diretas e indiretas a milhões de pessoas.

Para cada cultura e época, há uma distinção do valor e significado atribuídos ao suicídio. Entretanto, de uma forma generalista, os CS são vistos com uma conotação negativa, pois, principalmente em sociedades cristãs, judaicas e islâmicas — as quais consideram a vida como algo sagrado —, esse fenômeno é referido como um ato de profanação. Portanto, é bem provável que os índices de óbito por suicídio sejam ainda maiores do que indicam as pesquisas, pois muitos dos CS não são reconhecidos como tal, por diversas razões psicossociais (Botega, 2015).

O suicídio pode ser definido como uma violência autodirigida, voluntária e intencional (WHO, 2014), sendo dividido em três níveis: ideação suicida, tentativa suicida e suicídio consumado. A ideação suicida é constituída por pensamentos, crenças, imagens mentais, alucinações auditivas e/ou planejamentos de terminar intencionalmente com a própria vida. Assim, pode sinalizar uma futura tentativa de suicídio, caracterizada como um

ato autoinfligido, não fatal, mas potencialmente danoso. Por sua vez, o suicídio consumado é o ato concretizado, a morte (Botega, 2015).

Cabe ressaltar que indivíduos que idealizam ou tentam tirar a própria vida não desejam morrer, mas, sim, eliminar o sofrimento (Botega, 2015). Para Venicio e Daiuto (2017), o suicídio deve ser considerado como um problema de saúde pública, pois além de possuir elevadas taxas de concretização, não atinge apenas o indivíduo em si, mas também o sistema em que este está inserido.

Para prevenir atos suicidas, precisa-se de atuações no âmbito social, familiar e profissional, as quais devem ser voltadas para o aperfeiçoamento de métodos que estimulem a qualidade de vida e aumentem o valor social. Por isso, é indispensável a priorização de planejamentos e implementações de programas que visem à vida. Estes devem ser fortemente divulgados para proporcionar à população o conhecimento acerca do tema e incentivá-la a aderir às estratégias de enfrentamento (Venicio & Daiuto, 2017).

Devido ao aumento nos índices de mortalidade por suicídio entre jovens, esse fenômeno necessita de atenção especial por parte dos profissionais da área da saúde mental. Por isso, ao longo deste capítulo, discorrer-se-á, por meio de uma revisão narrativa, sobre os instrumentos existentes para avaliação do grau de resiliência em jovens com CS. Será explorada a epistemologia do suicídio, da resiliência e de seus pilares, abordando o perfil sociodemográfico, os fatores de risco e de proteção dos CS. Espera-se que este capítulo possa auxiliar os profissionais no que tange ao manejo com pacientes suicidas, bem como fomentar a elaboração de ações preventivas, discussões e pesquisas posteriores.

A resiliência e seus pilares

A resiliência deve ser averiguada de forma temporal por meio de um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos. Esse fenômeno está relacionado ao estresse, pois refere-se à maneira como o indivíduo enfrenta, supera e se fortalece após experiências de adversidades. Em outras palavras, a resiliência nada mais é do que o desenvolvimento habitual do sujeito perante condições difíceis (Santos et al., 2018).

Cada indivíduo terá uma resposta diferente ao risco, por isso há uma variação do processo de resiliência, uma vez que as ações humanas estão ligadas às interpretações subjetivas acerca do evento. Assim, a resiliência resulta de uma superação frente a situações adversas, ou seja, é uma habilidade para responder positivamente a um trauma, mesmo que este tenha marcado sua vida (Oliveira & Nakano, 2018).

Melillo, Estamatti e Cuestas (2002) descrevem quais são as características de um indivíduo com resiliência. Para eles, uma pessoa resiliente possui temperamento e condutas vitais positivas, baixa suscetibilidade, resistência à destruição, adaptabilidade, enfrentamento efetivo e habilidades cognitivas.

Por meio de estudos com crianças, Edith Grotberg constatou que características ou condutas resilientes derivam da interação de quatro suportes e recursos internos, os quais denominou de: “eu tenho”, “eu sou”, “eu estou” e “eu posso” (Infante, 2005). Cada uma dessas áreas agrupa aspectos resilientes, sendo assim, serão explicitadas, no Quadro 1, as características desses quatro suportes e recursos internos, as quais foram baseadas no modelo de resiliência de Edith Grotbert.

Quadro 1

Modelo de resiliência de Edith Grotberg

	Características
--	-----------------

Eu tenho pessoas que... Confio e me amam;
Me põem limites quando necessário;

São meus modelos comportamentais;
Estimulam a minha independência;
Me auxiliam quando estou doente, em perigo ou precisando ser ensinado;

Eu sou uma pessoa... Admirável;
Atenciosa;
Respeitosa;
Capaz de adquirir conhecimento;
Agradável e comunicativa;

Eu estou disposta a... Assumir a responsabilidade de meus atos;
Ser otimista em relação ao futuro;
Reconhecer e expressar minha tristeza estando segura que possuo apoio social;
Estar cercada de pessoas que me admiram;

Eu posso... Verbalizar meus medos e incômodos;
Buscar alternativas para resolver os problemas;
Ter controle sob minha vontade de fazer algo errado ou perigoso;
Solicitar ajuda quando precisar;
Encontrar alguém que me ajude quando necessito;
Cometer erros sem perder o carinho dos outros;
Sentir e expressar afeição;

Fonte: Grotberg, E.H. (2005). Introdução: novas tendências em resiliência. In A. Melillo & E.N.S. Ojeda (Orgs.). *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas* (pp.19-30). Porto Alegre: Artmed.

Grotberg (2008) aponta que não é necessário o indivíduo apresentar todos os quatro níveis para ser resiliente, porém ele precisa ter pelo menos mais de um. A autora também refere que, quando as pessoas enfrentam seus conflitos, passam a adquirir benefícios, como aprender com a experiência, avaliar seus danos e dos outros bem como identificar os avanços em sua qualidade de vida e bem-estar (Grotberg, 2005). No ano de 1993, Steven J. Wolin e Sybil Wolin realizaram um estudo acerca dos aspectos que poderiam auxiliar os indivíduos a terem um melhor enfrentamento de situações estressoras. Para isso, eles analisaram a validade de seu modelo teórico junto a um grupo de crianças que viveram em famílias conflituosas (Cardoso & Martins, 2013). No Quadro 2, foram descritos os fenômenos averiguados pelos autores e suas respectivas definições.

Quadro 2

Modelo dos aspectos resilientes de Steven J. Wolin e Sybil Wolin

Aspecto Resiliente	Definição
Insight	Reflexão sobre si e a exposição de uma resposta honesta;
Independência	Estabelecer limites entre si mesmo e um ambiente com problemas, conseguindo manter-se distante emocional e fisicamente, mas sem se isolar;
Relacionamento	Estabelecer laços interpessoais com o objetivo de equilibrar sua própria necessidade de afeto;
Iniciativa	Realizar tarefas que exigem mais de suas capacidades para alcançar seus objetivos;
Humor	Achar graça em sua própria tragédia;
Criatividade	Criar ordem, beleza e finalidade a partir do caos e da desordem;

Moralidade Conseguir diferenciar o lado bom e mau dentro da família e estender para a humanidade, equilibrando o desejo pessoal com as regras da sociedade, sem prejudicar os outros;

Nota. Cardoso, & Martins (2013). Escala dos Pilares de Resiliência (EPR). São Paulo, SP: Vetor Editora.

Já em 1997, Ojeda apresentou o modelo “Pilares da Resiliência”, gerado a partir de um experimento com crianças e adolescentes. Ele analisou os sete fenômenos identificados por Steven J. Wolin e Sybil Wolin, além da característica “Autoestima”, pois acreditava que esta seria importante para os sujeitos da amostra enfrentarem as diferentes situações conflituosas. Para Ojeda, a autoestima desenvolve-se por meio dos cuidados afetuosos dos sujeitos que desempenham os papéis maternos e paternos. Além de acrescentar esse novo aspecto, o pesquisador também renomeou dois fenômenos, os quais serão ilustrados no Quadro 3. Cabe salientar que os Pilares de Resiliência são a base para se viver em sociedade, pois tornam as pessoas capazes de enfrentarem situações adversas (Cardoso & Martins, 2013). Complementando os estudos já realizados acerca dos Pilares da Resiliência, Mellino, em 2008, analisou a necessidade de denominar a “Capacidade de Pensamento Crítico” como outro pilar. Esse fenômeno refere-se à vontade do bem-estar pessoal e à capacidade de comprometer-se com valores (Cardoso & Martins, 2013). Para melhor análise, o Quadro 3 visa realizar um comparativo entre os pilares encontrados por S. J. Wolin e S. Wolin, Ojeda e Melillo. A notória diferença do primeiro modelo para os últimos dois é a modificação de duas nomenclaturas (Introspecção e Capacidade de se Relacionar) e o acréscimo de dois pilares (Autoestima e Capacidade de Pensamento Crítico).

Quadro 3

Comparação entre os três modelos

Wolin & Wolin	Ojeda	Melillo
Insight	Introspecção	Introspecção
Independência	Independência	Independência
Relacionamento	Capacidade dese relacionar	Capacidade de se relacionar
Iniciativa	Iniciativa	Iniciativa
Humor	Humor	Humor
Criatividade	Criatividade	Criatividade
Moralidade	Moralidade	Moralidade
	Autoestima	Autoestima
		Capacidade de Pensamento Crítico

Fonte: Cardoso, T. & Martins, M.C.F. (2013). *Escala dos Pilares de Resiliência (EPR)*. São Paulo: Vetor Editora.

Analisar esses modelos teóricos possibilita um entendimento acerca do conceito de resiliência e das suas características. Dessa forma, neste momento, é necessário compreender os fatores de proteção e de risco, pois esses fenômenos podem favorecer ou desfavorecer o indivíduo a ter pensamentos e comportamentos resilientes.

Fatores de proteção e de risco para CS

Para Santos et al. (2018), sofremos constantemente influências psicológicas, ambientais e biológicas, as quais podem gerar respostas positivas ou negativas por parte do sujeito. Devido à subjetividade humana e ao fato de estarmos em um contínuo desenvolvimento individual e social, os fatores de proteção e risco devem ser vistos como um processo. Dependendo do período e da circunstância, esses fatores serão operados de maneiras distintas.

Os fatores protetivos são aqueles que favorecem um resultado positivo e reduzem danos ao sujeito ou a um grupo (Santos et al., 2018). Eles possibilitam fortalecimento para lidar com adversidades, considerando sempre as características individuais da pessoa e a especificidade do evento em si (Infante, 2005). O indivíduo pode adquirir e desenvolver mecanismos de proteção a partir de qualquer relação com o ecossistema em que está inserido, incluindo família, indivíduo, comunidade e sociedade (Santos et al., 2018). As experiências positivas que enaltecem sentimentos de autoeficácia, autonomia e autoestima, auxiliando no manejo de mudanças e na resolução de problemas, são consideradas fundamentais para a construção da resiliência (Rutter, 1987).

Estudos salientam que a presença de uma rede de apoio é um fator protetivo muito importante. Seguindo essa linha de raciocínio, crianças resilientes são seguramente apegadas, pois o apego seguro faz parte do processo de resiliência devido ao modelo interno hipotético da relação maternal (Venicio & Daiuto, 2017). A WHO (2014) menciona fatores protetivos para prevenir CS, visando proporcionar estratégias a favor da vida. Essa organização refere o apoio comunitário, o acompanhamento biopsicossocial (biológico, psicológico e social) e a qualificação dos profissionais da saúde como fundamentais para se combater o suicídio. Ademais, através do incentivo de fatores protetivos, pode-se reforçar a prevenção dos CS com fortes relações pessoais, com estratégias positivas de enfrentamento e com a busca e manutenção de um tratamento adequado.

As vivências de eventos negativos desencadeiam diferentes respostas nos indivíduos, as quais podem ser eficientes ou expô-los a riscos. A conduta do sujeito frente a uma circunstância adversa dependerá da sua vulnerabilidade. Essas condutas são regidas a partir de seus desencadeadores pessoais e influenciadores biológicos (Venicio & Daiuto, 2017). Em consequência às variações individuais, uma mesma situação estressora será vivenciada de diferentes formas por um determinado grupo de pessoas. Para algumas delas, esse evento poderá ser um fator de risco, caso as prejudique quanto a terem uma adaptação positiva como resultado (Santos et al., 2018).

Pesquisas comprovam que há várias circunstâncias ambientais que podem elevar os índices de CS. Situações traumáticas no decorrer da vida, abusos sexuais, conflitos familiares, influência dos meios de comunicação e informações, questões geográficas e exposição a diversos tipos de violências são alguns fatores que aumentam as chances de atos suicidas (Botega, 2015).

Atualmente, as violentas práticas de *bullying* e *cyberbullying* vêm ocasionando, principalmente em jovens, um forte abalo emocional. Esses dois termos são oriundos do inglês e ainda não possuem uma tradução em português. Porém, pode-se defini-los como atos de agressões intencionais sem motivação aparente, que acontecem repetidamente e em um determinado período de tempo. A diferença entre esses dois fenômenos é que o *cyberbullying* decorre de atos agressivos realizados por meio de tecnologias de informação e comunicação. Cabe informar que há uma hierarquia de poder e força, física ou psicológica, entre o agressor e a vítima. Essas agressões afetam o bem-estar físico e psíquico das vítimas, as quais desenvolvem sentimentos de desespero e frustração. E, em casos extremos, alguns jovens recorrem a CS para acabarem com o sofrimento (Araújo & Caldeira, 2018).

Seguindo essa lógica, os autores Santos, Carvalho, Silva e Sales (2018) trouxeram, em seu estudo, que a violência urbana impacta na saúde coletiva, interferindo no comportamento social. Esse grave problema de segurança pública aumenta o número de

indivíduos com doenças emocionais e psicológicas, já que muitos brasileiros não possuem habilidades e estratégias para lidar com adversidades cotidianas.

No que diz respeito a aspectos biológicos, o nível de concentração do hormônio serotonina influencia no que tange aos fatores de proteção ou de risco, pois atua na regulação do humor, sono, apetite, entre outros (Venicio & Daiuto, 2017). A WHO (2014) menciona que a carga genética é um predisponente para o suicídio, pois indivíduos com histórico familiar de CS possuem altas chances de vir a ter essas condutas. Além disso, essa organização também informa que perdas significativas e prévias tentativas de suicídio são fatores de risco.

Pessoas com transtornos psiquiátricos também fazem parte desse grupo de risco, sendo a depressão um dos maiores agravantes para o surgimento dos CS (Botega, 2015). Indivíduos em quadros depressivos tendem a manter padrões cognitivos e emocionais negativos, podendo ter ou não ideias ou desejo de tirar a própria vida, podendo vir ou não a cometer o ato efetivamente (Oliveira & Nakano, 2018). Salienta-se que, geralmente, a depressão possui comorbidade com dependência química (*American Psychological Association* [APA], 2014). Esse fator aumenta consideravelmente os índices de suicídio, impulsividade e agressividade (Peuker, Rosemberg, Cunha & Araujo, 2010), pois o uso de drogas substâncias altera a capacidade de tomar decisões, atingindo, conseqüentemente, a produção da memória e potencializando comportamentos desadaptativos (APA, 2014).

O entendimento acerca da relação entre atos impulsivos e suicídio acaba sendo prejudicado devido a muitos pesquisadores não concordarem entre si quanto à definição de impulsividade. Para alguns, os comportamentos impulsivos não estariam ligados à desesperança, pois, geralmente, esses sujeitos tendem a ter baixa tolerância à frustração. Este fato não condiz com a comunicação da tentativa de suicídio, pois há um pedido de ajuda para as pessoas que estão em seu convívio (Wenzel, Brown & Beck, 2010).

Outro fator de risco para CS é o sexo, pois, em comparação aos homens, a frequência de tentativas de suicídio entre mulheres é três vezes maior, porém o índice de suicídio consumado é cinco vezes maior em pessoas do sexo masculino. Essa diferença sexista deve-se ao instrumento utilizado, pois os homens empregam métodos mais letais (armas de fogo e enforcamento), enquanto as mulheres, métodos mais brandos (medicamentos ou outras formas de intoxicação). A escolha dos métodos está relacionada com a disponibilidade, aceitação cultural, letalidade e a fantasia de morte (Botega, 2015).

Para esse mesmo autor, indivíduos que possuem orientação homossexual ou bissexual, que estão desempregados ou com dificuldades financeiras, ou que pertencem a etnias minoritárias também estão inseridos em grupos de risco para CS (Botega, 2015). No Brasil, grande parte da população encontra-se em situação de alta vulnerabilidade social (Prestes & Paiva, 2016). Dentre essa parcela, tem-se a maioria das mulheres negras, pois vivenciam, com frequência, discriminações raciais e sexistas, tendo, conseqüentemente, seus direitos humanos violados. Esse fato gera-lhes um grande sofrimento psíquico, pois influencia negativamente no acesso à saúde, à educação, ao trabalho, à cultura, ao bem-estar social, à justiça, à moradia e à informação (Prestes & Paiva, 2016).

Em relação a fatores cognitivos, geralmente pessoas que apresentam *deficit* em resolução de problemas utilizam-se de estratégias ineficazes de enfrentamento, como agressividade e hiperatividade. Nesses casos, há também uma predisposição para uso de drogas, desenvolvimento de sintomas depressivos e ansiosos, dificuldades nas relações interpessoais e baixa autoestima. Por isso, a regra dos cinco “D’s” (desespero, desesperança, desamparo, depressão, dependência química e delirium) pode auxiliar os profissionais a identificarem o risco de suicídio no paciente, já que, quanto mais critérios este preencher, maior a probabilidade de tentar pôr fim à própria vida (Botega, 2015).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) possui um modelo teórico que abrange a avaliação e o tratamento do suicídio, entendendo que os CS surgem a partir da cognição, da emoção, do comportamento e da motivação, sendo ativados por um agravante externo (situação gatilho). Mede-se a probabilidade de o indivíduo vir a tentar o suicídio por meio da sua vulnerabilidade e da severidade quanto à compreensão da situação gatilho.

Geralmente, há um valor negativo vinculado à situação, podendo aumentar as chances de o sujeito repetir o comportamento quando exposto a um evento semelhante (Wenzel, Brown, & Beck, 2010).

Para essa abordagem cognitiva, o comportamento autodestrutivo seria um reflexo dos sentimentos de abandono e desesperança frente às expectativas de um futuro positivo. Devido à baixa autoestima em seus recursos pessoais e por causa da superestimação das dificuldades, esses indivíduos não conseguem enxergar a solução para os problemas (Botega, 2015). Dessa forma, como consequência do sentimento de incapacidade para enfrentar os problemas, alguns desses sujeitos podem ver o suicídio como a única estratégia para solucionar a problemática (Freitas & Borges, 2014).

Para Venicio e Daiuto (2017), quanto maior o número de fatores de risco a que o indivíduo estiver exposto, maior será a sua predisposição a CS. Por outro lado, quanto mais fatores de proteção ele tiver, mais resiliente e protegido estará. A partir do exposto acima, pode-se referir que a resiliência pode ser um grande fator protetivo para o risco de suicídio, pois pessoas resilientes conseguem enfrentar situações difíceis de forma esperançosa e criativa (Silveira & Mahfoud, 2008). Por isso, entende-se como essencial avaliar os processos resilientes em indivíduos com CS, já que assim se pode ter uma compreensão mais fiel do grau de letalidade.

Instrumentos para a avaliação da resiliência

A seguir, serão explanados dois instrumentos existentes para avaliação do grau de resiliência. A Escala de Pilares de Resiliência (EPR) pode ser utilizada no Brasil, porém o *Inventario de Resiliencia ante el Suicidio* (SRI-25) é internacional.

A EPR visa avaliar a resiliência de acordo com os pilares que compõem a estrutura de cada sujeito. Pode ser utilizada em adultos com idade igual ou superior a 18 anos, os quais necessitam estar cursando, no mínimo, o ensino fundamental. Por ser autoadministrável, o próprio examinando pode respondê-la, e a aplicação pode ser realizada de forma individual ou coletiva. Há plataforma *online* para a correção, a qual é realizada de acordo com a marcação das respostas acerca de cada uma das subescalas, sendo registrada no Livro de Avaliação (Cardoso & Martins, 2013).

A EPF é composta por noventa itens agrupados em onze subescalas: Aceitação Positiva de Mudança, Autoconfiança, Autoeficácia, Bom Humor, Controle Emocional, Empatia, Independência, Orientação Positiva para o Futuro, Reflexão, Sociabilidade e Valores Positivos. Por meio desse instrumento, podem-se identificar as características resilientes do avaliado, constatando quais delas são mais ou menos desenvolvidas, principalmente diante de adversidades (Cardoso & Martins, 2013).

Para a elaboração da EPR, as autoras utilizaram-se de uma amostra com 822 participantes, de ambos os sexos, entre 18 e 68 anos, com escolaridades variadas (do fundamental incompleto à pós-graduação). Os resultados encontrados foram que o fator escolaridade não influencia na conduta resiliente dos sujeitos da amostra. Constatou-se que, em relação às mulheres, quando mais idade, maior a média nas subescalas. Entretanto, nos homens, as médias das subescalas não se diferenciaram estatisticamente. Esse instrumento é de uso exclusivo para psicólogos, ou seja, profissionais de outras áreas não podem aplicá-lo. Além disso, A EPR possui uso favorável para a população brasileira (Cardoso & Martins, 2013).

Já o SRI-25 é de uso internacional, sendo utilizado fora do Brasil apenas em sua versão original. Foi desenvolvido para a avaliação da resiliência frente ao suicídio de jovens e adultos. Por meio desse instrumento, busca-se averiguar a habilidade do sujeito em se opor voluntariamente ao CS, mesmo que esteja exposto a fatores de risco. A SRI-25 auxilia no manejo clínico, pois antecipa, ao profissional, informações relevantes quanto a um possível risco de suicídio. Dessa forma, o profissional pode escolher técnicas capazes de

auxiliar o paciente a combater os CS (Osman, Gutiérrez, Muehlenkamp, Dix-Richarson, Barrios, & Kopper, 2004 citado por Prieto & Tavares, 2007).

A SRI-25 foi adaptada na Colômbia, tendo em sua amostra 573 participantes, os quais eram do ensino médio e superior das instituições da cidade de San Juan de Pasto (Villalobos-Galvis, Ojeda, & Rivera, 2012). Essa escala foi organizada a partir de três fatores: proteção interna (atributos pessoais, crenças e sentimentos positivos sobre si e satisfação com a própria vida), estabilidade emocional (reflexão acerca das próprias habilidades cognitivas e CS, em situações estressantes) e proteção externa (habilidades para buscar recursos sociais) (Osman et al., 2004).

Por meio de uma pesquisa realizada com a SRI-25, constatou-se que a resiliência está relacionada a fatores positivos, como autoestima, apoio social, resolução de problemas e razões para viver. Entretanto, quando o indivíduo possui desesperança, depressão e ideação suicida, entende-se que está em risco. Averiguou-se que a escolaridade pode contribuir para a proteção de CS, pois jovens com os níveis de estudo mais elevados tiveram um maior índice de resiliência antes do suicídio (Villalobos-Galvis, Ojeda, & Rivera, 2012).

Instrumentos para a avaliação de CS

Para proporcionar ao leitor um conhecimento amplo sobre o tema deste capítulo, serão elucidados, a seguir, instrumentos que contribuem para a avaliação de CS. É importante que os profissionais da saúde mental possuam um dado mais preciso acerca da letalidade dos CS de seu paciente, pois assim saberão qual a melhor atitude a ser tomada para protegê-lo com êxito.

Partindo da necessidade de ter um instrumento que mensurasse o grau de seriedade dos CS, o Psiquiatra Aaron Beck desenvolveu a Escala de Ideação Suicida para proporcionar, aos profissionais da saúde mental, uma melhor avaliação. No Brasil, esse recurso pode ser aplicado em indivíduos de 17 a 80 anos, os quais devem responder a afirmações de acordo com uma escala *likert* de 0 a 3. Por meio dessa escala, pode-se detectar a presença de ideação suicida, a intensidade da motivação e os planos relativos ao suicídio, pois analisam-se a frequência e duração dos pensamentos suicidas, os sentimentos, o desejo de viver e morrer, os obstáculos ao suicídio e a disponibilidade de métodos letais (Wenzel, Brown, & Beck, 2010).

A escala PANSI (*Positive and Negative Suicide Ideation*) também pode ser utilizada em pacientes com CS. Esse instrumento é de autorrelato e auxilia diretamente na investigação de indicadores de risco e proteção frente ao suicídio. A PANSI é composta por catorze itens, aos quais o avaliado deve responder, através de medidas *likert* (de 1 a 5 pontos), tendo como referência de tempo as últimas duas semanas, incluindo o dia da avaliação (Osman, Gutierrez, Kopper, Barrios, & Chiro, 2002).

Objetivando-se a criação de uma ferramenta para avaliação breve, a escala S-STS (*Sheehan — Suicidality Tracking Scale*) foi desenvolvida para mensurar mudanças comportamentais e ideações suicidas. Esse instrumento é composto por dezesseis itens que avaliam a gravidade dos CS em uma escala *likert* de 0 a 4 (Sheehan, Guiddens, & Sheehan, 2014).

Patterson, Dohn, Bird e Patterson (1983) desenvolveram a escala SAD (*SAD Pearson Scale*). Esse instrumento foi elaborado a partir dos dez principais fatores de risco; sendo assim, auxilia na avaliação de uma provável tentativa de suicídio. Por fim, o instrumento C-SSRS (*Columbia — Suicide Severity Ideation*) foi projetado com o objetivo de distinguir os domínios da ideação e dos CS. A C-SSRS é composta por quatro subescalas, que devem ser respondidas por meio da escala *likert* de 1 a 5. Esse instrumento avalia a gravidade e a intensidade da ideação, o comportamento do avaliado e a letalidade do CS (Posner, Brown, Stanley, Brent, Yershova, Oquendo, Currier, Melvin, Greenhill, Shen, & Mann, 2011).

Considerações finais

Constatou-se que há influenciadores biológicos, psicológicos e ambientais para comportamentos resilientes e suicidas, os quais podem ser protetivos ou de risco. Entretanto, observou-se que a resiliência pode ser um grande fator protetivo para CS, pois indivíduos resilientes serão mais flexíveis para lidar com situações difíceis, uma vez que possuem mais habilidades para enxergar soluções e para se recuperar positivamente do sofrimento.

No Brasil, as taxas de mortes por suicídio são altíssimas. Entre 2007 e 2016, foram registrados 106.374 óbitos, alcançando, em 2016, o índice de 5,8 por 100 mil habitantes (Brasil, 2018). Dessa forma, pesquisas acerca destes dois temas — resiliência e suicídio — representam uma alternativa de proteção à vida; ou seja, a elaboração de novas ferramentas para mensurar as condutas resilientes e suicidas poderiam prevenir mortes causadas por suicídio.

Cabe destacar a importância de os profissionais da saúde mental conhecerem os riscos e os devidos manejos com pacientes suicidas. Além disso, os profissionais precisam saber identificar as fortalezas individuais de seu paciente, pois, em um momento de crise, este poderá utilizá-las como um recurso para evitar o suicídio.

No que se refere a limitações acerca da constatação de instrumentos para a avaliação de condutas resilientes nos indivíduos, percebeu-se que ainda há poucos estudos, tanto no âmbito nacional como internacional. Até o momento, há apenas as escalas EPR e SRI-25, sendo que apenas uma delas pode ser utilizada em território brasileiro. A avaliação de CS vem sendo pesquisada há mais anos, devendo-se provavelmente a esse fato a disponibilidade de mais instrumentos voltados para esse tema. Esses recursos contribuem para o manejo clínico de pacientes com CS, pois possibilitam que os profissionais alterem suas intervenções.

Infelizmente, no Brasil, ainda não há nenhum instrumento psicológico que possibilite a avaliação de condutas resilientes em indivíduos com CS. Por isso, os assuntos foram trabalhados de maneira independente. Faz-se, assim, necessário o estímulo de novas pesquisas acerca desses temas, de forma uniforme, já que a resiliência pode ser uma excelente aliada na prevenção e proteção a novos casos de suicídio. Ressalta-se a necessidade da estimulação de ações nos âmbitos sociais, familiares e profissionais, o que possibilitará o desenvolvimento de estratégias a favor da saúde mental dos indivíduos. Para que isso ocorra, precisa haver, por parte de profissionais, pesquisadores e governo, atitudes que proporcionem atenção e preocupação em relação à qualidade de vida da população e que aumentem o significado do valor social. Assim, haverá estratégias mais efetivas para reduzir os índices de mortalidade por CS.

Pela perspectiva da Psicologia, elucida-se também a importância do processo terapêutico a indivíduos que estão apresentando CS. A TCC, abordagem já citada anteriormente, trabalha visando combater crenças de desesperança, desespero e desamparo. Se o terapeuta alinhar seu entendimento cognitivo-comportamental aos aspectos teóricos da resiliência, possibilitará um tratamento rico e coeso ao paciente, pois trabalhará em busca do fortalecimento de seus pilares de resiliência e da ampliação de seus recursos sociais.

Referências

American Psychological Association (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 5. ed. Porto Alegre, RS: Artmed

Araújo, J.D.O., & Caldeira, M. do R. (2018). Bullying e Cyberbullying: Ameaça ao bem-estar físico e mental dos adolescentes. *AdolesCiência - Revista Júnior de Investigação*, 5(1), 6-11.

Botega, N.J. (2015). Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre, RS: Artmed.

Brasil. Ministério da Saúde (2018). *Novos dados reforçam a importância da prevenção do suicídio*. Recuperado de <http://portals.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44404-novos-dados-reforcam-a-importancia-da-prevencao-do-suicidio>

Cardoso, T., & Martins, M.C.F. (2013). *Escala dos Pilares de Resiliência (EPR)*. São Paulo: Vetor Editora.

- Freire, S.D. (2012). Implicações práticas no tratamento psicoterápico da dependência química. In M.S. Oliveira, I. Andretta. *Manual prático de terapia cognitivo-comportamental* (pp. 389-401). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Freitas, A.P.A., & Borges, L.M. (2014). Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. *Estud. psicol., 14*(2), 560-577.
- Grotberg, E.H. (2005). Introdução: novas tendências em resiliência. In A. Melillo & E.N.S. Ojeda (Orgs.). *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas* (pp.19-30). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Grotberg, E.H. (2008). Adolescentes contra la violencia: el poder de la resiliencia. In A. Melillo & E.N.S. Ojeda (Orgs.). *Resiliencia y subjetividad los ciclos de la vida* (pp.155-171). Buenos Aires: Paidós.
- Infante, F. (2005). A resiliência como processo: uma revisão da literatura recente. In A. Melillo & E.N.S. Ojeda (Orgs.). *Resiliencia: descobrindo as próprias fortalezas*. (pp. 23-38). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Melillo, A., Estamatti, M., & Cuestas, A. (2002). Algunos fundamentos psicológicos del concepto de resiliencia. In A. Melillo, & E.N.S. Ojeda (Orgs.). *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas* (p.83-102). Buenos Aires: Paidós.
- Oliveira, M.A., Reis, V.L., Zanelato, L.S., & Neme, C.M.B. (2008). Resiliência: análise das publicações no período de 2000 a 2006. *Psicologia: ciência e profissão, 28*(4), 1414-9893.
- Oliveira, K.S., & Nakano, T.de C. (2018). Resiliência em Psicologia: revisão do cenário científico brasileiro. *Psicol. Pesqui. 12*(1), 1-11.
- Osman, A., Barrios, F.X., Gutierrez, P.M., Wrangham, J.J, Kopper, B.A., Truelove, R.S., & Linden, S.C. (2002). The positive and negative ideation (PANSI) inventory: psychometric evaluation with adolescent psychiatric inpatient samples. *Journal of personality assessment, 79*(3), 512-530.
- Osman A., Gutiérrez P.M., Muehlenkamp J.J., Dix-Richarson F., Barrios F.X., & Kopper B. A. (2004). Suicide Resilience Inventory-25: development and preliminary psychometric properties. *Psychol Rep., 94*(3), 1349-60
- Patterson, W.M., Dohn, H.H., Bird, J., & Patterson, G.A (1983). Evaluation of suicidal patients: the SAD Pearsons scale. *Psychosomatics, 24*(4), 343-345, 348-349.
- Peuker, A.C., Rosemberg, R., Cunha, S.M., & Araujo, L.B. (2010). Fatores associados ao abuso de drogas em uma população clínica. *Paidéia 20*(46), 165-173.
- Prestes, C.R.S., & Paiva, V.S.F. (2016). Abordagem psicossocial e saúde de mulheres negras: vulnerabilidades, direitos e resiliência. *Saúde e Sociedade 25*(3), 673-688.
- Prieto, D.Y.C., & Tavares, M. (2007). *Indicadores de proteção e de risco para suicídio por meio de escalas de auto-relato* (Tese de Doutorado). Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil.
- Posner, K., Brown, G.K., Stanley, B., Brent, D.A., Yershova, K.V., Oquendo, M.A., Currier, G.W., Melvin, G.A., Greenhill, L., Shen, S., & Mann, J.J. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Initial Validity and Internal Consistency Findings from Three Multisite Studies with Adolescents and Adults. *Am J Psychiatry, 168*, 1266-1277.
- Santos, A.L., Carvalho, L.S. de, Silva, S.I.S.R., & Sales, R.L. (2018). Diálogos entre Psicologia e Sociedade: Resiliência, uma forma de lidar com a violência urbana. *Cardernos de Graduação 4*(3), 105-120.
- Seligman, M.E.P. (2011). Transformando o trauma em crescimento. In M.E.P. Seligman, *Florescer: uma nova compreensão sobre a natureza da felicidade e do bem-estar* (pp. 169-200). Rio de Janeiro, RJ: Objetiva.
- Sheehan, D.V., Giddens, J.M., & Sheehan, I.S. (2014). Status Update on the Sheehan-Suicidality Tracking Scale (S-ST5) 2014. *Innovations in clinical neuroscience: a peer-reviewed journal providing evidence-based information, 11*(9-10), 93-140.
- Silveira, D.R., & Mahfoud, M. (2008). Contribuições de Viktor Emil Frankl ao conceito de resiliência. *Estudos de Psicologia, 25*(4), 567-576.
- Valdebenito, E., Loizo, J. M., & García, O.M. (2008). La resiliencia en familiares de personas detenidas-desaparecidas durante la dictadura militar em la Provincia de San Luis. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidade de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Villalobos-Galvi, F.H., Ojeda, C.A., & Rivera, F.D.R. (2012). Adaptación del Inventario de Resiliencia ante el Suicidio (SRI-25) en adolescentes y jóvenes de Colombia (2012). *Rev. Panam Salud Publica, 31*(3), 233-9.
- Venicio, R.H., & Daiuto, P.R. (2017). O papel da resiliência na prevenção do suicídio. *Revista UNINGÁ Review, 29*(2), 104-109.
- Wenzel, A., Brown, G.K., & Beck, A.T. (2010). *Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- World Health Organization (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1

9 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA/NEUROPSICOLÓGICA DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

SABRINA MARTINS BARROSO
PATRÍCIA PAIVA CARVALHO
MARK DREW CROSLAND GUIMARÃES

Introdução

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) emergiu como uma nova classificação nosológica no início da década de 1980. A Aids é uma manifestação clínica da infecção pelo Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV). Esse vírus destrói os linfócitos T-CD4 (CD4), que exercem papel central na imunidade celular. A constante redução desses linfócitos, que ocorre com a progressão da doença, leva a um colapso na imunidade celular, tornando as pessoas que vivem com HIV/Aids vulneráveis a infecções e neoplasias associadas, que podem levar à morte (Clifford & Ances, 2013).

A Aids representa um desafio mundial de saúde pública (Clifford & Ances, 2013; Sepúlveda & Murray, 2014) devido ao seu impacto devastador e pandêmico. Em 2017, havia aproximadamente 36,7 milhões de pessoas infectadas com HIV no mundo, sendo que 95% delas se concentravam nos países em desenvolvimento (*Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*, UNAIDS, 2016). Até 2017 foram registradas um milhão de mortes relacionadas à Aids em todo o mundo. No Brasil, desde o início da infecção, em 1980, até junho de 2017, foram registrados 882.810 casos de Aids. Desses, 65,3% foram homens, e 34,7%, mulheres (UNAIDS, 2018).

A infecção pelo HIV/Aids apresenta amplo espectro de apresentações clínicas e diferentes fases. A fase inicial, chamada de aguda, abarca as primeiras semanas após a infecção e representa a etapa com maior potencial para transmissão do vírus. Essa fase também se caracteriza pela frequência de resultados falso-negativos no exame sorológico. Finda a etapa aguda, a pessoa entra na fase de latência clínica. Nesse período, o HIV está ativo, mas multiplica-se em níveis baixos, possibilitando que a contagem de CD4 permaneça acima de 350 células/mm³ de sangue e que a pessoa infectada permaneça assintomática (Brasil, 2018a). Contudo, como o sistema imunológico continua sob ataque constante do HIV, os níveis de CD4 são reduzidos a menos de 200 células/mm³ de sangue. Nesse momento, a Aids se estabelece e, com ela, surgem infecções oportunistas e neoplasias associadas ao HIV (*Disease Control and Prevention*, CDC, 2018).

Nas décadas de 1980 e 1990, a expectativa de vida de uma pessoa vivendo com HIV/Aids restringia-se a meses ou a poucos anos. Porém, com a adoção de exames precoces de identificação, com a evolução do tratamento e sua distribuição de forma mais ampla para a população, houve uma diminuição relevante da morbimortalidade relacionada ao HIV/Aids (Maich, 2012), das internações hospitalares e da incidência de infecções oportunistas, possibilitando o aumento da expectativa de vida das pessoas infectadas e melhora de sua qualidade de vida (Catunda, Seidl, & Lemétayer, 2016).

Guimarães et al. (2013) pontuam que alguns grupos encontram-se mais vulneráveis à infecção pelo HIV/Aids, tais como mulheres profissionais do sexo e homens que fazem sexo com outros homens. Dentre os fatores contextuais que podem explicar essa maior vulnerabilidade ao HIV, estariam as práticas sexuais desprotegidas, o uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, o estigma, a violência e a presença de sintomatologia psicopatológica nessa população. O destaque a esses fatores não elimina o risco para as demais pessoas, mostrando a importância de se disponibilizar serviços que enfoquem a prevenção, o

cuidado integral e o tratamento (Guimarães et al., 2013), com destaque para o acompanhamento da população mais vulnerável.

Antes do surgimento da Terapia Antirretroviral (TARV), pessoas com HIV frequentemente apresentavam *deficit* psicomotores e neurocognitivos. A função motora, quando afetada, é caracterizada por marcha instável, lentificação dos movimentos, fraqueza dos membros inferiores, *deficit* nas habilidades motoras finas e tremores. A partir da introdução da TARV, observou-se diminuição da incidência de muitas infecções, entretanto ainda são prevalentes as alterações neurocognitivas associadas ao HIV/Aids (HAND), variando de 30% a 70%, mesmo em pessoas usuárias da TARV. Isso ocorre porque o HIV, além de comprometer o sistema imunológico, penetra nas células do sistema nervoso central, e a TARV não tem ação neuroprotetora efetiva (Brasil, 1996; 2018a; Carvalho, Barroso, Coelho, & Penaforte, 2017; Christo, 2010).

As HAND variam em intensidade e em relação ao prejuízo nos domínios físicos e mentais (Brasil, 2018a; Le & Spudich, 2016). Os sintomas cognitivos mais frequentes das HAND incluem *deficit* de memória, especialmente verbal e visuoespacial, de coordenação visomotora, dificuldade de concentração e atenção, lentificação do pensamento, da compreensão e da velocidade de processamento (Christo, 2010; Maich, 2012). De acordo com as diretrizes terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em adultos (Brasil, 2018a), as HAND podem ser classificadas em alteração neurocognitiva assintomática (ANI), desordem neurocognitiva leve/moderada (MND) e demência associada ao HIV (HAD).

Além dos agravos de saúde que o HIV/Aids pode gerar, a medicação utilizada para combater o vírus também pode acarretar danos a longo prazo. Os efeitos colaterais mais frequentemente relatados envolvem danos renais, hepáticos, estomacais, intestinais, neuropsiquiátricos e ósseos, além de alterações no metabolismo e na distribuição de gordura no corpo, dislipidemia, diabetes, hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia (Brasil, 2017; Carvalho et al., 2017).

Pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) têm maiores chances de desenvolver transtornos psiquiátricos, principalmente depressão, ansiedade e estresse, devido aos efeitos do HIV no organismo, às infecções oportunistas que acometem o sistema nervoso central, aos efeitos colaterais da TARV e ao processo de estigmatização relacionado ao HIV/Aids (Calvetti et al., 2017; Marando et al., 2016; Nogueira & Seidl, 2016). Os aspectos emocionais e psiquiátricos observados nessa população comprometem sua qualidade de vida e têm impacto negativo na adesão ao tratamento (Rooks-Peck et al., 2018). No âmbito emocional, observa-se frequentemente apatia, aumento da irritabilidade, mania e psicose de início recente nessa população. Os sintomas comportamentais mais comuns são alterações de personalidade e afastamento das atividades sociais. Além do próprio impacto negativo, esses sintomas podem dificultar a adesão ao tratamento e aumentar o risco da transmissão do vírus HIV, o que mostra a importância de controlá-los nessa população (Brasil, 2018a). No Brasil, um estudo de cunho nacional realizado com 2.424 pessoas, avaliando a adesão à TARV, verificou que os participantes que relataram sintomas de depressão e uso de drogas ilícitas tiveram pior adesão ao tratamento do que os demais (Santos et al., 2018).

O *Health Resources and Services Administration* (HRSA) indicam que 50% das PVHA têm uma ou mais patologias psiquiátricas (HRSA, 2015), o que representa uma prevalência duas a quatro vezes maior do que a encontrada na população em geral (Choi et al., 2016). Opiyo et al. (2016) indicam que 75% das pessoas que necessitam de atendimentos em saúde mental, nos países em desenvolvimento, não recebem a ajuda de que necessitam. Por outro lado, muitos casos de depressão não são identificados na população com HIV porque as equipes de saúde e os médicos clínicos não costumam avaliar a presença desses sintomas e/ou incluir escalas de triagem em suas baterias de avaliação (Marando et al., 2016).

O impacto da Aids ultrapassa o indivíduo, afetando a vida familiar e social. A família pode não conseguir fornecer o apoio necessário, vindo até mesmo a se desestruturar diante do diagnóstico de HIV positivo. Além disso, a PVHA e a sua família passam a lidar com o

estigma social que ainda cerca a Aids. Assim, quando um profissional de saúde define o tratamento nessa população, precisa considerar aspectos físicos, cognitivos, emocionais, familiares e sociais em seu planejamento.

É nesse contexto que a avaliação psicológica e neuropsicológica tem representado um importante papel (Camargo & Capitão, 2009; Conselho Federal de Psicologia, CFP, 2008). A avaliação psicológica de PVHA tem como objetivo possibilitar o embasamento para as ações da equipe de saúde, juntamente com a avaliação realizada pelo médico, para a definição do projeto terapêutico de cada caso acompanhado no serviço de saúde, cumprindo com a prerrogativa de concepção integral e biopsicossocial da pessoa e do processo saúde-doença (Faustino, 2014).

Na avaliação psicológica, é necessário considerar os aspectos emocionais e a presença de comorbidades cognitivas e psiquiátricas. Analisar a presença de sintomas depressivos será importante para o profissional diferenciar se o episódio depressivo é uma reação de ajuste ao diagnóstico — configurando-se como depressão primária —, desencadeada pela infecção, ou se é secundária, relacionada a uma doença orgânica ou ao uso de substâncias com ação no sistema nervoso central, inclusive a própria TARV. Deve-se avaliar, também, o risco de suicídio, pois a prevalência de suicídio em PVHA é maior do que na população em geral (Brasil, 2018a).

Além disso, deve-se fazer a avaliação cognitiva e a identificação das capacidades preservadas, que podem auxiliar no tratamento ou na reabilitação. Ao avaliar o estado emocional de PVHA, é necessário considerar se os sintomas observados derivam de um processo de adaptação ao diagnóstico ou representam uma comorbidade (Reis, Lencastre, Guerra, & Remor, 2010). Receber um diagnóstico positivo para HIV representa um evento estressor e pode ser traumático na vida de uma pessoa, levando a dificuldades de ajustamento. As condições indicativas de dificuldades psicológicas podem envolver a adoção de estratégias de enfrentamento não adaptativas, como negação e esquiva do diagnóstico, recusa em compartilhar o diagnóstico ou fazer o tratamento, uso abusivo de álcool e outras substâncias, isolamento social, sentimento de culpa, raiva e/ou culpabilização do outro e rupturas nos relacionamentos familiares, sociais e amorosos (Faustino, 2014). Tais estratégias contribuem para o surgimento dos transtornos psiquiátricos.

Habilidades e competências do psicólogo, essenciais para avaliação psicológica/neuropsicológica no contexto do HIV/Aids

Toda avaliação psicológica deve ser conduzida por profissional capacitado, que respeite as normas sobre sua realização, estipuladas pelo Conselho Federal de Psicologia. Igualmente relevante é não perder de vista a representação social da Aids e os impactos adjacentes no círculo social da pessoa com esse diagnóstico (CFP, 2008). A atitude do profissional, em qualquer avaliação, deve ser respeitosa, ética e de acolhimento. Além disso, deve ser cuidadosa ao lidar com PVHA, em especial aquelas em situação de vulnerabilidade social.

O profissional também deve dominar os aspectos psicopatológicos dos transtornos que irá considerar e conhecer o instrumental disponível para a avaliação. Ademais, no contexto específico do HIV/Aids, outras duas habilidades são-lhe requeridas: conhecimento sobre HIV/Aids e capacidade para trabalho interdisciplinar. Ao conduzir uma avaliação psicológica com esse grupo populacional, é indispensável ter conhecimento prévio sobre essa patologia, seu curso, formas de prevenção e contágio, seus efeitos no organismo, tratamento, marcadores clínicos para acompanhamento da infecção, comorbidades, infecções associadas e alterações psicológicas/psiquiátricas.

A percepção clínica que permite realizar diagnósticos diferenciais entre dificuldades psíquicas também deve estar bem desenvolvida (CFP, 2008). Para tanto, é necessário considerar informações biológicas (nível de CD4, presença de comorbidade física etc.),

entender quadros de vulnerabilidade pessoal e social, além de conseguir conversar com outros integrantes da equipe de saúde que acompanham o caso e entender as metas terapêuticas para a pessoa avaliada. Por vezes, o psicólogo identifica a necessidade de haver outras avaliações que fogem a seu escopo ou de encaminhar a pessoa avaliada para outros profissionais. Somente quando sabe trabalhar em equipe, ou pelo menos conhece e respeita as atribuições de outros profissionais, é que um psicólogo identifica a importância de ter informações mais amplas no processo de avaliação, logrando manter uma relação colaborativa com outros profissionais de saúde.

O processo avaliativo no contexto do HIV/Aids

No Brasil, o Ministério da Saúde lançou dois protocolos clínicos e de diretrizes terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV: um para crianças e adolescentes e outro para adultos (Brasil, 2018a). Esses protocolos indicam a necessidade de realizar a avaliação psicológica, psiquiátrica e cognitiva.

O protocolo da avaliação de crianças e adolescentes foca suas recomendações no contexto da revelação diagnóstica, englobando, em menor grau, os efeitos psiquiátricos e neuropsicológicos que podem decorrer desse diagnóstico (Brasil, 2018a). Para a avaliação, o psicólogo deve observar os comportamentos da/o criança/adolescente durante as consultas, durante a realização de exames e do uso da TARV. É importante entender seu grau de aceitação da situação, suas fantasias, sua capacidade de compreensão do diagnóstico, sua maturidade emocional e seu estado de humor, em especial o nível de agressividade e a presença de depressão e ideação suicida. A revelação do diagnóstico à/o criança/adolescente requer o envolvimento tanto do cuidador quanto dos profissionais de saúde e deve ser individualizada, considerando as particularidades de cada usuário e de seu cuidador, bem como o grau de compreensão, o histórico da infecção e o contexto familiar e social dos mesmos.

Há, ainda, a recomendação de que, caso o paciente seja menor de idade, seja feito algum tipo de acompanhamento com os cuidadores. Não há parâmetros especificados para a avaliação dos cuidadores, mas recomenda-se que o profissional de Psicologia investigue sua capacidade de compreensão, como se dá o cuidado com a/o criança/adolescente e quais são seus sentimentos, pensamentos e crenças em relação ao HIV/Aids (Brasil, 2018b).

Em relação à avaliação psicológica e psiquiátrica de adultos, o protocolo do Ministério da Saúde define construtos que devem ser avaliados, mas não a estrutura dessa avaliação. O documento destaca ser necessário avaliar os sintomas de transtornos depressivos e de ansiedade, além do uso abusivo de álcool e outras substâncias psicoativas.

Faustino (2014) assinala a importância de identificarem-se as necessidades psicológicas e sociais da pessoa avaliada e as que se relacionam à condição de soropositividade. Para tal, sugere que o psicólogo utilize uma entrevista com roteiro semiestruturado, que aborde a situação sociodemográfica e econômica, as atividades laborativas, os vínculos sociais e familiares, o apoio social, o histórico do diagnóstico, o conhecimento e as crenças sobre a infecção e o tratamento, o uso dos medicamentos, os hábitos de vida — incluindo o uso abusivo de bebidas alcoólicas e substâncias psicoativas —, as práticas sexuais (seguras e inseguras), o impacto psicológico do HIV/Aids e as estratégias de enfrentamento em relação à doença e ao tratamento. Para o autor, a aplicação de escalas e instrumentos padronizados é pertinente somente depois de identificadas as necessidades psicológicas, a fim de assegurar uma maior fidedignidade dos resultados e uma intervenção empiricamente orientada.

No protocolo dos adultos, há a indicação de avaliação do impacto emocional, mas não há uma bateria de referência para a avaliação psicológica e neuropsicológica das pessoas com HIV/Aids. Para a avaliação neurocognitiva, o protocolo do Ministério da Saúde recomenda que se avalie memória, atenção e presença de lentificação psicomotora no momento do diagnóstico. Recomenda, ainda, que a avaliação seja repetida anualmente.

Para pessoas com mais fatores de risco para HAND, o protocolo indica que a reavaliação seja feita a cada seis meses (Brasil, 2018a). Christo (2010) e Maich (2012) recomendam que a avaliação neuropsicológica de pessoas com HIV/Aids contenha testes que abranjam diversos domínios cognitivos, tais como: memória, atenção/concentração, linguagem, rapidez no processamento da informação, raciocínio/abstração, habilidade visuoespacial, habilidades motoras e funções executivas. Como essas recomendações não indicam quais instrumentos podem ou devem ser usados, geralmente os profissionais vinculados a serviços de acompanhamento de saúde constroem seus próprios protocolos de avaliação, de acordo com a demanda que percebem em seus usuários e de seus conhecimentos sobre avaliação psicológica.

Analisando o Sistema SATEPSI e outros instrumentos disponíveis para os psicólogos brasileiros, identificamos alguns que podem ser utilizados como fonte fundamental de informação (testes psicológicos reconhecidos pelo SATEPSI) e como fonte complementar (escalas e provas clínicas sem registro no Conselho Federal de Psicologia). Os instrumentos para avaliação do estado emocional e de sintomas psiquiátricos estão sumarizados no Quadro 1.

Quadro 1

Instrumentos para avaliação de condições emocionais e sintomas psiquiátricos

Construto	Instrumentos registrados no SATEPSI
Depressão	Escala Baptista de Depressão – versão adulto (Baptista, 2012) e infanto-juvenil (Baptista, 2011); Escala de Pensamentos Depressivos (Carneiro & Baptista, 2016); Inventário de Depressão de A Mente Vencendo o Humor (Greenberger & Padesky, 2016)
Ansiedade	Inventário de Ansiedade e Inventário de Depressão de A Mente Vencendo o Humor (Greenberger & Padesky, 2016)
Impulsividade	Escala de Avaliação da Impulsividade - Formas A e B (Rueda & Ávila-Batista, 2011)
Depressão	Escalas de Depressão Geriátrica (Yesavage, 1982); <i>Center for Epidemiologic Studies</i> (CES-D) (Radloff, 1977); Escala de Depressão de Hamilton (Moreno & Carneiro, 2016); Escala de depressão de Carroll (Carroll et al., 1981); <i>Montgomery-Asberg Depression Rating Scale</i> (Montgomery & Åsberg, 1979); Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Zigmond & Snaith, 1983); Escala de Depressão Pós-parto (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987); Questionário sobre a Saúde do Paciente (Osorio, Mendes, Crippa, & Loureiro, 2009); Escala Calgary de Depressão para Esquizofrenia (Bressan, Chaves, Shirakawa, & Mari, 1998); Escala para avaliação de depressão em crianças (CDRS-R) (Barbosa, Dias, Gaião, & Di Lorenzo, 1997)
Ansiedade	Escala de Ansiedade de Hamilton (Neto, Júnior, & Von Krakauer Hübner, 2001); Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Zigmond, & Snaith, 1983); Inventário de Mobilidade para Agorafobia (Gouveia, Duarte, & Seminotti, 1999); Escala de Gravidade do Transtorno de Pânico (Ito & Ramos, 1998); Questionário de preocupação do estado da Pensilvânia (Castillo, 2007); Inventário de Ansiedade e Fobia Social (Gomes, 2014); Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (Gresham et al., 2016) ; Escala Dimensional de Sintomas Obsessivo-compulsivos (Rosario et al., 2016); <i>Posttraumatic Stress Disorder Checklist</i> (Osório et al., 2017); Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (Céu Salvador, 2017); Inventário de Ansiedade Geriátrica (Martiny et al., 2011); Inventário de Fobia Social (D’El Rey, Matos, Lavaca, & Fluminhan, 2017)
Sintomas Psicóticos	<i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for Scholl Aged Children</i> (Kaufman et al., 1997); <i>Self-Reporting Questionnaire</i> (SRQ-20) (Harding et al., 1980); Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica – ANCORADA (Elkis, Alves, Santos, & Freitas, 2016); Índice de Saúde Mental (Damásio, Borsa, & Koller, 2014)
Adesão ao tratamento	Escala de percepções de dificuldades com o tratamento antirretroviral (Almeida-Brasil, Nascimento, Costa, Silveira, Bonolo, & Ceccato, 2016)
Qualidade de Vida	WHOQOL- HIV (Zimpel & Fleck, 2007)

Fonte: SATEPSI.

No Quadro 2, foram listadas fontes fundamentais e complementares de informação que podem ser incluídas na avaliação cognitiva de PVHA. Os profissionais também usam provas clínicas, que, embora sejam tarefas sem validação científica formal, recebem o respaldo da utilidade que demonstram na prática clínica. Ainda, variam quanto à forma de aplicação e de profissional para profissional, devido ao fato de estarem sistematizadas e de não haver um repositório disponível para todos.

Quadro 2

Instrumentos fundamentais e complementares na avaliação cognitiva de PVHA

Aspecto Avaliado	Instrumentos registrados no SATEPSI
Avaliação Geral da Inteligência e das Funções Executivas	Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975); Instrumento de Avaliação Neuropsicológica Breve Neupsilin (Fonseca, Salles e Parente, 2009); Instrumento de Avaliação Neuropsicológica Breve Infantil (Neupsilin Infantil) (Salles et al., 2011); Matrizes Avançadas de Raven(Nunes & Nunes, 2015); Teste de Trilhas (Montiel & Seabra, 2012); BETA 3 (Rabelo, Pacanaro, Leme, Ambiel, & Alves, 2011); Son-R (Laros, Tellegen, Jesus & Karino, 2015); Escala de Inteligência Wechsler para Crianças III e IV (Wechsler, 2002); Escala de Inteligência Wechsler para Adultos III (Wechsler, 2004); Escala de Inteligência Wechsler abreviada (Trentini, Yates, & Heck, 2014); Teste de Wisconsin de Classificação das Cartas (Heaton et al., 2004)
Aspecto Avaliado	Instrumentos validados, sem registro no SATEPSI
Avaliação Geral de Funções Executivas	Mini-exame do Estado Mental para Crianças* (Jain & Passi, 2005)
Vulnerabilidade	Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 (Moraes et al., 2016)
Atividades instrumentais de vida	Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (Santos & Junior, 2008)
Demência	Escala Internacional de Demência Associada ao HIV (Sacktor et al., 2005)
Uso abusivo de substâncias	Teste de triagem para o uso de álcool, tabaco e outras substâncias (Henrique et al., 2004)
Aspectos motores	9-Pinos (Mendes, Tilbery, Balsimelli, Moreira, & Cruz, 2001), Teste de Marcha (Tilbery et al., 2005)

Nota: *O instrumento tem estudos de adaptação publicados no Brasil, mas não recebeu uma validação e padronização completa no país até o momento em que foi escrito o presente capítulo.

Fonte: SATEPSI e autores.

Estudos sobre aspectos cognitivos de pessoas que vivem com HIV/Aids no Brasil ainda são escassos. A maior parte das investigações com essa população foca na mensuração da adesão e dos fatores ligados a ela, mas alguns achados podem sensibilizar os avaliadores para aspectos importantes a serem avaliados. Investigações mostraram a

alteração do perfil do adoecimento cognitivo dos soropositivos de um quadro mais demencial para um marcado por comprometimento cognitivo leve ou moderado (Brasil 2018a; Christo, 2010). Além disso, Maich (2012) identificou que adultos vivendo com HIV apresentam piores resultados quanto à flexibilidade cognitiva, quando comparados com pessoas sem HIV, pareadas quanto a sexo, idade e escolaridade. De posse dessas informações, o psicólogo pode optar por investigar a flexibilidade cognitiva ao conduzir sua avaliação e adotar instrumentos mais sensíveis para *deficit* cognitivos leves e moderados ao fazer o diagnóstico.

Nas avaliações cognitivas, deve-se atentar para o diagnóstico diferencial das HAND. Para ajudar nessa diferenciação, convencionou-se que as HAND só são diagnosticadas se as alterações cognitivas não forem mais bem explicadas por qualquer outra condição, incluindo infecção, doença cerebrovascular ou encefalopatia tóxica (Christo, 2010). Para a avaliação diagnóstica diferencial, é importante ter informações sobre função hepática e renal, glicemia, vitamina B12, vitamina D, ácido fólico, hormônios tireoidianos, sorologia para sífilis e hepatite, além da avaliação do estágio da infecção por HIV/Aids por meio dos marcadores de CD4 e carga viral. Exames de líquido e neuroimagem, assim como a ressonância magnética – embora não confirmem a presença das HAND – contribuem para excluir neuroinfecções e para avaliação de doenças neurológicas e cerebrovasculares (Brasil, 2018a; Kopstein, & Mohlman, 2018). Infelizmente esses exames têm custos mais elevados e nem sempre estão disponíveis para toda a população soropositiva.

O profissional deve dar atenção especial aos idosos quando organizar a avaliação, pois a própria idade avançada já é um preditor de alterações neuropsiquiátricas e cognitivas. Pessoas soropositivas tornam-se idosas a partir de cinquenta anos de idade e apresentam maiores possibilidades de apresentar as HAND (Brasil, 2018a).

Caso as HAND estiverem presentes, pode-se diferenciá-las pelo impacto que seus comprometimentos acarretam na vida cotidiana das PVHA. Nesse caso, a alteração neurocognitiva assintomática é diagnosticada quando a ocorre em dois ou mais domínios cognitivos avaliados, mas sem comprometimento funcional das atividades da vida diária. A desordem neurocognitiva leve/moderada implica dois ou mais domínios cognitivos alterados, com comprometimento funcional de leve a moderado nas atividades da vida diária. A demência associada ao HIV, por sua vez, é diagnosticada quando há alterações graves de mais de dois domínios cognitivos, com comprometimento severo nas atividades da vida diária.

Durante o processo de avaliação no contexto de HIV/Aids, é importante que o psicólogo esteja atento a alguns pontos: a adequação de seu vocabulário, a fadiga ocasionada pelo processo de avaliação e os direitos da pessoa avaliada. Ao falar com o avaliado, o profissional deve ser cuidadoso com a escolha de palavras, tanto para ser compreendido quanto para ser respeitoso. Por exemplo, os termos adequados são “pessoa com infecção por HIV/Aids” ou “pessoa vivendo com HIV”, jamais utilizando o termo “aidético”, que é pejorativo. Além disso, o profissional deve evitar perguntas relacionadas à causa da infecção, a não ser quando extremamente necessário, tendo em vista que, muitas vezes, essa é uma pergunta sem resposta, pois a pessoa não tem certeza sobre como contraiu a infecção ou, então, sua resposta pode vir acompanhada de uma história constrangedora, desencadeando sofrimento.

O psicólogo também deve atentar-se ao fato de os sintomas psiquiátricos e/ou neurocognitivos aumentarem o cansaço do indivíduo. Considerar esse aspecto implica respeitar o tempo da pessoa, ter cuidado na escolha das baterias utilizadas, dividir os dias de avaliação, se for necessário, e não pressionar o avaliado durante o processo, utilizando uma postura de encorajamento. Deve, ainda, adotar uma postura acolhedora, haja vista todo processo de discriminação e preconceito relacionado à infecção por HIV/Aids e às vivências negativas que o avaliado pode ter experimentado. Na mesma atitude de respeito e cumprindo com o Código de Ética da Psicologia, cabe ao profissional resguardar o sigilo e a privacidade do avaliado, redigir com cautela documentos sobre o caso avaliado (sejam prontuários, sejam laudos) e as conclusões da avaliação (CFP, 2019).

Ressalta-se, ainda, que a avaliação psicológica pode ser realizada no contexto ambulatorial, hospitalar ou em consultório próprio (CFP, 2008; CFP, 2018). No ambiente hospitalar, a avaliação do psicólogo ainda tem como objetivo o diagnóstico situacional da pessoa internada, com enfoque nos aspectos emocionais, cognitivos, sociais e interpessoais do paciente, assim como sua relação com a equipe de saúde e a avaliação de seu acompanhante (Camargo & Capitão, 2009). No contexto ambulatorial e hospitalar, há maior dificuldade para garantir o sigilo, pois muitos procedimentos ocorrem nos leitos, com outras pessoas por perto. Nesse contexto, é importante esclarecer ao usuário que as informações por ele relatadas, o processo e os resultados de sua avaliação serão registrados em prontuário, podendo ser compartilhados com a equipe de saúde, tendo em vista o seu cuidado integral e a rotina dos serviços.

Proposta de protocolo de avaliação para pessoas com HIV/Aids

Como já referido, não há um protocolo padrão de avaliação psicológica para pessoas vivendo com HIV/Aids, mas pretende-se sugerir aqui uma proposta baseada na experiência clínica adquirida pelos autores do presente capítulo. Esse protocolo foi pensado para ser utilizado em até três sessões, com duração máxima de uma hora, por levar em consideração, entre outros fatores: possível cansaço, dificuldade de comparecimento ao local da avaliação, *deficit* e sintomas psiquiátricos mais frequentes e disponibilidade de material mais objetivo para auxílio na avaliação.

Proposta para avaliação de crianças/adolescentes com HIV/Aids

Todas as avaliações com menores de idade devem antes contar com a autorização dos responsáveis legais, por isso recomenda-se um encontro com tais responsáveis antes de qualquer contato com a/o criança/adolescente. O profissional também deve manter-se empático, acolhedor e atento à linguagem. A seguir será apresentada a proposta de avaliação.

- Entrevista inicial com os cuidadores: nesse encontro é importante obter informações sobre o menor que será avaliado, tais como a gestação e a aquisição de marcos do desenvolvimento, a dinâmica da família e a forma de contágio do HIV. Caso o diagnóstico já seja conhecido, saber como foi a reação da família e da/o criança/adolescente. São igualmente importantes informações sobre existência de outras patologias, reação à medicação, reações mais frequentes a frustração e percepção dos cuidadores sobre o nível maturacional da/o criança/adolescente. Nessa entrevista, é importante explicar como será a avaliação, tirar dúvidas sobre o HIV/Aids, a TARV bem como sobre possíveis efeitos colaterais e cuidados com o tratamento.
- Entrevista inicial com a/o criança/adolescente: explicar o motivo da avaliação; verificar como lhe explicaram o diagnóstico; esclarecer dúvidas sobre a patologia; perguntar sobre sintomas físicos e emocionais; verificar capacidade de compreensão e maturidade emocional.
- Para avaliação do estado emocional: Escala Baptista de Depressão - versão Infanto-Juvenil; baralho das emoções (Caminha & Caminha, 2010).
- Para avaliação cognitiva e neuropsicológica: Mini-exame do Estado Mental adaptado para Crianças; Instrumento de Avaliação Neuropsicológica Breve Infantil (Neupsilin Infantil); WISC ou Beta 3.
- Para avaliação das atividades motoras: *Purdue Pegboard*, *Finger Tapping* e Tempo de Reação Simples.

Proposta para avaliação de adultos com HIV/Aids

Essa é a população mais frequentemente avaliada. Recorda-se que os profissionais devem manter os mesmos cuidados éticos e de percepção empática do ser humano já mencionados em outros pontos deste capítulo. Com isso, entendemos ser pertinente realizar algumas etapas durante a avaliação como elencado abaixo.

- Entrevista inicial: investigação dos aspectos sociodemográficos e econômicos; queixas atuais; rotina de vida; atividades laborais; religiosidade/espiritualidade; relacionamentos e vínculos familiares, sociais e amorosos; apoio social; histórico do diagnóstico da infecção; tempo de diagnóstico; reações ao diagnóstico; sentimentos atuais em relação ao diagnóstico; aceitação atual do diagnóstico; uso da TARV; efeitos colaterais da TARV; conhecimento sobre HIV, Aids e TARV; vivência da sexualidade e práticas sexuais protegidas e desprotegidas; desejo de ter filhos; comunicação do diagnóstico à família, aos amigos e aos parceiros sexuais e amorosos; presença de sintomas depressivos e de ansiedade; presença de diagnóstico psiquiátrico; uso de medicações psiquiátricas; uso de álcool e drogas ilícitas; ideação suicida e tentativas anteriores de autoextermínio.
- Para avaliação das atividades de vida diária: Atividades Instrumentais de Vida Diária (IADL).
- Para triagem das HAND: Escala Internacional de Demência Associada ao HIV (IHDS).
- Para avaliação da depressão: Inventário de Depressão Beck II (Gorenstein et al., 2011) e/ou Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.
- Para avaliação da ansiedade: Inventário de Ansiedade Beck (Cunha, 2001).
- Para avaliação do uso de substâncias: Teste de triagem para o uso de álcool, tabaco e outras substâncias (ASSIST).
- Para avaliação cognitiva e neuropsicológica: Mini-exame do Estado Mental, Instrumento de Avaliação Neuropsicológica Breve (Neupsilin).
- Outras condições que possam gerar vulnerabilidade e interferir na adesão ao tratamento.

Proposta para avaliação de idosos com HIV/Aids

O protocolo do Governo não apresenta diferenciações para avaliação de idosos, mas como essa é uma população com muitas particularidades, sugerimos considerá-las quando da avaliação. Geralmente avaliações de idosos requerem mais tempo disponível, capacidade para ouvir algumas histórias de forma paciente, adequação de linguagem e empatia. Além disso, pode ser necessário que o profissional solicite fontes secundárias de informação junto a cuidadores, companheiros, filhos etc. para obter algumas informações que o idoso pode não conseguir fornecer. Dessa forma, é importante a adoção de algumas etapas na avaliação de idoso com HIV/Aids:

- Entrevista inicial: investigação dos aspectos sociodemográficos e econômicos; conhecimento sobre HIV, Aids e TARV; rotina de vida; atividades laborais; queixas atuais; diagnósticos de patologias físicas e psiquiátricas, uso de medicação, álcool e drogas ilícitas; religiosidade/espiritualidade; relacionamentos e vínculos familiares, sociais e amorosos; apoio social; histórico do diagnóstico da infecção; tempo de diagnóstico; reações ao diagnóstico e sentimentos atuais sobre ele (em especial, aceitação); uso da TARV; efeitos colaterais da TARV; vivência da sexualidade e práticas

sexuais protegidas e desprotegidas; presença de sintomas depressivos e de ansiedade; ideação suicida e tentativas anteriores de autoextermínio.

- Para avaliação das atividades de vida diária e da funcionalidade: Atividades Instrumentais de Vida Diária (IADL) ou Classificação Internacional de Funcionalidade (Organização Mundial da Saúde, 2003) ou Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20.
- Para triagem das HAND: Escala Internacional de Demência Associada ao HIV (IHDS).
- Para avaliação da depressão: Escala Geriátrica de Depressão (10, 15 ou 30 itens).
- Para avaliação da ansiedade: Inventário de Ansiedade Geriátrica.
- Para avaliação do uso de substâncias: Teste de triagem para o uso de álcool, tabaco e outras substâncias (ASSIST).
- Para avaliação cognitiva e neuropsicológica: Mini-exame do Estado Mental, Bateria CERAD (Bertolucci et al., 1998).
- Para avaliação das atividades motoras: Teste 9-Pinos ou de Pinça e Teste de Marcha.

Considerações finais

Compreende-se que as pessoas vivendo com HIV/Aids, possivelmente, apresentem alterações psicológicas, psiquiátricas e cognitivas, que podem contribuir para a não adesão à TARV e para o agravamento da saúde e da qualidade de vida dessa população, perfazendo-se, assim, a necessidade da presença dos psicólogos nas equipes que acompanham as pessoas soropositivas. É essencial, também, que esses profissionais estejam capacitados para realizar avaliações psicológicas e neuropsicológicas, a fim de identificarem precocemente focos que necessitam de intervenção. Devem, ainda, preparar-se para atuar em equipe multiprofissional e colaborar para estabelecer estratégias de cuidado individual e coletivo para esse grupo, delineando um plano de intervenção de acordo com as demandas e necessidades reais de cada pessoa assistida. Assim, a avaliação psicológica representa uma ferramenta indispensável e extremamente rica.

Sugestões de leitura:

- 1) Giovelli, G.M., & Calvetti, P.U. (2015). *Manual De Cuidados Hiv/Aids - Atenção, Avaliação e Intervenção Psicoeducativa para Pessoas que Vivem e Convivem com HIV/Aids*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Eureka.
- 2) Wright, E.R., & Carnes, N. (Eds.) (2016). *Understanding the HIV/AIDS Epidemic in the United States: The Role of Syndemics in the Production of Health Disparities*. New York, NY: Springer.

Referências

- Almeida-Brasil, C.C., Nascimento, E., Costa, J.O., Silveira, M.R., Bonolo, P.F., & Ceccato, M.G.B. (2016). Desenvolvimento e validação do conteúdo da escala de percepções de dificuldades com o tratamento antirretroviral. *Revista de Medicina de Minas Gerais*, 26(Supl 5): S56-S64.
- Barbosa, G.A., Dias, M.D., Gaião, A.A., & Di Lorenzo, W.F. (1997). Escala para avaliação de depressão em crianças-revisada (CDRS-R): uma análise exploratória. *Revista Neuropsiquiatria Infancia Adolescência*, 5(1), 15-8.
- Baptista, M.N. (2012). Escala Baptista de Depressão versão Adulto — EBADEP-A. São Paulo, SP: Vetor.
- Bertolucci, P.H.F., Okamoto, I.H., Toniolo Neto, J., Ramos, L.R., & Brucki, S.M.D. (1998). Desempenho da população brasileira na bateria neuropsicológica do Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). *Revista de psiquiatria clínica*. (São Paulo), 80-83.
- Brasil (1996). Lei nº 9.313 de 13 de novembro de 1996. *Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS*. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9313.htm
- Brasil (2017). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico - Aids 2017*. Recuperado de <http://www.Aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hivAids-2017>
- Brasil (2018a). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas*

- para o manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Recuperado de <http://www.Aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>
- Brasil (2018b). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Recuperado de <http://www.Aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-criancas-e>
- Bressan, R.A., Chaves, A.C., Shirakawa, I., & Mari, J.D.J. (1998). Versão brasileira da escala Calgary de depressão para esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria Clínica (São Paulo)*, 25(6), 344-51.
- Calvetti, P.Ü., Giovelli, G.R.M., Gauer, G.J.C., & Moraes, J.F.D. (2017). Níveis de ansiedade, estresse percebido e suporte social em pessoas que vivem com HIV/Aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(4), 1-4.
- Camargo, L.A., & Capitão, C.G. (2009). Reflexões e propostas acerca da avaliação psicológica no contexto HIV/Aids. *Revista da SBPH*, 12(1), 71-84.
- Caminha, R.M., & Caminha, M.G. (2010). *Baralho das emoções*. Novo Hamburgo. RS: Sinopsys.
- Carneiro, A.M., & Baptista, M.N. (2016). *Escala de Pensamentos Depressivos*. São Paulo: Editora Cetepp-Hogrefe.
- Carroll, B.J., Feinberg, M., Smouse, P.E., Rawson, S.G., & Greden, J.F. (1981). The Carroll rating scale for depression I. Development, reliability and validation. *The British Journal of Psychiatry*, 138(3), 194-200.
- Carvalho, P.P., Barroso, S.M., Coelho, H.C., & Penaforte, F.R.O. (2017). Fatores associados à adesão à terapia antirretroviral em adultos: Revisão integrativa de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na internet]. Recuperado de www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/fatores-associados-a-adesao-a-terapia-antirretroviral-em-adultos-revisao-integrativa-literatura/16471?id=16471
- Castillo, C.S. (2007). *Propriedades psicométricas e estrutura latente da versão em português do Questionário de Preocupação do Estado da Pensilvânia* (Dissertação de mestrado), Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, RJ.
- Catunda, C., Seidl, E.M.F., & Lemétayer, F. (2016). Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/Aids: efeitos da percepção da doença e de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(spe), 1-7.
- Centers for Disease Control and Prevention (2018). *HIV basics*. Recuperado de <https://www.cdc.gov/hiv/basics/whatishiv.html>
- Céu Salvador, M., Matos, A.P., Oliveira, S., March, J.S., Arnarson, E.Ö., Carey, S.C., & Craighead, W.E. (2017). A Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC): Propriedades psicométricas e análise fatorial confirmatória numa amostra de adolescentes portugueses. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 3(45), 33-46.
- Choi, S.K., Boyle, E., Cairney, J., Collins, E.J., Gardner, S., Bacon, J., & Rourke, S.B. (2016). Prevalence, recurrence, and incidence of current depressive symptoms among people living with HIV in Ontario, Canada: results from the Ontario HIV Treatment Network Cohort Study. *PloS one*, 11(11), e0165816.
- Christo, P.P., & Paula, G. (2010). Aspectos Neuropsiquiátricos e Neuropsicológicos da Infecção pelo HIV e da AIDS. In D. Fuentes, F.L. Malloy-Diniz, C. Camargo, & Cosenza, R. (Org.). *Neuropsicologia Teórica e Prática* (pp. 335-355). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Clifford, D.B., & Ances, B.M. (2013). HIV — associated neurocognitive disorder. *The Lancet infectious diseases*, 13(11), 976-986.
- Conselho Federal de Psicologia. (2008). *Referências técnicas para a prática do (a) psicólogo (a) nos programas de DST e Aids*. Centro de Referência Técnica em psicologia e Políticas Públicas (CREPOP). Brasília, Distrito Federal. Brasil. Recuperado de: http://crepop.pol.org.br/wp-content/uploads/2010/11/DST_AIDS.pdf
- Conselho Federal de Psicologia. (2018). *Resolução 09 de 25 de abril de 2018*. Recuperado de <http://satepsi.cfp.org.br/docs/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-n%C2%BA-09-2018-com-anexo.pdf>.
- Conselho Federal de Psicologia. (2019). *Resolução 04 de 11 de fevereiro de 2019*. Recuperado de <http://satepsi.cfp.org.br/docs/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-n%C2%BA-04-2019-com-anexo.pdf>
- Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782-786.
- Cunha, J.A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Damásio, B.F., Borsa, J.C., & Koller, S.H. (2014). Adaptation and Psychometric Properties of the Brazilian Version of the Five-item Mental Health Index (MHI-5). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(2), 323-330.
- D'El Rey, G.J.F., Matos, C.W., Lavaca, J.P.L., & Fluminhan, R. (2017). Mini-inventário de fobia social (MINI-SPIN): confiabilidade da versão em língua portuguesa. *Psychiatry online Brasil*. Recuperado de: <http://www.polbr.med.br/ano08/art0108.php>
- Elkis, H., Alves, T.M., Santos, B.D., & Freitas, R.R.D. (2016). Escala breve de avaliação psiquiátrica-ancorada (BPRS-A). In C. Gorenstein, Y.P. Wang,, & I. Hungerbühler (orgs). *Instrumentos de avaliação em saúde mental*. (pp. 189-193). Porto Alegre, RS: Artmed.

- Faustino, Q.M. (2014). Pessoas vivendo com HIV/Aids: possibilidades de atuação da psicologia. In E.M.F. Seidl. & M.C.O.S. Miyazaki (Orgs.), *Psicologia da Saúde — Pesquisa e atuação profissional no contexto de enfermidades crônicas*. (pp. 21-54). Curitiba, PR: Juruá.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Fonseca, R.P., Salles, J.D., & Parente, M.A.M.P. (2009). *Instrumento de avaliação neuropsicológica breve NEUPSILIN*. São Paulo, SP: Vetor.
- Gomes, D.A.G. (2014). *Construção da Escala Cognitiva e Comportamental de Ansiedade Social (ECCAS)*. Mestrado em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Recuperado de <http://www.uff.br/ppgpsicologia/files/2010/01/Daniel-Alexandre-Gouvea-Gomes.pdf>
- Gouveia, V.V., Duarte, L.R.S., & Seminotti, R.P. (1999). Inventário de mobilidade para avaliar agorafobia, IM: adaptação brasileira. *Revista Psico*, 30(1), 141-159.
- Gorenstein, C., Pang, W.Y., Argimon, I.L., & Werlang, B.S.G. (2011). *Manual do Inventário de depressão de Beck-BDI-II*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Greenberger, D., & Padesky, C.A. (2016). A mente vencendo o humor: mude como você se sente, mudando o modo como você pensa. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Gresham, F.M., Elliott, S.N., Del Prette, Z.A.P., Freitas, L.C., Bandeira, M., & Del Prette, A. (2016). *Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica para Crianças (SSRS): Manual técnico*. São Paulo, SP: Pearson.
- Guimarães, M.D.C., Ceccato, M.D.G.B., Gomes, R.R.F.M., Rocha, G.M., Camelo, L.D.V., Carmo, R.A., & Acurcio, F.D.A. (2013). Vulnerabilidade e fatores associados a HIV e sífilis em homens que fazem sexo com homens, Belo Horizonte, MG. *Revista Médica de Minas Gerais*, 23(4), 412-26.
- Harding, T.W., De Arango, V., Baltazar, J., Climent, C.E., Ibrahim, H.H.A., Ladrado-Ignacio, L., & Wig, N.N. (1980). Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine*, 10(2), 231-241.
- Heaton, R.K., Chelune, G.J., Talley, J.L., Kay, G.G., & Curtiss, G. (2004). *Teste Wisconsin de classificação de cartas*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Health Resources and Services Administration. (2015). *Care Action: Impact of mental illness on people living with HIV*. Recuperado de <http://hab.hrsa.gov/deliverhivAidscare/mentalhealth.pdf>
- Henrique, I.F.S., De Micheli, D., Lacerda, R.B.D., Lacerda, L.A.D., & Formigoni, M.L.O.D. S. (2004). Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Revista Associação Médica Brasileira*, 50(2), 199- 206.
- Ito, L.M., & Ramos, R.T. (1998). Escalas de avaliação clínica: transtorno de pânico. *Revista de Psiquiatria Clínica* (São Paulo) 25(6), 294-302.
- Jain, M., & Passi, G.R. (2005). Assessment of a modified Mini-Mental Scale for cognitive functions in children. *Indian Pediatrics*, 42(9), 907.
- Joint United Nations Programm on HIV/AIDS (2016). *Prevention Gap Report*. Recuperado de <http://www.unAids.org/en/resources/documents/2016/prevention-gap>
- Joint United Nations Programmon HIV/AIDS (2018). *UNAIDS DATA 2017*. Recuperado de http://www.unAids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U.M.A., Flynn, C., Moreci, P., ... Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980-988.
- Kopstein, M., & Mohlman, D.J. (2018). HIV-1 Encephalopathy and Aids Dementia Complex. Stat Pearls [Internet]. *StatPearls Publishing*. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507700/>
- Laros, J.A., Tellegen, P.J., Jesus, G.R., & Karino, C.A. (2015). *Son-R*. São Paulo, SP: Editora HOGREFE / CETEPP.
- Le, L.T., & Spudich, S.S. (2016). HIV — associated neurologic disorders and central nervous system opportunistic infections in HIV. *Seminars in Neurology*, 36(04), 373-381. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27643907>
- Maich, I.F. (2012). *Avaliação da flexibilidade cognitiva em adultos com HIV*. (Dissertação de Mestrado), Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Marando, F., Gualberti, G., Costanzo, A.M., di Luzio Papparatti, U., Franzetti, M., Ammassari, A., ..., & Galli, M. (2016). Discrepancies between physician's perception of depression in HIV patients and self-reported CESD-20 assessment: the DHIVA study. *AIDS CARE*, 28(2), 147-159.
- Martiny, C., e Silva, A.C.D.O., Nardi, A.E., & Pachana, N.A. (2011). Tradução e adaptação transcultural da versão brasileira do Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI). *Archives of Clinical Psychiatry*, 38(1), 08-12.

- Mendes, M.F., Tilbery, C.P., Balsimelli, S., Moreira, M.A., & Cruz, A.M.B. (2001). Teste de destreza manual da caixa e blocos em indivíduos normais e em pacientes com esclerose múltipla. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 59(4), 889-894.
- Montiel, J.M., & Seabra, A.G. (2012). Teste de Trilhas-partes A e B. *Avaliação neuropsicológica cognitiva: atenção e funções executivas*, 1, 79-85.
- Montgomery, S.A., & Åsberg, M.A.R.I.E. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry*, 134(4), 382-389.
- Moraes, E.N.D., Carmo, J.A.D., Moraes, F.L.D., Azevedo, R. S., Machado, C.J., & Montilla, D.E.R. (2016). Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. *Revista de Saúde Pública*, 50.
- Moreno, R.A., & Carneiro, A.M. (2016). Escala de depressão de Hamilton (HAM-D). In *Instrumentos de avaliação em saúde mental*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Neto, J.G., Júnior, M.S.C., & Von Krakauer Hübner, C. (2001). Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D): revisão dos 40 anos de sua utilização. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 3(1), 10-14.
- Nogueira, G.S., & Seidl, E.M.F. (2016). Associação entre percepção de doença e ansiedade, depressão e autoeficácia em pessoas com HIV/Aids. *Temas em Psicologia*, 24(2), 595-608.
- Nunes, C.S. S., & Nunes, M.F.O. (2015). Matrizes progressivas avançadas de Raven. São Paulo, SP: Editora Pearson.
- Opiyo, E., Onger, L., Rota, G., Verdeli, H., Neylan, T., & Meffert, S. (2016). Collaborative interpersonal psychotherapy for HIV-Positive women in Kenya: a case study from the mental health, HIV and domestic violence (MIND) study. *Journal of Clinical Psychology: in session*, 72(8), 779-783.
- Organização Mundial da Saúde. (2003). CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo - EDUSP. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9788531407840_por.pdf;jsessionid=2A4C2EA64B427C4EBE29C4BEsequence=111
- Osorio F.L., Mendes, A.V., Crippa, J.A., & Loureiro, S.R. (2009). Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. *Perspectives in Psychiatric Care* 45(3), 216-227.
- Osório, F.L., Silva, T.D.A., Santos, R.G., Chagas, M.H.N., Chagas, N.M. S., Sanches, R.F., & Crippa, J.A.S. (2017). Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): transcultural adaptation of the Brazilian version. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 44(1), 10-19.
- Rabelo, I.S., Pacanaro, S.V., Leme, I.F.A.S., Ambiel, R.A.M., & Alves, G.A.S.A. (2011). BETA III - Teste Não Verbal de Inteligência Geral: Subtestes Raciocínio Matricial e Códigos. São Paulo, SP: Pearson Editora.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement*, 1(3), 385-401.
- Reis, A.C., Lencastre, L., Guerra, M.P., & Remor, E. (2010). Relação entre sintomatologia psicopatológica, adesão ao tratamento e qualidade de vida na infecção HIV e AIDS. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(3), 420-429.
- Rooks-Peck, C. R., Adegbite, A. H., Wichser, M. E., Ramshaw, R., Mullins, M.M., Higa, D., & Sipe, T.A. (2018). Prevention Research Synthesis Project. Mental Health and Retention in HIV Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Health Psychology*, 37(6), 574-585.
- Rosário, M.C.D., Velloso, P., Piccinato, C.D.A., & Hounie, A.G. (2016). Escala dimensional de sintomas obsessivos-compulsivos (DY-BOCS). In *Instrumentos de avaliação em saúde mental*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Rueda, F.J.M., & Ávila-Batista, A.C. (2011). *Escala de Avaliação da Impulsividade Formas A e B (EsAVI-A e EsAVI-B)*. São Paulo, SP: Vetor.
- Salles, J.F., Fonseca, R.P., Parente, M.A.M.P., Miranda, M.C., Rodrigues, C.C., Mello, C.B., & Barbosa, T. (2011). *Instrumento de Avaliação Neuropsicológica Breve Infantil NEUPSILIN-INF*. São Paulo, SP: Vetor.
- Santos, M.A., Guimarães, M.D.C., Santa Helena, E.T., Basso, C.R., Vale, F.C., Santo Carvalho, W.M.D.E., & do Prado, R.R. (2018). Monitoring self-reported adherence to antiretroviral therapy in public HIV care facilities in Brazil: A national cross-sectional study. *Medicine*, 97(1 Suppl), 38-45.
- Santos, R.L., & Júnior, J.S.V. (2008). Reliability of the Brazilian version of the scale of instrumental activities of daily living. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 21(4), 290.
- Sacktor, N.C., Wong, M., Nakasujja, N., Skolasky, R.L., Selnes, O.A., Musisi, S., ... Katabira, E. (2005). The International HIV Dementia Scale: a new rapid screening test for HIV dementia. *Aids*, 19(13), 1367-1374.
- Sepúlveda, J., & Murray, C. (2014). The state of global health in 2014. *Science*, 345(6202), 1275-1278.
- Tilbery, C.P., Mendes, M.F., Thomaz, R.B., Oliveira, B.E.S., Kelian, G.L., Busch, R., ... Caleffi, P. (2005). Padronização da Multiple Sclerosis Functional Composite Measure (MSFC) na população Brasileira. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 63(1), 127-132.
- Trentini, C.M., Yates, D.B., & Heck, V.S. (2014). *Escala de Inteligência Wechsler Abreviada (WASI): Manual profissional*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Wechsler, D. (2002). *Escala de Inteligência Wechsler para crianças*. Terceira Edição. Padronização Brasileira: Vera L M Figueiredo. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Wechsler, D. (2004). *WAIS-III: escala de inteligência Wechsler para adultos: manual técnico*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V.O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, *17*(1), 37-49.

Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, *67*(6), 361-370.

Zimpel, R.R., & Fleck, M.P. (2007). Quality of life in HIV-positive Brazilians: application and validation of the WHOQOL-HIV, Brazilian version. *AIDS care*, *19*(7), 923-930.

10 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA

ANDRESSA CELENTE DE ÁVILA
BRUNA FERNANDES DA ROCHA
FERNANDA CERUTTI
MARINA BALEM YATES
IRANI IRACEMA DE LIMA ARGIMON
MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA

Introdução

No decorrer deste capítulo, serão abordadas áreas que devem ser investigadas ao atendermos pacientes usuários de substâncias psicoativas (SPA). Essas áreas que envolvem aspectos da vida e do uso de substâncias do indivíduo podem ser avaliadas por meio de instrumentos que serão sugeridos ao longo do texto, apresentando sua estrutura, validade no Brasil e resultados de estudos que os utilizaram.

Ressalta-se que, para o levantamento da demanda que será avaliada, é necessário o profissional ter familiaridade com as resoluções do Conselho Federal de Psicologia (CFP) em relação à avaliação de pacientes, aos instrumentos que podem ser aplicados e às normas técnicas de elaboração de documentos. O conhecimento sobre a sintomatologia e os comportamentos que caracterizam a hipótese diagnóstica de Transtorno por Uso de Substâncias também são considerados fundamentais.

Para fins diagnósticos, os profissionais da saúde mental têm como referência o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, atualmente em sua 5ª edição (DSM-5, American Psychiatric Association, 2014), e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, cuja versão 11 foi recentemente lançada (CID-11, World Health Organization [WHO], 2018).

No DSM-5 (APA, 2014), os Transtornos relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos abrangem um total de dez classes de drogas: 1) álcool, 2) cafeína, 3) *cannabis*, 4) alucinógenos, 5) inalantes, 6) opioides, 7) sedativos, hipnóticos e ansiolíticos, 8) estimulantes (anfetamina e cocaína), 9) tabaco e 10) outras substâncias. Os critérios diagnósticos para Transtorno por uso de substâncias (Critério A) envolvem: Baixo Controle (1-4); Deterioração Social (5-7); Uso Arriscado (8-9); e Critérios Farmacológicos (10-11). A gravidade dos sintomas divide-se em leve (2 ou 3 sintomas), moderada (4 ou 5 sintomas) e grave (6 ou mais sintomas). Os Transtornos Induzidos por Substâncias são classificados por intoxicação, abstinência e outros transtornos mentais induzidos por substância/medicamento. Para registro de Transtorno por Uso de Substância, deve-se usar o código aplicado à classe de substância, acrescentando-se o nome da substância específica, pois os critérios diagnósticos serão empregados separadamente para cada tipo. O mesmo deve ser feito para o registro dos Transtornos Induzidos por Substâncias (APA, 2014).

Na CID-11, os Transtornos decorrentes do uso de substâncias incluem episódios isolados de uso de uma substância nociva, transtornos por uso de substâncias (uso nocivo e dependência), transtornos induzidos por substâncias (intoxicação, abstinência, transtornos mentais, disfunções sexuais e alterações do ciclo vigília-sono induzidos por uma substância). Os Transtornos decorrentes de dependências comportamentais, por sua vez, incluem o jogo patológico e os transtornos de jogos eletrônicos, além de outros transtornos especificados devidos a dependências comportamentais e transtornos não especificados devidos a dependências comportamentais (WHO, 2018).

Avaliação do uso de substâncias psicoativas

Em um processo de avaliação, é importante que seja feita a triagem de diferentes tipos de substâncias para que seja realizado o melhor planejamento de atendimento e tratamento, de acordo com a especificidade do caso. Podem ser utilizados questionários de fácil aplicação, que auxiliem na compreensão do envolvimento do avaliando com o consumo de substâncias. Posteriormente, deve-se realizar uma avaliação mais aprofundada, detectando o consumo ao longo da história de vida e no momento da queixa atual.

Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)

Um dos instrumentos usados com frequência e validado para o português brasileiro para investigação do uso de SPA é o *Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST), desenvolvido inicialmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e traduzido, adaptado e validado para várias línguas. O instrumento tem oito questões, as quais avaliam o uso de nove classes de substâncias (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos e opiáceos) nos últimos três meses, com uma classificação dividida em baixo risco, uso moderado e alto. Mostra-se adequado para uso, devido à rapidez de aplicação, padronização e acessibilidade para diferentes profissionais da saúde, como constatado em uma revisão integrativa realizada sobre o instrumento, identificando serreferência para triagem do uso de álcool e outras drogas, na atenção primária em saúde (Silva, Lucchese, Vargas, Benício, & Vera, 2016).

No Brasil, entre os estudos que avaliaram as propriedades psicométricas do ASSIST está o de Henrique, Micheli, Lacerda e Formigoni (2004), que encontrou boa validade concorrente, de construto e discriminativa, demonstrando que o instrumento é capaz de avaliar os três níveis de risco sobre uso de substâncias a que se propõe. Outro estudo, dos autores Formiga, Vasconcelos, Galdino e Lima (2015), com 110 participantes divididos em três grupos (abstinentes, alcoolistas, usuários de álcool e drogas ilícitas) utilizou o ASSIST para avaliar a ocorrência de diagnóstico duplo em usuários de drogas lícitas e ilícitas no Brasil. Os resultados apontaram que os usuários de drogas ilícitas apresentaram maior presença do diagnóstico duplo (71,8%), ou seja, outras psicopatologias além do consumo de substâncias. Outros estudos avaliaram o consumo em populações específicas, por exemplo, entre motoristas de caminhão, verificando-se que 94,1% dos participantes que já tinham experimentado álcool na vida também haviam feito uso de outra substância (Leopoldo, Leyton, & Oliveira, 2015).

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

Um dos instrumentos amplamente utilizado para avaliação do padrão de consumo de álcool é o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), ideal para avaliação breve e com bom custo-benefício, principalmente em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) (Luis, Garcia, Barbosa, & Lima, 2018). Esse instrumento, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001), consiste de um rastreador de bebedores de risco, medindo consumo, sintomas de dependência e consequências do beber nos últimos doze meses. O AUDIT foi validado por Lima et al. (2005) para o contexto brasileiro, possuindo dez itens com opções de resposta diferentes, de acordo com os domínios que avalia, e pontuação máxima de quarenta pontos.

Um estudo teve como objetivo avaliar o padrão de consumo de álcool de 392 usuários de um Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Rio Grande do Sul. Para tanto, um dos instrumentos utilizados foi o AUDIT, e as respostas indicaram que a maioria dos participantes afirmou não sentir culpa ou remorso por beber no último ano (62%) (Kantorski, 2014). Pesquisas também sugerem o uso do AUDIT para avaliar o consumo de álcool em universitários, representando uma população

específica que necessita de atenção (Bedendo, Andrade, Opaleye, & Noto, 2017; Carretero, Ruiz, Delgado, & González, 2016).

Escala de Gravidade de Dependência (ASI-6)

A Escala de Gravidade de Dependência (ASI-6), desenvolvida por McLellan, Cacciola, Alterman, Rikoon e Carise (2006), foi adaptada para o contexto brasileiro por Kessler (2007). Trata-se de uma entrevista semiestruturada que proporciona uma avaliação global do paciente sobre a gravidade dos seus problemas relacionados ao uso de substâncias. Avalia áreas específicas (médica, ocupacional, aspectos legais, sociofamiliares, psiquiátricos, uso de álcool e uso de outras drogas), requerendo que o indivíduo responda acerca de seu grau de preocupação e do quanto sente ser importante o tratamento em uma escala de cinco pontos, desde zero (nada) até quatro (extremamente) (Kessler, 2007).

As propriedades psicométricas da ASI-6 foram avaliadas em um estudo de validação para população usuária de substâncias com 740 abusadores de substâncias. Os resultados apontaram alfa de Cronbach das subescalas variando de 0,64 a 0,95, de modo que o estudo apresentou boa confiabilidade e validade em sujeitos internados e em tratamento ambulatorial no Brasil (Kessler et al., 2012).

Avaliação das funções cognitivas

O transtorno por uso de substância é um fenômeno complexo, pois envolve múltiplos fatores e pode causar um impacto negativo sobre o equilíbrio físico, psicológico, cognitivo e comportamental. O consumo de drogas impacta em diversas interações metabólicas e tem ação direta sobre regiões cerebrais, o que pode levar a diversas modificações no funcionamento e na estrutura cerebral normal. O uso crônico pode acarretar alterações e *deficit* permanentes (Yücel et al., 2018).

As alterações no funcionamento cerebral estão associadas a comportamentos mal adaptativos, os quais fazem parte do transtorno por uso de substância. Entre esses comportamentos, destacam-se os comportamentos de risco, a dificuldade na capacidade de tomada de decisão e a avaliação inadequada dos reforços positivos (Almeida & Monteiro, 2011). O comprometimento cognitivo dificulta a adesão ao tratamento e a manutenção da abstinência. Assim, por exemplo, as alterações no córtex pré-frontal são relacionadas a comportamentos que visam ao prazer imediato e aumentam o risco de dependência (Kwako et al., 2017).

Um importante aspecto que deve ser mensurado quando do processo de avaliação na dependência química é a cognição. As funções cognitivas são habilidades desempenhadas em várias áreas cerebrais, que trabalham de forma cooperativa por meio de vias de conexão neuronal. A avaliação da cognição auxilia na identificação de prejuízos, *deficit* cognitivos e alterações comportamentais, visando compreender os danos cerebrais e seus efeitos sobre a cognição e o comportamento. Além disso, examina a extensão e gravidade dos danos, avaliando o que está preservado e as potencialidades do indivíduo (Kwako et al., 2017). Dessa forma, possibilita a construção de estratégias para o tratamento e minimiza o impacto negativo do uso de substâncias.

A avaliação das funções cognitivas nos usuários de SPA é um desafio, pois cada droga atua de forma diferente sobre o sistema nervoso central e as alterações comportamentais decorrentes variam conforme a ação de cada substância. No entanto, direta ou indiretamente, todas as drogas envolvem o sistema de recompensa, o qual está relacionado com a busca do prazer (Veltman et al., 2014). Seguem, abaixo, as alterações cognitivas mais comumente associadas a cada tipo de substância (Almeida & Monteiro, 2011; Freitas et al., 2016).

- Crack e cocaína: atenção sustentada e alternada, memória espacial, funções executivas (controle inibitório e flexibilidade cognitiva).
- Álcool: atenção, aprendizagem, memória episódica, funções executivas (memória de trabalho, controle inibitório e tomada de decisão), processamento visuoespacial, velocidade de processamento.
- Maconha: atenção, memória episódica, tomada de decisão, velocidade de processamento e velocidade psicomotora.
- Cocaína/Crack: atenção, aprendizagem, memória (memória episódica, memória de curto prazo, memória espacial, visual e verbal), funções executivas (memória de trabalho, controle inibitório, tomada de decisões, fluência verbal e flexibilidade cognitiva), psicomotricidade e integração visomotora.
- *Ecstasy* (MDMA): atenção, memória (memória de curto prazo, memória episódica, memória verbal e visual), funções executivas (memória de trabalho, fluência verbal e tomada de decisão), velocidade de processamento e resolução de problemas.
- Opioides/ Heroína: memória episódica, memória de trabalho, flexibilidade, fluência verbal e planejamento.
- LSD: atenção, flexibilidade cognitiva, aprendizagem, funções executivas e orientação visuoespacial.

Os diferentes tipos de drogas causam impactos distintos, além de variarem de acordo com o grau de desenvolvimento da dependência. A possibilidade de recuperação dos comprometimentos neurocognitivos causados pelo uso de drogas é bastante individual, pois depende de fatores como gravidade dos prejuízos, tempo de uso, idade e outros transtornos clínicos envolvidos (Schulte et al., 2014). Quando da avaliação dos comprometimentos causados pelas drogas, faz-se necessário considerar não apenas o tipo de droga utilizada, mas também a quantidade, o tempo e a forma de consumo (agudo, eventual, subagudo ou crônico) (Garcia, Moreira, & Assumpção, 2014). Por essa razão, torna-se imprescindível uma avaliação ampla, com dados abrangentes sobre o padrão de consumo das SPA, além de investigar as áreas cognitiva, psicossocial e emocional. A avaliação das funções cognitivas ocorre por meio de testes e instrumentos neuropsicológicos, entrevista clínica e tarefas ecológicas (Zanelatto & Boschetti, 2013).

Os instrumentos mais comumente utilizados para avaliação do funcionamento cognitivo na dependência química são: Mini Exame do Estado Mental (MEEM) — teste de rastreio cognitivo que avalia orientação têmporo-espacial, memória, atenção/cálculo, linguagem e praxia construtiva (Folstein, Folstein, & Mchugh, 1975); Figuras Complexas de Rey — investiga habilidades de organização visuoespacial, planejamento, desenvolvimento de estratégias e memória (Jamus & Mader, 2005); Teste Wisconsin de Classificação de Cartas (WCST-64) — avalia funções executivas, raciocínio abstrato e flexibilidade de pensamento (Trentini, Argimon, Oliveira, & Werlang, 2006); Escala de Inteligência Wechsler para Adultos (WAIS III) — avalia a capacidade intelectual, sendo que os subtestes podem ser aplicados individualmente para avaliar construtos como atenção, funções executivas, flexibilidade cognitiva, memória de trabalho e tomada de decisão (Nascimento, 2000); *Trail Making Test* — teste neuropsicológico que avalia atenção dividida, velocidade de processamento visual e flexibilidade cognitiva (Reitan, 1955).

Investigar as funções cognitivas serve como uma importante ferramenta para a avaliação na dependência química. A avaliação da cognição pode auxiliar no diagnóstico diferencial, no entendimento sobre as dificuldades da manutenção da abstinência e na elaboração do plano de tratamento. Da mesma forma, a compressão sobre o funcionamento cognitivo do usuário pode ajudar nas orientações e na psicoeducação sobre o tratamento (Garcia et al., 2014).

Avaliação de comorbidades

O transtorno por uso de substâncias caracteriza-se pela forte presença de comorbidades psiquiátricas. As comorbidades na dependência química podem resultar em piores prognósticos. Realizar o diagnóstico das comorbidades nesse contexto não é uma tarefa fácil, pois os sintomas do transtorno mental muitas vezes se confundem com o uso da substância ou com a sintomatologia da abstinência das drogas (Diehl & Souza, 2013).

Segundo Duailibi, Ribeiro e Laranjeira (2008), é comum que usuários de drogas como cocaína e crack tenham comorbidades, tais como depressão e ansiedade, que aumentam a gravidade da patologia. Os autores Hess, Almeida e Moraes (2012) também apontam para maior ocorrência de psicopatologias em usuários de substâncias, principalmente sintomas depressivos e de ansiedade entre dependentes químicos em abstinência. Concluem que essa frequente relação entre usuários de drogas e psicopatologias pode explicar-se pelo intuito que esses usuários têm de reduzir o sofrimento decorrente de uma comorbidade preexistente ao consumo ou pelo fato de que essas psicopatologias podem se exacerbar devido ao consumo de drogas.

Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)

Uma das escalas que pode ser utilizada para mensurar depressão, ansiedade e estresse em usuários de substâncias é a *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS-21), autoaplicável e com 21 itens divididos em três subescalas, do tipo *Likert*, com pontuação de zero a três. As subescalas são compostas por sete itens, os quais avaliam estados emocionais de depressão, ansiedade e estresse quanto ao nível de sintomatologia apresentado na última semana. A correção é realizada pelo somatório das respostas, considerando-se pontuações altas como sintomatologia mais elevada e dividida em normal, médio, moderado, severo, e extremamente severo. Esse instrumento apresenta evidências de validade para a população brasileira e demonstrou alta confiabilidade ($\alpha = 0.95$) (Vignola & Tucci, 2014).

O estudo de Andretta, Limberger, Schneider e Mello (2018) avaliou com a DASS-21 sintomas de depressão, ansiedade e estresse em homens e mulheres usuários de drogas em tratamento devido a transtorno por uso de substâncias em comunidades terapêuticas. Os resultados alcançados apontaram para associação entre altos níveis de sintomas de depressão, ansiedade e estresse em usuários de tabaco e em usuários de drogas desempregados. Uma das justificativas para os resultados seria a utilização do tabaco para manejo do estresse, o que é frequente em usuários da droga, denotando a importância de avaliação desses sintomas associados. Dessa forma, a DASS-21 foi adequada para avaliação dos sintomas de depressão, ansiedade e estresse nos usuários de drogas.

Um estudo longitudinal de Moutinho (2018), com estudantes de medicina de uma universidade brasileira, objetivou avaliar a prevalência e a incidência de sintomas de depressão, ansiedade e estresse com a DASS-21, bem como o uso de substâncias com o ASSIST. Observou-se que quase 50% dos participantes apresentaram níveis elevados de sintomas de depressão, ansiedade e estresse nos dois anos de seguimento em que foram acompanhados. Sobre o uso de substâncias durante a vida, verificou-se maior consumo de álcool, maconha e sedativos, respectivamente.

Adult Self-Report (ASR)

A avaliação com escalas sintomatológicas já foi apontada como importante para sintomas recorrentes em usuários de drogas, mas é necessário apresentar escalas úteis na identificação de diferentes sintomas e problemas psicopatológicos. Um inventário que pode ser usado é o *Adult Self-Report (ASR)*, que faz parte do *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA) e tem como objetivo avaliar indivíduos de 18 a 59 anos a partir de seu autorrelato sobre aspectos do funcionamento adaptativo e psicopatológico. O ASR tem 126 itens e é dividido em quatro áreas de avaliação: escalas que avaliam síndromes e

comportamentos internalizantes (ansiedade/depressão, isolamento/depressão e problemas somáticos) e externalizantes (comportamentos agressivos e intrusivos, quebra de regras); escalas que avaliam o funcionamento adaptativo (família, trabalho, casamento, amizades, educação e média adaptativa geral); escalas que avaliam o uso de substâncias (tabaco, álcool, drogas e média de uso de substâncias); e, por fim, escalas orientadas pelo DSM (transtornos clínicos e transtornos de personalidade). Para cada escala, há um ponto de corte para classificá-las, a partir da pontuação, em faixa normal, limítrofe ou clínica (Achenbach & Rescorla, 2003).

O inventário ASR foi traduzido e adaptado para o Brasil e tem um estudo de evidências de validade com 1.444 participantes, sendo três grupos: população não-clínica, dependentes químicos e pessoas com problemas clínicos ou emocionais. O estudo encontrou consistência interna nas escalas variando de $\alpha = 0,70$ a $\alpha = 0,86$ (Lucena-Santos, Moraes, & Oliveira, 2014).

Os autores Hess et al. (2012) indicam, ainda, que o risco de suicídio também é um fator importante de atenção em pacientes com histórico de consumo de substâncias. A pesquisa de Silva et al. (2017) avaliou, por meio do ASR, sintomas psiquiátricos, como histórico de tentativa de suicídio (TS), em 160 usuários de crack/cocaína. Verificou-se que houve diferenças entre o grupo de participantes que tinha TS e o grupo que não tinha, sendo que, quanto às escalas do ASR, os sintomas de depressão e problemas de pensamento associaram-se à TS nos usuários de crack/cocaína.

Avaliação da motivação

Quando da avaliação inicial do usuário de SPA, é importante identificar, também, motivação e outros fatores que estão relacionados à mudança de comportamento do usuário de drogas. A motivação faz parte do Modelo Transteórico de Mudança (MTT) (Prochaska & DiClemente, 1982) e é entendida a partir dos chamados Estágios de Mudança. O Modelo propõe que esses representariam o processo pelo qual as pessoas passam para atingir uma mudança, dividindo-se em pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção.

URICA (University of Rhode Island Change Assessment)

A URICA é uma escala de autorrelato do tipo escalar criada por McConaughy, DiClemente, Prochaska e Velicer (1989) com o objetivo de avaliar os Estágios de Mudança de um indivíduo. Foi adaptada e validada para usuários de SPA ilícitas no Brasil por meio do estudo de Szupszynski e Oliveira (2008), do qual participaram 214 sujeitos, tendo-se identificado boa consistência interna da escala ($\alpha = 0,657$).

É frequentemente utilizada, como em um estudo que avaliou adolescentes infratores usuários de drogas ilícitas, buscando identificar a relação do estágio motivacional com a adesão ao tratamento. Os resultados apontaram que o estágio de pré-contemplação foi o mais frequente entre os jovens, os quais apresentaram maior resistência ao tratamento quando comparados aos que estavam em outros estágios (Oliveira, Szupszynski, & DiClemente, 2010).

A URICA pode ser utilizada para avaliação do uso de diferentes substâncias, entre elas o tabaco. O estudo de Oliveira, Ludwig, Moraes, Rodrigues e Fernandes (2014) teve como objetivo a adaptação brasileira e validação da URICA tabaco, a qual é composta por 24 itens e dividida em quatro subescalas, com seis itens cada: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção. Foram obtidos resultados de fidedignidade para cada estágio de mudança, validade concorrente satisfatória, além de evidências de validade de diferenças significativas entre pré e pós uma intervenção motivacional em grupo.

Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)

O instrumento SOCRATES, de Miller e Tonigan (1995), também foi construído para verificar a motivação, com dezenove itens divididos em três fatores: ambivalência, reconhecimento e ação. O estudo de Figlie, Dunn e Laranjeira (2004), com uma amostra ambulatorial de dependentes de álcool, encontrou boa consistência interna e confiabilidade. Entretanto, faz-se importante citar que, nesse estudo, as análises estatísticas mostraram que apenas dois fatores correlacionaram-se melhor ao modelo.

No estudo de Janeiro, Faísca e Miguel (2016), em que foram realizadas análises psicométricas, a escala SOCRATES foi aplicada em cem adultos heroíno-dependentes em tratamento. Os resultados apontam para consistência interna adequada, e, segundo a validade externa, as subescalas do instrumento diferenciaram contextos de tratamento.

Escala de Processos de Mudança (EPM)

Os Processos de Mudança são também construtos de grande relevância do MTT, já que podem ser pensamentos ou comportamentos que a pessoa apresenta ao longo da sua mudança, estando divididos entre processos cognitivos e processos comportamentais (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992). A escala que avalia esses Processos de Mudança chama-se Escala de Processos de Mudança (EPM), a qual avalia os processos cognitivos e comportamentais, sendo validada por Szupszynski (2012). Trata-se de uma escala de autorrelato em que a pessoa responde sobre a frequência com que ocorre o pensamento ou comportamento em relação ao uso de substâncias em questão. É do tipo *Likert*, com cinco pontos, e apresenta vinte itens, dos quais cinco referem-se a processos cognitivos e outros cinco a processos comportamentais. A validação obteve um coeficiente alfa de Cronbach de 0,732.

O estudo de Szupszynski (2014) buscou avaliar o construto dos Processos de Mudança em 395 usuários de crack em tratamento. Os resultados apontaram que os processos cognitivos e comportamentais estão associados a variáveis como idade, estágio motivacional e tempo de abstinência.

Drug Abstinence Self-efficacy Scale (DASE) e Temptation to Use Drug Scale (TUD)

Além dos conceitos e instrumentos citados acima, é necessário destacar, também, a autoeficácia para abstinência e a tentação para uso de drogas. Esses são Mecanismos de Mudança no MTT, visto que interferem diretamente no movimento da pessoa entre os Estágios de mudança, auxiliando, assim, na mudança. A autoeficácia pode ser caracterizada como as capacidades que um indivíduo entende ter para realizar um comportamento, sendo preditora da mudança e necessária durante todo o processo. Já a tentação é compreendida como a vontade de voltar a um comportamento, sendo, também, um marcador importante para que se avalie o processo de mudança (DiClemente, 2003).

As escalas que correspondem ao construto de autoeficácia e tentação foram adaptadas e validadas no Brasil por Freire et al. (2017), junto a trezentos participantes em tratamento para dependência de cocaína e crack. A adaptação mostrou evidências de validade adequadas, com coeficiente alpha de Cronbach, na DASE, de 0,920 e, na TUD, de 0,927. Também foi realizada análise fatorial exploratória e de consistência interna.

Conforme o estudo de Ávila (2016), em uma avaliação com a DASE e TUD pré e pós intervenção com o MTT, verificou-se aumento da autoeficácia para abstinência e diminuição da tentação para uso de substâncias, de acordo com o esperado e com outros estudos da literatura. Além disso, após intervenção dos participantes foi utilizado a EPM,

obtendo-se o resultado de mais processos comportamentais, ou seja, frequentes em pessoas que estão em processo mais avançado de mudança de comportamento.

Considerações finais

Neste capítulo, foram apresentados alguns instrumentos de avaliação do uso de substâncias, tais como escalas, inventários, questionários, testes psicológicos e neuropsicológicos. Esses instrumentos são úteis para que se identifiquem diferentes aspectos e particularidades que a dependência química pode apresentar. A avaliação do consumo de substâncias precisa ser um processo amplo, englobando diversas informações e áreas da vida do indivíduo. Não somente a quantidade e os tipos de substâncias consumidas devem ser analisados, mas também o tempo desse consumo e o grau de dependência. A investigação de funções cognitivas complementa a avaliação, indica os prejuízos que o consumo pode ter causado sobre as funções mentais e quais *deficit* identificados precisam de reabilitação e/ou podem comprometer a evolução do tratamento. Também foi demonstrada a necessidade de serem avaliadas as comorbidades que podem estar relacionadas ao uso e/ou à dependência, bem como a motivação do usuário para mudar seu comportamento. Todos esses aspectos avaliados poderão direcionar o, encaminhamento e o tratamento de maneira mais adequada.

Sugestões de leitura:

- 1) Diehl, A., Cordeiro, D.C., & Laranjeira, R. (2019). *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas* (2. ed. rev.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- 2) Oliveira, M.S., Boff, R.M., Cazassa, M.J., & DiClemente, C. (2017). *Por que é tão difícil mudar?* Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.
- 3) Zanelatto, N., & Laranjeira, R. (2018). *O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: um guia para terapeutas* (2. ed. rev.). Porto Alegre, RS: Artmed.

Referências

- Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2003). *Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles*. Burlington, (VT): University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Almeida, P.P., & Monteiro, M.F. (2011). Neuropsicologia e Dependência Química. In A. Diehl, D.C. Cordeiro, & R. Laranjeira (Orgs.). *Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas* (pp.98-105). Porto Alegre, RS: Artmed.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Andretta, I., Limberger, J., Schneider, J.A., & Mello, L.T.N. (2018). Sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse em Usuários de Drogas em Tratamento em Comunidades Terapêuticas. *Psico-USF*, 23(2), 361-373.
- Ávila, A.C., Yates, M.B., Silva, D.C., Rodrigues, V.S., Oliveira, M.S. (2016). Avaliação da autoeficácia e tentação em dependentes de cocaína/crack após tratamento com o modelo transteórico de mudança (MTT). *Aletheia*, 49(1), 74-88.
- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J., Saunders J., & Monteiro M. (2001). *The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care*. [internet] 2. ed. Genebra: World Health Organization.
- Bedendo, A., Andrade, A., Opaleye, E., & Noto, A. (2017). Binge drinking: padrão associado ao risco de problemas do uso de álcool entre universitários. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 25, 1-8. doi: 10.1590/1518-8345.1891.2925
- Carretero, M.A.G., Ruiz, J.P.N., Delgado, J.M.M., & González, C.O. (2016). Validación del test para la identificación de trastornos por uso de alcohol en población universitaria: AUDIT y AUDIT-C. *Adicciones*, 28(4).
- DiClemente, C.C. (2003). *Addiction and Change: How Addictions Develop and Addicted People Recover*. New York, NY: Guilford Press.
- Diehl, A., & Souza, P.M. (2013). Principais comorbidades associadas ao transtorno por uso de substâncias. In N.A. Zanelatto, & R. Laranjeira (Org.). *O Tratamento da Dependência Química e as Terapias Cognitivo-Comportamentais* (pp. 73-92). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Duailibi, L.B., Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2008). Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(4), 545-557.

- Figlie, N.B.I., Dunn, B.; Laranjeira, R. (2004). Estrutura fatorial da Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) em dependentes de álcool tratados ambulatorialmente. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(2), 91-99.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Formiga, M.B., Vasconcelos, S.C., Galdino, M.K.C., & Lima, M.D.C. (2015). Presence of dual diagnosis between users and non-users of licit and illicit drugs in Brazil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64(4), 288-295.
- Freire, S.D., Silva, D.C., Ávila, A.C., DiClemente, C., & Oliveira, M.S. (2017). Adaptation and Validation of the Brazilian DASE and TUD Scales for Cocaine/Crack Users. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 27(67), 93-99.
- Freitas, E.R., Joaquim, R.M., Tabaquim, M.L.M., & Camargo, A.P. (2016). Avaliação Neuropsicológica das Funções Executivas de Mulheres em Estado de Dependência Química. *Archives of Health Investigation*, 5(1), 14-24. doi:10.21270/archi.v5i1.1296.
- Garcia, F., Moreira, L., & Assumpção, A. (2014). Neuropsicologia das dependências químicas. In D. Fuentes, L. F. Malloy-Diniz, C.H.P. Camargo, & R.N. Consenza (Org.). *Neuropsicologia: teoria e prática* (pp.241-248). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Henrique, I.F.S., De Micheli, D., Lacerda, R.B., Lacerda, L.A., & Formigoni, M.L.O.S. (2004). Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50(2), 199-206.
- Hess, A.R.B., Almeida, R.M.M., & Moraes, A.L. (2012). Comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos em abstinência em ambiente protegido. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 17(1), 171-178.
- Janeiro, L., Faísca, L., & Miguel, M.J.L. (2016). Qualidades psicométricas da versão Portuguesa da SOCRATES 8D numa amostra de heroíno-dependentes em tratamento [Psychometric properties of a Portuguese version of the SOCRATES 8D: A study with a sample of heroin addicts in treatment]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 42(2), 177-191.
- Jamus, D.R., & Mader, M.J. (2005). A Figura Complexa de Rey e seu papel na avaliação neuropsicológica. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 11(4), 193-198.
- Kantorski, L. P., Jardim, V.M.R., Oliveira, M.M., Alves, P.F., Silveira, K.L., Weiss, C.V., & Weiss, C.V. (2014). O consumo de álcool em serviços de saúde mental no Rio Grande do Sul. *Caderno de Terapia Ocupacional, UFSCar*, 22, 103-109. doi: 10.4322/cto.2014.034
- Kessler, F.H.P. (2007). Adaptação transcultural multicêntrica da sexta versão da Escala de Gravidade de Dependência (AS16) para o Brasil. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(3), 335-6.
- Kessler, F., Cacciola, J., Alterman, A., Faller, S., Souza-Formigoni, M.L., Cruz, M.S., Brasiliano, S., & Pechansky, F. (2012). Psychometric properties of the sixth version of the Addiction Severity Index (AS1-6) in Brazil. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 34(1), 24-33. doi: 10.1590/S1516-44462012000100006
- Kwako, L.E., Momenan, R., Grodin, E.N., Litten, R.Z., Koob, G.F., & Goldman, D. (2017). Addictions Neuroclinical Assessment: A reverse translational approach. *Neuropharmacology*, 122, 254-264. doi:10.1016/j.neuropharm.2017.03.006
- Leopoldo, K., Leyton, V., & Oliveira, L.G. (2015). Uso exclusivo de álcool e em associação a outras drogas entre motoristas de caminhão que trafegam por rodovias do Estado de São Paulo, Brasil: um estudo transversal. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(9), 1916-1928.
- Lima, C. T., Freire, A.C.C., Silva, A.P.B., Teixeira, R.M., Farrel, M., & Prince, M. (2005). Concurrent and construct validity of the AUDIT in an urban Brazilian sample. *Alcohol Alcohol*, 40(6), 584-589.
- Lucena-Santos, P., Moraes, J.F.D. & Oliveira, M.S. (2014). Analysis of the factor structure of syndromes scales of ASR (Adult Self-Report). *Interamerican Journal of Psychology*, 48(3), 252-64.
- Luis, M.A.V., Garcia, M.V.L., Barbosa, S.P., & Lima, D.W.C. (2018). O uso de álcool entre idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(1), 46-53.
- McConaughy, E. A., DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., & Velicer, W.F. (1989). Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 26(4), 494-503.
- McLellan A.T, Cacciola J., Alterman A., Rikoon S., & Carise D. (2006). The Addiction Severity Index at 25: origins, contributions and transitions. *American Journal on Addictions*, 5(2), 113-24.
- Miller, W.R., & Tonigan, J.S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10(2), 81-89. doi: 10.1037/0893-164X.10.2.81
- Moutinho, I.L.D. (2018). *Estresse, ansiedade, depressão, qualidade de vida e uso de drogas ao longo da graduação em medicina: estudo longitudinal*. (Tese de doutorado). Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Recuperado de <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/7118>
- Nascimento, E. (2000). Escala de Inteligência Wechsler para Adultos, terceira edição - WAIS-III. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

- Oliveira, M.S., Ludwig, M.W.B., Moraes, J.F.D., Rodrigues, V.S., & Fernandes, R.S. (2014). Evidências de validade da University of Rhode Island Change Assessment (URICA-24) para dependentes de tabaco. *Revista de Ciências Médicas*, Campinas, 23(1), 5-14.
- Oliveira, M.S., Szupszynski, K., Del R., & Diclemente, C. (2010). Estudo dos estágios motivacionais no tratamento de adolescentes usuários de substâncias psicoativas ilícitas. *Revista Psico*, 41(1), 40-46.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 20, 161- 173. doi: 10.1037/h0088437
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviours. *The American Psychologist*, 47(9), 1102- 1114. doi: 10.1037/0003-066X.47.9.1102
- Reitan, R.M. (1955). The relation of the trail making test to organic brain damage. *Journal of Consult Psychology*, 19(5), 393-394.
- Schulte, M.H.J., Cousijn, J., den Uyl, T.E., Goudriaan, A.E., Van Den Brink, W., Veltman, D.J., ... Wiers, R.W. (2014). Recovery of neurocognitive functions following sustained abstinence after substance dependence and implications for treatment. *Clinical Psychology Review*, 34(7), 531-550. doi: 10.1016/j.cpr.2014.08.002
- Silva, A.C., Lucchese, R. Vargas, L.S., Benício, P.R., & Vera, I. (2016). Application of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) instrument: an integrative review. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(1), 1-10. doi: 10.1590/1983-1447.2016.01.52918
- Silva, D.C., Ávila, A.C., Yates, M.B., Cazassa, M.J., Dias, F.B., Souza, M.H., & Oliveira, M.S. (2017). Sintomas psiquiátricos e características sociodemográficas associados à tentativa de suicídio de usuários de cocaína e crack em tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 66(2), 89-95.
- Szupszynski, K.P.D.R. (2012). *Estudo dos processos de mudança em usuários de substâncias psicoativas ilícitas*. (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre). Recuperado de <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/4899/1/000445275-Texto%2bCompleto-0.pdf>
- Szupszynski, K.P.D.R., Sartes L.M.A., Andretta, I., & Oliveira, M.S. (2014). Processos de mudança cognitivos e comportamentais em usuários de crack em tratamento. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10(1), 11-18.
- Szupszynski, K.P.D.R., & Oliveira, M.S. (2008). O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10(1), 162-173.
- Trentini, C.M., Argimon, I.L.L., Oliveira, M.S., & Werlang, B.C. (2006). O desenvolvimento de normas para o teste wisconsin de classificação de cartas (pesquisa em andamento). *Avaliação Psicológica*, 5(2), 247-250.
- Schmaal, L., Goudriaan, A., Joos, L., Dom, G., Pattij, T., Van den Brink, W., & Veltman, D. (2014). Neural substrates of impulsive decision making modulated by modafinil in alcohol-dependent patients. *Psychological Medicine*, 44(13), 2787-2798. doi: 10.1017/S0033291714000312
- Vignola, R.C.B., & Tucci, A.M. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of affective disorders*, 155, 104-109. doi 10.1016/j.jad.2013.10.031
- World Health Organization. (2018). The International Classification of Diseases: 11th Revision. Geneva: WHO. Recuperado de <https://icd.who.int/>
- Yücel, M., Oldenhof, E., Ahmed, S., Belin, D., Billieux, J., Bowden-Jones, H., ... & Verdejo-Garcia, A. (2018). A transdiagnostic dimensional approach towards a neuropsychological assessment for addiction: an international Delphi consensus study. *Addiction*, 114(6), 1095-1109. doi: 10.1111/add.14424
- Zanelatto, N.A., & Boschetti, F. (2013). Estrutura das sessões, análise funcional e conceituação de caso. In N.A. Zanelatto, N.A., & R. Laranjeira, R. (Orgs.). *O Tratamento da Dependência Química e as Terapias Cognitivo-Comportamentais* (pp. 333- 355). Porto Alegre, RS: Artmed.

11 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

MANUELA POLIDORO LIMA

O objetivo deste capítulo é explanar sobre como realizar a avaliação psicológica (AP) de indivíduos diagnosticados com câncer. No entanto, primeiramente, acredita-se ser importante relembrar, brevemente, alguns fatos sobre o surgimento e fortalecimento da Psicologia da Saúde, subárea de atuação da Psicologia, bem como aspectos essenciais relacionados ao trabalho do psicólogo da saúde.

No Brasil, a psicologia da saúde iniciou sua trajetória, na década de 1970, a partir das mudanças necessárias e emergentes no modelo biomédico, predominante na época (Chiattonne, 2003). Nos Estados Unidos, a American Psychological Association (APA) criou, em 1978, a Divisão 38, da Psicologia da Saúde, e, na Europa, foi criada a European Health Psychology Society (EHPS), em 1986 (Straub, 2005).

O surgimento e a disseminação do modelo biopsicossocial impulsionou a compreensão do processo de adoecimento como um processo complexo, influenciado por diversos âmbitos da vida do indivíduo. Esse modelo rejeita a separação entre mente e corpo, incorporando fatores ambientais, sociais e comportamentais para compreender a saúde, a doença e o bem-estar.

Nas últimas décadas dentro desse contexto, a psicologia da saúde emergiu como um importante contribuinte para um esforço amplo destinado a melhorar as questões mais urgentes relacionadas à saúde no mundo atual — saúde, assistência médica, estresse e enfrentamento —, buscando formar de melhor prevenir, tratar e / ou administrar uma doença crônica. Além disso, oferece uma perspectiva diversificada e interdisciplinar, que considera as influências psicológicas, fisiológicas e ambientais na saúde. A psicologia da saúde também enfatiza outros fatores-chave para a saúde, como a cultura, os fatores socioeconômicos, a interação entre paciente e provedor/ profissional de saúde, entre outros (Johnson, 2013).

Nesse contexto, cresceu o reconhecimento da influência dos estados emocionais no desenvolvimento e na manutenção das doenças, bem como a centralidade do comportamento para os resultados de saúde, no âmbito individual e populacional, e o seu impacto econômico (Fisher et al., 2011). Assim, a presença de psicólogos em contextos de saúde aumentou, e um novo campo de atuação surgiu. Atualmente essa área está consolidada e abre cada vez mais espaços de atenção à saúde mental e psicossocial dos indivíduos.

Para uma atuação de qualidade na área da saúde, o psicólogo deve conhecer o contexto no qual trabalha — hospital, ambulatório, unidade básica de saúde, comunidade ou empresa/instituição —, uma vez que o ambiente geralmente determina os procedimentos a serem utilizados, o tratamento a ser prescrito, as formas de adoecer e de enfrentar a doença, manifestadas pela população atendida naquele contexto específico (Casseb, 2011). O *setting* terapêutico é algo que diferencia a atuação do profissional nesses contextos, pois é muito peculiar. Os espaços de atendimento nos contextos de saúde — hospital, enfermaria, ambulatório, clínica, pronto-socorro etc — oferecem ao psicólogo um ambiente de atuação diferente, considerando o tipo de demanda, o ambiente físico, os objetivos da avaliação e a própria forma de trabalhar em equipe (Rudnicki, 2014).

Os psicólogos inseridos em contextos da saúde podem trabalhar na avaliação e no aprimoramento do ajustamento psicológico à doença e ao tratamento, minimizando o sofrimento associado aos procedimentos médicos. Seu trabalho pode também estar voltado à prevenção e educação, oferecendo educação em saúde, facilitando a tomada de decisões

do paciente e implementando intervenções psicológicas para promover comportamentos saudáveis.

Psicólogos da saúde podem, ainda, treinar profissionais da saúde para que tenham uma melhor compreensão do impacto psicológico da doença e do tratamento, bem como da comunicação profissional-paciente. Esses profissionais podem fornecer suporte a equipes de saúde individualmente e em grupo, por exemplo, desenvolvendo intervenções de gerenciamento de estresse. Podem, ainda, pesquisar e avaliar a eficácia dos sistemas e das políticas de saúde, aconselhando políticas que promovam práticas baseadas em evidências (Hallas, 2004).

Esses profissionais devem, também, ser capazes de avaliar os pacientes a fim de identificar processos envolvidos no enfrentamento e na adaptação à doença e ao tratamento, auxiliar na preparação psicológica para a cirurgia, facilitar o controle da dor e dos sintomas, além de compreender e aumentar a motivação para aderir a tratamentos e reabilitação (Hallas 2004). A avaliação psicológica realizada por esses profissionais pode, ainda, ter a finalidade de encaminhamento para avaliações com psiquiatras, psicólogas clínicas e assistentes sociais.

Outra habilidade importante que o profissional psicólogo deve desenvolver em contextos de saúde é a comunicação com outros profissionais da saúde. As informações coletadas durante os atendimentos clínicos devem ser claramente comunicadas a outros profissionais de saúde, sempre respeitando os princípios éticos do sigilo profissional, mas, ainda assim, repassando informações importantes sobre o paciente aos demais profissionais que o atendem, especialmente àquele que solicitou a avaliação.

As ferramentas de trabalho para realizar uma avaliação adequada nos contextos de saúde são as mesmas utilizadas pelo psicólogo em outros ambientes e situações: observação, entrevista e testagem. No entanto, devido às particularidades do *setting* terapêutico nos contextos de saúde, a observação e a entrevista são aquelas mais utilizadas.

As entrevistas de avaliação variam de acordo com as necessidades dos pacientes, mas geralmente englobam questionamentos a respeito do estado de humor e afetivo, das percepções, dos comportamentos e das reações emocionais do paciente em relação a sua doença e seu tratamento, do apoio social recebido ou não, das estratégias de enfrentamento adotadas, da capacidade cognitiva do enfermo bem como da sua resposta ao sistema de saúde que o trata, ao ambiente e à equipe que o cuida (Hallas, 2004).

O uso de medidas, como escalas e testes psicológicos, pode ser utilizado e deve ser feito sempre que o profissional perceba necessidade. Porém, deve ser claramente compreendida a real necessidade do uso e qual a sua finalidade (Capitão, Scortegagna, & Baptista, 2005). A observação é um aliado do psicólogo nos contextos de saúde, pois permite a coleta de dados sobre a interação entre o paciente e os demais atores que compõem o *setting* terapêutico, como familiares e profissionais de saúde que circulam no ambiente. No contexto hospitalar, por exemplo, a observação da circulação dos profissionais, da interação e da comunicação entre paciente-equipe-psicólogo pode trazer informações relevantes à avaliação psicológica.

O hospital é uma instituição marcada por situações de sofrimento e dor, bem como pela luta constante entre vida e morte. A avaliação do paciente hospitalizado, além de considerar as particularidades da sua enfermidade, deve considerar o processo de hospitalização e suas particularidades relacionadas à perda da privacidade e da autonomia, à distância dos familiares, à interferência constante de profissionais (desconhecidos) na rotina diária e à frequência de procedimentos invasivos que causam desconforto, dor e vergonha. Sendo assim, a avaliação psicológica junto ao paciente hospitalizado deve atender às questões emocionais que envolvem tanto a doença quanto a internação hospitalar.

Após essa breve retomada de conceitos históricos e teóricos, quando foi possível compreender melhor o papel do psicólogo atuante em contextos de saúde, pretende-se apresentar informações sobre o contexto específico de saúde em que o paciente oncológico

está inserido, necessitando de uma avaliação psicológica completa que auxilie a equipe e o próprio indivíduo a adotarem medidas favoráveis ao melhor enfrentamento de seu atual status de saúde, bem como de sua recuperação e reabilitação.

É importante ressaltar que o *setting* de avaliação pode influenciar os tópicos a serem avaliados e as medidas (ferramentas) utilizadas pelo profissional. Neste momento, será abordada a avaliação dos aspectos emocionais, comportamentais e cognitivos de pacientes oncológicos hospitalizados e/ou em tratamento ambulatorial.

O diagnóstico do câncer é um acontecimento importante na vida do indivíduo, que provoca muitos questionamentos, sentimentos de tristeza, incerteza em relação ao futuro e medo, o que interfere no bem-estar físico e emocional tanto do paciente quanto de seus familiares (Gao et al., 2010). Dessa forma, o surgimento de sintomas de depressão e ansiedade é esperado nessa população, especialmente durante o tratamento oncológico, mas, quando esses sintomas tornam-se um problema clínico, precisam ser tratados.

Pacientes oncológicos, quando comparados à população geral, têm risco aumentado entre três a quatro vezes para apresentar sintomas e transtornos depressivos persistentes (Kessler et al., 2003). Um crescente corpo de literatura indica que o diagnóstico de câncer pode causar um sofrimento psicológico significativo em até 75% dos casos (Galway et al., 2010). Os distúrbios psicológicos mais comuns em pacientes com câncer incluem ansiedade, depressão, confusão e raiva (Curtis, Groarke, & Sullivan, 2014; National Cancer Institute, 2014).

Eventos estressantes, perdas, angústia emocional, prejuízo na aparência física, incapacitação e mudança de vida, associados à doença clínica, são considerados fatores de risco para depressão em pacientes com câncer (Amaro, Yazigi, & Erwenne, 2006). Fatores de risco de depressão comuns em pacientes com câncer são dor, história de depressão e suicídio, abuso de substâncias, perda recente de cônjuge ou outro familiar significativo, idade mais jovem, morar sozinho, apresentar pobre suporte social e dificuldades econômicas, além de tumor cerebral, parkinsonismo, uso de corticosteroides, interferon, procarbazina e paclitaxel (Chaturvedi & Uchitomi, 2012).

Sintomas de ansiedade podem ser causados por diversas razões, incluindo o próprio diagnóstico da doença, tratamentos prolongados, hospitalizações recorrentes, períodos de espera para atendimento, resultados de exame, entre outros (Jacobsen & Jim, 2008). Além disso, esses pacientes podem ficar ansiosos quando se sentem inseguros em relação à sua relação com a equipe e quando a comunicação com o profissional de saúde não é avaliada como adequada ou satisfatória. Outras situações que podem tornar um paciente com câncer ansioso são os custos do tratamento, o futuro dos membros da família e a falta de resposta adequada ao tratamento do câncer (Chaturvedi & Uchitomi, 2012).

A falha no diagnóstico dessas sintomatologias é comum, pois são consideradas uma reação natural ao diagnóstico do câncer, aos efeitos físicos do tratamento e também às diferentes terapias para a doença (Macleod, 2007). No entanto, se não diagnosticadas, podem afetar a saúde mental e física dos pacientes, aumentar o sofrimento associado ao enfrentamento do câncer e prejudicar a aceitação e o enfrentamento do tratamento oncológico (Williams & Dale, 2006). Dessa forma, a avaliação dos aspectos emocionais do paciente, tanto por meio de escalas quanto durante a entrevista, deve ser prioridade do psicólogo. Ressalta-se, ainda, que a avaliação deve ser realizada de forma contínua, antes, durante e ao final do tratamento.

Alguns instrumentos que podem ser utilizados para avaliação de sintomatologias nessa população são: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Anxiety and Depression Scale, HADS, Zigmond & Snaith, 1983), Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (Hamilton Scale for Depression, HAM-D, Hamilton, 1967), Inventário de Depressão de Beck (Beck Depression Inventory, BDI, Beck et al., 1961), Termômetro de Distress (Distress Thermometer, DT, Roth et al., 1998), Questionário de Saúde do Paciente - 4 (Patient Health Questionnaire, PHQ-4, Kroenke, Spitzer, Williams, & Lowe, 2009) e Módulo de Ansiedade do Questionário de Saúde do Paciente (Generalized Anxiety Disorder, GAD-7, Spitzer, Kroenke, Williams, & Lowe, 2006).

Por outro lado, estudos mostram que muitos desses instrumentos de rastreamento podem não fornecer uma avaliação precisa da depressão e de ansiedade em pacientes com câncer, devido à complexa relação entre os sintomas físicos do próprio câncer e os sintomas de depressão e ansiedade (Lazenby et al., 2014). Assim, os resultados dos instrumentos de rastreamento, nesses casos, devem ser interpretados e contextualizados adequadamente, além de serem corroborados por uma entrevista psicológica completa. A Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5 (SCID-5-CV; First, Williams, Spitzer, & Karg, 2017) é um instrumento que pode auxiliar no diagnóstico preciso dos transtornos psiquiátricos.

Sintomas de ansiedade e depressão podem progredir para transtornos psiquiátricos nessa população e, além deles, transtornos de ajustamento e quadros de delírio também podem se desenvolver. Muitas vezes, os distúrbios psiquiátricos são leves e/ou de curta duração, mas podem prejudicar seriamente o funcionamento, a adesão e a qualidade de vida dos pacientes com câncer (Chaturvedi & Uchitomi, 2012).

Estudos indicam que Transtorno de ajustamento/adaptação também apresenta alta prevalência nesses indivíduos. No DSM-V, o transtorno de adaptação será considerado como o desenvolvimento de sintomas emocionais ou comportamentais em resposta a um estressor identificável, ocorrendo dentro de três meses do início do(s) estressor(es). A investigação do transtorno de adaptação deve ser considerada quando o paciente persiste em uma resposta aguda ao estresse, de forma estereotipada, interferindo significativamente em seu funcionamento global. É provável, ainda, que esse transtorno volte a ocorrer mediante situações estressantes, repetidas durante o curso e a progressão da doença (Shimizu et al., 2011).

Além da avaliação dos aspectos emocionais do paciente, é importante avaliar como este vem enfrentando seu tratamento, se passou ou passa pelo processo de aceitação de sua patologia, como está desempenhando seus papéis dentro da família, do ambiente profissional e social. Ademais, é relevante questionar e investigar como está sendo construída sua relação com a equipe de saúde.

O nível de informação do paciente sobre o câncer e a sua compreensão a respeito do discurso da equipe também são importantes. Muitos pacientes apresentam baixo nível de conhecimento sobre sua doença e/ou baixa compreensão da informação acessada ou recebida, o que pode aumentar os níveis de ansiedade e medo, além de facilitar o surgimento de crenças errôneas e fantasias durante o tratamento (Canhestro et al., 2010).

Obter conhecimento sobre sua própria doença pode facilitar o processo de aceitação e adaptação do paciente a uma nova condição, bem como a realização de tarefas relacionadas a comportamentos saudáveis e a adesão ao tratamento (Tiraki & Yilmaz, 2017). Para que o paciente e/ou seus familiares possam tomar decisões acertadas sobre seu tratamento e desempenhar comportamentos mais adequados, é essencial que tenham conhecimento suficiente para fazê-lo (Canhestro et al., 2010).

Dessa forma, é importante questionar o paciente a respeito do que ele sabe sobre o câncer, sobre as medicações que está utilizando, sobre o tratamento, os efeitos colaterais, os procedimentos, os sintomas etc. Esses dados fornecerão, ao psicólogo, uma ideia sobre o nível de conhecimento em relação à doença e se o paciente deseja ou não obter mais informações – que podem ser disponibilizadas por qualquer membro da equipe de saúde que cuida do paciente. Assim, o paciente sentir-se-á mais confiante e seguro, com maiores recursos para aderir ao tratamento e desempenhar comportamentos mais saudáveis, favoráveis à sua situação atual de saúde.

A partir disso, pode-se questionar também – ao paciente e aos profissionais da equipe de saúde – quais as orientações comportamentais e de saúde fornecidas ao paciente durante as consultas, percebendo se elas são semelhantes ou opostas aos comportamentos que o indivíduo já desenvolve. Assim, será possível avaliar, de antemão, se o paciente terá de realizar muitas mudanças em sua rotina e em suas ações e, ainda, o quão difícil será seguir as recomendações da equipe.

O comportamento humano desempenha um papel central na manutenção da saúde e na prevenção de doenças. De acordo com Gochman (1997), comportamentos de saúde são “padrões de comportamento, ações e hábitos que se relacionam com a manutenção, restauração e melhoria da saúde”, que podem conferir benefícios ao indivíduo, protegendo-o do início de doenças ou da progressão das mesmas. Esses comportamentos fazem parte da rotina do paciente e podem ter sido aprendidos no meio familiar, tendo sofrido influência, também, da cultura na qual o paciente está inserido e devendo ser igualmente avaliados pelo profissional, considerando que são decisivos para o aumento da adesão ao tratamento oncológico.

As pessoas influenciam e são influenciadas por suas famílias, redes sociais, organizações das quais participam, comunidades e sociedade. Assim, um entendimento completo acerca da interação entre saúde e comportamento requer a consideração dos níveis separados e também da interação entre eles. Comportamentos individuais, interações familiares, relações e recursos da comunidade e do local de trabalho bem como políticas públicas contribuem para a saúde, influenciando a mudança de comportamento das pessoas. As relações familiares são aquelas que têm maior intensidade emocional, sendo que pesquisas já sugerem a existência de uma associação substantiva e positiva entre os vínculos específicos dentro das famílias e o gerenciamento e os resultados das doenças crônicas (Institute of Medicine, 2001).

Nesse sentido, é adequado que o psicólogo possa ter contato com os familiares do paciente e coletar, também por meio deles, informações sobre ambiente doméstico, hábitos de saúde, rotina domiciliar e condutas compartilhadas no meio familiar. Além desse fator, pais, cônjuges e outros membros da família são considerados a principal fonte de cuidado e apoio, e sua capacidade de atender às necessidades do paciente é, muitas vezes, confundida pelo sofrimento gerado pela doença.

Familiares angustiados e emocionalmente mais “prejudicados” são menos capazes de fornecer apoio e suporte, e também podem precisar de ajuda profissional (Lustosa, 2007). O estresse gerado pelo diagnóstico e pelo longo tratamento pode afetar diversas pessoas que convivem diretamente com o paciente e, assim, todos merecem atenção dos profissionais, em termos emocionais e comportamentais.

O comportamento também define a influência das relações familiares na doença crônica. Relacionamentos familiares estáveis, seguros e mútuos aumentam o comportamento consistente de manejo da doença, permitindo uma partilha do ônus a ela associado. Por isso é necessário que as relações familiares e os vínculos desenvolvidos entre os membros também sejam alvo de observação e avaliação do psicólogo (Institute of Medicine, 2001). Tudo isso se torna relevante quando se busca auxiliar o paciente a enfrentar melhor sua doença, seu tratamento e as consequências destes advindas.

Outro aspecto de alta relevância e que não deve ser menosprezado pelo psicólogo é a possibilidade de alteração cognitiva em pacientes oncológicos submetidos ao tratamento do câncer. Essa enfermidade é frequentemente tratada com múltiplas modalidades, o que dificulta o estudo do Declínio Cognitivo Associado ao Câncer (CACD) e a identificação dos componentes do tratamento responsáveis pela mudança cognitiva. No entanto, estudos indicam que pode ocorrer alteração e pequenos *deficit* cognitivos nessa população (Ahles & Root, 2018).

Pesquisas apontam alguns fatores que podem contribuir para essa alteração:

- cirurgia com anestesia geral — pode causar delirium e alteração cognitiva a médio prazo, particularmente em pacientes idosos (Le Strat, 2012);
- radioterapia — embora seja referida como localizada, pode induzir a uma resposta imune sistêmica, à fadiga crônica e ao declínio cognitivo potencial (Shibayama et al., 2014).;

- terapias que alteram os níveis de estrogênio e testosterona — mostraram afetar a função cognitiva em indivíduos com câncer de mama e de próstata (Schilder et al., 2010).

De forma geral, a maioria dos pacientes experimenta algum nível de mudança cognitiva, como problemas de atenção, de concentração e de memória durante o tratamento ativo, devido a múltiplos fatores que podem ser desde o mal-estar geral (anemia, náusea, sono perturbado, provocados pelo tratamento) até o uso de medicamentos sedativos e/ou esteroides que são utilizados para controle de efeitos colaterais, estresse/ansiedade etc (Ahles & Root, 2018).

Trabalhos mais recentes em amostras maiores confirmam achados anteriores e apontam taxas de disfunção cognitiva autorreferida que variam entre 37% e 58% seis meses após o tratamento (Janelsins et al., 2017). Apesar de haver dados sobre a interferência direta do tratamento de câncer no surgimento do declínio cognitivo, não é possível afirmar que o tratamento provocou, de forma isolada, as alterações cognitivas no indivíduo. O risco de declínio cognitivo persistente está, provavelmente, relacionado à interação dos efeitos do tratamento com fatores sociodemográficos, de estilo de vida, psicológicos, fisiológicos e genéticos de cada paciente (Ahles & Root, 2018).

Esses dados alertam para a importância de serem avaliados aspectos cognitivos do paciente oncológico, durante e após o tratamento do câncer. A adequada avaliação e identificação de prejuízos e *deficit* cognitivos pode auxiliar os pacientes a compreenderem melhor possíveis alterações por eles identificadas e auxiliar os profissionais a planejarem estratégias de intervenção e reabilitação junto a essa população.

Embora o câncer seja mais comumente uma doença de idosos, muitas pessoas são diagnosticadas em idades mais jovens e, devido à mudança demográfica da força de trabalho, muitas delas, com mais de 65 anos, continuam a trabalhar e a ter uma vida ativa (Selamat et al., 2014). Dessa forma, a avaliação e identificação das alterações cognitivas decorrentes do tratamento deve focar não só o bem-estar e a qualidade de vida do paciente em seu dia a dia, mas também auxiliar o desempenho desses indivíduos em seus ambientes de trabalho.

Instrumentos de rastreio cognitivo são ferramentas úteis e fáceis de manusear. O Mini Exame do Estado Mental (MEEM; Bertolucci, Brucki, Campacci, & Juliano, 1994; Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) e/ou o Montreal Cognitive Assessment (MOCA; Nasreddine et al., 2005; Memória, Yassuda, Nakano, & Forlenza, 2013) são exemplos de instrumentos rápidos e objetivos para avaliar aspectos cognitivos do paciente. Além desses, outros instrumentos também podem ser utilizados a partir da observação do profissional e/ou da queixa do paciente em relação a alguma alteração mais específica no âmbito cognitivo (memória, funções executivas, atenção, raciocínio, percepção etc).

Sugestões de leitura:

- 1) Grassi, L., & Riba, M. (2012). *Clinical Psycho-Oncology: An International Perspective* (1nd ed.). Chichester, West Sussex, UK: John Wiley & Sons .
- 2) Goerling, U., & Mehnert, A. (2018). *Psycho-Oncology – Recent results in cancer research* (2nd ed.). Switzerland: Springer.
- 3) Baptista, M.N., Baptista, R.R.D., & Baptista, A.S.D. (2018). *Psicologia Hospitalar: Teoria, Aplicações e Casos Clínicos* (3a ed.). Guanabara Koogan.

Referências

- Ahles T.A., & Root J.C. (2018). Cognitive Effects of Cancer and Cancer Treatments. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14, 5.1-5.27.
- Amaro, T.A., Yazigi, L., & Erwenne, C. (2006). Psychological aspects and quality of life in uveal melanoma patients during the treatment process by ocular bulb remotion. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 69, 889-894.

- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bertolucci, P.H., Brucki, S., Campacci, S.R., & Juliano, Y. (1994). O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 52(1), 1-7. doi: 10.1590/S0004-282X1994000100001
- Canhestro, M. R., Oliveira, E. A., Soares, C. M. B., Marciano, R. C., da Assunção, D. C., & Gazzinelli, A. (2010). Conhecimento de pacientes e familiares sobre a doença renal crônica e seu tratamento conservador. *Revista Mineira de Enfermagem*, 14(3), 335-344. doi: S1415-27622010000300007
- Capitão, C.G., Scortegagna, S.A., & Baptista, M.N. (2005). A importância da avaliação psicológica na saúde. *Avaliação Psicológica*, 4(1), 75-82.
- Casseb, M.S. (2011). *Efeito de três procedimentos de intervenção sobre adesão ao tratamento em adultos com diabetes*. (Tese de Doutorado), Universidade Federal do Pará, Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Belém.
- Chaturvedi S.K. & Uchitomi Y. (2012). Psychosocial and Psychiatric Disorders. In L. Grassi, & M. Riba (eds.) *Clinical psychoncology: an international perspective*. John Wiley & Sons, Ltd, UK.
- Chiattonne, H.B.C. (2003). Prática hospitalar. In Encontro Nacional de Psicólogos da Área Hospitalar, 08, 2003, São Paulo. *Anais...* São Paulo: Associação Brasileira de Psicologia da Saúde e Hospitalar, 2003, pp. 20-32. Recuperado de <http://www.redepsi.com.br/2011/11/10/a-atua-o-do-psicologo-no-contextohospitalar>
- Curtis, R., Groarke, A., & Sullivan, F. (2014). Stress and self-efficacy predict psychological adjustment at diagnosis of prostate cancer. *Scientific Reports*, 4(4), 1-5.
- Fisher, E.B., Fitzgibbon, M.L., Glasgow, R.E., Haire-Joshu, D., Hayman, L.L., Kaplan, R. M., ... Ockene, J. K. (2011). Behavior matters. *American Journal of Preventive Medicine*, 40, e15-e30. doi:10.1016/j.amepre.2010.12.031
- First, M.B., Williams, J.B.W., Spitzer, R.L., & Karg, R.S. (2017). Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5® (SCID-5-CV) Versão Clínica. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Galway, K., Black, A., Cantwell, M., Cardwell, C.R., Mills, M., & Donnelly, M. (2010). Psychosocial interventions to improve quality of life and emotional wellbeing for recently diagnosed cancer patients (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, 1-68.
- Gao, W., Bennett, M.I., Stark, D., Murray, S., & Higginson, I.J. (2010). Psychological distress in cancer from survivorship to end of life care: prevalence, associated factors and clinical implications. *European Journal of Cancer*, 46(11), 2036-2044.
- Gochman, D.S. (ed.) (1997). *Handbook of Health Behavior Research* (Vols. 1-4). New York: Plenum.
- Hallas, C.N. (2004). Health Psychology Within Health Service Settings. In S. Michie, & C. Abraham (Eds.), *Health psychology in practice* (pp.353-371). The British Psychological Society and Blackwell Publishing Ltd.
- Hamilton M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6(4), 278-296.
- Institute of Medicine (2001). *Health and behavior: the interplay of biological, behavioral, and societal influences*. Committee on Health and Behavior, Research, Practice, and Policy, Board on Neuroscience and Behavioral Health. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Jacobsen, P.B., & Jim, H.S. (2008). Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: achievements and challenges. *Cancer Journal for Clinicians*, 58, 214-230.
- Janelins, M.C., Heckler, C.E., Peppone, L.J., Mohile, S.G., Mustian, K.M., Ahles, T., ... Morrow, G.R. (2017). Longitudinal assessment of cancer-related cognitive impairment (CRCI) up to six-months post-chemotherapy with multiple cognitive testing methods in 943 breast cancer (BC) patients and controls. *Journal of Clinical Oncology*, 35(15 Suppl.), 10014.
- Johnson, S.B. (2013). Increasing Psychology's Role in Health Research and Health Care. *American Psychological Association*, 68(5), 311-321. doi: 10.1037/a0033591
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K.R., ... National Comorbidity Survey Replication (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289, 3095-3105.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B., Lowe, B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics*, 50(6), 613-621.
- Lazenby, M., Dixon, J., Bai, M., & McCorkle, R. (2014). Comparing the distress thermometer (DT) with the patient health questionnaire (PHQ)-2 for screening for possible cases of depression among patients newly diagnosed with advanced cancer. *Palliative and Supportive Care*, 12, 63-68.
- Le Strat, Y. (2012). Cognitive trajectories after postoperative delirium. *The New England Journal of Medicine*, 367(12), 1164-1165.
- Lustosa, M.A. (2007). A família do paciente internado. *Revista da SBPH*, 10(1), 3-8.

- Macleod, A. D. (2007). *The Psychiatry of Palliative Medicine. The Dying Mind*, Radcliff Publishing, New York, p. 5-18.
- Memória, C.M., Yassuda, M.S., Nakano, E.Y., Forlenza, O.V. (2013). Brief screening for mild cognitive impairment: validation of the Brazilian version of the Montreal cognitive assessment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28, 34-40.
- Nasreddine, Z., Phillips, N.A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for Mild Cognitive Impairment. *American Geriatrics Society*, 53, 695-699.
- National Cancer Institute (2014). *Adjustment to Cancer: Anxiety and Distress—for health professionals*. Recuperado de http://www.cancer.gov/about-cancer/coping/feelings/anxiety-distress-hp-pdq#section/_37
- Roth, A. J., Komblish, A.B., Batel-Cooper, L., Peabody, E., Scher, H.I., & Holland, J.C. (1998). Rapid screening for psychologic distress in men with prostate cancer *Cancer*, 82 (1998), 1904-1908.
- Rudnicki, T. (2014). Psicologia da Saúde: Bases e Intervenção em Hospital Geral. In T. Rudnicki & M. M. Sanchez (Orgs.). *Psicologia da saúde: a prática de terapia cognitivo-comportamental em hospital geral* (pp. 20-46). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Schilder, C.M., Seynaeve, C., Beex, L.V., Boogerd, W., Linn, S.C., Gundy, C.M., ... Schagen, S. B. (2010). Effects of tamoxifen and exemestane on cognitive functioning of postmenopausal patients with breast cancer: results from the neuropsychological side study of the tamoxifen and exemestane adjuvant multinational trial. *Journal of Clinical Oncology*, 28, 1294-1300.
- Selamat, M.H., Loh, S.Y., Mackenzie, L., Vardy, J. (2014). Chemobrain experienced by breast cancer survivors: a meta-ethnography study investigating research and care implications. *PLOS ONE* 9.
- Shibayama, O., Yoshiuchi, K., Inagaki, M., Matsuoaka, Y., Yoshikawa, E., Sugawara, Y., ... Uchitomi, Y. (2014). Association between adjuvant regional radiotherapy and cognitive function in breast cancer patients treated with conservation therapy. *Cancer Medicine*, 3, 702-709.
- Shimizu, K., Akizuki, N., Nakaya, N., Fujimori, M., Fujisawa, D., ... Uchitomi, Y. (2011). Treatment response to psychiatric intervention and predictors of response among cancer patients with adjustment disorders. *Journal of Pain Symptom Management*, 41, 684-691.
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B., & Lowe, B.A. (2006). Brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Tiraki, Z., & Yilmaz, M. (2017). Cervical Cancer Knowledge, Self-Efficacy, and Health Literacy Levels of Married Women. *Journal of Cancer Education*, 33(6), 1270-1278.
- Williams, S., & Dale, J. (2006). The effectiveness of treatment for depression/ depressive symptoms in adults with cancer: A systematic review. *British Journal of Cancer*, 94, 372-390.
- Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

12 AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA NOS TRANSTORNOS NEUROCOGNITIVOS

DAIANE SANTOS DE OLIVEIRA
ERIKA MORIGUCHI JECKEL-ROLIM
JÉSSICA SANTOS MACHADO
PRISCYLLA DANIELLE DE OLIVEIRA FERREIRA
VALÉRIA GONZATTI
TATIANA QUARTI IRIGARAY

Os transtornos neurocognitivos e suas características

Os transtornos neurocognitivos (TNC) caracterizam-se por transtornos adquiridos, que não estavam presentes no início da vida, e que apresentam, como característica central, o *deficit* na função cognitiva (APA, 2014). Anteriormente, no Manual de Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais IV Revisado (DSM-IV-TR), eram referidos como “Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos”. Atualmente, o DSM-5 apresenta esses transtornos no capítulo “Transtornos Neurocognitivos”, o qual compreende o Delirium e os Transtornos Neurocognitivos Maiores e Leves, bem como seus subtipos etiológicos (APA, 2014).

O indivíduo com TNC leve, que também apresenta comprometimento cognitivo leve (CCL), não irá apresentar, em sua maioria, falta de autonomia. O TNC maior (demência), por sua vez, manifesta-se por meio de declínios severos, como dificuldade para evocar informações, para recuperar e reter novas informações, além de prejuízos de memória (Dalgalarondo, 2018).

O *Delirium*, de acordo com o DSM-5 (APA, 2014), é uma perturbação flutuante da atenção, da consciência e da cognição, que se desenvolve de forma aguda, por um breve período de tempo (normalmente entre horas e poucos dias), e no contexto de um ou mais precipitantes fisiológicos identificados. Sua prevalência é alta em idosos, principalmente em pacientes internados, sendo uma resposta a condições médicas ou abuso de substâncias (Silva & Moreira, 2012). Alguns dos TNCs mais observados no contexto clínico encontram-se no Quadro 1 (APA, 2014).

Quadro 1

Transtornos neurocognitivos (TNC) devido às principais demências

Patologia	Sintomas
Doença de Alzheimer	Os processos de memória de aprendizagem são os mais afetados no início do TNC. Já no agravo da doença, a linguagem, a praxia construtiva e habilidade perceptomotora podem ser acometidos. As alterações psicológicas incluem a depressão, agressividade, agitação e os aspectos psicóticos. Os distúrbios motores envolvem déficits na marcha, mioclonia, incontinência e dificuldade de deglutição.
Doença de Parkinson	Desenvolve-se após a manifestação da doença, sendo o declínio cognitivo o seu principal sintoma. Está relacionada também com a apatia, sintomas depressivos, ansiosos, delírios, alucinações e alteração de personalidade.
Doença Frontotemporal	É o desenvolvimento progressivo de uma variante comportamental (desinibição, apatia, perda de empatia, comportamento perseverante, estereotipado ou compulsivo/ ritualístico, hiperoralidade e mudanças na dieta), de declínio cognitivo e nas funções executivas, junto a um declínio na capacidade linguística, mas com preservação na aprendizagem, memória e na função perceptomotora.

Doença Vascular	O surgimento de déficit cognitivo está relacionado temporariamente por um ou mais incidente cerebrovascular. Apresenta também uma diminuição da atenção complexa, da função executiva frontal e há evidências da doença cerebrovascular através de exame físico ou de neuroimagem.
Vírus da Imunodeficiência Humana	Acomete pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana, pode atingir qualquer área cerebral, contudo, a região subcortical costuma ser a mais afetada. Os indivíduos podem apresentar prejuízos nas funções executivas relacionadas a velocidade de processamento, atenção e aprendizagem de novas informações. Já no TNC maior, podem ocorrer déficits na fluência verbal, contudo as afasias não são frequentes. Ainda, é possível que as dificuldades psicomotoras relacionadas ao envelhecimento se agravem devido ao TNC.
Doença de Corpus de Levy	Afeta, primeiramente, a atenção complexa e as funções executivas e, em seguida, a aprendizagem e a memória resultando em um declínio progressivo. Apresenta também alucinações visuais e de outras modalidades sensoriais, depressão e delírio. Alguns sintomas da demência com corpos de Levy são similares ao da doença de Parkinson. No entanto, o que diferencia é o período em que o paciente é diagnosticado.

Fonte: Autoras.

O Transtorno Neurocognitivo devido à *Lesão Cerebral Traumática* é caracterizado por uma lesão cerebral decorrente de fatores vinculados ao impacto na cabeça. Pode estar associado também a outros movimentos rápidos ou a um deslocamento do cérebro dentro do crânio, que pode causar perda da consciência, amnésia pós-traumática e desorientação. Os fatores de risco para o TNC devido à Lesão Cerebral Traumática são quedas, concussões repetitivas e acidentes de carro (APA, 2014).

O Transtorno Neurocognitivo *Induzido por Substância ou Medicamento* (álcool, inalantes e sedativos) é caracterizado a partir dos efeitos posteriores ou tardios do uso ou da abstinência de substâncias. Os prejuízos no TNC, nesse caso, são cognitivos (função executiva, memória, aprendizado, entre outros) e sua prevalência é desconhecida. Contudo, os fatores de risco estão associados ao uso prolongado da substância (APA, 2014).

O TNC *devido à Doença de Príon* é consequência das encefalopatias espongiformes. A Doença de Príon é transmissível e pode manifestar-se esporadicamente (sem causa conhecida), de maneira hereditária ou por contato com tecidos infectados. Nosologicamente, as doenças priônicas são classificadas como: Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ), Kuru, Síndrome de Gerstmann-S traüssler-Scheinker e insônia familiar fatal (Rucci & Feinstein, 2014).

Indivíduos afetados por DCJ manifestam dificuldades neurocognitivas, como movimentos atípicos, que podem incluir o reflexo de sobressalto. Além desses, outros sintomas associados à Doença de Príon são: ansiedade, fadiga, desregulação do sono e do apetite e falta de concentração. Durante a evolução da patologia - que pode desenvolver-se da adolescência até o fim da vida -, o indivíduo pode apresentar dificuldades de coordenação, de visão, movimentos anormais e demência de progressão rápida. Além disso, a pessoa com a DCJ pode apresentar sintomas psiquiátricos, como humor deprimido (APA, 2014).

O TNC devido à *Doença de Huntington (DH)* é uma enfermidade neurodegenerativa causada pela mutação do cromossomo 4, que ocasiona distúrbios motores, *deficit* cognitivos e desordens psicológicas (Rucci & Feinstein, 2014). O diagnóstico da DH, em média, ocorre aos quarenta anos de idade; entretanto, há também a DH juvenil, que se manifesta antes dos vinte anos (APA, 2014). O progresso da doença é lento, na maioria dos casos, e os sintomas comportamentais e cognitivos tendem a anteceder os motores (Herrera & Cruz, 2017). A degeneração cognitiva contínua é a característica principal dessa doença. As funções executivas são as mais prejudicadas na DH (velocidade de processamento, organização e planejamento). Além disso, no início da doença, pode ocorrer a manifestação de humor deprimido, ansiedade e irritabilidade. Os sintomas

motores, por sua vez, incluem bradicinesia coreia, apraxia, ataxia e postura instável. No estágio final, o indivíduo já não consegue caminhar e comer (APA, 2014).

O TNC devido à *Outra Condição Médica* é caracterizado por *deficit* cognitivos decorrentes de um problema médico, excluindo os transtornos mentais e as patologias relacionadas aos subtipos específicos de TNC (APA, 2014). Um exemplo dessa categoria é a hidrocefalia de pressão normal que, além dos *deficit* neurocognitivos, também apresenta problemas de marcha e incontinência urinária. A deficiência de tiamina pode levar à Síndrome de Korsakoff, transtorno que causa distúrbio na memória de curto prazo. Outros transtornos relacionados incluem hipóxia devido à insuficiência cardíaca, problemas endócrinos, nutricionais, infecciosos, metabólicos e neurológicos, insuficiência hepática ou renal, uso de drogas, neurosífilis, esclerose múltipla, tumores e lesões estruturais (APA, 2014; Rucci & Feinstein, 2014).

O TNC devido a *Múltiplas Etiologias* caracteriza-se por mais de uma condição médica (capaz de causar distúrbios neurocognitivos) relacionada ao desenvolvimento da doença. O último subtipo nosológico, o TNC não especificado, ocorre quando há sintomas típicos desse transtorno, porém sem preenchimento dos critérios diagnósticos para algum subtipo de TNC (APA, 2014).

A avaliação do humor em idosos deve ser compreendida como uma regra. A sintomatologia depressiva necessita ser avaliada, visto que interfere no diagnóstico de demência, sendo, muitas vezes, fator de confusão. A depressão está fortemente relacionada a *deficit* cognitivos, podendo ser fator causal ou preditivo de quadros de demências, dificultando, dessa forma, um diagnóstico diferencial (Braga, Santana, & Ferreira, 2015).

Estudos apontam que indivíduos deprimidos apresentam pior desempenho em testes cognitivos e tarefas de funções executivas. Os resultados apontam que tais pacientes tendem a lembrar das primeiras e últimas palavras de uma lista e melhoram seu desempenho ao longo das repetições, conseguindo evocar palavras novas após um tempo. Por outro lado, os estudos identificaram que idosos em processo demencial lembram-se apenas das últimas palavras e não se beneficiam das repetições (Carneiro & Cabral, 2016). Por fim, compreende-se que a depressão e o declínio cognitivo são causas importantes de sofrimento e incapacidade, podendo afetar a qualidade de vida de idosos e lentificar sua velocidade de processamento (Ayotte, Potter, Williams, Steffens, & Bosworth, 2009).

O processo de envelhecimento pode causar ansiedade relativa às mudanças e limitações vivenciadas, o que pode gerar uma interpretação catastrófica das circunstâncias. Esse fato deve ser considerado, juntamente com o impacto e a intensidade dos sintomas, a fim de se caracterizar corretamente um transtorno de ansiedade. No entanto, pacientes idosos em processo de demência apresentam, comumente, distúrbios psiquiátricos como a ansiedade, por exemplo, manifestada por meio de sintomas recorrentes de agitação, irritabilidade e problemas do sono (Christofolletti et al., 2017). Assim, torna-se fundamental diferenciar o quadro da ansiedade do quadro de demência, buscando o tratamento adequado para cada doença, pois sabe-se que pacientes em declínio demandam tratamento especializado em seus cuidados (Ferreira, 2018).

Avaliação neuropsicológica

A avaliação neuropsicológica busca avaliar a cognição humana por meio de instrumentos e técnicas, identificando quais os declínios cognitivos que estão prejudicando o funcionamento do indivíduo. A busca por uma avaliação neuropsicológica pode vir por meio de uma solicitação autônoma, pelo próprio paciente e/ou pelos familiares, ou por meio de encaminhamento de outros profissionais da área da saúde, como geriatras, neurologistas, psiquiatras e fonoaudiólogos (Argimon, Irigaray, & Zibetti, 2016).

Durante o processo de avaliação, é importante considerarem-se as condições gerais de saúde do indivíduo, o padrão de mudanças esperadas para o envelhecimento normal e

os relatos de cuidadores e familiares, pois é comum haver lentificação cognitiva global sem comprometer a autonomia e a independência do idoso (Pereira, Irigaray, & Gomes, 2013). O principal uso clínico da avaliação neuropsicológica em idosos deve-se à sensibilidade das medidas neuropsicológicas para o diagnóstico de estágio pré-demencial e de demência em estágio inicial; além disso, fornece parâmetros para o planejamento e a avaliação de intervenções cognitivas e farmacológicas (Caixeta & Teixeira, 2014).

Domínios cognitivos fluídos (mecânicos) são considerados aspectos que possuem um declínio natural e que iniciam, normalmente, por volta dos vinte ou trinta anos de vida, sendo mais intensificados do que os domínios cristalizados. Entre os tipos de domínios considerados fluídos estão a memória episódica, a velocidade de processamento, as funções executivas, a atenção e as habilidades visuoespaciais. Os *domínios cognitivos cristalizados (pragmáticos)*, por sua vez, são caracterizados pelo declínio com início tardio, próximo aos sessenta e setenta anos. Os domínios considerados cristalizados são a memória semântica, a linguagem e a memória implícita (Bertola, Ávila, Costa, & Malloy-Diniz, 2017).

O diagnóstico dos diferentes Transtornos Neurocognitivos está relacionado aos critérios baseados nos domínios cognitivos: atenção, funções executivas, aprendizagem e memória, linguagem, domínio perceptomotor e cognição social (APA, 2014). Os instrumentos psicológicos auxiliam no diagnóstico e são utilizados para avaliar as funções cognitivas, bem como para verificar se há algum *deficit*. Além disso, outras técnicas são utilizadas, como a entrevista e a observação. A entrevista ocorre nos primeiros encontros, com paciente, familiares e cuidadores, a fim de investigar a história de vida do primeiro, sua rotina, suas atividades favoritas, possíveis medicamentos utilizados e se apresenta sintomas depressivos (alteração no humor, falta de energia, diminuição no interesse em atividades que antes eram prazerosas, alteração no sono e na alimentação). Além disso, a entrevista também pode auxiliar a compreender melhor o motivo da procura pela avaliação psicológica.

Cabe ressaltar que a escolha dos instrumentos psicológicos varia de caso para caso, conforme a demanda. Não há testes específicos para avaliar cada transtorno, pois dependerá se o avaliando apresenta algum tipo de limitação e se ele cumpre os requisitos mínimos exigidos por cada instrumento, tais como faixa etária e nível de escolaridade. Esses critérios também deverão ser investigados pelo examinador durante a entrevista de anamnese e antes de definir a bateria de testes psicológicos, o que facilita a construção do plano de avaliação.

Segundo Argimon et al. (2016), não há um modelo rígido de avaliação do idoso. No entanto, é importante que a família colabore com o processo, trazendo informações do dia a dia e observações de alterações quanto ao comportamento do indivíduo. Além disso, é preferível que o idoso faça conjuntamente uma avaliação clínica global de sua saúde física e que o psicólogo tenha acesso aos exames laboratoriais e neurológicos. Caso o idoso tenha realizado uma avaliação psicológica previamente, é importante que a mostre ao psicólogo, para possíveis comparações de seu funcionamento cognitivo.

O processo de avaliação envolve entrevista de anamnese do idoso, que pode ser realizada com o próprio indivíduo e com familiares. Além disso, inclui-se a aplicação de uma bateria de testes, que pode confirmar ou refutar as informações obtidas nas entrevistas realizadas (Caixeta & Teixeira, 2014). Em relação à escolha dos testes psicológicos, o avaliador deve utilizar instrumentos sensíveis à capacidade e às limitações físicas do paciente e que estejam de acordo com sua queixa. No quadro 2, apresenta-se um Modelo de avaliação para o público idoso.

Quadro 2 *Modelo de Avaliação*

Entrevista clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica-se a demanda da avaliação. • Investiga-se a história progressiva do idoso (escolaridade, profissão, hábitos, atividades sociais e de lazer, relacionamento interpessoal, hábitos de leitura, prática de atividade física, uso de medicação e doenças).
Avaliação da capacidade funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Escalas de Katz (Katz, Jackson, & Jaffe, 1963).
Avaliação de depressão e de ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (Yesavage et al., 1983) – GDS para avaliação de sintomas depressivos. • Inventário de Ansiedade Geriátrica – GAI-BR (Massena, Araújo, Pachana, Laks, & de Pádua, 2015) para avaliação de sintomas ansiosos.
Avaliação das funções cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> • Mini Exame do Estado Mental (MEEM). (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). • A fim de investigar o funcionamento cognitivo mais profundamente, utilizar a seleção de instrumentos de acordo com as funções cognitivas a serem avaliadas, a idade e a escolaridade do indivíduo.

Fonte: Autoras

Avaliação das funções cognitivas

Durante a avaliação de transtornos neurocognitivos em idosos, sugere-se a aplicação de medidas que avaliam o funcionamento cognitivo global, as funções cognitivas específicas (atenção, memória, linguagem, orientação espacial e temporal, funções executivas), a capacidade funcional e comportamental, bem como a intensidade de sintomas depressivos e de ansiedade. Devem ser incluídos, também, questionários respondidos por informante que avaliem o desempenho mnemônico do paciente e sua capacidade funcional no dia a dia. Os instrumentos psicológicos devem ser adequados à demanda de avaliação de cada paciente, ao tempo disponível para investigação e à capacidade do paciente de responder a determinadas tarefas (Argimon et al., 2016).

Testes privativos do psicólogo

Testes de inteligência

Escala Wechsler Abreviada de Inteligência (WASI): versão abreviada e adaptada do WAIS, que visa avaliar constructos de inteligência (QI Verbal, QI de Execução e QI Total). Pode ser aplicada em pessoas entre seis e 89 anos de idade. Constitui uma forma rápida de estimar o funcionamento cognitivo geral, verbal e não verbal do indivíduo, em aproximadamente trinta minutos (Trentini, Yates, & Heck, 2014).

Teste não verbal de inteligência geral — BETA III: mede a capacidade de raciocínio geral e velocidade de processamento em adolescentes e adultos entre catorze e 83 anos. Avalia a capacidade de resolver problemas novos, relacionar ideias, induzir conceitos abstratos e compreender implicações (Rabelo, Pacanaro, Leme, Ambiel, & Alves, 2011).

Testes de atenção

Bateria Psicológica para a Avaliação da Atenção (BPA): propõe uma avaliação da capacidade geral de atenção e uma avaliação individualizada dos tipos específicos de atenção, como *Atenção Concentrada*, *Atenção Dividida* e *Atenção Alternada*. Pode ser administrado a pessoas com idade entre seis e 82 anos (Rueda, 2013).

Teste das trilhas coloridas (TTC): É a adaptação brasileira do teste internacionalmente conhecido como *Color Trails Test* (CTT). O teste utiliza um estímulo visual para mensurar a atenção sustentada e dividida do indivíduo. Sua aplicação pode ser feita em pessoas com idade entre dezoito e 86 anos, de forma individual (Rabelo et al., 2010).

Testes de memória

Figuras Complexas de Rey: avalia a atividade perceptiva e a memória visual nas fases de cópia e reprodução de memória. Seu objetivo é verificar como o indivíduo aprende os dados perceptivos que lhe são apresentados e o que foi conservado espontaneamente pela memória. Seu uso é indicado a distintas faixas etárias: Figura A, dos cinco aos 88 anos de idade; Figura B, para crianças entre quatro e oito anos (Rigoni & Oliveira, 2010).

Teste Pictórico de Memória (Tepic): avalia a memória visual por meio de estímulos figurais e em um curto período de tempo. Sua aplicação pode ser feita individualmente e coletivamente em adultos com idade entre dezessete até 97 anos. Seus resultados podem ser analisados quantitativa e qualitativamente (Rueda & Sisto, 2007).

Teste para avaliação da depressão

Inventário de Depressão de Beck – Segunda Edição (BDI-II): instrumento de autoaplicação composto por 21 itens, cujo objetivo é medir a intensidade da depressão em adultos e adolescentes a partir dos treze anos de idade (Gorenstein, Pang, Argimon, & Werlang, 2012).

Testes para avaliação de processos cognitivos

Teste de Aprendizagem Auditivo Verbal de Rey – RAVLT: avalia memória recente, aprendizagem, interferência, retenção e memória de reconhecimento por meio de uma lista de palavras lidas, repetidas vezes, para o participante, seguida de uma lista distratora, de tarefas de evocação imediata, tardia e de reconhecimento. Há dados normativos para brasileiros entre seis e 92 anos de idade (Paula & Malloy-Diniz, 2018).

Teste Wisconsin de Classificação de cartas (WCST): avalia planejamento estratégico, busca organizada, utilização de *feedback*, direcionamento das atitudes para alcançar seus objetivos e modulação de respostas impulsivas. Sua aplicação tem duração aproximada de trinta minutos, é individual e deve ser feito em indivíduos de 6½ a 89 anos (Cunha et al., 2005).

Tarefas e ou instrumentos não privativos do psicólogo

Existem também instrumentos não restritos aos psicólogos, utilizados como fonte complementar de avaliação, que servem para auxiliar na avaliação da funcionalidade global do indivíduo e no rastreamento de declínios cognitivos (Moraes, Moraes, & Bicalho, 2017).

Instrumentos de Cognição

Questionário de Falhas Cognitivas: instrumento respondido pelo participante, que deve assinalar qual a frequência de apresentação de algumas falhas cognitivas (como perder compromissos, dificuldade em lembrar-se do que acabou de ler, derrubar objetos, entre outras) nos últimos seis meses (Paula, Costa, Miranda, & Romano-Silva, 2017).

Mini Exame do Estado Mental (MEEM): instrumento de avaliação das funções cognitivas. É composto por questões que englobam orientação para tempo e local, registro e lembrança de três palavras, atenção e cálculo, linguagem e capacidade construtiva visual. O escore pode variar de zero até trinta pontos (Folstein et al., 1975). A versão brasileira foi adaptada por Spedo, Ferreira, Foss e Barreira (2018).

Bateria de Avaliação Frontal (BAF): avalia as funções cognitivas frontais e pode, também, ser considerada como breve diagnóstico de disfunções executivas. Analisa conceitualização, flexibilidade mental, programação motora e autonomia em relação ao ambiente (Menezes, Aguiar, Fernandes, Quadros, & Penasso, 2016). Seu público-alvo são

pacientes com Alzheimer, demência frontotemporal e Parkinson (Lima, Camargo, Raulik, Campos, & Pereira, 2017).

Bateria de Avaliação da Síndrome Disexecutiva (BADs): objetiva identificar *deficit* na função executiva (síndrome disexecutiva). É composta por seis subtestes, os quais simulam tarefas da vida real (alteração de regras, programa de ação, busca da chave, julgamento temporal, mapa do zoológico e teste simplificado dos seis elementos). A faixa etária para a aplicação varia de dezesseis a 87 anos (Chamberlain, 2003).

Addenbrooke Cognitive Examination: ferramenta precisa para o rastreio da Doença de Alzheimer. Além disso, pode ser usada para avaliar o comprometimento cognitivo sem demência (César, Yassuda, Porto, Brucki, & Nitrini, 2017). O teste é dividido em cinco esferas cognitivas: fluência verbal (14 pontos), capacidade visuoespacial (16 pontos), atenção e orientação (18 pontos), linguagem (26 pontos) e memória (26 pontos). A pontuação máxima pode chegar a cem pontos, e o escore é calculado pela soma dos acertos nos cinco domínios.

Instrumentos de Memória

Teste Desenho do Relógio: administrado para diagnosticar demências, avaliando função visuoespacial, executiva, memória semântica e praxia. A versão traduzida e validada para a população brasileira mostra-se útil para rastreio cognitivo breve (Atalaia-Silva & Lourenço, 2008).

Lista de palavras do CERAD: avalia memória episódica, curva de aprendizagem e depende diretamente da atenção e capacidade auditiva. Consiste na leitura de uma lista de dez palavras (uma palavra a cada dois segundos) pelo examinador. Imediatamente, solicita-se ao paciente que repita essas sentenças por um período de até noventa segundos. Repete-se esse processo por mais duas vezes. O escore é a soma total das palavras evocadas nas três ocasiões (Júnior, 2016).

Instrumento para avaliação da ansiedade

Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI-BR): investiga sinais sugestivos de ansiedade em idosos, a partir de sintomas classificados conforme a intensidade com que ocorrem (ausente, suave, moderado ou grave) (Massena et al., 2015).

Instrumento para avaliação da depressão

Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15): utilizada para identificação e quantificação de sintomas depressivos em idosos. A versão curta é composta por 15 perguntas, com respostas classificadas em “sim” ou “não”. O escore total é a soma das respostas assinaladas nos quinze itens (Yesavage et al., 1983).

Instrumento de Alzheimer

Consortium to Establish a Registry for Alzheimer Disease (CERAD): bateria criada em 1986 com o objetivo de estabelecer uma padronização do diagnóstico clínico e neurológico da doença de Alzheimer. Segundo Bertolucci et al. (2001), há diversas vantagens em sua utilização, como a possibilidade de comparar resultados entre diferentes grupos e estudos. Essa bateria tem como público-alvo pacientes com Alzheimer e é capaz de detectar demência em seu estágio inicial.

Considerações finais

A avaliação neuropsicológica no TC tem como objetivo assegurar uma descrição do funcionamento atual do idoso, a fim de identificar padrões de funcionamento nos domínios, comparando seus resultados com padrões esperados para sua idade e escolaridade. O profissional que deseja avaliar e diagnosticar indivíduos com TNC deve dominar conhecimentos sobre o desenvolvimento esperado e as principais doenças, conhecer bem os instrumentos psicológicos e dominar sua aplicação, bem como acessar as fontes de informações disponíveis e válidas para pessoas maiores de sessenta anos.

Por fim, o profissional pode inferir sobre os pontos fortes e as fragilidades apresentadas pelo idoso, assim como sobre os possíveis graus de incapacidade. Sugere-se que o profissional consiga analisar os dados com base nos instrumentos ministrados e na precisa e detalhada avaliação clínica. O diagnóstico adequado do TNC, a identificação e a monitorização do funcionamento do idoso são necessários para a construção de estratégias futuras, que visem bem-estar e uma melhor qualidade de vida dos idosos.

Sugestões de filmes:

- 1) *Para Sempre Alice* (Direção: Richard Glatzer, Wash Westmoreland, 2014).
- 2) *Amor e outras Drogas* (Direção: Edward Zwick, 2011).

Sugestão de leitura:

- 1) Teixeira, A.L., Dinis, B.S., & Malloy-Diniz, L.F. (2017). *Psicogeriatría na Prática Clínica* (Coleção Neuropsicologia na Prática Clínica).

Referências

- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (4a ed)*. Porto Alegre, RS: Artmed Editora.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (5a ed)*. Porto Alegre, RS: Artmed Editora.
- Argimon, I.L.L., Irigaray, T.Q., & Zibetti, M.R. (2016). Psicodiagnóstico de Idosos. In *Psicodiagnóstico*, C.S. Hutz, D.R. Bandeira, C.M. Trentini, J.S. Krug (Orgs.) Porto Alegre, RS: Artmed Editora.
- Atalaia-Silva, K.C., & Lourenço, R.A. (2008). Tradução, adaptação e validação de construto do Teste do Relógio aplicado entre idosos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 42, 930-937. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/rsp/2008.v42n5/930-937/pt/>
- Ayotte, B.J., Potter, G.G., Williams, H.T., Steffens D.C., & Bosworth, H.B., (2009). The moderating role of personality factors in the relationship between depression and neuropsychological functioning among older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(9), 1010-1019. doi: 10.1002/gps.2213
- Bertola, L., Ávila, R., Costa, M.V., & Malloy-Diniz, L.F. (2017). Neuropsicologia e sua prática clínica em psicogeriatría. In *Psicogeriatría na Prática Clínica*, Teixeira, A.L., Diniz, B.S., Malloy-Diniz, L.F. (orgs.). São Paulo, SP: Pearson Clinical Brasil.
- Bertolucci, P.H.F., Okamoto, I.H., Brucki, S.M.D., Siviero, M.O., Toniolo Neto, J., & Ramos, L.R. (2001). Applicability of the CERAD neuropsychological battery to Brazilian elderly. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 59(3A), 532-536. doi: 10.1590/S0004-282X2001000400009
- Black, D.W., & Grant, J.E. (2015). *Guia Para o DSM-5: complemento essencial para o manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Braga, I.B., Santana, R.C., & Ferreira, D.M.G. (2015). Depressão no idoso. *Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, 9(26), 142-151.
- Carneiro, J.P., & Cabral, H. (2016). A linha tênue entre a demência e depressão no idoso: relato de caso. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 32(2), 118-124. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732016000200006
- Caixeta, L., & Teixeira, A.L. (2014). *Neuropsicologia Geriátrica: neuropsiquiatria cognitiva em idosos*. Porto Alegre, RS: Artmed Editora.
- César, K.G., Yassuda, M.S., Porto, F. H., Brucki, S. M., & Nitrini, R. (2017). Addenbrooke's cognitive examination-revised: normative and accuracy data for seniors with heterogeneous educational level in Brazil. *International psychogeriatrics*, 29(8), 1345-1353. doi: 10.1017/S1041610217000734

- Chamberlain, E. (2003). Behavioural assessment of the dysexecutive syndrome (BADS). *Journal of Occupational Psychology, Employment and Disability*, 5(2), 33-37.
- Christofoletti, G., Carregaro, R.L., Oliani, M.M., Stella, F., Bucken-Gobbi, L.T., & Gobbi, S. (2017). Locomoção, distúrbios neuropsiquiátricos e alterações do sono de pacientes com demência e seus cuidadores. *Fisioterapia em Movimento*, 26(1), 47-53. doi: 10.1590/S0103-51502013000100005
- Cunha, J.A., Trentini, C.M., Argimon, I.L., Oliveira, M.S., Werlang, B.G., & Prieb, R.G. (2005). *Teste Wisconsin de Classificação de Cartas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dalgalarrodo, P. (2018). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (3a ed). Porto Alegre, RS: Artmed Editora.
- Ferreira, J.I.M. (2018). *Cuidadores informais de pessoas idosas com demência: características e necessidades* (Tese de Doutorado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal. Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/25784>
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Fontanari, J.L. (1989). O "token test": elegância e concisão na avaliação da compreensão do afásico. Validação da versão reduzida de Renzi para o português. *Neurobiologia*, 52(3), 177-218.
- Gorenstein, C., Pang, W.Y., Argimon, I.L., & Werlang, B.S.G. (2011). *Inventário Beck de Depressão-II. Manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Herrera, G.M.J., & Cruz, S.J. (2017). Major Neurocognitive Disorder of Rapid Progression in Huntington's Disease Associated with Triplet Repeat CAG. *MOJ Gerontology & Geriatrics*, 2(5). doi: 10.15406/mojg.2017.02.00061
- Júnior, F.J.P.R. (2016). *Tabagismo e transtornos cognitivos e mentais: avaliação dessa relação em idosos do município de Porto Alegre — RS/Brasil* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Katz, S., Jackson, B.A., Jaffe, M.W. (1963). Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 185, 914-919.
- Lima, A., Camargo, A., Raulik, C., Campos, D., & Pereira, W. (2017). Formas metodológicas de avaliação em idosos institucionalizados: uma revisão sistemática. *Cinergis*, 18(3), 240-247. doi: 10.17058/cinergis.v18i3.8328
- Massena, P.N., Araújo, N. B. de, Pachana, N., Laks, J., & Pádua, A.C. de. (2015). Validation of the Brazilian Portuguese Version of Geriatric Anxiety Inventory — GAI-BR. *Int Psychogeriatrics*, 27(07), 1113-1119. doi:10.1017/S1041610214001021
- Moraes, E.N., Moraes, F.L., & Bicalho, M.A.C. (2017). Avaliação multidimensional do idoso. In *Psicogeriatria na Prática Clínica*. Teixeira, A.L., Diniz, B.S., Malloy-Diniz, L. F.. (Orgs.). São Paulo, SP: Pearson Clinical Brasil.
- Lima, A., Camargo, A., Raulik, C., Campos, D., & Pereira, W. (2017). Formas metodológicas de avaliação em idosos institucionalizados: uma revisão sistemática. *Cinergis*, 18(3), 240-247. doi: 10.17058/cinergis.v18i3.8328
- Paula, J.J. de, & Malloy-Diniz, L.F. (2018). *Coleção RAVLT: Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey*. São Paulo, SP: Vetor Editora.
- Paula J.J. de, Costa, D.S., Miranda, D.M., & Romano-Silva, M.A. (2017). Brazilian version of the Cognitive Failures Questionnaire (CFQ): cross-cultural adaptation and evidence of validity and reliability. *Rev Bras Psiquiatr*. doi: 10.1590/1516-4446-2017-2227
- Pereira, A.M.V.B., Irigaray, T.Q., & Gomes, I. Incapacidade cognitiva (2013). In *Entendendo as síndromes geriátricas*, Moriguchi, Y., Terra, N.L., Bós, A.J.G., Schneider, R.H., Schwanke, C.H.A., Carli, G.A., Gomes, I., Myskiw, J.C.. (Orgs.). Porto Alegre, RS: EDIPUCRS.
- Rabelo, I.S., Pacanaro, S.V., Rossetti, M., & Lerne, I. (2010). *Teste de trilhas coloridas*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Rawlins, M.D., Wexler, N.S., Wexler, A.R., Tabrizi, S.J., Douglas, I., Evans, S.J., & Smeeth, L. (2016). The prevalence of Huntington's disease. *Neuroepidemiology*, 46(2), 144-153. doi: [10.1159/000443738](https://doi.org/10.1159/000443738)
- Rigoni, M.S. & Oliveira, M.S. (2010). *Figuras Complexas de Rey. Tradução de Rey, A.* São Paulo, SP: Pearson.
- Rucci, J.M., & Feinstein R.E. (2014). *Neurocognitive Disorders and Mental Disorders Due to Another Medical Condition*. In *Psychiatry* (3a ed), New York, NY: Oxford University Press.
- Rueda, F.J.M. (2013). *Bateria Psicológica para Avaliação da Atenção (BPA)*. São Paulo, SP: Vetor Editora.
- Rueda, F.J.M., & Sisto, F.F. (2007). *Teste pictórico de memória (TEPIC-M)*. São Paulo: Vetor Editora.
- Silva, R.F.L. C. da, & Moreira, L.R. (2012). Fatores de risco para ocorrência de delirium em idosos na terapia intensiva. *Enfermagem Revista*, 15(1), 102-121.
- Spedo, C.T; Pereira, D.A; Foss, M.P; Barreira, A.A. (2018). *Mini Exame do Estado Mental (MMSE-2)* (2a ed). São Paulo, SP: Hogrefe.
- Trentini, C.M., Yates, D.B., & Heck, V.S. (2014). *Escala Wechsler Abreviada de Inteligência (WASI)*. David Wechsler; adaptação e padronização brasileira. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, *17*(1), 37-49. doi: 10.1016/0022-3956(82)90033-4

13 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA EM CONCURSOS PÚBLICOS

DAIANA MEREGALLI SCHÜTZ
VALÉRIA GONZATTI
TAINÁ ROSSI
CRISTIANE BOFF

Introdução

O concurso público (CP) é um processo de seleção que respeita os princípios constitucionais e cujo intuito é a contratação de pessoal para o desenvolvimento de cargos públicos (Motta, 2015). A avaliação psicológica por meio do exame psicotécnico (EP) em concurso tem como objetivo avaliar as condições psíquicas da pessoa interessada na/no vaga/emprego público, sob pena de inabilitação. Definir como fazer essa avaliação com rigor técnico e científico é um dos desafios do Estado, pois aspectos históricos e sociais devem ser levados em consideração, uma vez que exercem influência no psiquismo do indivíduo (Maia & Queiroz, 2007). As instâncias Federal, Estadual e Municipal têm aumentado sua busca pelo EP com o passar dos anos, compondo a realização de CPs no Brasil. (Faiad, 2019).

A avaliação psicológica em CP não tem objetiva o psicodiagnóstico ou a identificação de psicopatologias, embora a justiça e a sociedade tenham essa expectativa. Ela se propõe a melhorar a qualidade técnica dos profissionais contratados por meio da avaliação cognitiva, emocional e comportamental (Faiad, 2019). O EP em concursos não determina um estereótipo em que o candidato se encaixe, mas descreve o perfil do mesmo por meio de testes, técnicas e instrumentos psicológicos. Os resultados apresentados possuem caráter dinâmico e específico, ou seja, retratam apenas aspectos do ciclo vital do momento da vida em que o sujeito está participando do processo seletivo (Tavares, 2004). Além disso, o EP auxilia no reconhecimento de fatores de risco psicossociais do indivíduo, como possíveis estressores, características cognitivas, comportamentais, afetivas e perceptivas que podem prejudicar as interações socioprofissionais, causando, além de mal-estar, sofrimento individual e coletivo no ambiente de trabalho (Serafim, Campos, Cruz, & Rabuske, 2012).

O Direito Administrativo, muitas vezes, questiona a legalidade do EP, indagando sobre a aferição dos testes psicológicos, apontando aspectos como instabilidade e subjetividade. No entanto, o Supremo Tribunal Federal e o Superior Tribunal de Justiça consentem a legalidade do EP como requisito para ingresso no serviço público, desde que o certame atenda a três exigências: a previsão dos testes em lei formal, que regulamenta o cargo pretendido; o estabelecimento de critérios objetivos no edital; e a expressa possibilidade de recurso quanto ao resultado do exame (Cardoso & Araújo, 2016). Editais de CP para contratação de psicólogos não abrangem o EP, pois o profissional pode manipular essa etapa por meio de seus conhecimentos técnicos dos testes, dos instrumentos e das estratégias.

Legislação brasileira

A Administração Pública brasileira, por meio da Constituição da República, possui, como requisito para ingresso no quadro de servidores, a aprovação em CP. Com a Constituição Federal de 1988, o mesmo ganhou mais importância e regramento, seguindo os princípios da isonomia — característica que garante que todas as pessoas sejam regidas pelas mesmas regras e de forma igualitária. Esse feito torna acessível a todos, sem discriminação, cargos ou funções públicas, desde que o interessado submeta-se ao certame

e nele seja aprovado (Cardoso & Araújo, 2016). Portanto, CP é o procedimento realizado pela Administração Pública com o objetivo de selecionar os candidatos habilitados a desempenhar as atribuições de cargos e empregos públicos. São realizadas avaliações escritas, mensurando aptidões e conhecimentos específicos, além da análise de títulos e, dependendo da natureza das atribuições, provas físicas e EP.

O Decreto n. 7.308, de 22 de setembro de 2010, altera o Decreto n. 6.944, de 21 de agosto de 2009, no tocante à realização de avaliações psicológicas em CP. Em seu Artigo 14, determina que a avaliação psicológica é condicionada à existência de previsão legal específica, devendo estar prevista em edital. O EP será realizado após a aplicação das provas escritas, orais e de aptidão física, quando existir. Refere-se ao emprego de procedimentos científicos com o intuito de aferir a compatibilidade das características psicológicas do candidato com as atribuições do cargo (Brasil, 2010).

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) regulamenta, por meio da Resolução n. 002/2016, a avaliação psicológica em CP e em processos seletivos de natureza pública e privada. Considera importante estabelecer normas que garantam qualidade técnica, condições legais e éticas desse processo. Ainda, defende a necessidade de conciliar o uso da avaliação psicológica em CP, com as questões judiciais do EP, protegendo, juntamente com as demais Resoluções vigentes do CFP, o conhecimento científico da área (CFP, 2016).

Além disso, a Resolução n. 002/2016 orienta os psicólogos e as instituições responsáveis pelos processos de avaliação psicológica quanto à sua participação em processos seletivos. Ainda, orienta órgãos públicos e demais pessoas jurídicas em relação às informações que devem constar nos editais de CP, com o intuito de preservar os procedimentos, a qualidade do EP e os direitos dos candidatos (CFP, 2016).

Aspectos éticos

O EP mensura as condições biopsicossociais do candidato referentes à aptidão ou não para a realização de determinada função. Esse processo também serve para informá-lo das atribuições pertinentes ao cargo (CFP, 2016). Pessoas com necessidades especiais, aptas para exercer certa função pública, podem ingressar, como todos, por meio de CP, passando pelas etapas de provas e títulos (Gugel, 2016). As cotas para pessoas com deficiência são disponibilizadas pelo órgão público, bem como o perfil profissiográfico do cargo. As especificidades para pessoas com necessidades especiais ficam disponíveis por meio da divulgação do edital, o qual traz as limitações estipuladas pela instituição que contrata. É aceitável qualquer tipo de deficiência, seja física, seja intelectual, desde que o candidato tenha habilidade/capacidade para desenvolver a função-fim.

Porém, segundo Araújo e Mala (2016), embora se perceba uma evolução quanto às jurisprudências de inclusão, ainda falta muito para se alcançar o nível desejável. Os CPs devem reservar entre 5 e 20% de suas vagas em cada certame para pessoas com necessidades especiais, o que corresponde a pelo menos cinco vagas para cada CP. Mesmo existindo lei para a inclusão de pessoas com deficiência em cargos públicos, essa prática é parcialmente implementada.

Para ser considerado válido, o EP deve: ser requisito previsto em lei para admissão no cargo; ser compatível com as atividades que o candidato deverá realizar; ser impessoal, diferenciando-se da entrevista clínica pessoal; e seguir o método instruído pelo edital (Maia & Queiroz, 2007). Além disso, o resultado deve ser justificado. Não é adequado que se faça somente a classificação de apto ou inapto, sem uma fundamentação do achado do processo avaliativo, pois se entende que, dessa forma, a impessoalidade e a moralidade do candidato estarão sendo violadas. Da mesma maneira, não se atribui notas de desempenho na avaliação psicológica, preservando o carácter eliminatório, e não classificatório, como em outras etapas, sustentando o carácter impessoal da prova em CP (Madeira, 2009).

O EP deve ser realizado por profissionais psicólogos regularmente inscritos no Conselho de Classe de sua região, conforme normas e regulamentações do CFP. O psicólogo

convidado para coordenar a avaliação psicológica deve seguir os preceitos éticos da profissão e observar princípios e normas pautados por ideias norteadoras de ações, atitudes e comportamentos da prática profissional, com respeito ao sujeito humano e a seus direitos fundamentais (CFP, 2005; CFP, 2016; Hutz, 2009). Eticamente, o profissional psicólogo deve ter ciência de que o EP não constitui um psicodiagnóstico ou uma avaliação clínica, mas um processo com critérios preestabelecidos para a sua realização (Faiad, 2019). Ainda, o sigilo dos dados da etapa deve ser mantido, como em qualquer avaliação psicológica, conforme orienta o Código de Ética Profissional do Psicólogo (Brasil, 2010; CFP, 2005).

O preparo técnico do psicólogo é essencial para a melhoria da qualidade do EP, pois a decisão quanto à aptidão ou inaptidão deve estar muito bem embasada, dadas as diversas implicações que envolvem a vida dos candidatos (Faiad, 2019). Além disso, os procedimentos éticos para EP em contexto de CP seguem as normas e regras propostas pelo Código de Ética do Profissional Psicólogo (2005), pela Resolução n. 002/2016, que regulamenta a avaliação psicológica em CP e processos seletivos de natureza pública e privada e pela Resolução 006/2019, que institui as regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela(o) psicóloga(o) quando de seu exercício profissional. Portanto, o psicólogo deve manter-se atualizado quanto às legislações, resoluções, e diretrizes, para não errar nos processos de avaliação psicológica. Deve, também, utilizar somente testes validados e normatizados para o Brasil, indicados no Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI), observando dados como faixa etária e escolaridade.

Habilidades e competências do psicólogo

A avaliação psicológica em processos seletivos inicia-se antes da aplicação da bateria de testes e instrumentos, sendo obrigatória a participação de um profissional psicólogo na elaboração do edital para a definição do perfil profissiográfico pretendido. Esse perfil diz respeito aos requisitos psicológicos que devem ser estabelecidos previamente, por meio do estudo das atribuições e responsabilidades do cargo, da descrição das atividades e tarefas, da identificação das habilidades necessárias para a sua execução e da identificação de características impeditivas ou restritivas para o seu exercício (Brasil, 2010; Caixeta & Silva, 2014; Faiad, 2019).

O perfil profissiográfico descreve os aspectos psicológicos compatíveis com o desempenho das atividades do cargo pretendido (CFP, 2016). A administração poderá escolher não divulgar, em seu edital, o perfil profissiográfico do EP aos candidatos. Isso acontece por entender que o uso da descrição pode resultar no sucesso da etapa, uma vez que o indivíduo pode dela se utilizar para simular comportamentos psicológicos e emocionais esperados e caracterizados, os quais, na verdade, não condizem com a realidade (Maia & Queiroz, 2007). Ainda, quando o perfil profissiográfico for disponibilizado, o psicólogo deve apropriar-se dele, verificando se o mesmo respeita a integralidade do candidato. Caso contrário, o profissional tem a autonomia para retirar-se do processo avaliativo do EP, fazendo bom julgamento dos preceitos éticos estabelecidos pela categoria (CFP, 2016).

A análise do perfil profissiográfico do cargo direciona para a escolha de técnicas de avaliação que possibilitam mensurar os requisitos necessários para o exercício do mesmo. Para isso, inúmeros instrumentos psicológicos, como entrevistas e testes, podem ser utilizados com a finalidade de determinar quais aspectos são considerados relevantes para a função. Os testes e instrumentos de avaliação psicológica devem ser capazes de aferir, de forma objetiva e padronizada, questões psíquicas essenciais para as atribuições do cargo (Brasil, 2010; Thadeu, Ferreira, & Faiad, 2012).

O psicólogo é contratado como profissional técnico por intermédio da instituição que realiza o processo seletivo. Quanto à capacitação do psicólogo no EP, destaca-se a importância da qualificação para a utilização de testes e instrumentos psicológicos, como a habilidade no manuseio, na correção e na interpretação dos resultados, atentando para o

princípio da competência técnica. Além disso, devem-se escolher métodos adequados ao processo seletivo, observando os critérios definidos por outras áreas do saber, assim como as suas normas jurídicas e legislações (Caixeta & Silva, 2014; Thadeu et al., 2012).

Avaliação psicológica em concurso público

A realização do EP tem gerado questionamentos em âmbito jurídico. A manifestação é pacífica, defendendo que a avaliação psicológica, nesse contexto, tenha caráter objetivo, e não subjetivo, garantindo, principalmente, os princípios da legalidade, objetividade, publicidade e ampla defesa ao candidato (Fornazza, 2008). Portanto, o psicólogo deve ter conhecimento das normativas do processo, da precisão do cargo e do andamento das decisões judiciais resultantes das mais diferentes esferas, justamente pela relação entre Direito e Psicologia em CP. Um exemplo dessa interação é a interferência do judiciário nas questões técnicas do processo do EP, na tentativa de desclassificar ou inabilitar a avaliação psicológica devido à sua subjetividade (Faiad, 2018). Dessa forma, o EP deve ser bem pautado por meio dos documentos, de modo a não inferir subjetividade ou inconsistências, tendo critérios rígidos, objetivos e fixos, conferindo com seriedade os resultados encontrados (Silva, 2014), para que não haja nenhum problema quanto à aplicação, análise e conclusão do mesmo.

A partir da previsão de EP no CP, o exame é considerado uma exigência para manter-se concorrendo à vaga. Dessa forma, o candidato deve ser considerado apto para que passe à próxima etapa de avaliação do CP. Entende-se que o EP é imprescindível para determinados cargos Federais, Estaduais e Municipais, como os de segurança pública (Silva, 2014). Uma vez iniciado o processo seletivo, o psicólogo deve, com base na lista das pessoas que ele avaliará, verificar possíveis impedimentos que possam afetar a qualidade do seu trabalho, como candidatos conhecidos, familiares, entre outros. Em caso de impedimento, a responsabilidade de encaminhamento do candidato para outro avaliador ou a contratação de outro profissional ficam sob a alçada da instituição que promove o certame (CFP, 2016). O psicólogo tem o compromisso de participar de todos os procedimentos relacionados ao EP, sendo eles: administração da entrevista, testes e técnicas; apuração e análise dos resultados; e emissão de documentos com base nos manuais técnicos atualizados, considerando métodos de aplicação e avaliação qualitativo e quantitativo (CFP, 2016; Thadeu et al., 2012).

O EP, na seleção de pessoal, caracteriza-se por utilizar testes e instrumentos para avaliar aptidões e traços necessários ao desenvolvimento das tarefas de determinada função. Inúmeras são as técnicas que podem ser adotadas em seleção de pessoal com a finalidade de avaliar os requisitos considerados relevantes ao cargo, razão pela qual tais instrumentos são chamados de preditores. Entre eles, os testes psicológicos, que são de uso privativo do psicólogo no Brasil, destacam-se como os mais utilizados (CFP, 2018; Thadeu & Ferreira, 2013). Dessa forma, o profissional deve selecionar os testes conforme os construtos que serão avaliados no processo, considerando as suas qualidades psicométricas e os dados normativos. Além disso, deve certificar-se de que os mesmos estão válidos em nível nacional, garantindo o rigor da conclusão técnica, pautada na Resolução n. 09/2018 (CFP, 2018) ou em resoluções que venham a substituí-la ou alterá-la.

O resultado do EP conclui que o candidato é apto ou inapto para o desempenho do cargo. A partir desse dado, a relação nominal dos concorrentes é divulgada em edital pela instituição que realiza o certame. O documento resultante do EP deve conter, no mínimo, identificação e assinatura de um responsável técnico pela avaliação psicológica; isto é, do psicólogo incumbido. Esse documento será anexado aos demais registros referentes ao processo avaliativo do candidato, com devida emissão de atestado à empresa solicitante. Além disso, o EP não pode ser utilizado pelos indivíduos aptos para concorrerem a outros processos de seleção, pois os achados correspondem ao perfil profissiográfico do cargo correspondente àquele edital específico (CFP, 2016).

A entrevista devolutiva é direito do avaliando e dever do avaliador. A Resolução n. 002/2016 (CFP, 2016), que regulamenta a avaliação psicológica em CP e em processos seletivos da mesma natureza, garante o direito de devolutiva a todo o candidato que se submeteu a um EP. Dessa forma, a devolução dos resultados do EP deve ser oportunizada a todos os participantes da seleção, sejam aptos, sejam inaptos. Será considerado apto o candidato que atender às condições mínimas adequadas ao cargo, conforme o perfil profissiográfico determinado. Aquele que não atender aos requisitos mínimos exigidos para o cargo que está pleiteando será considerado inapto. Portanto, a inaptidão não significa que o indivíduo apresentou transtornos comportamentais e/ou cognitivos, mas, que no momento da avaliação, não atendeu às exigências para o exercício do cargo pretendido (CFP, 2016).

O EP deve ser fundamentado nos resultados encontrados, podendo os candidatos obterem cópia do documento resultante de sua avaliação, independentemente de requerimento específico ou da conclusão de aptidão ou inaptidão. Os prazos e a forma de interposição de recurso acerca do desfecho do EP serão definidos pelo edital do concurso. Os profissionais que efetuaram as avaliações psicológicas do certame não poderão participar do julgamento do recursado EP. É lícito ao candidato contratar/apresentar parecer de assistente técnico para a fase recursal. Caso, no julgamento, entenda-se que a documentação e a fundamentação do EP sejam insuficientes para a conclusão das condições do candidato, o exame será anulado e uma nova avaliação psicológica será realizada (Brasil, 2010).

O resultado do EP é de conhecimento particular, ou seja, somente o candidato possui acesso a essa informação. Em CP, pode ser feita a contratação de um profissional psicólogo para o acompanhamento quando da entrevista de devolução, visando a uma maior compreensão dos achados. O psicólogo contratado deve estar regularmente inscrito em seu Conselho Regional de Psicologia (CRP). Dessa forma, a devolução e a leitura do laudo e do atestado serão realizadas para o candidato e para o profissional. Porém, o acesso aos testes e instrumentos aplicados será permitido somente para o psicólogo que o acompanha. Nesse momento, é solicitado que o concorrente aguarde em outra sala. A entrevista de devolução não é uma reaplicação de testes ou reavaliação psicológica. Ela tem apenas o objetivo de expor as condições e os resultados obtidos durante o processo do EP (CFP, 2016).

Construtos avaliados

Embora vários testes sejam utilizados para a avaliação psicológica com objetivos claros, procurando respostas definidas, sabe-se que, mesmo sendo essencial, a testagem constitui-se apenas como um dos recursos necessários para a realização desse processo (Cunha, 2000). No EP, busca-se identificar se o perfil do candidato é adequado ao sugerido pelo profissiográfico como desejável para a atividade do cargo (Faiad, 2019). A cada aprovação em CP com previsão de EP, o candidato deverá realizar uma nova avaliação psicológica e conquistar uma nova aptidão (Nascimento, 2016).

Os instrumentos utilizados são fundamentados por índices estatísticos, normatizados e validados, respeitando a faixa etária dos avaliandos e possuindo consistência para indicar a aptidão ou não de um candidato para o desempenho de certa função pública (Silva, 2014). Normalmente o corpo técnico de psicólogos contratados pela instituição responsável pelo certame recebe um treinamento para a aplicação do EP. Esse treinamento tem o objetivo de manter o padrão de aplicação de testes para que essa etapa seja instruída de maneira igualitária. Além disso, é necessário que o ambiente onde o EP será realizado seja silencioso, com mesas de superfície lisa e ventilação ambiente ou artificial, a fim de que o candidato não receba nenhum estímulo extra além das instruções do profissional psicólogo. Os testes são aplicados de forma coletiva, de modo que os construtos por eles avaliados

dependerão do cargo a ser preenchido. , Dentre esses construtos, destacam-se os abaixo elencados.

1) **Entrevista semiestruturada:** realizada de maneira individual, com questões que investigam comportamento, história pregressa, familiar, econômica, e social. Verifica a organização, o relacionamento e o equilíbrio das atividades de vida diárias.

2) **Personalidade:** avaliada por meio de testes psicométricos e/ou projetivos com o intuito de prever o funcionamento de personalidade e como o candidato se porta em determinadas situações, tanto positivas quanto negativas. O perfil de personalidade irá depender do cargo para o qual o candidato está sendo avaliado. Por exemplo, agressividade moderada não pode ser esperada para o cargo de professor, porém pode sê-lo para o cargo de policial; baixa capacidade de comunicação pode ser aplicada para um cargo de contador ou programador, porém não para um cargo de recepção ou de técnico em enfermagem. Portanto, não existe certo ou errado nessa etapa. Existem somente aspectos adequados e inadequados, que são específicos de cada processo, de cada cargo a ser contratado.

3) **Atenção:** separada em três tipos — atenção difusa, concentrada e dividida — , é mensurada por testes psicométricos, por meio de uma avaliação de desempenho, sendo normalmente o resultado analisado por uma escala de Inferior, Médio Inferior, Médio, Médio Superior e Superior. Espera-se que o candidato, nesse construto, atinja, no mínimo, o desempenho médio.

4) **Inteligência:** avaliada por meio de testes e instrumentos que mensuram os diferentes tipos de inteligência, sendo principalmente a fluida e a cristalizada. A primeira refere-se às capacidades do indivíduo para a resolução de problemas de forma imediata, intuitiva e com raciocínio lógico, sendo esta independente da aprendizagem, experiência ou educação. A segunda relaciona-se às questões de sabedoria, do quanto o indivíduo consegue desempenhar tarefas e resolver problemas de maneira prática, tendo como base sua aprendizagem ao longo do tempo e as experiências vividas. É esperado que o candidato de acesso universal demonstre, na avaliação desse construto, ser capaz, minimamente, de desempenhar as tarefas com rapidez e eficiência. Em casos de EP para cotas de deficientes, o perfil profissiográfico irá definir quais as médias esperadas para cada função.

Ressalta-se que a observação é uma ferramenta essencial do psicólogo em contexto de avaliação psicológica. O candidato é avaliado desde sua chegada à sala de espera até sua despedida, por meio da observação de seu comportamento, sua interação, suas atitudes e sua comunicação. Observa-se a capacidade de compreensão das instruções, uma vez que são dadas de maneira padrão a todos os grupos, por todos os profissionais. Muitos candidatos, por não conseguirem entendê-las, acabam por invalidar alguns instrumentos, gerando, conseqüentemente, o inapto de seu EP. Indivíduos muito solicitantes podem indicar ao avaliador questões internas de ansiedade e nervosismo, assim como os que precisam se certificar o tempo todo das instruções. Portanto, no momento do EP, é necessário que o indivíduo esteja descansado, calmo, atencioso e disponível a dar o seu melhor, a fim de que tenha sucesso nessa etapa.

Documentos emitidos

Toda a documentação bem como os registros de testes e técnicas aplicadas em EP para CP são guardados por cinco anos pelo psicólogo responsável da instituição que organizou a seleção. Durante esse período, o psicólogo que realizou o EP poderá ser

solicitado a prestar esclarecimentos. O resultado do EP em CP deve concluir que o candidato é apto ou inapto para o cargo. Esse achado deve, obrigatoriamente, ser registrado por meio de um atestado psicológico contemplando aspectos avaliados e detalhamento técnico (Faiad, 2019). Além disso, deve-se produzir um laudo e anexá-lo juntamente com a testagem, para fins éticos e para resguardar o direito de devolutiva ao candidato que o desejar. Laudo e testagem devem seguir a resolução vigente para a elaboração de documentos psicológicos no que concerne à clareza e à ética.

Portanto, os dois documentos redigidos pelo psicólogo, nesse processo, são o Atestado e o Laudo Psicológico, ambos pautados pela Resolução n. 06/2019 (CFP, 2019).

Atestado é o documento que certifica, com fundamento, uma determinada situação ou condição psicológica a quem o solicita. Justifica a aptidão ou inaptidão para atividades específicas, como, neste caso, o CP, pautado pela avaliação psicológica. O atestado deve conter título, nome da pessoa, nome da instituição solicitante, finalidade, descrição das condições psicológicas do beneficiário do serviço (apto ou inapto), local, data, carimbo e assinatura do psicólogo que realizou o EP, com seu registro em órgão profissional e rubricas em todas as folhas do documento.

Laudo Psicológico é o documento mais completo disponibilizado pelo profissional psicólogo. Contém todo o resultado da avaliação psicológica, apresentando as questões científicas e técnicas relativas aos fenômenos psicológicos, bem como os condicionantes sociais e históricos do indivíduo atendido. Deve apresentar somente as informações solicitadas relacionadas à demanda. O Laudo Psicológico deve conter as seguintes sessões, indicadas por itens: identificação, descrição da demanda, procedimento, análise, conclusão e referências.

Reavaliação psicológica para inaptidão

A Administração Pública, em seus princípios e em suas atividades, não tem interesse de prejudicar os candidatos ou de aprová-los por preferências da instituição que realiza o certame ou do profissional psicólogo (Silva, 2014). A inaptidão não é um resultado considerado raro em CP. Dessa forma, os candidatos não medem esforços quanto à interposição de recursos administrativos e ações judiciais com o intuito de anularem esse resultado (Nascimento, 2016). Segundo o Decreto federal 7.308/2010, toda pessoa submetida a um EP tem o direito de receber devolutiva desse processo. A entrevista de devolução de resultados pode ser solicitada por qualquer candidato participante da seleção, seja ele apto, seja ele inapto, com direito de ser acompanhado por outro profissional psicólogo que poderá ter acesso às testagens aplicadas e ao laudo oficial.

eticamente, o psicólogo contratado para fazer esse acompanhamento na entrevista devolutiva deve ter conhecimento de psicometria para realmente compreender os dados e auxiliar o seu cliente. Na devolutiva de casos de inaptidão, o psicólogo que comunica o resultado deve ser técnico, claro e ético ao explicá-lo, lendo o laudo com cuidado e certificando-se de que o indivíduo consiga entendê-lo. A partir disso, o candidato poderá decidir interpor ou não recurso administrativo (Faiad, 2019). Além disso, o estado do Rio Grande do Sul considera em seus concursos a Lei n. 13.664, de 14 de maio de 2011, a qual assegura ao candidato inapto em CP, além da devolutiva, o direito de ser submetido a uma nova avaliação psicológica, por nova banca avaliadora, contratada pela instituição responsável pelo certame. Requerida pelo candidato, essa reavaliação deve ser realizada antes da instauração de processo administrativo.

Se ocorrer recurso administrativo à instância competente, o candidato pode receber assessoramento ou ser representado por psicólogo contratado como assistente técnico, regularmente inscrito e ativo no CRP. Os membros da banca avaliadora estarão impedidos de participar do processo como banca revisora. Caso ocorra a nomeação de um perito oficial por medida judicial, este fará a análise dos documentos produzidos pelo psicólogo assistente técnico e pela banca revisora, fundamentando seu parecer nos documentos

entregues por esses profissionais e nas resoluções da categoria. Deve-se observar, também, a existência de quesitos a serem respondidos (CFP, 2016). Ao psicólogo contratado como assistente técnico não será admitida a remoção dos testes e instrumentos utilizados na avaliação psicológica do local de guarda. Com isso, tanto na entrevista de devolução quanto na apresentação de recurso, o psicólogo deverá realizar seu trabalho na presença do profissional da banca examinadora (CFP, 2016).

Considerações finais

O EP em CP é um processo ordenado de levantamento e compilação de informações, com base em procedimentos técnico-científicos que permitem identificar características psicológicas do candidato apropriadas ao desempenho das atividades laborais e à profissiografia do cargo (CFP, 2016). O processo de avaliação psicológica em CP apresenta uma dinâmica diferente daquela aplicada na avaliação psicológica clínica. Deve-se atentar para o fato de o profissional psicólogo participar de todas as etapas do certame, desde a elaboração do edital até a devolução da avaliação realizada. O profissional que participa como avaliador em um CP, além de capacitação profissional, deve ter habilidade em avaliação psicológica e aplicação de testes.

Ressalta-se que os profissionais que participam das bancas de avaliação devem realizar leitura cuidadosa e minuciosa de todas as resoluções pertinentes a essa questão. Os processos de EP em CP ocorrem de forma célere, necessitando da aplicação dos conhecimentos dos psicólogos para além da dinâmica do certame. Além disso, tem-se observado um processo de banalização dos testes psicológicos. O CFP tem tomado medidas visando eliminar a divulgação indevida de testes na internet, uma vez que são instrumentos privativos do psicólogo e que sua utilização por pessoas não habilitadas configura contravenção penal devido ao exercício ilegal da profissão. A divulgação dos testes psicológicos prejudica toda a categoria de psicólogos em um de seus mais importantes e eficazes instrumentos profissionais: a avaliação psicológica. Esse feito poderá levar à classificação de candidatos despreparados para o desempenho de cargos públicos, por meio da manipulação dos instrumentos. Deve-se preservar o uso responsável de técnicas e testes, com competência e ética, almejando-se bons resultados e benefícios para a sociedade como um todo.

Sugestões de leitura:

- 1) Conselho Federal de Psicologia. (2016). *Resolução n. 002/2016*. Regulamenta a avaliação psicológica em concurso público e processos seletivos de natureza pública e privada e revoga a Resolução n. 001/2002.
- 2) Brasil. *Decreto n. 7.308, de 22 de setembro de 2010* (2010). Altera o Decreto n. 6.944, de 21 de agosto de 2009, no tocante à realização de avaliações psicológicas em concurso público. Brasília. 2010.
- 3) Brasil. *Lei n. 13.664, de 14 de maio de 2011* (2011). Dispõe sobre o acesso do candidato aos motivos de sua reprovação em exame psicológico para cargo ou emprego na Administração Pública Estadual e dá outras providências. Porto Alegre. 2018.
- 4) Conselho Federal de Psicologia. (2019). *Resolução n. 006/2019*. Institui as regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela(o) psicóloga(o) no exercício profissional e revoga as Resoluções n. 15/1996 e 07/2003.

Referências

- Araújo, L.A.D., & Mala, M. (2016). Inclusão e concurso público: análise crítica da jurisprudência sobre pessoas com deficiência. *Revista de Direito Administrativo e Constitucional*, 16(65), 136-157. doi: 10.21056/aec.v16i65.269
- Brasil. *Decreto n. 6.944, de 21 de agosto de 2009* (2009). Estabelece medidas organizacionais para o aprimoramento da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, dispõe sobre normas gerais relativas a concursos públicos, organiza sob a forma de sistema as atividades de organização e inovação institucional do Governo Federal, e dá outras providências. Brasília. 2009.
- Brasil. *Decreto n. 7.308, de 22 de setembro de 2010* (2010). Altera o Decreto n. 6.944, de 21 de agosto de 2009, no tocante à realização de avaliações psicológicas em concurso público. Brasília. 2010.

- Brasil. *Lei n. 13.664, de 14 de maio de 2011* (2011). Dispõe sobre o acesso do candidato aos motivos de sua reprovação em exame psicológico para cargo ou emprego na Administração Pública Estadual e dá outras providências. Porto Alegre. 2018.
- Caixeta, L.V., & Silva, I.I.C. (2014). Avaliação psicológica: Possibilidades e desafios atuais. *Revista Perquirere*, 11(2), 218-237.
- Cardoso, H.R., & Araújo, L.S. (2016). Concursos públicos e a tormentosa questão do exame psicotécnico como condição para ingresso no serviço público. *Revista de Direito da Administração Pública*, 1(2), 7-31.
- Conselho Federal de Psicologia. (2005). *Resolução n. 010/05*. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo.
- Conselho Federal de Psicologia. (2016). *Resolução n. 002/2016*. Regulamenta a avaliação psicológica em concurso público e processos seletivos de natureza pública e privada e revoga a Resolução n. 001/2002.
- Conselho Federal de Psicologia. (2018). *Resolução n. 009/2018*. Estabelece diretrizes para a realização de avaliação psicológica no exercício profissional da psicóloga e do psicólogo, regulamenta o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos – SATEPSI e revoga as Resoluções n. 002/2003, n. 006/2004 e n. 005/2012 e Notas Técnicas n. 01/2017 e n. 02/2017.
- Conselho Federal de Psicologia. (2019). *Resolução n. 006/2019*. Institui as regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela(o) psicóloga(o) no exercício profissional e revoga as Resoluções n. 15/1996 e 07/2003.
- Cunha, J.A. (2000). *Psicodiagnóstico - V*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Faiad, C. (2018). Contribuições do Satepsi para Avaliações Psicológicas Compulsórias (Trânsito, Porte de Arma e Concursos Públicos). *Revista Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(núm. esp.), 50-59. doi:10.1590/1982-3703000208851
- Faiad, C. (2019). Avaliação psicológica no contexto dos concursos públicos: profundo conhecimento da área é fundamental para não incorrer em erros. *Revista Diálogos (Edição Especial)*, 15(10), 23-30.
- Fornazza, T. do. N.M. (2008). Constitucionalidade das limitações dos editais de concursos públicos (*Trabalho de Conclusão de Curso*). Universidade de Santa Catarina, Tubarão, SC: Brasil.
- Gugel, M.A. (2016). *Pessoas com deficiência e o direito ao concurso público*. Goiânia, GO: Editora Kelps.
- Hutz, C.S. (2009). *Avanços e polêmicas em avaliação psicológica*. Porto Alegre, RS: Casa do Psicólogo.
- Madeira, J.M.P. (2009). *Servidor público na atualidade*. Rio de Janeiro, RJ: Lumen Juris.
- Maia, M.B., & Queiroz, R.P. (2007). O regime jurídico do concurso público e o seu controle jurisdicional. São Paulo, SP: Saraiva.
- Motta, R.O. (2015). *Concursos públicos: razoabilidade dos requisitos exigidos e direitos dos candidatos*. (Trabalho de Conclusão de Curso). Pós-graduação, Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro em Direito Administrativo, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Nascimento, G.B. (2016). O controle judicial sobre o ato administrativo de não recomendação de candidatos em avaliações psicológicas (exames psicotécnicos) em concursos públicos no distrito federal: análise da jurisprudência do tribunal de justiça do distrito federal e territórios a partir da vigência da lei distrital 4.949/2012. *Monografia de Pós Graduação em Direito*. Instituto Brasiliense de Direito Público, Brasília, DF: Brasil.
- Serafim, A. da. C., Campos, I.C.M., Cruz, R.M., & Rabuske, M.M. (2012). Riscos psicossociais e incapacidades do servidor público: um estudo de caso. *Revista Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(3), 686-705. doi: 10.1590/S1414-98932012000300013
- Silva, M.S. da. (2014). A judicialização de concurso público na esfera na etapa da avaliação psicológica. *Monografia de especialização em Direito Administrativo*. Instituto Brasiliense de Direito Público, Brasília, DF: Brasil.
- Tavares, M. (2003). Validade clínica. *PsicoUSF*, 8(2), 125-136.
- Thadeu, S.H., Ferreira, M.C., & Faiad, C. (2012). A avaliação psicológica em processos seletivos no contexto da segurança pública. *Avaliação Psicológica*, 11(2), 229-238.
- Thadeu, S.H., & Ferreira, M.C. (2013). A validade da avaliação psicológica em um processo seletivo na área da segurança pública. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2(36), 117-145.

14 PERÍCIA PSICOLÓGICA: AVALIAÇÃO FORENSE EM VARA DE FAMÍLIA

DAIANA MEREGALLI SCHÜTZ
RAQUEL ALIFREDI PAULACHI
TATIANA QUARTI IRIGARAY

Neste capítulo, buscou-se contextualizar o que o psicólogo deve saber e o que deve fazer para ser um perito psicólogo. Além disso, propõem-se diretrizes para operacionalização e realização de perícia psicológica em processos de disputa de guarda em Varas de Família.

O que é perícia?

A perícia é uma categoria de avaliação realizada por peritos, descritos como indivíduos que utilizam amplo conhecimento para auxiliar o juiz em suas decisões. O perito busca elucidar, demonstrar, explicar e apontar os achados obtidos durante a realização da perícia, que se constitui em uma prova técnica no processo judicial. Para isso, empregará um método e uma técnica que ocorrem em algumas etapas. A perícia inicia-se com a coleta de dados, que requer preservação, armazenamento e sigilo, e consta de aplicação de técnicas de caráter científico e pertinentes ao processo. Esses passos são importantes para que haja confiança e fidedignidade na análise e conclusão da perícia (Manzano, 2011; Santos, 2003).

A perícia psicológica judicial pode ser compreendida como uma avaliação do estado psíquico do avaliado, que objetiva elucidar aspectos psicológicos com a finalidade de fornecer, ao magistrado, ou a outro operador do Direito, informações técnicas que transpõem o conhecimento jurídico (Castro, 2003; Jung, 2014). Na perícia psicológica, o perito psicólogo tem a responsabilidade de averiguar e corroborar, por meio do sistema judiciário, as demandas e os elementos subjetivos da avaliação psicológica (Rovinski, 2003; Souza, 2014).

Trata-se, portanto, de uma prática primordial que tem por objetivo final o benefício de pessoas ou grupos. Por outro lado, se realizada de forma inadequada, pode trazer prejuízos irreparáveis ao periciado (Hutz, Bandeira, & Trentini, 2015). No entanto, não há uma resolução específica que contemple a realização do processo de perícia psicológica, norteando de forma clara as etapas a serem efetuadas pelo psicólogo. O Conselho Federal de Psicologia (CFP) apresenta apenas duas resoluções que orientam a atuação do perito psicólogo (CFP, 2010; 2012), mas não especificam como a perícia psicológica deve ser realizada. Assim, ela é feita conforme o conhecimento e treinamento que cada psicólogo obteve durante a graduação, sem formação específica. Na maioria das vezes, é efetuada como uma avaliação clínica, sendo esse um equívoco muito comum neste meio (Silva, 2013).

O Código de Processo Civil (CPC) (Brasil, 2015), em sua II Seção, Art. 156, normatiza a atuação do perito e do assistente técnico, indicando quando o juiz será assistido por esses profissionais. Porém, essas normas são para profissionais de todas as áreas, não sendo específicas para o profissional psicólogo. Assistente técnico é o profissional contratado pela parte litigante para realizar quesitos norteadores à perícia e parecer crítico ao laudo do perito oficial (Rovinski, 2013).

Ainda, o art. 465 (CPC, 2015) determina que os profissionais tenham especialização em sua área de atuação. Porém, muitos psicólogos, além de não a possuírem, não têm sequer cursos de extensão na área, o que prejudica a redação e as avaliações, que acabam apresentando um viés mais clínico, respondendo subjetivamente ao questionamento

jurídico, e menos biopsicossocial, traduzindo aquele sistema de forma contextual no momento da perícia psicológica..

Estrutura da perícia psicológica

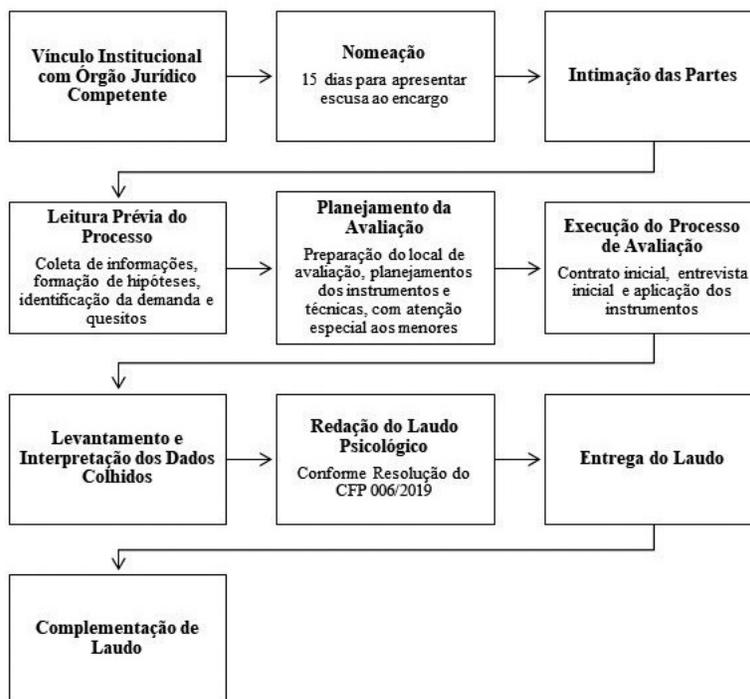
A avaliação psicológica jurídica, de modo geral, apresenta uma estrutura semelhante à aplicada na psicologia clínica, porém, com algumas características particulares: 1) é deliberada pelo sistema judicial, com um foco específico; 2) existe a possibilidade de busca por informações claras e fidedignas em origens diversas (escola, parentes próximos, cuidadores); 3) devido à sua natureza obrigatória, o indivíduo pode apresentar resistência à avaliação e não ser colaborativo; 4) o indivíduo pode, de forma intencional, deturpar dados que fornece sobre si e sobre o outro (simulação/dissimulação); 5) o psicólogo é visto como alguém que faz parte do judiciário e que não está ali para ajudá-lo, ampliando a distância emocional entre a dupla avaliador-periciado; e 6) a possibilidade de revisão das hipóteses do caso é menor, pois o tempo da avaliação psicológica judicial é restrito (Jung, 2014; Lago & Bandeira, 2009; Melton et al., 1997; Rovinski, 2013; Serafim & Saffi, 2014).

Sistematização para a realização de perícias psicológicas em processos de disputa de guarda

Um estudo desenvolvido no ano de 2018 sobre Perícia Psicológica em Varas de Família (Schütz, no prelo), sugeriu uma sistematização para a realização de perícias psicológicas em processos de disputa de guarda. A Figura 1 apresenta um fluxograma com essa proposta, estruturada e baseada em dados do presente estudo e na revisão da literatura.

Figura 1

Operacionalização da perícia psicológica em Disputa de Guarda



Fonte: Schütz, (no prelo). Alteração das autoras.

Esse estudo teve como amostra final 45 processos de Varas de Família, que apresentaram como motivação a disputa de guarda de infantes. O número de perícias analisadas foi de 54, pois, em algumas ações, mais de uma avaliação foi realizada durante o período de tramitação do processo. Na Tabela 1, é possível identificar alguns desses achados.

Tabela 1

Dados encontrados nos processos (n=54)

Tipos de nomeação de peritos (n=15)	Frequência	%
Via AJG (Assistência Judiciária Gratuita)	38	84,44
Via DMJ/RS (Departamento Médico do Judiciário do RS)	6	13,33
Via precatória	1	2,22

Processos com mais de uma perícia psicológica (n=54)	Frequência	%
Duas perícias psicológicas	6	13,33
Três perícias psicológicas	1	2,22

Registro de faltas nas perícias psicológicas (n=16)	Frequência	%
Réu	11	20,37
Autor	4	7,4
Menor	1	1,85

Fonte: Schütz (no prelo).

O período de amplitude dos processos analisados teve início em fevereiro de 2008 e finalização em maio de 2017. Dentre os documentos avaliados, 33 (61,11%) laudos não possuíam o registro das datas inicial e final da perícia psicológica. Assim sendo, os dados apresentados são relativos aos 21 (38,88%) processos que continham esses dados.

Entre os processos analisados, o tempo médio, desde o início do processo até a nomeação do perito oficial, foi de $M=605,64$ dias ($DP=472,57$). A amplitude variou de um mês e meio (cinquenta dias) a quase cinco anos (1.782 dias) para que fosse realizada a primeira avaliação do psicólogo no processo de disputa de guarda.

Ainda, foi identificado que o profissional demorou, em média, noventa ($DP=82,74$) dias para realizar e proceder a entrega do laudo, concluindo, assim, a perícia psicológica. O tempo médio que o perito psicólogo levou para realizar a redação do laudo e a sua anexação ao processo foi de 24 ($DP=41,47$) dias. Encontrou-se um número significativo de documentos sem posicionamento e indicação de guarda. Machado e Matos (2016) indicam que há insatisfação dos magistrados quanto à inconclusão dos documentos. Uma possível explicação para esse achado seria que o perito tem dificuldade de operacionalizar a perícia, especialmente no que se refere à seleção das técnicas que auxiliam na resposta aos quesitos.

Contudo, deve-se recordar que, quando um perito é nomeado para a realização de uma avaliação, o objetivo é realizar uma consulta a um *expert* sobre assunto que o

magistrado não domina, devendo este se posicionar (Brasil, 2015). Importante salientar, também, que 13,33% dos processos necessitaram de uma segunda avaliação. Pode-se inferir que a primeira avaliação não respondeu aos questionamentos realizados pelo magistrado.

Passo a passo da perícia psicológica em processos de disputa de guarda

A literatura aponta que, primeiramente, o psicólogo deve efetuar a leitura do processo, o que possibilita coletar dados a respeito da ação judicial e formar hipóteses sobre o que deve ser investigado (Evangelista, 2000; Rovinski, 2013). Durante a leitura, deve-se atentar especialmente para a origem do pedido de perícia psicológica, para a identificação das partes e para os quesitos formulados. A partir da descrição desses aspectos, poderão ser selecionados os instrumentos psicológicos mais adequados para cada caso (Castro, 2003; Jung, 2014; Rovinski, 2003; 2013) e confirmar as informações coletadas de terceiros, documentando as bases de suas eventuais conclusões (Werner & Werner, 2004). Em alguns casos, o profissional também terá acesso a informações provenientes de várias fontes, como rede de apoio e amparo e sistema familiar do periciado.

O local da perícia dependerá da disponibilidade de cada Vara de Família. Em alguns locais, a perícia é realizada em sala disponibilizada pelo Fórum, em conjunto com os profissionais da assistência social, ou, ainda, em algum outro local disponível naquele momento. Porém, acredita-se que os servidores estaduais que realizam as perícias devem ter uma sala destinada à avaliação psicológica. A intimação é realizada a partir da disponibilidade de datas e horários oferecidos pelo perito oficial, podendo ser via correspondência, com aviso de recebimento (AR), via intimação realizada pelo oficial de justiça, via telefonema do cartório ou com o próprio perito sendo incumbido do agendamento.

As hipóteses elencadas deverão ser respondidas ou refutadas durante a entrevista, visando orientar a coleta de dados e a aplicação das técnicas e dos instrumentos psicológicos selecionados para aquela avaliação. O perito oficial poderá observar aspectos transferenciais e vinculares, analisar conformidade e inconformidade entre as linguagens verbal e corporal (Jung, 2014), bem como: aspectos relacionados à qualidade da relação entre pais e filhos; preferência do infante por um dos genitores; alienação parental; necessidades particulares da criança; educação do infante; questões relacionadas à sexualidade da criança; saúde física e mental dos genitores; horário de trabalho dos genitores; situação financeira dos pais; estilos de educação e valores morais dos genitores; rede de apoio; estratégia de resolução de conflito dos genitores; questões religiosas e fatores culturais (Huss, 2011; Simões et al., 2006).

O levantamento e a interpretação dos dados colhidos devem ser descritos a partir dos dados obtidos por meio da leitura dos autos, das entrevistas com os periciados, bem como da correção e interpretação dos testes e/ou instrumentos utilizados. Após essa etapa, o perito poderá compilar as informações obtidas e compreendidas a partir dos dados levantados, dos quesitos efetuados e dos autos do processo, visando responder ao questionamento que gerou a realização da perícia (Dal Pizzol, 2009).

Wiley, Bottoms, Stevenson e Oudekerk (2006) e Rovinski (2013) defendem que não existe uma sequência definida para realização de perícias psicológicas, a qual deve ser construída a partir das características de cada caso e de cada indivíduo. Para Jung (2014), o foco da perícia psicológica dependerá do questionamento jurídico, que deverá ser transformado em hipóteses psicológicas para que o perito possa investigar de forma mais adequada a demanda.

Ao iniciar uma perícia psicológica, o profissional deve ter sempre alinhado o objeto da perícia, ou seja, qual o melhor tipo de guarda para o infante (APA, 2010; Castro, 2003). Na

condução do processo, com o objetivo de realizar a melhor indicação de guarda, o perito deve considerar a região onde está sendo realizada a perícia psicológica, qual o contexto social e político de inserção dos avaliados, qual o nível de vulnerabilidade (econômica e familiar) das partes, a presença ou não de assistente técnico nas avaliações, dentre outros (APA, 2010).

No processo de perícia, é fundamental que seja informado ao indivíduo que, nesses casos, o sigilo é comprometido, pois as informações obtidas durante a entrevista serão apresentadas ao magistrado solicitante e aos demais agentes do Direito. A avaliação dá-se de forma obrigatória, uma vez que foi designada por um agente do Direito, o juiz. O sigilo irá versar sobre os fatos importantes para o deslinde do litígio, quando não se deve expor o periciando a informações desnecessárias, agregando a subjetividade das partes com relação ao litígio (CFP, 2005; Rovinski, 2013).

O perito psicólogo deve evitar qualquer tipo de interferência durante a perícia, visando a não prejudicar o princípio da autonomia teórico-técnica e a ética profissional. Além disso, o psicólogo assistente técnico não deve estar presente durante a realização da avaliação, visando à não interferência na dinâmica e qualidade do serviço realizado (CFP, 2010). O destino das informações elencadas dar-se-á na elaboração de um laudo que será anexado ao processo.

Laudo psicológico

O laudo psicológico é um documento que apresenta as condições psicológicas, históricas e situacionais do indivíduo a partir de uma avaliação. É um instrumento descritivo, de natureza e valor técnico-científico. Tem por finalidade subsidiar decisões relacionadas ao contexto em que surgiu a demanda, a partir do processo de avaliação psicológica. Ao final da avaliação, devem constar encaminhamentos, sugestão de intervenções, diagnóstico e prognóstico quanto à evolução do caso (CFP, 2019).

Especificamente no contexto judicial, o laudo psicológico tem como objetivo auxiliar o magistrado na decisão que deverá ser tomada a partir dos fatos que estão sendo julgados (Jung, 2014). O documento deverá responder às perguntas realizadas (quesitos), quando estas estiverem presentes nos processos (Silva, 2003), utilizando as informações coletadas na entrevista, sem obrigatoriedade de nova intimação das partes. Poderá ocorrer, ainda, a determinação de uma nova perícia psicológica e a impugnação do laudo do perito, caso a perícia psicológica não tenha sido explicativa, mesmo com a complementação de laudo (Dal Pizzol, 2009).

A entrega do laudo é realizada conforme protocolo na Vara de Família de origem do processo judicial. Os documentos decorrentes da perícia psicológica devem ser guardados pelo psicólogo pelo prazo mínimo de cinco anos, caso atue como profissional liberal, ou em local de acesso restrito, nos casos em que a avaliação psicológica for realizada em alguma instituição (CFP, 2019).

É possível que ocorra solicitação de complementação de laudo caso o documento não tenha sido conclusivo ou elucidativo para o entendimento das partes, do Ministério Público ou do magistrado. A finalização da avaliação ocorre com a entrega do laudo psicológico, que deve apresentar tendências e indícios encontrados na perícia psicológica (Silva, 2003). Sugere-se que o profissional realize uma entrevista devolutiva, caso seja solicitada por um dos envolvidos, fato que deverá ser deferido pelo juiz responsável pelo caso (Rovinski, 2013; Taborda, 2004).

Passo a passo: do cadastro à perícia

Vínculo Institucional com Órgão Jurídico Competente: Antes da realização da perícia psicológica propriamente dita, o perito psicólogo necessita cumprir alguns passos para que seja nomeado para a realização da avaliação psicológica judicial. Por exemplo, no Estado do

Rio Grande do Sul, existem algumas formas de exercer a prática da psicologia jurídica. O profissional psicólogo pode ser servidor do Estado, prestando concurso para cargos no Tribunal de Justiça do Estado (TJRS) ou para o Instituto Geral de Perícias do Rio Grande do Sul (IGP). Para atuação como profissional liberal, por meio de nomeação como perito oficial, é necessário efetuar um cadastro como perito no site do TJRS, que requer o envio de alguns documentos comprobatórios da formação em psicologia e da certificação na matéria em que pretende atuar. O processo de vinculação institucional pode variar conforme o Estado e a região do Brasil, devendo o psicólogo interessado verificar como proceder.

Nomeação: Após o vínculo institucional, o magistrado pode realizar a nomeação do perito psicólogo, que poderá ocorrer por e-mail ou telefonema. O profissional nomeado perito tem até quinze dias para apresentar escusa ao encargo, argumentando motivo legítimo para rejeitar a realização da perícia psicológica (CPC, 2015 - Art. 156). O prazo para entrega do documento deve ser estipulado pelo juiz quando da nomeação. O perito pode pedir aumento de prazo se o caso for muito complexo ou contiver denúncia de alienação parental, necessitando, para isso, da deferência do magistrado (Castro, 2003). Também é preciso verificar o valor de honorários, podendo ser tabelados pelo Tribunal de Justiça do Estado, quando determinada Assistência Judicial Gratuita (AJG), ou proposto pelo perito, em caso de não deferimento de AJG. Neste último caso, o psicólogo terá cinco dias para enviar proposta de honorários e documentos em que constem comprovação de especialização e currículo (CPC, 2015 - Art. 465).

Intimação das partes: Será realizada a partir da disponibilidade de datas e horários oferecida pelo perito oficial. A intimação pode ser realizada por correspondência, com aviso de recebimento (AR), com intimação realizada por oficial de justiça ou telefonema via cartório, ou com o próprio perito sendo incumbido de marcá-la. A perícia pode ser feita no Fórum da Comarca onde houve a nomeação ou no consultório particular do psicólogo nomeado. A entrevista pericial é efetuada em um curto espaço de tempo para que haja agilidade judicial.

A maioria dos peritos realiza as perícias em uma única avaliação, cuja entrevista dura, em média, duas horas. Porém, defende-se a ideia de ampliar o número de entrevistas para que as hipóteses sejam mais bem verificadas. Embora a forma de avaliação seja realizada de modo muito particular entre os peritos, entende-se que verificar a interação paterno-filial e materno-filial seja de extrema importância para averiguar-se a interação familiar. Serão intimados genitores e crianças/adolescentes envolvidos; contudo, é possível solicitar a realização de entrevista com todos os componentes relevantes citados nos autos (Shine, 2017).

Leitura prévia do processo: A leitura do processo possibilita ao psicólogo uma coleta de dados sobre a ação judicial e a formação de hipóteses sobre o que deve ser investigado. Deve-se ter uma atenção especial com a origem do pedido de perícia psicológica, a identificação das partes e os quesitos formulados. A partir dessa leitura, o perito poderá selecionar os instrumentos psicológicos mais adequados para cada caso avaliado (Castro, 2003; Jung, 2014; Rovinski, 2003; 2013).

Planejamento da avaliação: O local da perícia dependerá da disponibilidade de cada Vara de Família. As hipóteses elencadas deverão ser respondidas ou refutadas durante a entrevista, visando orientar a coleta de dados e a aplicação das técnicas e dos instrumentos psicológicos selecionados para aquela avaliação. Uma entrevista semiestruturada com adultos deve basear-se na confirmação ou rejeição das hipóteses. A avaliação infantil deve basear-se em um viés lúdico, levando em consideração a idade da criança avaliada e sua compreensão quanto à situação de perícia. Deve-se atentar para o litígio que ocorre entre os genitores, protegendo o infante dos desgostos dos pais.

Execução do processo de avaliação: Deve-se elucidar o motivo da perícia para todos os periciados: quem realizou a solicitação da avaliação; o motivo da realização da perícia; questões relacionadas ao sigilo e destino das informações; e como será realizada a devolução do processo avaliativo. A solicitação dá-se de forma obrigatória, já que foi designada por um agente do Direito, o juiz. O motivo, conforme direcionamento dessa

operacionalização, será relacionado à disputa de guarda. O sigilo irá versar apenas sobre os fatos importantes para o deslinde do litígio, não expondo o periciando a informações desnecessárias ao litígio (Rovinski, 2013). O destino das informações elencadas dar-se-á na elaboração do laudo que será anexado ao processo, sendo essa a forma de devolutiva atualmente utilizada. Sugere-se que o profissional disponha-se a realizar a entrevista devolutiva, caso seja solicitada por um dos envolvidos.

As informações, nos processos de disputa de guarda, devem averiguar se o desenvolvimento biopsicossocial dos infantes está sendo suprido a contento. Deve-se verificar a ocorrência de negligência, maus-tratos ou qualquer outra forma de não cumprimento das necessidades básicas das crianças. Essa verificação pode ser realizada por meio de entrevistas a terceiros que participem do cotidiano dos envolvidos. Nesta entrevista, se necessário, ocorrerá, ainda, a aplicação de testes ou instrumentos psicológicos, validados pelo (Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI) (CFP, 2018).

Levantamento e interpretação dos dados colhidos: Neste item, devem-se descrever os dados colhidos na entrevista, além de se realizar a correção e interpretação dos testes e/ou instrumentos utilizados. Deve-se compilar as informações obtidas, compreendidas a partir dos dados levantados, dos quesitos efetuados e dos autos do processo.

Redação do laudo psicológico: Tem por objetivo responder à pergunta que originou a perícia psicológica, respondendo aos quesitos conforme resolução do CFP nº 006/2019 e possíveis alterações, dentro do prazo judicial estipulado no ato de nomeação. A sua redação deve seguir o princípio da pertinência, apresentando somente dados que sejam relevantes ao deslinde do processo (Rovinski, 2013).

Entrega do laudo: É realizada conforme protocolo do Fórum de origem do processo judicial. Em municípios do interior do Estado, pode ser enviado aos cuidados do chefe de secretaria da Vara à qual o perito foi nomeado. Os documentos decorrentes da perícia psicológica devem ser guardados pelo psicólogo, caso atue como profissional liberal. Quando o profissional realizar a avaliação psicológica em uma instituição, devem ser guardados em local com restrição de acesso pelo prazo mínimo de cinco anos (CFP, 2019). Deve-se anexar ao processo o todo-processado, ou seja, a compilação dos dados colhidos em forma de laudo psicológico. Após entrega do laudo e publicação em audiência, o perito pode colocar-se à disposição do periciando para elucidação do documento (Rovinski, 2013).

Complementação de laudo: Ocorrerá caso seja solicitada por uma das partes, pelo Ministério Público e deferida pelo magistrado. Deve-se responder aos questionamentos efetuados para deslindar a beligerância. Não há a obrigatoriedade de nova intimação das partes. O perito psicólogo deverá responder àquilo que foi solicitado valendo-se das informações coletadas na entrevista (Rovinski, 2013).

Considerações finais

Este capítulo conceitualizou a perícia de modo geral e a perícia psicológica propriamente dita. Trouxe a estrutura da perícia psicológica e sua sistematização a partir de pesquisa realizada de forma empírica. Além disso, propõe diretrizes para operacionalização e realização de perícia psicológica em processos de disputa de guarda em Varas de Família.

Destacou-se a importância da capacitação constante dos profissionais que atuam na área da psicologia jurídica de forma geral, principalmente no que se refere à qualificação técnica, teórica e ética. Apesar da previsão da necessidade de especialização prevista em lei, ainda não se percebe essa exigência no exercício profissional no âmbito jurídico.

Sugestões de leitura:

1) Schütz, D.M. (no prelo). *Perícia psicológica em varas de família: Caracterização e operacionalização* (Dissertação de mestrado). PUCRS. Porto Alegre, RS.

2) Resolução CFP N.º 008/2010. *Dispõe sobre a atuação do psicólogo como perito e assistente técnico no Poder Judiciário*. (2010). Conselho Federal de Psicologia. Recuperado de <https://site.cfp.org.br/resolucoes/resolucao-n-0082010/>

Sugestão de filme:

1) Alan Minas (Direção). (05, Junho, 2009). *A Morte Inventada* [Documentário] Brasil. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=RrLLpLO_pzk

Referências

American Psychological Association (2010). Guidelines for child custody evaluations in family law proceedings. *The American Psychologist*, 65(9), 863-867. doi: 10.1037/a0021250

Castro, L.R.F. (2003). A perícia psicológica nas Varas de Família. In *Disputa de Guarda e Visitas no Interesse dos Pais ou dos Filhos* (pp. 20-36). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Dal Pizzol, A. (2009). Perícia psicológica e social na esfera judicial: aspectos legais e processuais. In S.L.R. Rovinski, & R.M. Cruz (Eds.), *Psicologia jurídica: perspectivas teóricas e processos de intervenção* (pp. 23-44). São Paulo, SP: Vetor.

Evangelista, R. (2000). Algumas considerações sobre as perícias judiciais no âmbito cível. *Revista Imesc*, 2, 51-57.

Huss, M.T. (2011). *Psicologia Forense: pesquisa, prática clínica e aplicações*. Porto Alegre, RS: Artmed.

Hutz, C.S., Bandeira, D.R., & Trentini, C.M. (2015). *Psicometria*. Porto Alegre, RS: Artmed.

Jung, F.H. (2014). Avaliação Psicológica Pericial: Áreas e Instrumentos. *Revista Especialize On-line IPOG*, 01(08).

Lago, V.M., & Bandeira, D.R. (2009). A Psicologia e as demandas atuais do direito de família. *Psicologia: ciência e profissão*, 29(2), 290-305.

Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. Código de processo civil. (2015). Brasil. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13105.htm

Machado, A., & Matos, M. (2016). Regulação das responsabilidades parentais: Discursos dos magistrados sobre a prática pericial. *Psicologia*, 30(1), 15-28.

Manzano, L.F.M. (2011). *Prova Pericial*. São Paulo: SP: Atlas S.A.

Melton, G.B., Petrila, J., Poythress, N.G., Slobogin, C., Lyons Jr. P.M. & Otto, R.K., (1997). *Psychological Evaluations for the Courts: A Handbook for Mental Health Professionals and Lawyers* (2a ed.). New York, NY: Guilford.

Resolução nº 010, de 21 de julho de 2005. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. (2005). Conselho Federal de Psicologia. Recuperado de <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>

Resolução nº 008, de 30 de junho de 2010. Dispõe sobre a atuação do psicólogo como perito e assistente técnico no Poder Judiciário. (2010). Conselho Federal de Psicologia. Recuperado de <https://site.cfp.org.br/resolucoes/resolucao-n-0082010/>

Resolução nº 017, 29 de outubro de 2012. Dispõe sobre a atuação do psicólogo como Perito nos diversos contextos. (2012). Conselho Federal de Psicologia. Recuperado de <https://site.cfp.org.br/resolucoes/resolucao-cfp-no-0172012-dispoe-sobre-a-atuacao-do-psicologo-como-perito-nos-diversos-contextos/>

Resolução nº 9, de 25 de abril de 2018. Estabelece diretrizes para a realização de Avaliação Psicológica no exercício profissional da psicóloga e do psicólogo, regulamenta o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos — SATEPSI e revoga as Resoluções nº 002/2003, nº 006/2004 e nº 005/2012 e Notas Técnicas nº 01/2017 e 02/2017. (2018). Conselho Federal de Psicologia. Recuperado de <http://satepsi.cfp.org.br/docs/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-n%C2%BA-09-2018-com-anexo.pdf>

Resolução nº 6, de 29 de março de 2019. Institui regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela(o) psicóloga(o) no exercício profissional e revoga a Resolução CFP nº 15/1996, a Resolução CFP nº 07/2003 e a Resolução CFP nº 04/2019. (2019). Diário Oficial da União: edição: 62, seção: 1, 163.

Rovinski, S.L.R. (2003). Perícia psicológica na área forense. In J.A. Cunha (Org.), *Psicodiagnóstico-V* (pp. 183-195). Porto Alegre, RS: Artmed.

Rovinski, S.L.R. (2013). *Fundamentos da perícia psicológica forense* (3a ed.). São Paulo, SP: Vetor.

Schütz, D.M. (no prelo). *Perícia psicológica em varas de família: Caracterização e operacionalização* (Dissertação de mestrado). PUCRS. Porto Alegre, RS.

Santos, L.M.M.S. (2003). *O Psicólogo Jurídico na Vara de Família*. (Monografia). Curso de Especialização em Psicologia Jurídica. Universidade Candido Mendes, Rio de Janeiro.

Shine, S. (2017). *Avaliação psicológica e lei: adoção, vitimização, separação conjugal, dano psíquico e outros temas*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Silva, D.M.P. (2003). Psicologia jurídica no processo civil brasileiro: a interface da Psicologia com Direito nas questões de família e infância. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Silva, E.Z.M. (2013). Psicologia Jurídica: um Percurso nas Varas de Família do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. *Psicologia ciência e profissão*, 33(4), 902-917.

Simões, M.C.T., Martins, C.R., & Formosinho, M.D. (2006). Regulação do exercício do poder parental: aspectos jurídicos e avaliação psicológica. In A.C. Fonseca, M.R., Simões, M.C.T. Simões, & M.S. Pinho (Orgs.), *Psicologia forense* (497-520). Coimbra, Almedina.

Souza, C. J. (2014). Psicologia Jurídica: encontros e desencontros em sua prática. *Revista Jus Navigandi*. Recuperado de <https://jus.com.br/artigos/29184>

Taborda, J.G.V. (2004). Exame pericial psiquiátrico. In J.G.V. Taborda, M. Chalub, E. Abdalla-Filho (Orgs.). *Psiquiatria Forense* (pp. 43-67). Porto Alegre, RS: Artmed.

Werner, J., & Werner M.C. (2004). Direito de Família e Psiquiatria Forense da criança e do adolescente. In J.G.V. Taborda, M. Chalub, & E. Abdalla-Filho (Orgs.), *Psiquiatria Forense* (pp. 77-91). Porto Alegre, RS: Artmed.

Wiley, T.R.A., Bottoms, B.L., Stevenson, M., & Oudekerk, B. (2006). A criança perante o sistema legal: dados de investigação psicológica. In A.C. Fonseca, M.R. Simões, M.C. T Simões, & M.S. Pinho (Orgs.), *Psicologia forense* (pp. 313-354). Coimbra, Almedina.

15 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NO CONTEXTO DE ALTAS HABILIDADES

TAINÁ ROSSI
MARILENE PEREIRA
VERA ALICE PEREIRA DA SILVA
VALÉRIA GONZATTI

A Política Nacional de Educação Especial (1994) descreve educandos com altas habilidades (AH) como pessoas que, notavelmente, apresentam potencialidades e desempenho acima da média em áreas combinadas ou isoladas nos contextos abaixo.

- 1) Intelectual: rapidez, fluência e flexibilidade de pensamento, bem como alta capacidade de memória e compreensão.
- 2) Acadêmico: habilidade acadêmica específica, atenção e concentração elevadas, alta produção, facilidade e rapidez para aprender coisas novas, organização do conhecimento.
- 3) Criativo: boa imaginação, originalidade, fluência, flexibilidade e facilidade de autoexpressão, criação e inovação.
- 4) Social: capacidade de liderança, sociabilidade e habilidades de relacionamento social, percepção apurada de situações de grupo, poder de influência.
- 5) Talento especial: vocação e alto desempenho em artes plásticas, literárias, musicais e cênicas.
- 6) Psicomotor: desempenho elevado em atividades de velocidade, resistência, força, coordenação e controle motor.

É importante destacar que pessoas com superdotação (S) não apresentam todas as potencialidades descritas acima, bem como não apresentam desempenho superior em tudo o que vivenciam. As AH mostram-se em áreas específicas da vida do sujeito, ensejando, por vezes, o surgimento de certas dificuldades no processo de escolarização, (Veiga, Grande, & Grochoski, 2013).

O indivíduo superdotado pode, muitas vezes, passar despercebido. Entre os principais fatores que levam a essa invisibilidade estão: a defasagem na formação de professores; a dificuldade na identificação das AH, devido à falta de instrumentos de avaliação; a escassez de profissionais especialistas para o atendimento educacional; e as concepções equivocadas de que o aluno superdotado não necessita de atendimento (Rech & Freitas, 2016).

A superdotação pode se manifestar em qualquer contexto social, porém, para o bom desenvolvimento de potencialidades, o meio deve proporcionar apoio e incentivo ao indivíduo superdotado (Martins et al., 2016). As AH podem ser reconhecidas precocemente, por meio de comportamentos e interesses. Nesse contexto, a família tem papel importante, atuando como rede de suporte, influenciando significativamente no desenvolvimento das habilidades, proporcionando aos indivíduos melhores oportunidades de crescimento individual e social (Ourofino, Fleith, & Gonçalves, 2011).

A S geralmente conduz ao debate desse tema no campo infantil. Porém, essas crianças tornam-se adultos com AH. Na fase adulta, a sociedade tende a supervalorizar os superdotados do sexo masculino, devido ao fato de os homens serem a maioria, esquecendo e subvalorizando as conquistas das mulheres com AH que, muitas vezes, não são reconhecidas tão facilmente, carecendo de ações que desenvolvam suas capacidades

(Ogeda, Pedro, & Chacon, 2017). Existe ainda a ideia errônea de que os homens superdotados possuem habilidades relacionadas à área técnica e física, enquanto as mulheres possuem talento nos domínios artístico, afetivo e social (Maia-Pinto & Fleith, 2004).

Os Estados Unidos possuem uma política de ações para estudantes superdotados desde 1900. O atendimento a essa população é financiado pelo governo, e grande parte do desenvolvimento é realizado pela iniciativa privada, preocupando-se, principalmente, com a identificação da S. No Brasil, a política voltada a esse assunto surgiu sessenta anos mais tarde, e o Estado é o responsável pela legislação do atendimento a esse público, que perpassa políticas de definição de conceitos, identificação e ações voltadas à S, incluindo a escola como núcleo de estímulo (Matos & Maciel, 2016).

A educação especial é um direito das pessoas com AH/S, garantido a partir da Constituição Brasileira de 1988, por meio da “Educação é direito de todos” (Brasil, 1988). Além disso, é reconhecida especificamente a partir da Política Nacional de Educação Especial de 1994, que assegura acesso especial à educação a “pessoa portadora de necessidades especiais”, em que a AH/S está incluída (Brasil, 1994). Atualmente, o termo “pessoa portadora de necessidades especiais” não é utilizado, e tende a predominar o termo “pessoa com necessidade especial” perante a legislação nacional (Garcia & Michels, 2011).

A AH/S não é uma deficiência, mas está incluída na Educação Especial devido à atenção e ao trabalho criterioso e particular voltado às pessoas que apresentam tal especialidade (Veiga et al., 2013). Muitos mitos estão direcionados aos indivíduos com S, principalmente relacionados a uma vida sem problemas, uma mente geniosa em todas as áreas e um estereótipo de pessoa perfeita. O direito à identidade de pessoas com AH/S não pode ser violado por mitos patológicos, estigmatizados e ridicularizados, criados pelo desconhecimento e medo do diferente (Pérez, 2011).

Altas habilidades e superdotação nas escolas de ensino regular

A inclusão de crianças com AH/S é realidade de algumas escolas de ensino regular no Brasil (Freitas & Rech, 2015). Embora exista atendimento especializado aos superdotados, ainda são necessárias implementações para que essa realidade atinja todas as escolas brasileiras. Investimentos em formação adequada aos docentes e gestores que promovem e colocam em prática o atendimento, bem como aos profissionais da saúde, também são necessários (Pérez, 2011).

A criança com AH/S tem as mesmas necessidades de orientação, aceitação e compreensão que qualquer outra criança, apresentando momentos de insegurança e dúvida. Dessa forma, o professor deve motivar o aluno superdotado, incentivando suas habilidades, utilizando-as de maneira construtiva e efetiva em sala de aula e, ao mesmo tempo, mostrar que a escola tem seu ritmo, suas regras e uma organização equivalente para todos os estudantes (Matos & Maciel, 2016; Veiga et al., 2013).

Algumas falhas podem ocorrer por parte dos professores e/ou da instituição escolar. Às vezes, o estudante que demonstra inteligência acima da média não preenche critérios para S, ou o professor pode realizar uma avaliação equivocada do aluno. Ainda assim, a escola e o professor têm um papel muito importante na identificação da AH/S. Acredita-se que essas falhas são ainda menos prejudiciais do que a falta de identificação de estudantes com AH/S, pois estes podem ser marginalizados por não receberem o estímulo e direcionamento necessários para o desenvolvimento de seu talento (Mendonça, Rodrigues, & Capellini, 2017).

Indivíduos com AH/S apresentam características diferenciadas daquelas típicas do desenvolvimento normal (Ogeda et al., 2017), e, por isso, é comum que crianças e jovens superdotados enfrentem situações de risco social e educacional. Além disso, a escola,

muitas vezes, não está preparada para o ritmo de aprendizagem desses estudantes (Nakano et al., 2015), facilitando o envolvimento nessas situações.

O atendimento ao aluno especial nem sempre é feito pela escola regular; na maior parte das vezes, ocorre por meio de programas de enriquecimento extracurricular, pois as escolas estão superlotadas de casos e priorizam o atendimento a estudantes com dificuldades aos que necessitam potencializar seus talentos. Os estudantes com AH/S são fortemente influenciados por uma representação cultural de que não necessitam de atendimento, sendo vistos como um privilégio para a escola, gerando dificuldades de inclusão e carência de profissionais qualificados para lidar com as AH (Negrini, Rech, & Bulhões, 2016) e sendo negligenciados pela instituição. A falta de informação dos pais torna essa negligência ainda maior, uma vez que, conhecendo os direitos de seus filhos, poderiam solicitar esse atendimento ao sistema educacional (Ferreira & Rangni, 2017).

Dessa forma, a S enfrenta uma barreira entre a família e a escola. Normalmente a escola mobiliza-se para contatar a família devido a reclamações em relação ao aluno, raramente elogiando ou valorizando as capacidades de seus estudantes. Em uma pesquisa de Rech e Freitas (2016), os professores mostraram-se queixosos pela falta de participação das famílias no processo de aprendizagem de seus filhos superdotados. Relataram, ainda, que os pais depositavam na escola a culpa pelas falhas na educação de seus filhos. Poucos professores reconheceram esse problema, fazendo uma autocrítica de seu desempenho em sala de aula nesse contexto. Desse modo, a participação ativa da família na escola pode proporcionar o desenvolvimento pleno das potencialidades do estudante com AH.

Ademais, há carência de preparo na formação dos professores para atendimento a superdotados. É necessário que os mesmos conheçam as particularidades de seus estudantes e as singularidades desse grupo heterogêneo (Barros & Freire, 2015; Freitas & Rech, 2015; Martins et al., 2016). O professor precisa conhecer a área com a qual o estudante com AH mais se identifica, e, assim, poderá modificar sua prática pedagógica a fim de potencializar as habilidades em atividades curriculares. Essas atividades funcionam como estratégias de estímulo, contribuindo para a inclusão escolar do aluno (Freitas & Rech, 2015). É possível verificar, ainda, que o sistema educacional frequentemente atua com desprezo e abandono em relação às características particulares da S, tanto em salas de aula regulares quanto em sala de recurso, devido à insuficiência de materiais didáticos e recursos que facilitem a formação de estudantes superdotados (Barros & Freire, 2015).

Processo de avaliação psicológica de altas habilidades e superdotação

A avaliação psicológica de pessoas com AH é feita por meio de uma bateria de instrumentos escolhida pelo avaliador. O profissional que suspeita de um caso de AH/S ou que necessita de auxílio diagnóstico deve utilizar instrumentos que contemplem a história de vida do avaliando, as manifestações de seus potenciais e interesses, o seu desempenho acadêmico e em outras áreas de vida, o ambiente socioeconômico e cultural no qual vive e as oportunidades que teve/tem para desenvolver seu potencial, valorizando os aspectos qualitativos em detrimento dos quantitativos (Pérez & Freitas, 2011).

No entanto, carece-se de baterias de instrumentos específicos que avaliem a Superdotação. Indivíduos com AH costumam acertar os itens mais difíceis dos instrumentos psicológicos, fornecendo respostas certas e complexas, alcançando pontuações máximas. Durante a avaliação, o profissional deve considerar não só inteligência, mas também criatividade e outras funções cognitivas que possam mostrar o funcionamento intelectual do indivíduo (Nakano et al., 2015).

A criatividade é um critério importante para o conceito de AH, mesmo carecendo de instrumentos capazes de avaliá-la. Portanto, propõe-se que essa característica seja identificada a partir das capacidades e evidências latentes, considerando a escola como ambiente propício para o desenvolvimento do potencial criador (Quintella & Vitaliano,

2016). O Anexo 1 poderá ser utilizado em observações e entrevistas com pais, educadores e profissionais que acompanham a pessoa avaliada. Dessa maneira, sugere-se que o processo de avaliação psicológica no contexto das AH siga as etapas abaixo.

Anamnese: Momento para coletar informações de vida pregressa e atual do avaliado, como o processo de desenvolvimento físico, psicológico e acadêmico. Além disso, investiga áreas de interesse, atividades profissionais e de lazer realizadas. Em casos de crianças ou adolescentes, com idade menor de dezoito anos, os dados devem ser coletados juntamente com os pais e/ou cuidadores.

Entrevista na escola: Ao frequentar a escola regular de ensino, é indicado entrevistar o(os) professor(es) e/ou coordenador pedagógico, coletando informações sobre desempenho escolar, comportamento e relacionamento social.

Contato com demais profissionais: É interessante fazer contato com demais profissionais que atendam o indivíduo, com o intuito de coletar novas informações (ex.: médico que conhece a história do avaliando; demais especialistas, como pedagogo, professor de curso extracurricular; profissionais que atendam a pessoa em atividades de lazer).

Escolha das técnicas ou da bateria de instrumentos: Essa é uma etapa muito importante e que demanda muito cuidado. Deve ser feita com base nos critérios diagnósticos para AH/S, escolhendo instrumentos e técnicas que avaliem, se possível, todos os constructos e as funções cognitivas que possam dar consistência ao fechamento ou não de diagnóstico. Os instrumentos devem ser validados e escolhidos de acordo com a faixa etária e/ou escolaridade de cada avaliando.

Aplicação dos instrumentos: Deve ser feita em ambiente adequado, por profissional capacitado para tal, normalmente respeitando o número de sessões sugerido pelos modelos de avaliação psicológica.

Correção e análise de resultados: Após a aplicação, devem-se corrigir todos os instrumentos e as técnicas utilizadas, realizando ponderações e análises entre os instrumentos que avaliam os mesmos constructos, a fim de se obterem resultados fidedignos que servirão de apoio para o psicodiagnóstico.

Elaboração de documentos: Posteriormente, um laudo psicológico deve ser elaborado, baseando-se nos resultados obtidos no processo de avaliação psicológica, contendo todas as informações relevantes acerca do processo, além de conclusões diagnósticas e possíveis encaminhamentos.

Entrevista de devolução: Última etapa do processo. A devolução da avaliação psicológica deve ser realizada primeiramente para o/a paciente/família e, depois, caso houver, para outro solicitante, como a escola, por exemplo.

Instrumentos utilizados para avaliação de altas habilidades e superdotação no contexto brasileiro

A S é identificada por meio de distintos testes, técnicas e critérios em diferentes países, não havendo uma padronização para essa avaliação (Remoli & Capellini, 2017). Um estudo brasileiro avaliou 68 crianças e adolescentes, entre seis e dezesseis anos, estudantes de escolas públicas e privadas, sendo 31 participantes com indícios de S e 37 com desenvolvimento regular para sua idade. O estudo objetivou verificar evidências de validade da Escala Wechsler de Inteligência para crianças — WISC-IV (Rueda, Noronha, Sisto, Santos, & Castro, 2013) em um grupo de superdotados. Os resultados indicaram médias mais altas em estudantes com indícios de AH quando comparados com os demais estudantes, evidenciando critérios de validade do instrumento WISC-IV para avaliação de grupos especiais (Macedo, Mota, & Mettrau, 2017).

A Escala de Avaliação das Altas Habilidades — versão professores (Nakano & Siqueira, 2012) também se mostra eficaz na avaliação AH/S. Nessa escala, o estudante é avaliado pelo professor em duas etapas: na primeira, avaliam-se competências escolares (como

escrita, leitura, ciências e matemática), habilidades específicas (resolução de problemas, raciocínio e criatividade), atitude para o aprendizado (curiosidade e concentração) e outras áreas (emocional, social, vocabulário e linguagem). No segundo momento, questões intelectuais, liderança, habilidades acadêmicas específicas, talento artístico e criatividade são avaliados (Nakano, Campos, & Santos, 2016).

Além desses instrumentos, Pérez e Freitas (2016) indicam o uso de instrumentos de triagem para verificar indicadores de AH/S na educação infantil, tais como Lista de Verificação de Indicadores de Altas Habilidades e Questionário de Autonegação e de Nomeação por colegas de 1º ao 4º ano do ensino fundamental (Pérez, 2016). Para verificação de AH/S no ensino fundamental, médio e superior, são indicados a Lista de Indicadores de AH/S para professores regentes e/ou professores de disciplinas (LIVIAHSD), a Lista de Verificação de Indicadores de AH/S específicas para professores de Educação Artística (LIVIAHSD-AA) e de Educação Física (LIVIAHSD-ACC).

Após a aplicação dos instrumentos de triagem e constatada possível AH/S na criança, no adolescente ou no jovem, inicia-se o processo de identificação. Os instrumentos individuais de identificação são aplicados em crianças, adolescentes e jovens que apresentam um número maior de características de AH/S indicados pelos instrumentos de triagem. Pérez e Freitas (2016) afirmam que esses instrumentos devem ser aplicados nos estudantes, em seus responsáveis e professores para confirmar a presença ou ausência de AH/S.

Pérez e Freitas (2016) elaboraram instrumentos individuais de identificação para a realidade brasileira: Questionário de identificação de indicadores de AH/S para os pais e/ou responsáveis na Educação Infantil (QIIAHSD-R-EI); Questionário para identificação de indicadores de altas habilidades/superdotação - versão professor-educação infantil (QIIAHSD-Pr-EI), versão aluno (QIIAHSD-A), versão responsáveis (QIIAHSD-R) e versão exclusiva do professor (QIIAHSD-Pr) — ; e Questionário Complementar de Características Artísticas e Esportivas (QCCAE). O cruzamento das informações contidas nos questionários respondidos pelos estudantes, pais e professores aumenta a probabilidade de identificação e reduz a influência de possíveis critérios subjetivos de alguma das fontes.

Além dos instrumentos mencionados, alguns construtos importantes devem ser avaliados nessa população. Abaixo, sugerem-se alguns instrumentos para avaliação psicológica dessa população.

Avaliação da Inteligência

- *Escala Wechsler de Inteligência* para crianças - WISC-IV (Rueda et al., 2013).
- *Escala Wechsler de Inteligência* para adultos - WAIS-III (Nascimento, 2004).
- *Escala Wechsler Abreviada de Inteligência* - WASI (Trentini, Yates, & Heck, 2014).
- *Teste Não-Verbal de Inteligência* - SON-R 2½-7[a] (Karino, Jesus, Laros, & Tellegen, 2012).

Avaliação de funções cognitivas

- *Instrumento de Avaliação Neuropsicológica Breve* - NEUPSILIN (Fonseca, Salles, & Parente, 2009).
- *Teste dos Cinco Dígitos* (Paula & Malloy-Diniz, 2015).
- *Figuras Complexas de Rey* (Oliveira & Rigoni, 2010).
- *Teste de Aprendizagem Auditivo-Visual de Rey* - RAVLT (Paula & Malloy-Diniz, 2018).

Avaliação do desenvolvimento social e patológico

- Escala Baptista de Depressão – versão infantojuvenil – EBADEP-IJ (Baptista, 2017).
- Escala Baptista de Depressão – versão adulto – EBADEP-A (Baptista, 2011).
- Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes – IHSa (Del Prette & Del Prette, 2008).
- Inventário de Habilidades Sociais 2 – IHS2 (Del Prette & Del Prette, 2018).

Avaliação da Personalidade

- Pirâmides coloridas de Pfister – versão adultos (Villemor-Amaral, 2005).
- Pirâmides coloridas de Pfister – versão crianças e adolescentes (Villemor-Amaral, 2013).
- Bateria Fatorial de Personalidade – BFP (Nunes, Hutz, & Nunes, 2009).
- Escala de Traços de Personalidade para Crianças – ETPC (Sisto, 2004).
- Z-Teste Coletivo e Individual Técnica de Zulliger (Vaz & Alchieri, 2016).

Considerações finais

É importante fornecer informações aos familiares ou responsáveis da pessoa com AH/S, bem como oferecer espaços para aconselhamento e discussão do tema. Oportunizar a participação em eventos e palestras pode também fortalecer a rede de apoio, auxiliando no enfrentamento da demanda e na busca pelos direitos das pessoas com AH (Ferreira & Rangni, 2017). Pais e estudantes podem, ainda, contar com os Núcleos de Atividades para Altas Habilidades/Superdotação (NAAH/S), criados em todos os estados brasileiros desde 2005, e que realizam triagem, identificação e enriquecimento de estudantes que possuem AH/S, em parceria com as escolas públicas.

Sugestões de leitura:

- 1) Pérez, S., & Freitas, S. (2016). *Manual de Identificação de Altas Habilidades/Superdotação*. (Vol. 1). Guarapuava, Paraná: Apprehendere.
- 2) Virgolim, A. (2018). *Altas Habilidades/Superdotação – Processos Criativos, Afetivos e Desenvolvimento de Potenciais*. Curitiba, Paraná: Juruá Editora.
- 3) Piske, F.H.R., Stoltz, T., Machado, J.M., & Bahia, S. (2018). *Altas habilidades, Superdotação (AH/S) e Criatividade: identificação e atendimento*. (1a ed.). Curitiba, Paraná: Juruá Editora.

Sugestões de filmes:

- 1) *Mentes que brilham* (Jodie Foster, 1991)
- 2) *O Jogo da Imitação* (Morten Tyldum, 2015)
- 3) *O solista* (Joe Wright, 2009)

Referências

- Barros, B.L. de A., & Freire, S.F. de C.D. (2015). Desafios na escolarização da criança com altas habilidades/superdotação: um estudo de caso. *Revista Educação Especial*, 28(53), 709-720. doi: [10.5902/1984686X14479](https://doi.org/10.5902/1984686X14479)
- Baptista, M.N. (2011). Escala Baptista de Depressão – versão adulto – EBADEP-A. São Paulo, SP: Vetor.
- Baptista, M.N. (2017). Escala Baptista de Depressão – versão infanto juvenil – EBADEP-IJ. São Paulo, SP: Hogrefe.
- Brasil. *Constituição Federal de 1988*. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado. 1988.

Brasil. Política Nacional de Educação Especial. Brasília: Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Especial (SEESP/MEC). 1994.

Del Prette, A., & Del Prette, Z.A.P. (2008). *Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes - IHSA*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Del Prette, A., & Del Prette, Z.A.P. (2018). *Inventário de Habilidades Sociais 2 - IHS2*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Ferreira, D.M., & Rangni, R. de A. (2017). Altas habilidades/superdotação e família: levantamento e análise de produções acadêmicas. *Série Estudos*, 22(44), 239-253. doi: 10.20435/serie-estudos.v22i44.956

Fonseca, R.P., Salles, J.F., & Parente, M.A.M.P. (2009). *NEUPSILIN: Instrumento de Avaliação Neuropsicológica Breve*. São Paulo, SP: Vetor.

Freitas, S.N. & Rech, A.J.D. (2015). Atividades de enriquecimento escolar como estratégia para contribuir com a inclusão escolar dos alunos com altas habilidades/superdotação. *Arquivos analíticos de políticas educativas*, 23(30), 1-23. doi: [10.14507/epaa.v23.1639](https://doi.org/10.14507/epaa.v23.1639)

Garcia, R.M.C., & Michels, M.H. (2011). A política de educação especial no Brasil (1991-2001): uma análise da produção do GT15 - educação especial da ANPED. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 17(spel), 105-124. doi: 10.1590/S1413-65382011000400009

Karino, C.A., Jesus, G.R. de., Laros, J.A., & Tellegen, P.J. (2012). *Teste Não-Verbal de Inteligência - SON-R 2½-7[a]*. São Paulo, SP: Hogrefe.

Macedo, M.M.F., Mota, M.E. da., & Mettrau, M.B. (2017). WISC-IV: Evidências de validade para grupos especiais de superdotados. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 11(1), 65-73. doi: 10.24879/2017001100213

Maia-Pinto, R.R., & Fleith, D. de S. (2004). Avaliação das práticas educacionais de um programa de atendimentos a alunos superdotados e talentosos. *Revista Psicologia Escolar e Educacional*, 8(1), 55-66. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pee/v8n1/v8n1a07.pdf>

Martins, B.A. (2013). *Alunos precoces com indicadores de altas habilidades/superdotação no ensino fundamental I: identificação e situações (des)favorecedoras em sala de aula* (Dissertação de Mestrado em Educação). Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, São Paulo.

Martins, B.A., Pedro, K.M., Ogeda, C.M.M., Silva, R.C., Koga, F. de O., & Chacon, M.C. M. (2016). Altas habilidades/superdotação: estudos do Brasil. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 16(1), 135-139. doi: 10.1111/1471-3802.12275

Matos, B. C., & Maciel, C.E. (2016). Políticas educacionais do Brasil e Estados Unidos para o atendimento de alunos com altas habilidades/superdotação. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 22(2), 175-188. doi: [10.1590/S1413-65382216000200003](https://doi.org/10.1590/S1413-65382216000200003)

Mendonça, L.D., Rodrigues, O.M.P.R., & Capellini, V.L.M.F. (2017). Identificação inicial de alunos com altas habilidades/superdotação: avaliação intelectual, de desempenho escolar e indicação dos professores. *Revista Educação Especial*, 30(57), 203-218. doi: 10.5902/1984686X24120

Nakano, T. de C., Campos, C.R., & Santos, M.V. dos. (2016). Escala de avaliação de altas habilidades/superdotação — versão professor validade de conteúdo. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 7(1), 103-123. doi: 10.5433/2236-6407.2016v7n1p103

Nakano, T. de C., Primi, R., Abreu, I.C.C. de., Gozzoli, M.Z., Caporossi, D.C., Milani, A.F. M., & Martins, A.A. (2015). Bateria para avaliação das altas habilidades/superdotação: análise dos itens via Teoria da resposta ao item. *Estudos de Psicologia*, 32(4), 729-741. doi: 10.1590/0103-166X2015000400016

Nascimento, E. (2004). *WAIS-III: Escala de Inteligência Wechsler para Adultos, terceira edição*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Negrini, T., Rech, A.J.D., & Bulhões, P.F. (2016). O enriquecimento extracurricular como possibilidade de atendimento educacional aos estudantes com altas habilidades/superdotação: a experiência de um programa da Universidade Federal de Santa Maria. *Revista Brasileira de Altas Habilidades/Superdotação*, 2(3), 34-44.

Nunes, C.H.S. da S., Hutz, C.S., & Nunes, M.F.O. (2009). *Bateria Fatorial de Personalidade - BFP*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Ogeda, C.M.M., Pedro, K.M., & Chacon, M.C.M. (2017). Gênero e superdotação: um olhar para a representação feminina. *Revista Educação e Linguagens*, 6(10), 217-231. Recuperado de <http://www.fecilcam.br/revista/index.php/educacaoelinguagens/article/view/1225/989>

Oliveira, M., & Rigoni, M. (2010). *Figuras Complexas de Rey - Teste de Cópia e de Reprodução de memória de Figuras Geométricas Complexas*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Ourofino, V.T.A.T. de., Fleith, D. de S., & Gonçalves, F. do C. (2011). Fatores associados à baixa performance acadêmica de alunos superdotados. *Psicologia em pesquisa*, 5(1), 28-38. Recuperado de <https://psicologiaempesquisa.uff.emnuvens.com.br/psicologiaempesquisa/article/viewFile/319/168>

Paula, J.J., & Malloy-Diniz, L.F. (2015). *Five Digit Test - Teste dos Cinco Dígitos*. São Paulo, SP: Hogrefe.

- Paula, J.J., & Malloy-Diniz, L.F. (2018). *Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey*. São Paulo, SP: Vetor.
- Pérez, S.G.P.B. (2011). O culto aos mitos sobre as altas habilidade/superdotação? *Psicologia Argumento*, 29(67), 513-531. Recuperado de <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20413>
- Pérez, S.B.P., & Freitas, N.S. (2011). Encaminhamentos pedagógicos com alunos com Altas Habilidades/ Superdotação na Educação Básica: o cenário brasileiro. *Educar em Revista*, (41), 109-124.
- Pérez, S.G., & Freitas, S.N. (2016). *Manual de identificação de Altas Habilidades/Superdotação*. Guarapuava: Apprehendere.
- Quintella, J.A., & Vitaliano, C.R. (2016). Criatividade e altas habilidades/superdotação: grupo de estudo com professores. *Revista Brasileira de Altas Habilidades/Superdotação*, 2(3), 21-33. doi: 10.5902/1984686X
- Rech, A.J.D., & Freitas, S.N. (2016). A concepção dos professores acerca da participação da família durante o processo de inclusão escolar do aluno/filho com altas habilidades/superdotação. *Revista Brasileira de Altas Habilidades/Superdotação*, 2(3), 9-20.
- Rueda, F.J.M., Noronha, A.P.P., Sisto, F.F., Santos, A.A.A. dos., & Castro, N.R. de. (2013). *WISC-IV: Escala de Inteligência Wechsler para Crianças, quarta edição*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Sisto, F.F. (2004). *Escala de Traços de Personalidade para Crianças - ETPC*. São Paulo, SP: Vetor.
- Trentini, C., Yates, D., & Heck, V. (2014). *WASI: Escala Wechsler abreviada de inteligência, primeira edição*. São Paulo: SP: Casa do Psicólogo.
- Vaz, C.E., & Alchieri, J.C. (2016). *Z-Teste Coletivo e Individual Técnica de Zulliger*. São Paulo, SP: Hogrefe.
- Veiga, E.C. da., Grande, D., & Grochoski, S. (2013). As relações entre alunos com altas habilidades/superdotação e o professor de ensino comum. *Psicologia Argumento*, 31(72), 23-34.
- Villemor- Amaral, A. E. de. (2005). *As Pirâmides coloridas de Pfister*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Villemor-Amaral, A.E. de. (2013). *As Pirâmides coloridas de Pfister em crianças e adolescentes*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

ANEXO

Sugestão de aspectos observados em atividades (baseado em Martins, 2013).

Características gerais: aspectos comportamentais, sociais, emocionais, cognitivos e do desenvolvimento.

- Perseverança e persistência diante de dificuldades inesperadas.
- Capacidade de elaborar inferências.
- Dedicção, por um longo período, a projetos próprios, como construções, coleções, redações.
- Liderança.
- Somatização.
- Entusiasmo.
- Senso de confiança.
- Capacidade perceptivo-espacial elevada.
- Responsabilidade.
- Sensibilidade aos sentimentos dos outros.
- Impulsividade e espontaneidade.
- Tendência ao isolamento.
- Idealismo, senso de justiça e desenvolvimento moral.
- Interesses variados e diferenciados.
- Receptividade.
- Tendência à introversão.

- Ampla gama de informações.
- Expressão de sentimentos.
- Autonomia.
- Motivação.
- Preferência por trabalhar ou estudar sozinho.
- Ótima expressão de ideias.
- Tendência a chamar a atenção sobre si.
- Tendência ao perfeccionismo, expresso muitas vezes pela autoimposição de padrões de desempenho elevados, rígidos e até mesmo irrealistas.
- Independência.
- Facilidade verbal.
- Vontade de contribuir, em alguma medida, com a sociedade.
- Ansiedade em relação às realizações.
- Gosto e preferência por jogos que exijam estratégia.
- Alergias não apresentadas por outros membros da família.
- Preferência pela companhia de adultos e crianças mais velhas à crianças de sua idade.
- Controle emocional.
- Sociabilidade.
- Comportamento cooperativo.
- Estabilidade emocional.
- Investimento emocional significativo em suas realizações.
- Agressividade.
- Organização e eficiência no que se refere a tarefas e a soluções de problemas.
- Tolerância à ambiguidade.
- Sentido ético e moral muito desenvolvido.
- Alto nível de energia, que por vezes resulta em um diagnóstico errôneo de hiperatividade.
- Precocidade no desenvolvimento geral (andar, falar etc.).
- Curiosidade.
- Questionamento ou desafio de regras/autoridade.
- Elevada capacidade de observação.
- Ingenuidade nas ligações de base emocional.
- Autoconceito positivo.
- Consciência aguçada de si, o que pode fazer com que se perceba diferente dos outros.
- Popularidade.
- Espírito de competição.
- Procura de autenticidade.
- Sensibilidade e intensidade emocional.

Características de pensamento criativo: características relacionadas à criatividade.

- Inconformismo e independência de pensamento.
- Ideias inesperadas ou originais e extravagantes.

- Pensamento divergente, original e inovador.
- Senso de humor avançado para sua idade.
- Flexibilidade.
- Fluência de ideias.
- Gosto por enfrentar desafios e correr riscos.
- Capacidade elevada de percepção.
- Imaginação.
- Sensibilidade estética muito desenvolvida.
- Criatividade.
- Coragem para tentar descobrir se suas ideias têm valor, sem medo das críticas.
- Uso elevado de analogias e combinações incomuns.
- Menor inibição intelectual para discordar, expor ideias e opiniões.
- Abertura à novas experiências.
- Capacidade de construir hipóteses ou questões do tipo “como seria se...”
- Preferência por atividades novas e criadoras a tarefas rotineiras e repetitivas.
- Construção de histórias vívidas e dramáticas.
- Criação de soluções próprias para resolver problemas.
- Habilidade para produzir muitas ideias e visualizar consequências.

Características de aprendizagem: características comumente expressas em ambiente escolar.

- Capacidade incomum de raciocínio (verbal, lógico, matemático).
- Habilidade em áreas específicas.
- Boa memória.
- Habilidades metacognitivas e autorreguladoras da aprendizagem.
- Conquista de boas notas (em geral).
- Desejo por saber causas e razões das coisas.
- Gosto por quebra-cabeças e jogos-problema.
- Capacidade de planejamento e organização.
- Rapidez e facilidade na aprendizagem e na utilização dos conhecimentos.
- Rapidez em estabelecer relações e compreender significados.
- Agilidade mental.
- Progressão rápida.
- Capacidade desenvolvida para análise, avaliação e julgamento.
- Capacidade para fazer generalizações.
- Estabelecimento de relações entre informações adquiridas anteriormente e novos conhecimentos.
- Busca e encontro de satisfação ao pensar e discutir sobre o que leu.
- Estabelecimento de relações entre causa e efeito.
- Pensamento abstrato.
- Prazer pela atividade intelectual.
- Rapidez na identificação de inconsistências.
- Amplo vocabulário.

- Tendência a ser requerido e consultado por outros alunos a respeito de ideias e sugestões
- Preferência para lidar com abstrações.
- Precocidade, gosto e nível elevado de leitura.
- Capacidade para pronta resposta.
- Tendência a agradar aos professores e a gostar do ambiente escolar.
- Exploração de temas em profundidade.
- Busca por ser superior em quase tudo que faz.
- Capacidade de manter a concentração e a atenção por longos períodos em atividades de seu interesse.
- Processamento de informações complexas com rapidez.
- Habilidade para encontrar ordem na complexidade e no caos.
- Interesse precoce por palavras ou números ou relógios, calendários e quebra-cabeças.
- Atitude de questionamento e busca por informações.
- Amplitude de foco (parece distraído, mas está atento a mais de uma coisa).
- Tendência a fazer relatos ricos em detalhes.
- Pensamento crítico.

Distração, tédio e desmotivação quando a tarefa não lhe é interessante.

16 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA MULTIDIMENSIONAL: INCLUSÃO DA ESPIRITUALIDADE E DA RELIGIOSIDADE NA PRÁTICA CLÍNICA

MILENA NARDINI BUBOLS
MARIANNE FARINA
JÉSSICA SANTOS MACHADO
PRISCYLLA DANIELLE DE OLIVEIRA FERREIRA
LETÍCIA OLIVEIRA ALMINHANA

Introdução

O estudo a respeito da integração e do acolhimento da religiosidade e da espiritualidade (R/E) do paciente no processo psicoterapêutico cresceu durante a segunda metade do século XX. A criação de revistas científicas, o avanço sobre a pesquisa, assim como a publicação de livros sobre o tema, renovaram o interesse dos profissionais de saúde mental quanto à avaliação da dimensão de R/E e à busca existencial do ser humano (Johansen, 2010). A própria prática profissional demandou a integração dessa dimensão com aspectos físicos, sociais e mentais, pois eles contribuem de maneira conjunta — ou seja, integral — no processo de saúde e doença (Koenig, 2009). Além disso, segundo a APA (2013), a R/E é uma das multifacetadas culturais do ser humano, sendo importante para o psicólogo, pois seu conhecimento é necessário a fim de solucionar as demandas que lhe são particulares.

Pesquisas apontam para a importância da R/E no processo de avaliação clínica do paciente (Koenig, 2005; Rosmarin, Pirutinsky, & Pargament, 2011). A presença da R/E pode estar associada a um menor índice de sintomas depressivos em indivíduos portadores de doenças crônicas, resultando, assim, no aumento do seu bem-estar (Lucette, Ironson, Pargament, & Krause 2016). Ainda, a sua prática pode resultar em um maior senso de satisfação na vida, além de estar associada positivamente à saúde mental (Sithey, Li, Wen, Kelly, & Clarke, 2018). Um estudo que corrobora essas informações sugere que a R/E reduz significativamente o processamento visual de estímulos negativos, pressupondo haver um mecanismo neural que conecte a R/E com o processamento de estímulos emocionais (Johnson et al., 2014).

Apesar do aumento das pesquisas sobre R/E, ainda há uma variedade de definições para esses dois termos. Uma definição frequente de religião envolve um conjunto de práticas, crenças e rituais conectados ao sagrado ou à transcendência. Pode estar relacionado a Deus, ao sobrenatural ou a uma verdade absoluta, assim como pode envolver práticas como a oração, a meditação e os rituais sacros. A religião é praticada, geralmente, em comunidades que partilham da mesma ideologia, contudo, pode também ser exercida de maneira privada (Peteet, Al Zaben, & Koenig 2018). O termo religiosidade tem um significado particular a cada indivíduo, pois exprime sua maneira singular de sentir a religião (Zangari & Machado, 2018). Já a espiritualidade pode ser considerada uma busca pelo sagrado ou transcendente. Expressa-se pela conexão com o próximo e com a natureza, por meio de valores morais, propósitos e significados (Peteet, Al Zaben, & Koenig 2018).

Em suma, a espiritualidade é considerada uma dimensão extraordinária da vida humana, importante tanto no cotidiano como em momentos de crise (Pargament, 2011). Há duas diferentes formas de vivenciar a religiosidade: a forma intrínseca e a extrínseca. A religiosidade intrínseca caracteriza-se pela internalização da fé, em que as pessoas encontram um sentido de vida, seguindo a tradição de sua crença. A religiosidade extrínseca, por sua vez, caracteriza-se pela utilização da religião para obter outros fins, sendo a crença é utilizada para proporcionar segurança, sociabilidade, *status* e outros interesses (Allport & Ross, 1967).

Coping Religioso/Espiritual

A R/E têm sido citadas como importantes recursos para se lidar com estressores e situações difíceis, tais como o luto, o envelhecimento e o adoecimento (Pargament, Koenig, & Perez, 2000). Nesse contexto, usa-se o termo “*coping*”, que não possui tradução literal, mas é definido como uma estratégia cognitiva e comportamental que indivíduos utilizam a fim de enfrentarem situações de estresse emocional ou modificarem sua interação com a origem desse estresse (Folkman & Lazarus, 1980). Já quando o indivíduo utiliza-se de suas crenças e de seus comportamentos religiosos para gerenciar momentos de crises, tem-se a denominação de *coping* religioso/espiritual (CRE) (Stroppa, Colugnati, Koenig, & Moreira-Almeida 2018). Os métodos de CRE fundamentam-se nos cinco princípios mais importantes da religião: a busca de sentido para os acontecimentos da vida, o controle frente a situações difíceis, a intimidade social incentivada por meio da espiritualidade, o conforto que ela proporciona e o apoio para realizar mudanças (Pargament, Koenig, & Perez, 2000).

Os métodos de CRE são classificados em positivos e negativos. O CRE positivo promove consequências benéficas ao indivíduo (Pargament et al., 2000). Algumas formas de CRE positivo consistem em conexão e sentimento de purificação espiritual, busca por perdão, ajuda religiosa e apoio espiritual. O CRE positivo manifesta-se por meio de uma boa relação do indivíduo com Deus, da noção de espiritualidade, de que há um sentido para a vida e da conexão espiritual com o próximo (Pargament et. al., 1998). Por outro lado, o CRE negativo pode afetar negativamente as pessoas (Pargament et al., 2000). Os métodos de CRE negativo estão associados à frustração de expectativas sobre o campo da espiritualidade, decepção com outras pessoas, reavaliação da competência de Deus e de condenações religiosas, relação insegura com o sagrado, dificuldade em atribuir sentido à vida e uma interpretação nociva e frágil do mundo (Pargament et. al., 1998).

Estudos realizados a respeito do assunto apontaram que o CRE negativo está mais relacionado à angústia de morte que o CRE positivo (Mohammadzadeh & Najafi, 2018), e que bem-estar espiritual e estratégias de *coping*, tais como esperança, resignação e luta, estão diretamente relacionadas, ou seja, quando uma aumenta, a outra também irá aumentar (Jimenez-Fonseca, 2018).

Religiosidade/Espiritualidade no Brasil

Em relação à religiosidade brasileira, a história apresenta um câmbio intenso de experiências culturais entre os povos africanos, indígenas e portugueses. Houve uma intensa mistura entre os comportamentos típicos, a linguagem, as convenções sociais e religiosas entre essas culturas (Romão, 2018). Tal sincretismo religioso ocorreu como consequência de dois movimentos principais: o primeiro encontro entre as religiões aconteceu quando os padres portugueses realizaram a catequização dos indígenas; o segundo momento foi protagonizado pelos escravos africanos, que, em busca de continuar a cultuar suas divindades em um país onde essas eram proibidas, inseriram um sistema de culto aos santos católicos. Enquanto cultuavam a imagem católica, oravam às suas divindades em sua língua nativa. Cabe ressaltar que o sincretismo religioso não diminui a influência de uma religião; pelo contrário, aumenta seu domínio ao encontrar convergências entre costumes diferentes (Ferretti, 1998).

No último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a religião católica romana perdeu adeptos em todas as regiões do Brasil, entretanto seus seguidores constituem a maior parcela da população (64,6%) e concentram-se mais no Nordeste e no Sul. Já os evangélicos compõem o segundo número mais relevante de adeptos (22,2%) e estão mais presentes nas Regiões Norte e Centro-Oeste. Os seguidores da religião espírita representam 2% da população total, tendo grande expressão nos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Goiás e Rio Grande do Sul. A Umbanda tem maior manifestação nos Estados do Rio Grande do Sul, do Rio de Janeiro e de São Paulo, enquanto o Candomblé é bastante presente nos Estados da Bahia e do Rio de

Janeiro, sendo que as duas religiões juntas somam 0,3% da população. Os indivíduos que se declaram sem religião somam 8,0% da população, enquanto o percentual dos portadores de outras religiosidades é de 2,7%, e os que não souberam definir-se ou não se declararam somam 0,1%.

Religiosidade/Espiritualidade na psiquiatria

Um dos marcos importantes para o tema da religiosidade foi a sua inclusão no DSM-V (Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais). Em um primeiro momento, foi incluído como uma categoria no DSM-IV, denominada “problemas espirituais e religiosos”, como parte da sessão “Outras condições que podem ser um foco de atenção clínica”. Trata-se, assim, do reconhecimento de que os temas religiosos e espirituais podem ser o foco da consulta e do tratamento psiquiátrico/psicológico (Peres, Simão, & Nasello, 2007). Em um segundo momento, por meio do código V-62.89, o DSM-V apresenta as questões de forma mais ampla e relacionadas à cultura. Refere, ainda, que o assunto deve ser acolhido quando da avaliação e do manejo clínico, sendo considerado patológico quando trazer sofrimento persistente e problemas ao funcionamento do indivíduo (Prusak, 2016).

De acordo com a World Psychiatry Association (WPA, 2016), estudos sobre a R/E devem ser incluídos como parte do currículo básico de treinamento em psiquiatria. Independentemente de definições precisas, a espiritualidade e a religião lidam com crenças fundamentais, valores e experiências dos seres humanos. Segundo Koenig (2013), as crenças R/E podem facilitar o manejo de muitos aspectos da vida, interferindo, algumas vezes, diretamente na construção de saúde, propiciando maior qualidade de vida. Por outro lado, essas crenças também podem interferir negativamente no tratamento. Ainda, o autor refere que a maioria dos pacientes gostaria que os profissionais da saúde abordassem sua R/E, pois sentem mais empatia e confiança no profissional que apresenta uma visão mais integral e humanizada (Koenig, 2013). Apesar disso, no contexto da avaliação psicológica, percebe-se que as questões religiosas e espirituais ainda não são contempladas quando da realização das entrevistas de anamnese, por exemplo; ou, então, não são levadas em consideração para a elaboração do psicodiagnóstico como um todo.

A Declaração da WPA aponta diretrizes para o estudo, a pesquisa e a prática clínica no que diz respeito às questões relacionadas à R/E. Recentemente, esse documento foi traduzido para o português e publicado na revista da Associação Brasileira de Psiquiatria (Moreira-Almeida et al., 2018). A WPA e a Organização Mundial da Saúde (OMS) objetivam, por meio de seu trabalho, certificar que a promoção e os cuidados em saúde mental sejam baseados em evidências científicas e também sejam sensíveis às diversidades culturais. Nesse sentido, convém lembrar que a OMS inclui R/E como uma dimensão da qualidade de vida (WHOQOL, 2006).

As diretrizes da WPA sobre R/E em psiquiatria propõem que:

- e proceda a uma consideração cuidadosa das crenças R/E do paciente como um componente importante da coleta da história psiquiátrica;
- se considerem a R/E e sua relação com o diagnóstico, a etiologia e o tratamento de transtornos psiquiátricos componentes fundamentais da formação psiquiátrica e treinamento profissional;
- se realizem mais pesquisas sobre R/E e psiquiatria, principalmente, acerca de suas aplicações clínicas; que a abordagem da R/E deva ser centrada na pessoa, livre de proselitismos, sendo sensível às crenças e práticas R/E dos pacientes, de seus familiares e cuidadores;

- os psiquiatras devam estar dispostos a trabalhar com líderes religiosos, assim como com outros membros da comunidade, em amparo ao bem-estar de seus pacientes;
- os profissionais devam demonstrar consciência, respeito e sensibilidade em relação ao significativo papel que a R/E pode desempenhar na vida dos pacientes;
- os profissionais devam estar cientes tanto do potencial benéfico quanto prejudicial das práticas e visões de mundo R/E e seculares, dispondo-se a compartilhar essas informações de modo crítico e imparcial com a comunidade em geral, buscando a promoção de saúde e de bem-estar (Moreira-Almeida, 2018).

Personalidade e Autotranscendência

A R/E têm sido, sistematicamente, desconsideradas em teorias de personalidade, como no Modelo de Cinco Grandes Fatores (Alminhana, Menezes Jr, & Moreira-Almeida, 2009; Saucier & Goldberg, 1998). No sentido de avaliar e compreender a R/E enquanto uma dimensão de personalidade, o Modelo Psicobiológico de Temperamento e Caráter (e o Inventário de Temperamento e Caráter, instrumento de avaliação da personalidade criado a partir do Modelo Psicobiológico) é o único modelo de personalidade que inclui a dimensão de espiritualidade e busca existencial enquanto um indicador de maturidade (Cloninger, Svrakic, & Przybeck, 1993). O professor Dr. Robert Cloninger, psiquiatra e geneticista da Universidade de Washington em Saint Louis/USA, construiu o Inventário de Temperamento e Caráter (ITC) (Gonçalves & Cloninger, 2010) integrando aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais para avaliar três níveis de aprendizagem e desenvolvimento humanos: Temperamento, Caráter e Autotranscendência. De acordo com ele, a personalidade é compreendida enquanto um sistema complexo e autoorganizado, contemplando os processos epigenéticos e adaptativos (Cloninger, Svrakic, & Svrakic, 1997).

O Temperamento apresenta as características mais estáveis da personalidade, ligadas à sobrevivência e a respostas automáticas como raiva, medo, comportamento gregário e persistência. Nessa ordem, as dimensões associadas ao Temperamento são: Busca por Novidade, Evitação de Danos, Dependência de Recompensa e Persistência. O Caráter está associado ao comportamento aprendido e consciente, definindo-se pelo grau em que a pessoa se reconhece como um indivíduo autônomo, pertencente à sociedade e à sua relação com os outros (empatia, por exemplo). Esse domínio da personalidade é medido por duas dimensões: Autodirecionamento e Cooperatividade (Cloninger, Svrakic, & Svrakic, 1997).

A Autotranscendência, também reconhecida como uma dimensão do Caráter – embora reflita um terceiro nível de desenvolvimento – é chamada, ainda, de “Self-aware consciousness” (Autoconsciência). Suas características principais são a capacidade de se sentir integrante do universo, com uma sensação de conexão espiritual ou existencial que vai além de si mesma. Pessoas autotranscendentes podem se desenvolver como espiritualistas, artistas ou grandes humanistas (Cloninger, 2004; Gonçalves & Cloninger, 2010). O estudo de D’Souza e Rodrigo (2004), ao avaliar pacientes deprimidos com esquizofrenia e/ou doenças terminais, identificou que aqueles que apresentavam maiores níveis de autotranscendência também apresentavam maiores níveis de bem-estar.

Em geral, o Modelo Psicobiológico só pode ser entendido em complexidade, e não em dimensões separadas. Assim, diferentes escores em cada dimensão, combinados, estarão associados a perfis específicos de personalidade. Altos escores em Autotranscendência associados a altos escores em Autodirecionamento e Cooperatividade têm sido um relevante preditor de qualidade de vida (Alminhana et al., 2017) e de felicidade (Cloninger & Zohar, 2011). Importante ressaltar que altas pontuações em Autotranscendência, quando combinadas a baixos escores em Autodirecionamento e Cooperatividade, têm sido um dos indicadores mais importantes para a presença de transtornos do Espectro da Esquizofrenia (Hori et al., 2013). Em outras palavras, quando uma pessoa apresenta busca espiritual ou existencial, presença de experiências R/E e/ou a sensação de conexão com o universo

(Autotranscendência), ela provavelmente terá qualidade de vida e saúde mental se também apresentar Autodirecionamento (autonomia, responsabilidade) e Cooperatividade (capacidade para se relacionar com os outros). Sem Autodirecionamento e Cooperatividade, a Autotranscendência alta pode ser um indicador de transtornos mentais (Alminhana et al., 2017).

Habilidades e competências da/o profissional em relação à religiosidade e à espiritualidade

A avaliação da dimensão da R/E tem como objetivo compreender o indivíduo de uma forma ampla, integrando essas características na coleta da história de vida, na avaliação clínica e no/a prognóstico/escolha de tratamento ou intervenção a ser realizado/a. Por meio dessas questões, pode-se dizer que a postura da/o terapeuta que trabalha com o tema da espiritualidade deve ser ética, empática, com conhecimento teórico/prático atual e técnico. É necessário desenvolver a habilidade de utilizar informações a respeito da subjetividade de uma pessoa no intuito de beneficiar o processo terapêutico como um todo (Peres, Simão, & Nasello, 2007).

Terapeutas que visam integrar a R/E na prática psicoterápica precisam ir além de suas perspectivas pessoais a respeito da R/E, a fim de orientarem sua prática sempre em relação ao referencial do paciente. Dessa forma, há quatro qualidades que psicólogos e psicólogas devem buscar desenvolver:

- conhecimento de diferentes expressões da R/E;
- abertura e tolerância com crenças diferentes das suas próprias; autoconsciência (sobretudo para conhecer quais são as suas crenças pessoais);
- autenticidade (saber admitir quando desconhece uma determinada linguagem religiosa ou espiritual utilizada por seu paciente, por exemplo).

O conhecimento de diferentes expressões da R/E é uma forma de sabedoria que terapeutas empregam em busca de integrarem seus saberes sobre as tradições religiosas com as técnicas psicoterapêuticas. Já a abertura e a tolerância estão interligadas, pois à medida que o indivíduo torna-se aberto para expandir seu conhecimento por meio das experiências advindas de seus pacientes, pratica o respeito verdadeiro ao aprender sobre as diversas manifestações religiosas/espirituais. A autoconsciência está relacionada com a capacidade de discernimento de seus próprios preconceitos e valores, pois, quanto mais são revelados, menos interferem no processo terapêutico. Por fim, a autenticidade manifesta-se pela vontade de compartilhar os ensinamentos sobre a vida de maneira a respeitar os valores do paciente. À medida que ela se instala, a comunicação entre terapeuta e paciente tende a ser mais profunda (Pargament, 2011).

Um estudo realizado por Vieten et al. (2013) visou desenvolver um conjunto de competências para o uso da R/E, específicas para psicólogos. Ele foi realizado em três etapas: uma ampla revisão de literatura; uma discussão com grupo focal de estudantes e clínicos; e uma pesquisa online realizada com 184 psicólogos e profissionais da área da saúde, dos quais 105 são considerados especialistas na integração da R/E com a psicologia. A primeira fase do projeto, uma revisão de literatura, resultou na formulação de 24 competências provisórias. Na segunda parte, um grupo de quinze especialistas revisou e refinou tais competências por meio de um debate. No terceiro estágio, uma pesquisa online foi realizada por psicólogos e psicoterapeutas com o objetivo de avaliar a importância e o conteúdo das competências obtidas depois da etapa três.

Após as análises dos resultados, o estudo obteve dezesseis competências que foram divididas em três grupos: três relacionadas à postura, sete ao conhecimento e seis às

habilidades. Em relação à postura, o profissional: (1) deve apresentar empatia, estima e respeito pelas diversas origens e filiações espirituais, religiosas ou seculares do paciente; (2) deve compreender a R/E como aspectos importantes da diversidade humana (assim como raça, etnia, orientação sexual, *status* socioeconômico, limitações, gênero e idade); (3) deve estar ciente de como seu próprio *background* e suas crenças R/E podem influenciar sua prática clínica, suas atitudes, percepções e suposições sobre a natureza dos processos psicológicos.

A respeito do conhecimento, o profissional: (4) deve conhecer a diversidade R/E e explorar as crenças, comunidades e práticas R/E que são importantes para seus clientes; (5) deve ser hábil em descrever como a R/E podem ser vistas como construções sobrepostas, mas distintas; (6) deve estar ciente de que seus pacientes podem ter experiências R/E consistentes, mas que estas podem ser difíceis de diferenciar dos sintomas psicopatológicos; (7) deve reconhecer que as crenças, práticas e experiências R/E desenvolvem-se e mudam ao longo da vida; (8) deve estar ciente dos recursos e das práticas R/E internas e externas que a pesquisa indica poderem apoiar o bem-estar e a recuperação de distúrbios psicológicos; (9) deve saber identificar experiências, práticas e crenças R/E que podem ter o potencial de impactar negativamente a saúde psicológica; (10) deve saber identificar questões legais e éticas relacionadas à R/E que possam surgir ao trabalhar com clientes.

Quanto às habilidades, o profissional: (11) devem ter a habilidade de conduzir o processo psicoterapêutico de forma empática e eficaz com clientes de diversas origens, afiliações e níveis de envolvimento R/E; (12) deve ter a habilidade de perguntar adequadamente sobre antecedentes, experiências, práticas, atitudes e crenças R/E como um procedimento padrão da compreensão da história do cliente; (13) deve auxiliar os clientes a explorarem e acessarem seus pontos fortes e recursos R/E; (14) deve identificar e abordar problemas R/E na prática clínica e fazer encaminhamentos, quando necessário; (15) deve estar atualizado sobre as pesquisas e os avanços da R/E especificamente relacionados à prática clínica, além de avaliar continuamente a sua própria competência R/E; (16) deve reconhecer os limites de suas qualificações e competências nos domínios R/E, e, a partir disso, ao perceber limitações em sua prática clínica sobre esse tema, buscar consultar e colaborar com outros clínicos qualificados ou com outras fontes R/E (p. ex.: padres, pastores, rabinos, irmãs, mestres espirituais etc.), buscar treinamento, educação e/ou encaminhar clientes para profissionais e recursos mais qualificados (Vieten et al., 2013).

A fim de precisar se tais competências seriam aceitas em uma população de clínicos mais abrangente, Vieten et al. (2016) realizou um novo estudo, com 222 participantes, dos quais 84% possuíam ou mestrado, ou doutorado em psicologia clínica ou pós-doutorado. Os resultados obtidos demonstraram que as competências propostas têm grande aprovação entre os profissionais. Entre 73% e 94,1% dos entrevistados acreditam que psicólogas e psicólogos devem estudar e estar aptos a exercer qualquer uma das competências. Além disso, entre 53,2% e 80,7% apontaram ter recebido pouco treinamento, e de 29,7% a 58,6% afirmaram não ter recebido nenhuma educação em relação às dezesseis competências. O estudo também questionou quais as três competências mais importantes para o psicólogo. As respostas foram: demonstrar empatia, respeito e apreço pela R/E do paciente; estar apto a conduzir um processo terapêutico que seja tanto empático quanto eficaz; e estar ciente de que a autopercepção R/E do profissional pode influenciar sua prática clínica.

Há, além das competências necessárias, dois comportamentos que a psicóloga e o psicólogo devem evitar a fim de não prejudicarem seu paciente. O primeiro está relacionado à intolerância religiosa/espiritual, expressa por meio da rejeição e do exclusivismo. Quando a/o terapeuta concebe a R/E como uma fonte de patologia ou uma forma de problema que deve ser substituída por um conceito saudável, está rejeitando crenças importantes para seus pacientes. Caso a/o psicóloga/o acredite que a sua visão pessoal sobre o significado de R/E seja a verdade absoluta, compreendendo que qualquer

outra crença que não seja a sua está errada, há a prática do exclusivismo. A falta de conhecimento sobre R/E é o problema mais comum encontrado entre terapeutas. Devido à precária busca por informação, eles ficam alheios às diversas tradições religiosas, não compreendem o significado dos termos R/E, não estão acostumados aos estudos científicos da área e, por fim, não possuem competência para realizar a avaliação espiritual do paciente (Pargament, 2011).

Manuais e cartilhas brasileiros sobre R/E na prática profissional da psicologia

Discussões sobre R/E e saúde mental têm percorrido especificamente o campo da Psicologia por meio de diversos movimentos significativos na última metade do século XX. O interesse sobre esse tema tem sido articulado por meio da organização de sociedades, profissionais e grupos de interesse, do estabelecimento de revistas profissionais abordando teoria, pesquisa e prática, da publicação de livros que referem diretamente religião e psicologia, da inclusão de religião e espiritualidade em códigos de ética profissionais, das mudanças nos procedimentos diagnósticos de saúde mental para incluir problemas religiosos e espirituais, além do estabelecimento de cursos acadêmicos (Johansen, 2010).

No Código de Ética Profissional do Psicólogo consta que é vedado ao profissional “induzir a convicções políticas, filosóficas, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual ou a qualquer tipo de preconceito, quando do exercício de suas funções profissionais” (CFP, 2014, p. 9). Pode-se observar que o assunto R/E é abordado pelo Conselho Federal de Psicologia no sentido do que não deve ser feito, como uma questão que deve ser tratada com ética, sem que haja proselitismo religioso dos profissionais, por exemplo. Porém, não são referidas diretrizes específicas sobre como os profissionais devem abordar o tema.

Por outro lado, percebe-se a emissão de materiais específicos sobre a temática por Conselhos Regionais de Psicologia, como a nota técnica “Confissão de Fé e Atuação Profissional” do CRPPR (2015), segundo a qual a psicologia, enquanto ciência, não pode isentar-se do estudo da experiência do sagrado. Porém, deve ter o cuidado de não reduzir apenas a aspectos psicológicos ou de instrumentalizá-la como prática profissional. Refere ainda que não se trata de negar ou afirmar a existência de uma realidade sobrenatural, mas, sim, de aceitar essa experiência humana como legítima no que se refere às questões existenciais e de busca de sentido do humano.

Outro material que merece destaque é o Manual “Psicologia, Laicidade, Espiritualidade, Religião e os Saberes Tradicionais: referências básicas para a atuação profissional”. Na “Nota Técnica Laicidade e Psicologia”, contida nesse manual, consta que pautar a prática profissional na obrigatoriedade da laicidade não significa negar uma interface que pode ser estabelecida pela psicologia e a religião e/ou espiritualidade (CRPSP, 2014, p. 16). Ainda, convém destacar a série de três volumes intitulada “DIVERPSI — Psicologia, Laicidade e as Relações com a Religião e a Espiritualidade” (CRPSP, 2016), elaborada pelo Conselho Regional de São Paulo e que apresenta diversos artigos científicos sobre a temática.

A Cartilha Virtual “Psicologia e Religião: histórico, subjetividade, saúde mental, manejo, ética profissional e direitos humanos”, elaborada pelo Laboratório de Psicologia Anomalística e Processo Psicossociais da USP (Zangari & Machado, 2018), refere uma série de diretrizes para o manejo clínico do psicólogo em relação às questões R/E. Estudos abordam a importância de se inserirem as questões referentes à R/E no contexto da prática clínica da psicóloga e do psicólogo. Assim como o profissional acolhe e aborda os diversos setores da vida do paciente — como o trabalho, a vida familiar, o relacionamento, a saúde —, a religiosidade pode ser considerada mais um aspecto a ser trabalhado, uma vez que ela também compõe a experiência humana, tratando-se, muitas vezes, de razão para inquietações e conflitos. Nesse sentido, pode-se discutir sobre esses assuntos quando a

própria pessoa atendida traz o tema, tomando cuidado para que a/o psicóloga/o não apresente qualquer tipo de interpretação religiosa dos problemas abordados pelo paciente.

Além disso, deve-se ter o cuidado de não impor a ele uma determinada crença religiosa, assim como não se impõe uma postura política, uma escolha profissional, uma orientação sexual etc. A partir disso, deixar de amparar tais questões é negligenciar um aspecto importante da vida do paciente/cliente, especialmente se ela/ele está em conflito devido a essas questões. Essa negligência pode desencadear desconfortos e transtornos ainda maiores, assim como ocorreria se fosse negligenciado qualquer outro aspecto da vida (Zangari & Machado, 2018, p. 17).

Métodos de avaliação de R/E e instrumentos utilizados no contexto brasileiro

O processo de avaliação psicológica consiste basicamente na criação de um plano de avaliação, que será construído a partir da queixa do paciente ou da instituição solicitante (Brasil, 1962). Assim, dispõe de algumas etapas características, a saber: entrevistas iniciais (ou de anamnese) – as quais contribuem para que o profissional possa elencar algumas hipóteses, elaborando um plano de ação, definindo os instrumentos mais adequados para a sua investigação, para a aplicação de testes e/ou técnicas psicológicas selecionadas, bem como para as entrevistas de devolução, que podem ocorrer pelas vias oral e/ou escrita (Rigoni & Sá, 2016). Nesse processo, questiona-se: podem entrar as questões R/E? Tendo em vista a alta prevalência de crenças R/E entre a população brasileira, bem como o elevado sincretismo religioso, será que um processo de avaliação psicológica que desconsidere essa dimensão humana está de fato sendo efetivo?

Há a ideia de que aspectos espirituais não podem ser mensurados em função da subjetividade do conceito. No entanto, pesquisadores têm se esforçado para estabelecer medidas de R/E como forma de complementar a visão a respeito do indivíduo. Questionamentos a respeito de como lidar com a subjetividade de pacientes, familiares e profissionais surgem como desafio na prática clínica (Vieira, Robertella, Souza, Kerr, & de Oliveira, 2016) e reforçam a importância de instrumentos que possam medir esses constructos. Primeiramente, é possível incluir uma anamnese espiritual. Como pode ser feita?

Ao chegar um novo paciente para avaliação ambulatorial ou para anamnese médica, após investigação da história progressiva do indivíduo (condições socioeconômicas, hábitos, histórico de doenças), o profissional pode acrescentar algumas perguntas sobre R/E na entrevista, investigando o significado que o paciente atribui para a vida, para seu momento atual, para suas condições de saúde etc. (Lucchetti, Granero, Bassi, Latorraca, & Nacif, 2010). Como forma de viabilizar a avaliação do conceito R/E, considerado mais subjetivo, pesquisadores têm buscado construir instrumentos que investiguem a história espiritual dos indivíduos. Apesar da carência de instrumentos a respeito da R/E validados no contexto brasileiro, quando em comparação aos internacionais, seu número tem aumentado, tendo em vista a relevância desse construto (Marques & Aguiar, 2014).

No cenário brasileiro, um dos instrumentos utilizados é o **Questionário FICA** (Puchalski & Romer, 2000), que contempla quatro perguntas a respeito da R/E: crenças, importância atribuída, comunidades religiosas e atitudes no tratamento de saúde. O instrumento já está traduzido para o português e foi utilizado em diversas pesquisas brasileiras, entre elas uma que avaliou 25 docentes da área da saúde, observando que há representações distintas a respeito de R/E entre os avaliados e ressaltando a necessidade da inclusão da temática espiritualidade nos currículos das universidades (Borges, Santos, & Pinheiro, 2015).

Questionário FICA

F - Fé ou Crença:

Você possui uma crença religiosa ou espiritual?
Se a resposta é não, o que dá significado à sua vida?

I - Importância ou influência:

Que importância você dá para essa crença em sua vida?

C - Comunidade:

Você faz parte de uma comunidade religiosa/espiritual? Ela te dá suporte? Como?

A - Ação no tratamento:

Como você gostaria que seu médico ou psicoterapeuta considerasse sua crença ao longo de seu tratamento?

Um instrumento já traduzido e adaptado para o português é a **Escala de bem-estar espiritual (EBE)** (Marques, Sarriera, & Dell’Aglío, 2009), composta por vinte itens e que considera o bem-estar associado a quanto o indivíduo atribui um propósito à sua vida, podendo ser também de cunho religioso, relacionado a uma força superior, como Deus, por exemplo (Marques, 2003). As pesquisas com essa escala iniciaram-se no sul do Brasil, com indivíduos da comunidade, indicando adequadas propriedades psicométricas (Fernandes et al., 2009); expandiram-se para outras regiões, como São Paulo, identificando adequados níveis de R/E nos docentes de uma universidade (Ermel et al., 2015), e Minas Gerais, identificando níveis moderados em pacientes hospitalizados (Chaves et al., 2015). Mais recentemente, o **Inventário de Religiosidade Intrínseca (IRI)** foi validado no Brasil por Taunay et al. (2012). É composto por dez questões, contemplando população clínica e não clínica, e apresentou adequadas propriedades psicométricas. Ao ser utilizado no sul do país, foi bem aceito por profissionais da área da saúde (Aguiar, Cazella, & Costa, 2017).

Outro instrumento utilizado é o **Índice de Religiosidade de Duke (P-DUREL)**, de Koenig, Parkerson Jr. e Meador (1997), que também apresenta evidências de validade para a população brasileira (Taunay et al., 2012). O P-DUREL é extensamente utilizado em pesquisas brasileiras (Nery, Faustino, Santos, & Cruz, 2018; Silva & Domingues, 2018) e contempla cinco itens que avaliam as seguintes dimensões: religiosidade organizacional — mensura a frequência com que o indivíduo frequenta locais religiosos (ex: ir à missa) — ; 2) religiosidade não organizacional — relaciona-se às práticas religiosas que o indivíduo possui privadamente (ex: realizar oração) — ; e religiosidade intrínseca — refere-se a uma vivência plena e internalizada da espiritualidade (Lucchetti et al., 2012).

A Figura 1 apresenta o instrumento P-DUREL, para conhecimento do leitor.

Figura 1

Instrumento P-DUREL

Índice de Religiosidade da Universidade Duke

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

Fonte: Moreira-Almeida et al. (2008)

Como se pode perceber, diversos instrumentos para verificar a R/E de indivíduos saudáveis ou com condições clínicas estão sendo desenvolvidos e validados no Brasil. Optou-se por descrever alguns deles mais detalhadamente acima. No entanto, caso haja interesse por parte do leitor, há ainda outros instrumentos a serem utilizados com esse objetivo, no contexto brasileiro, como a **Escala de Coping Religioso Espiritual**, validada por Panzini e Bandeira (2005); a **Escala de Atitudes Religiosas, Versão Expandida (EAR-20)**, que apresenta evidências de validade (Aquino, Gouveia, Silva, & Aguiar, 2013); a *Spirituality Self Rating Scale (SSRS)*, já traduzida e adaptada para a população brasileira – porém o nome da escala mantém-se no idioma inglês (Gonçalves & Pillon, 2009) –; a **Escala de Avaliação da Percepção da Religiosidade (EAPRE)** (Noronha, Rosa, & Bernardes, 2017); o **WHOQOL-SRPB** (Panzini, Maganha, Rocha, Bandeira, & Fleck, 2011), que tem passado por investigações de suas propriedades psicométricas. Por fim, o **Modelo Psicobiológico de Temperamento e Caráter (ITC)** (Cloninger, Svrakic, & Przybeck, 1993) — instrumento que mede a personalidade, mas contempla a dimensão autotranscendência, que se encontra mais relacionada à R/E.

Acredita-se que a vivência da R/E é bastante diversificada e singular nas diferentes regiões do país. Nesse sentido, é importante que se inclua a dimensão R/E na prática clínica, configurando-se, assim, uma avaliação psicológica multidimensional. Dessa forma, sugere-se que pesquisadores criem instrumentos capazes de medir essas variáveis dentro do contexto brasileiro, considerando questões específicas e singulares da cultura do país. Conforme Marques e Aguiar (2014), no Brasil, a tendência é de importar instrumentos, adaptá-los e validá-los, quando, talvez fosse mais rico delineá-los a partir das formas específicas de se vivenciar a R/E em várias regiões do país. Ou, ainda, enfocar qual a sensibilidade cultural dos instrumentos estrangeiros, pois também são necessárias medidas similares a de outros países para que se tracem comparativos e se universalizem algumas conclusões.

Sugestões de vídeos:

- 1) <https://www.usp.br/interpsi/>
- 2) <http://www.uuff.br/nupes/>

Sugestões de filmes:

- 1) *Híbridos — os espíritos do Brasil* (Projeto: Priscilla Telmon e Vincent Moon, 2017)
- 2) *Estamira* (Direção: Marcos Prado, 2004)

Instagram:

- 1) @unusualinpsychology

Referências

- Aguiar, P.R., Cazella, S.C., & Costa, M.R. (2017). A religiosidade/Espiritualidade dos médicos de Família: avaliação de alunos da universidade aberta do SUS. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 41(2), 310-319. doi: 10.1590/1981-52712015v41n2rb20170009
- Allport, G.W., & Ross, J.M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5(4), 432-443.
- Alminhana, L.O, Farias M., Claridge G., Cloninger C.R., Moreira-Almeida A. (2017) Self-Directedness Predicts Quality of Life in Individuals with Psychotic Experiences: A 1-Year Follow-Up Study. *Psychopathology* 50: 239-245. doi: 10.1159/000474951
- American Psychological Association. (2003). Guidelines on multicultural education, training, research, practice, and organizational change for Psychologists. *American Psychologist*, 58(5), 377-402.
- Aquino, T.A.A., Gouveia, V.V., Silva, S.S., & Aguiar, A.A. (2013). Escala de Atitudes Religiosas, Versão Expandida (EAR-20): Evidências de Validade. *Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 12(2), 109-119.
- Association for Spiritual, Ethical and Religious Values in Counseling. (2009). *Spiritual competencies: Competencies for addressing spiritual and religious issues in counseling*. Recuperado de http://www.aservic.org/wp-content/uploads/2017/02/ASERVIC-Spiritual-Competencies_FINAL.pdf
- Borges, M.D.S., Santos, M.B.C., & Pinheiro, T.G. (2015). Representações sociais sobre religião e espiritualidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(4), 609-616. doi: 10.1590/0034-7167.2015680406i
- Brasil (1962). Lei Federal no 4.119, de 27 de agosto de 1962. Recuperado de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-4119-27-agosto-1962-353841-publicacaooriginal-1-pl.html>
- Chaves, E.D.C.L., de Carvalho, T.P., Carvalho, C.C., Grasselli, C.S.M., Lima, R.S., de Souza Terra, F., & Alves Nogueira, D. (2015). Associação entre bem-estar espiritual e autoestima em pessoas com insuficiência renal crônica em hemodiálise. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(4). doi: 10.1590/1678-7153.201528411
- Cloninger, C.R., Svrakic, D.M., & Przybeck, T.R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 975- 990. doi: 10.1001/archpsyc.1993.01820240059008
- Cloninger, C.R., Svrakic, N.M., & Svrakic, D.M. (1997). Role of personality self-organization in development of mental order and disorder. *Development and Psychopathology*, 9(04), 881-906.
- Cloninger, C.R. (2004). *Feeling good: the science of well-being*. Oxford University Press.
- Cloninger C.R, Zohar A.H (2011) Personality and the perception of health and happiness. *Journal of Affective Disorders*, 128: 24-32. doi: 10.1016/j.jad.2010.06.012
- Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. (2016). *Coleção DIVERPSI — Psicologia, Laicidade e as Relações com a Religião e a Espiritualidade*. Recuperado de <http://www.crpsp.org.br/diverpsi/Referencias.aspx>
- Conselho Federal de Psicologia (2014). *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Recuperado de <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Co%CC%81digo-de-%C3%89tica.pdf>
- Conselho Regional de Psicologia do Paraná. (2015). Nota Técnica CRP-PR 001/2015 Confissão de Fé e a Atuação Profissional. Recuperado de <http://www.old.crppr.org.br/uploads/ckfinder/files/Nota%20T%C3%A9cnica%20CRP-PR%20-%20001-2015%20-%20Confiss%C3%A3o%20de%20F%C3%A9%20e%20Atua%C3%A7%C3%A3o%20Profissional.pdf>
- Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. (2014). *Psicologia, Laicidade, Espiritualidade, Religião e os Saberes Tradicionais: referências básicas para a atuação profissional*. Recuperado de <http://www.crpsp.org.br/diverpsi/arquivos/DiverpsiLivroConteudo.pdf>

- D'Souza, R.F., & Rodrigo, A. (2004). Spiritually augmented cognitive behavioural therapy. *Australasian Psychiatry*, 12(2), 148-152. doi: 10.1080/j.1039-8562.2004.02095.x
- Ernel, R.C., Vieira, M., Tavares, T.F., Furuta, P.M., Zutin, T.L., & Caramelo, A.C. (2015). O bem-estar espiritual dos professores de medicina e de enfermagem. *Revista de Enfermagem*, 9(1), 158-163. doi: 10.5205/reuol.6817-60679-1-ED.0901201522
- Ferretti, S.E. (1998). Sincretismo afro-brasileiro e resistência cultural. *Horizontes Antropológicos*, 4(8), 182-198.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 219-239.
- Gonçalves, A.M.D.S., & Pillon, S.C. (2009). Adaptação transcultural e avaliação da consistência interna da versão em português da Spirituality Self Rating Scale (SSRS). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(1), 10-15.
- Gonçalves, D.M., & Cloninger, C.R. (2010). Validation and normative studies of the Brazilian Portuguese and American versions of the Temperament and Character Inventory—Revised (TCI-R). *Journal of Affective Disorders*, 124(1), 126-133. doi:doi:10.1016/j.jad.2009.11.007
- Hill, P.C. & Edwards, E. (2013) Measurement in the psychology of religiousness and spirituality: existing measures and new frontiers. In K.I. Pargament, J.J. Exline, J.W. Jones (Eds.). *APA handbook of psychology, religion, and spirituality* (Vol 1): *Context, theory, and research* (pp. 51-77). Washington: APA Handbooks in Psychology.
- Hori H, Teraishi T, Sasayama D, Matsuo J, Kinoshita Y, & Ota M. (2014). A latent profile analysis of schizotypy, temperament and character in a nonclinical population: association with neurocognition. *Journal of Psychiatric Research* 48, 56-64. doi: 10.1016/j.jpsychires.2013.10.006
- Hull, C.E., Suarez, E.C., & Hartman, D. (2016). Developing spiritual competencies in counseling: A guide for supervisors. *Counseling and Values*, 61(1), 111-126.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). *Censo demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência*. Recuperado de https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf
- Jimenez-Fonseca, P., Lorenzo-Seva, U., Ferrando, P.J., Carmona-Bayonas, A., Beato, C., García, T., ... Jara, C. (2018). The mediating role of spirituality (meaning, peace, faith) between psychological distress and mental adjustment in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 26(5), 1411-1418.
- Johansen, T. (2010). *Religion and Spirituality in Psychotherapy — an individual psychology perspective*. NY, Springer Publishing Company.
- Johnson, K.D., Rao, H., Wintering, N., Dhillon, N., Hu, S., Zhu, S., ... Newberg, A.B. (2014). Pilot study of the effect of religious symbols on brain function: Association with measures of religiosity. *Spirituality in Clinical Practice*, 1(2), 82.
- Koenig, H.G. (2002). An 83-year-old woman with chronic illness and strong religious beliefs. *Jama*, 288(4), 487-493.
- Koenig, H.G. (2005). *Espiritualidade no cuidado com o paciente. Por quê, como, quando e o quê*. São Paulo: Editora FE.
- Koenig, H.G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 283-291.
- Koenig, H.G. (2013). *Spirituality in Patient Care: Why, How, When, and What*. Templeton Press: Estados Unidos.
- Koenig, H., Parkerson Jr, G.R., & Meador, K.G. (1997). Religion index for psychiatric research. *American Journal of Psychiatry*, 154 (6), 885-886.
- Lucchetti, G., Granero, A.L., Bassi, R.M., Latorraca, R., & Nacif, S.A.P. (2010). Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, 8(2), 154-8.
- Lucchetti, G., Lucchetti, A. L. G., Peres, M.F., Leão, F.C., Moreira-Almeida, A., & Koenig, H.G. (2012). Validation of the duke religion index: DUREL (Portuguese version). *Journal of religion and health*, 51(2), 579-586.
- Lucette, A., Ironson, G., Pargament, K.I., & Krause, N. (2016). Spirituality and religiousness are associated with fewer depressive symptoms in individuals with medical conditions. *Psychosomatics*, 57(5), 505-513.
- Marques, L.F., Aguiar, A.P.A. (2014). Instrumentos de mensuração da religiosidade/espiritualidade (R/E) e seus construtos. *Revista Pistis & Praxis: Teologia e Pastoral*, 6(1), 107-126.
- Marques, L.F., & Aguiar, A.P.A. (2014). Instrumentos de mensuração da religiosidade/espiritualidade (R/E) e seus construtos. *Revista Pistis Praxis*, 6(1), 107-126. doi: 10.7213/revistapistispraxis.06.001.DS06
- Marques, L.F., Sarriera, J.C., & Dell'Aglio, D.D. (2009). Adaptação e validação da Escala de Bem-estar Espiritual (EBE). *Avaliação psicológica*, 8(2).
- Marques, L.F. (2003). A saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto-alegrenses. *Psicologia: ciência e profissão*, 23(2), 56-65.
- Mohammadzadeh, A. & Najafi, M. (2018). The Comparison of Death Anxiety, Obsession, and Depression Between Muslim Population with Positive and Negative Religious Coping. *Journal of religion and health*, 1-10.

- Moreira-Almeida, A., Peres, M.F., Aloe, F., Lotufo Neto, F., & Koenig, H.G. (2008). Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. *Revista de Psiquiatria Clínica, 35*(1), 31-32. doi: 10.1590/S0101-60832008000100006
- Moreira-Almeida, A.; Sharma, A.; Rensburg, B.J.V.; Verhagen, P.J.; Cook, C.C.H. (2018). Posicionamento da Associação Mundial de Psiquiatria sobre espiritualidade e religiosidade em psiquiatria. *Revista Debates em Psiquiatria, 2*. doi: 10.25118/2236-918X-8-2
- Nery, B.L.S., Faustino, A.M., Santos, C.T.B., & Cruz, K.C.T. (2018). Vulnerabilidades, depressão e religiosidade em idosos internados em uma unidade de emergência. *Revista Gaúcha de Enfermagem, 39*.
- Noronha, A.P.P., Rosa, P.A.C., & Bernardes, L.F.A. (2017). Estudos psicométricos da Escala de Avaliação da Percepção da Religiosidade. *Avaliação Psicológica, 16*(2), 215-224. doi: 15689/AP.2017.1602.12
- Oliveira, J.A.C., Anderson, M.I.P., Lucchetti, G., Pires, E.V.Á., & Gonçalves, L.M. (2018). Approaching Spirituality Using the Patient-Centered Clinical Method. *Journal of Religion and Health, 1-10*. doi: 10.1007/s10943-017-0534-6
- Paiva, G.J.D. (2000). O grupo de trabalho psicologia & religião: histórico, realizações e perspectivas. *Temas em Psicologia, 8*(2), 205-210.
- Panzini, R.G., & Bandeira, D.R. (2005). Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. *Psicologia em Estudo, 10*(3), 507-516.
- Panzini, R.G., Maganha, C., Rocha, N.S.D., Bandeira, D.R., & Fleck, M.P. (2011). Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública, 45*, 153-165.
- Pargament, K.I. (2011). *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*. Guilford Press.
- Pargament, K.I., Koenig, H.G., & Perez, L.M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of clinical psychology, 56*(4), 519-543.
- Pargament, K.I., Smith, B.W., Koenig, H.G., & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the scientific study of religion, 710-724*.
- Peres, J.F.P., Simão, M.J.P., & Nasello, A.G. (2007). Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Revista de Psiquiatria Clínica, 34* (1), 136-145.
- Peteet, J.R., Al Zaben, F., & Koenig, H.G. (2018). Integrating spirituality into the care of older adults. *International psychogeriatrics, 1-8*.
- Puchalski, C., & Romer, A.L. (2000). Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *Journal of palliative medicine, 3*(1), 129-137.
- Prusak, J. (2016). Differential diagnosis of Religious or Spiritual Problem — possibilities and limitations implied by the V-code 62.89 in DSM-5. *Psychiatria polska, 50*(1)175-186.
- Rigone, M.S., & Sá, S.D. (2016). O Processo Psicodiagnóstico. In Hutz, C.S., Bandeira D.R., Trentini, C.M., Krug, J.S. *Psicodiagnóstico*. Porto Alegre, RS: Artmed. 428 p.
- Romão, T.L.C. (2018). Sincretismo religioso como estratégia de sobrevivência transnacional e translacional: divindades africanas e santos católicos em tradução *Trabalhos em Linguística Aplicada, 57*(1), 353-381.
- Rosmarin, D.H., Pirutinsky, S., & Pargament, K.I. (2011). A brief measure of core religious beliefs for use in psychiatric settings. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 41*(3), 253-261.
- Saucier, G., & Goldberg, L.R. (1998). What Is Beyond The Big Five? *Journal of Personality, 66*(4).
- Silva, J.V., & Domingues, E.A.R. (2018). Religiosity evidence of residents in city south of Minas Gerais/Evidências de religiosidade em residentes de cidade sul mineira. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, 10*(1), 52-61. doi: 10.9789/2175-5361.2018.v10i1.52-61
- Sithey, G., Li, M., Wen, L.M., Kelly, P.J., & Clarke, K. (2018). Socioeconomic, religious, spiritual and health factors associated with symptoms of common mental disorders: a cross-sectional secondary analysis of data from Bhutan's Gross National Happiness Study. *BMJ open, 8*(2).
- Stroppa, A., Colugnati, F.A., Koenig, H.G., & Moreira-Almeida, A. (2018). Religiosity, depression, and quality of life in bipolar disorder: a two-year prospective study. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 40*(3), 238-243. doi:10.1590/1516-4446-2017-236
- Taunay, T.C., Cristino, E.D., Machado, M.O., Rola, F.H., Lima, J.W., Macêdo, D.S., ... Carvalho, A.F. (2012). Development and validation of the Intrinsic Religiousness Inventory (IRI). *Revista Brasileira de Psiquiatria, 34*(1), 76-81. doi: 10.1590/S1516-44462012000100014
- Taunay, T.C.D., Gondim, F.D.A.A., Macêdo, D.S., Moreira-Almeida, A., Gurgel, L.D.A., Andrade, L.M.S., & Carvalho, A.F. (2012). Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). *Revista de Psiquiatria Clínica, 39*(4), 130-5.
- Vieira, R.R., Robortella, A.R., de Souza, A.B., Kerr, G.S., & de Oliveira, J.A.C. (2016). Vida e morte na atenção primária à saúde: reflexões sobre a vivência do médico de família e comunidade ante a finitude da vida. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 11*(38), 1-7.

Vieten, C., Scammell, S., Pilato, R., Ammondson, I., Pargament, K.I., & Lukoff, D. (2013). Spiritual and religious competencies for psychologists. *Psychology of Religion and Spirituality*, 5(3), 129.

Vieten, C. & Scammell, S. (2015). *Spiritual and religious competencies in clinical practice*. New Harbinger Publications, Canada.

Vieten, C., Scammell, S., Pierce, A., Pilato, R., Ammondson, I., Pargament, K.I., & Lukoff, D. (2016). Competencies for psychologists in the domains of religion and spirituality. *Spirituality in Clinical Practice*, 3(2), 92.

WHOQOL SRPB Group. (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine*, 62, 486-97.

World Psychiatry Association. (2016). Position Statement on Spirituality. Recuperado de https://www.wpanet.org/detail.php?section_id=8&content_id=1821

Zangari, W. & Machado, M.F. (Orgs.). (2018). *Psicologia & Religião: Histórico, Subjetividade, Saúde Mental, Manejo, Ética Profissional e Direitos Humanos*. Inter Psi — Laboratório de Psicologia Anomálistica e Processos Psicossociais. Pró-Reitoria de Cultura e Extensão Universitária/USP. Cartilha Virtual.

17 EXPERIÊNCIAS ANÔMALAS: AVALIAÇÃO, DIFERENCIAÇÃO E MANEJO CLÍNICO

JULIANA SCHMIDT RADDATZ
DAIANE SANTOS DE OLIVEIRA
MILENA NARDINI BUBOLS
LETÍCIA OLIVEIRA ALMINHANA

Introdução

O termo “anômalo” tem sido usado para definir experiências irregulares ou incomuns, caracterizando vivências que não podem ser consideradas necessariamente patológicas e são compreendidas como expressões de subjetividade e/ou de cultura (Cardena, 2013). Alguns exemplos de experiências anômalas (EAs) são: alucinações auditivas e visuais, experiências de quase morte, experiências místicas ou espirituais, sinestésias, entre outras. Tais experiências têm sido relatadas ao longo de toda a história da humanidade, estando, em grande parte, associadas a religiosidade, espiritualidade ou crenças místicas. Assim, na Bíblia, há profecias, eventos milagrosos, ressurreições e curas espirituais, bem como em outras culturas — como Xamanismo, Judaísmo, Hinduísmo — podemos observar relatos de EAs, ressignificadas enquanto experiências religiosas e ritualísticas (Da Silva & Reichow, 2016). Além disso, muitas EAs são referidas em contextos criativos, associadas a *insights* artísticos, como na poesia, na pintura e até na matemática (Nettle e Cleg, 2006; Claridge, 2010).

Tendo em vista a ampla variedade de EAs, alguns autores sistematizaram algumas das mais prevalentes, entre as quais estão:

- **experiências alucinatórias** — as alucinações podem ser visuais, auditivas, olfativas, gustativas e táteis, sendo mais frequentes as alucinações visuais e auditivas (Guandolini, 2017);
- **sinestesia** — condição em que um estímulo sensorial é acionado e elicia outros estímulos sensoriais que não estavam relacionados à experiência. Como exemplo, pode-se considerar indivíduos que percebem cores nas notas musicais (Tomasi, Brandes, Lopes, Klostermann, & Cyrino, 2018);
- **experiência fora do corpo** — sensação de ter saído dos limites do corpo, de enxergar seu corpo como se estivesse distante, de estar flutuando. Essa experiência é mais frequente em vivências de quase morte, meditação e hipnose (De Sá, & Mota-Rolim, 2015);
- **experiências de Quase Morte (EQM)** — ocorre com indivíduos que foram declarados clinicamente mortos, pessoas que descreveram seus momentos finais ou estiveram expostos a um grave risco de vida. Pessoas que passaram por uma EQM apresentam relatos como ver um túnel, encontrar seres espirituais, realizar uma revisão da vida, sentir-se em paz, entre outros (Moody, 1997);
- **sonhos lúcidos** — consciência de que se está sonhando, podendo o sujeito influenciar elementos (Rodrigues, 2016);
- **experiências de curas anômalas** — relatos de curas inesperadas, sem interferência médica ou utilização de medicação (Cardena, Lynn, & Krippner, 2013);
- **experiências de vidas passadas** — conhecidas também por PLEs, ou *past-life experiences*, são experiências caracterizadas pela crença que o indivíduo possui de já

ter estado em uma vida anterior, em que teria sido uma pessoa diferente da sua “vida atual”. As PLEs podem ocorrer de forma induzida, sendo a hipnose utilizada como recurso, ou espontânea, sendo estes casos mais frequentes na infância (Stevenson, 2011; Tucker, 2007);

- **experiências místicas** — relacionadas à interação com o divino, com o sagrado, trata-se de contatos que apenas a pessoa que vivenciou consegue compreender, sendo difícil descrevê-los de forma objetiva (Bingemer, 2015; Stace, 1960);
- **experiências relacionadas a Psi (ESP)** — Psi é utilizado como terminologia para descrever uma transferência anômala de informação ou energia, na qual não há processos motores. É frequente identificar a experiência anômala como relatos a clarividência, telepatia, precognição e psicocinesia (Cardeña, 2018).

É bastante comum que as EAs sejam interpretadas ou ressignificadas em contextos culturais e religiosos. Em um estudo realizado com 115 pacientes ao longo de três anos, Mohr e colaboradores (2011) buscaram compreender se a espiritualidade e a religiosidade são preditivos em desfecho para esquizofrenia e transtornos esquizoafetivos. Os autores afirmam que a espiritualidade e a religiosidade do paciente podem facilitar a recuperação, alterando o desenvolvimento dos sintomas, promovendo a recuperação psicológica por meio do significado da experiência e de estratégias de enfrentamento (Coping Religioso/Espiritual Positivo), bem como a adesão ao tratamento. Em alguns casos, no entanto, a espiritualidade e a religiosidade podem atrapalhar principalmente a adesão ao tratamento.

Dessa forma, é importante reconhecer quando o indivíduo acomoda sua EA em um contexto, ou seja, em uma rede de sentido espiritual ou religiosa. Isso é necessário para que se reduza o estigma associado aos transtornos psicóticos, embora seja fundamental observar critérios diferenciais entre EAs saudáveis e patológicas (Mohr et al., 2011; Shevlin, McElroy, Bentall, Reininghaus, & Murphy, 2017; Van Os et al., 2009).

O tema, de certa forma, vem sendo cada vez mais explorado em busca da compreensão das diferenças entre um sujeito com sintomas psicóticos e sujeitos que vivenciam EAs e de um diagnóstico diferencial apropriado. Assim sendo, compreender esse fenômeno de forma mais ampla é de enorme importância.

Diagnóstico diferencial entre EAs saudáveis e patológicas

Na população geral, há uma alta prevalência de relatos de EAs de caráter psicótico: 32% em 52 países, de acordo com estudo da OMS (Nuevo et al., 2012). Uma pesquisa realizada no Brasil com 306 participantes encontrou uma prevalência de 82,7% de EAs, sem a presença de nenhum outro sintoma psicótico. Portanto, estudar esse tema é também questionar diagnósticos que podem estar equivocados (Machado, 2009; Martins & Zangari, 2012).

A diferenciação entre EAs saudáveis e outras experiências de caráter patológico (sintomas psicóticos) é relevante, tanto para que se possa identificar risco para o desenvolvimento de transtornos mentais quanto para que se evite diagnosticar e patologizar experiências culturais e potencialmente saudáveis (Alminhana et al., 2017). Muitas dessas experiências serão avaliadas de forma positiva, pois as pessoas conseguem dar um sentido para seus sintomas, seja por meio de uma linguagem religiosa/espiritual, seja transferindo esse significado para uma atividade criativa (Peters et al., 2016; Van Os et al., 2009). Em contextos religiosos, as EAs ressignificadas podem ser entendidas como “mediunidade” ou como “dom do Espírito Santo”, por exemplo. Segundo dados do IBGE (2010), no Brasil, aproximadamente 93% da população afirma ter religião. Algumas dessas religiões, como as afro-brasileiras (Umbanda, Candomblé...), o Espiritismo, o Catolicismo Carismático e as Igrejas Neopentecostais, apresentam as EAs como componente principal

da sua prática, o que torna o diagnóstico diferencial entre experiências saudáveis ou patológicas ainda mais complexo (Koenig, 2007; Zangari, 2007).

O estudo de revisão de Menezes Jr. e Moreira-Almeida (2008) sobre o diagnóstico diferencial entre experiências religiosas/espirituais (R/E) e transtornos mentais encontrou os chamados “Nove Critérios Diferenciais”, conforme abaixo elencados.

1. Ausência de sofrimento psicológico: no início, a experiência pode causar algum sofrimento, mas assim que é acomodada em uma rede de sentido para a pessoa, o sofrimento psicológico em relação à experiência R/E tende a desaparecer.

2. Ausência de prejuízos sociais e ocupacionais: inicialmente também pode haver prejuízos ocupacionais, mas, com o tempo, a pessoa segue sendo funcional e suas relações sociais ou não sofrem alterações ou podem até melhorar.

3. A Experiência tem duração curta e ocorre episodicamente: há uma curta duração da experiência R/E vivenciada.

4. Existe uma atitude crítica sobre a realidade objetiva da experiência: existe uma reflexão sobre a experiência vivenciada e, geralmente, a pessoa consegue oferecer ou aceitar possíveis explicações para a experiência R/E (flexibilidade cognitiva).

5. Existe compatibilidade da experiência com algum grupo cultural e/ou religioso: a experiência relatada faz parte de um conjunto de experiências, descrito em alguma comunidade ou tradição cultural e/ou religiosa.

6. Ausência de comorbidades: não há sintomas de transtorno mental grave, mas pode haver ansiedade e depressão.

7. A experiência é controlada: inicialmente, a pessoa pode não ter controle sobre a experiência, mas, com o passar do tempo, ela geralmente aprende a manejar e a controlar sua vivência.

8. A experiência gera crescimento pessoal: a pessoa refere que a experiência gerou benefícios em sua vida pessoal.

9. A experiência é voltada para os outros: a experiência não é aut centrada, mas, em geral, voltada para o benefício de outras pessoas.

O grande problema dos Nove Critérios Diferenciais, propostos por Menezes Jr. e Moreira-Almeida (2008), é que eles se aplicam a experiências consolidadas, mas não conseguem distinguir experiências R/E de sintomas psicóticos quando do surgimento das primeiras EAs. Assim sendo, os sintomas, em seu início, podem causar sofrimento psicológico, prejuízos sociais e ocupacionais, confusão quanto à realidade objetiva da experiência e falta de controle. Nesse sentido, segundo Moreira-Almeida e Cardeña (2011), há carência, nos grandes manuais internacionais — como a CID-11 —, de diretrizes de diagnóstico diferencial entre experiências R/E (EAs saudáveis) e transtorno mental baseadas em evidências. Os autores destacam a importância de clínicos e pesquisadores perceberem a relevância cultural nos relatos do paciente que apresenta EAs e que as ressignifica enquanto experiências espirituais. Assim, pode-se reduzir o risco de patologização de comportamentos saudáveis e expandir a relevância transcultural da CID-11. Portanto, faz-se necessário que haja mais pesquisas sobre o tema e mais ferramentas que possam auxiliar no diagnóstico e manejo clínico (Brett et al., 2014; Moreira-Almeida & Cardeña, 2011; Peters et al., 2017).

Para além de critérios categóricos e dicotômicos (SIM/NÃO; TEM/NÃO TEM), é importante que se encontrem elementos qualitativos e que se observe cada experiência em um contexto. Peters e colegas (2016) identificam alguns modelos cognitivos em que a

diferenciação entre EAs saudáveis e patológicas é feita por meio da avaliação e interpretação que a pessoa oferece para sua experiência. Os autores chegam a afirmar que, em se tratando da presença ou ausência de transtornos mentais, não importa “O QUÊ” a pessoa refere experienciar, mas “COMO” ela interpreta essa experiência (Smith, Riley, & Peters, 2009). Em outras palavras, diante da alta prevalência de EAs em populações sem diagnóstico, o critério mais importante para se diferenciar psicopatologia de saúde mental é a forma com que a pessoa interpreta e contextualiza a sua experiência.

EAs podem levar a quadros clinicamente relevantes, dependendo de como elas são autoavaliadas, do contexto em que ocorrem e da resposta emocional que o indivíduo oferece-lhes. A exemplo disso, algumas pessoas podem relatar sintomas positivos (como ouvir vozes, ter pseudoalucinações, ter crenças incomuns) e não referirem ansiedade ou não interpretarem essas experiências como ameaçadoras (Peters et al., 2016; Van Os et al., 2009). No entanto, é importante ressaltar que o nível em que uma experiência torna-se problemática ou patológica será diferente para cada pessoa. Nesse sentido, poucos estudos têm buscado identificar quais são os fatores protetores que auxiliam na preservação do desenvolvimento de sintomas relacionados com a psicose para algumas pessoas, sendo capazes de identificar padrões de respostas cognitivas nesse processo (Peters et al., 2016; Van Os et al., 2009).

Brett et al. (2014) buscaram descrever os preditores de estresse associados à presença de EAs em população clínica e não clínica. Os autores classificam EAs enquanto experiências de caráter psicótico em relação à sua natureza, mas afirmam que a pessoa poderia não apresentar angústia em relação aos sintomas, conseguindo manter-se funcional no seu dia a dia, com bem-estar e com capacidade de *insight*. Os autores também argumentam que é de suma importância avaliar fatores que possam indicar um pior prognóstico. Geralmente os sintomas estão associados à ansiedade, à falta de apoio da rede social, ao estigma em relação aos sintomas graves e a uma autoavaliação negativa em relação às experiências. De forma geral, os achados desse estudo demonstram que o conjunto dessas avaliações são determinantes para uma resposta emocional gerada pela experiência, e não pela experiência propriamente dita (Brett et al., 2014).

Autodirecionamento: a personalidade na diferenciação entre EAs patológicas e saudáveis

O Modelo Psicobiológico de Temperamento e Caráter tem sido apontado como uma das poucas teorias de personalidade a incorporarem questões relacionadas a experiências anômalas e/ou busca existencial/espiritual em seu corpo de traços e dimensões (McDonald & Holland, 2002; Cloninger, 2004). Segundo Cloninger (2012), a personalidade humana desenvolve-se em três níveis de memória e de aprendizagem, conforme abaixo elencados.

- **Temperamento:** respostas automáticas a estímulos básicos, como medo e raiva. Dimensões: Evitação de Danos, Busca por Novidade, Dependência de Recompensa e Persistência.
- **Caráter:** aprendizagem semântica e desenvolvimento de autoconceito relacionados à maturidade do indivíduo em sua autonomia, à capacidade de se responsabilizar por seus atos bem como à regulação emocional (Dimensão de Autodirecionamento) e maturidade do indivíduo em se ver como parte de uma sociedade, associada à capacidade de colaborar com os outros e de tolerar diferenças (Dimensão de Cooperatividade).
- **Autotranscendência** (em inglês, “*Self-aware consciousness*”): nível identificado como uma estrutura do caráter (pela capacidade de ser aprendido de forma consciente), embora configure um terceiro nível de desenvolvimento da personalidade humana

associado à intuição, à presença de EAs e à noção de interdependência, criatividade e espiritualidade ou busca existencial (Cloninger, 2013; Cloninger, 2004).

O Inventário de Temperamento e Caráter (ITC) é a ferramenta criada por Cloninger e colaboradores (1993) com o objetivo de mensurar essas dimensões de personalidade. Os autores chamam atenção para a visão de complexidade do Modelo Psicobiológico, ou seja, para o fato de que as dimensões não devem ser interpretadas separadamente, mas sempre em relação, em contexto, por meio da análise de perfis de personalidade (Alminhana & Cloninger, no prelo; Cloninger, 2004).

Recentemente foram realizados três grandes estudos independentes de associação genômica na Finlândia, Alemanha e Coreia, com um método de “*learning machine*” para descobrir redes fenotípicas de temperamento e caráter, bem como redes genéticas com as quais as redes estão associadas. O estudo encontrou três configurações diferentes associadas a agrupamentos genéticos, bem como a redes cerebrais específicas, quais sejam: Caráter Disfuncional, Caráter Organizado e Caráter Maduro. O Caráter disfuncional apresenta baixos escores em Autodirecionamento e Cooperatividade, mas altos escores em Autotranscendência. O Caráter Organizado apresenta o oposto, ou seja, altos escores em Autodirecionamento e Cooperatividade, mas baixos escores em Autotranscendência. Já o Caráter Criativo apresenta todas as dimensões altas (Zwir et al., no prelo).

Esse estudo, especificamente, mostra que essas três diferentes configurações de personalidade, associadas a agrupamentos de genes e a redes neurais, identificam o Caráter Disfuncional como aquele que possui mais risco para o desenvolvimento de transtornos mentais, o Caráter Organizado como o que apresenta menos risco e o Caráter Criativo apresentando risco mediano (Zwir et al., no prelo). Desse modo, a Autotranscendência acaba sendo uma medida para a presença de EAs e de busca espiritual que pode indicar risco para psicopatologia quando associada a menos Autodirecionamento e Cooperatividade. Quando vem acompanhada de um caráter maduro como um todo (Caráter Criativo), o risco é menor, e as pessoas referem maior bem-estar e felicidade do que o Caráter Organizado (sem Autotranscendência) (Cloninger & Zohar, 2011; Zwir et al., no prelo).

Vários estudos têm usado o ITC observando esta mesma associação: Autotranscendência sem Autodirecionamento e Cooperatividade pode indicar pensamento mágico, delírio e psicose; enquanto a Autotranscendência com Autodirecionamento e Cooperatividade mostra um perfil saudável de personalidade (Alminhana et al., 2016; 2017; Hori et al. 2014).

Uma pesquisa realizada no Brasil investigou 115 indivíduos que apresentavam EAs (alucinações visuais, auditivas, experiências de “saída do corpo”, experiências interpretadas como telepatia, entre outros) (Alminhana et al., 2016; 2017). Os dados transversais mostraram que a presença de EAs não esteve associada a nenhum diagnóstico do Espectro da Esquizofrenia (Alminhana et al., 2016). Longitudinalmente, o estudo mostrou que indivíduos com EAs que apresentavam alto Autodirecionamento tinham qualidade de vida psicológica e social mesmo após um ano de *follow up* (Alminhana et al., 2017). Assim sendo, o Autodirecionamento, ou a capacidade de regulação emocional, maturidade e autonomia, tem sido um dos mais importantes fatores de proteção contra o desenvolvimento de psicopatologia em indivíduos que apresentam EAs.

Habilidades do profissional para a avaliação de EAs

Um estudo aponta que 16% de uma amostra aleatória de 736 holandeses buscaram apoio após uma suposta experiência de contato com uma pessoa falecida. Porém, somente 47% das pessoas que procuraram apoio consideraram a ajuda que receberam como adequada. Esse mesmo estudo refere que 50% de uma amostra de 84 pessoas que relataram EQM estavam dispostas a buscar apoio psicológico, porém, quase metade

daquelas que o fizeram relataram um agravamento dos problemas. A satisfação com o atendimento estava relacionada com a “autenticidade de ser levado a sério”, “o sentimento de ser aceito”, “o tempo percebido e a oportunidade dedicada a discutir a EQM durante a consulta”. Percebe-se, assim, a dificuldade que os profissionais da saúde possuem em abordar esta temática de modo benéfico para os clientes (Eybrechts e Gerding 2012, p. 41). Esses dados evidenciam a necessidade de maior qualificação dos profissionais de saúde mental para o manejo clínico das EAs.

Roxburgh & Evenden (2016) realizaram um estudo qualitativo de dois grupos focais com seis terapeutas em cada, buscando discutir as necessidades destes ao trabalharem com clientes que relatam experiências anômalas. Desses encontros, surgiram quatro principais descrições sobre o tema:

1. os profissionais demonstraram surpresa ao falarem sobre o tema, pois consideram que esse é um assunto sobre o qual não se costuma falar;
2. os profissionais relataram ficar em dúvida se devem perguntar ou não sobre esse tipo de experiência aos clientes em geral;
3. os profissionais acabaram abordando, no grupo, suas próprias EAs — assunto do qual não costumam falar, mas que existe; do mesmo modo, não sabem o que fazer com o relato das EAs de seus clientes;
4. os profissionais constataram a importância de se desmistificar o tema das EAs, sendo imprescindível valorizar a qualidade da experiência ao invés de prejudicá-la como uma patologia.

Uma questão importante a ser mencionada é que alguns contextos parecem preparar melhor os profissionais para a escuta e o gerenciamento de determinadas EAs do que outros. Um exemplo disso seriam os profissionais que trabalham em locais onde se referem comumente experiências sobre o luto, sendo mais frequente o relato da experiência de percepção da presença de alguém falecido, o que pode gerar uma espécie de normalização desse tipo de experiência neste caso. Contudo, de modo geral, os terapeutas referem sentir necessidade de maior treinamento em contextos genéricos. Para tais treinamentos, sugerem-se atividades como: discussões em grupo, estudos de caso, ter uma lista detalhada de EAs, assim como realizar tarefas de grupos de aprendizagem independentes (Roxburgh & Evenden, 2016).

Por último, as autoras identificaram, também, que alguns profissionais tinham medo de tratar de tal assunto, fato que pode, inclusive, desorientar o terapeuta e gerar prejuízos ao processo psicoterapêutico (Roxburgh & Evenden, 2016). Nesses casos, sugere-se que os terapeutas possam tratar sobre essas questões com profissionais capacitados em seu próprio processo psicoterapêutico, para que possam auxiliar aos demais sem maiores dificuldades.

Após relatarmos todas essas dificuldades, quais seriam, então, as habilidades dos profissionais para lidarem com essas experiências? Algumas diretrizes, conforme proposto por Vietten et al. (2016), seriam:

- lidar com esses relatos com empatia, respeito e acolhimento, tendo em vista a compreensão do valor e da importância de cada um na sua diversidade;
- apreciar a diversidade das EAs;
- ter consciência sobre as próprias crenças e preconceitos;
- apresentar atitude exploratória sobre incômodos e atitudes que surgem quando do manejo clínico dessas experiências;
- aprofundar — e não evitar — as questões sobre EAs trazidas pelo cliente, buscando, juntamente com ele, um sentido para elas;

- questionar como as próprias crenças e tradições religiosas e espirituais do psicoterapeuta podem influenciar no manejo clínico das EAs, nas atitudes, nas percepções e na condução do processo psicoterapêutico;
- buscar constante autoquestionamento.

Entrevista de avaliação de experiências anômalas (AANEX)

Como temos visto no decorrer deste capítulo, é fundamental que profissionais da saúde possam acessar critérios para diferenciar EAs saudáveis de patológicas. Poucos instrumentos conseguem fornecer um bom aporte para realizar esse diagnóstico diferencial. O Departamento de Psicologia Social da USP desenvolveu uma ampla escala sobre EAs, chamada de “Questionário de Prevalência e Relevância de Experiências Anômalas” (Q-PREA). Embora seja um instrumento de grande relevância, o Q-PREA é uma escala de autorrelato e ainda não possui dados psicométricos, tais como validade e confiabilidade.

Em uma *survey* com 306 participantes, Machado (2015) teve como objetivo entrelaçar a prevalência e a relevância psicossocial das experiências anômalas extra-sensório- motoras (ou psi) em pessoas que experienciam e não experienciam algum tipo de experiência psi. Nesse estudo, o instrumento Q-PREA foi utilizado juntamente com a Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES) para avaliar o bem-estar, entre outras variáveis. A autora descreve o quanto os resultados da aplicação do Q-PREA podem auxiliar a justificar o interesse que a psicologia poderia despender em relação ao estudo das experiências psi, pois estas aparecem em número expressivo, provocando, muitas vezes, mudanças nas crenças e atitudes de quem as vivencia, com consequências sociais inclusive na vida cotidiana.

Em outro estudo com 126 pessoas, Torres (2016) usou a escala Q-PREA para avaliar as experiências anômalas em evangélicos neopentecostais para compreender como e se essas pessoas vivenciam experiências extra-sensório-motoras. Dessas, 84,9% vivenciaram algum tipo de experiência relatada no questionário. Respondentes que foram classificados como tradicionais apresentaram menos experiências anômalas do que os respondentes neopentecostais. No entanto, a escala diferenciou o sentido que cada um dos dois tipos de respondentes atribuiu à sua experiência: coincidência, poder da mente ou resposta de Deus.

Outro instrumento de que temos conhecimento é a Entrevista de Avaliação de Experiências Anômalas (AANEX). A AANEX foi idealizada por Caroline Brett e colaboradores, entre eles Emmanuelle Petters, uma das maiores pesquisadoras sobre esquizotipia benigna, delírios e alucinações do mundo. A entrevista foi desenvolvida para medir as experiências anômalas do tipo psicóticas e as variáveis psicológicas e contextuais relevantes para as interpretações e respostas dos indivíduos a essas experiências (Brett et al., 2007).

A entrevista faz parte do Projeto UNIQUE (Unusual Experiences Enquiry), desenvolvido pelo Instituto de Psiquiatria, Psicologia e Neurociência (IOPPN) do King’s College London — Inglaterra. A AANEX possui cinquenta questões a serem preenchidas pelo psicólogo ou psiquiatra, divididas em duas partes: Inventário e AANEX-CAR. O Inventário investiga a presença de diferentes tipos de EAs — como desrealização, perturbações de linguagem, bloqueios de pensamento, anomalias somáticas, experiências de missão, precognição, entre outras — , gerando dois conjuntos de pontuações: de 1 a 5, com base na frequência ou abrangência ao longo da vida; e de 0 a 2, para a avaliação do estado.

Na segunda parte, identificada como AANEX-CAR, a entrevista se propõe a investigar as avaliações, o contexto e a resposta das experiências atuais: contexto, interpretação, flexibilidade de crença, controle, caráter pré-mórbido, ruminação, entre outros. Com isso, o principal objetivo da AANEX-CAR é investigar as diferentes interpretações que podem ser

atribuídas às EAs, bem como os fatores emocionais e contextuais associados às mesmas, tanto em populações clínicas quanto não clínicas. As respostas são avaliadas em escala Likert de 0 a 2, de 1 a 5 ou de 0 a 5, podendo, ainda, ser registradas para análise qualitativa (Brett et al., 2007). Além disso, a AANEX também propõe uma perspectiva positiva das EAs, buscando observar aspectos saudáveis na interpretação e no encaminhamento que algumas pessoas dão às suas experiências. A entrevista auxilia também o profissional nas estratégias de intervenção precoce, identificando os sujeitos em risco de desenvolver necessidades clínicas e podendo evitar danos.

Os principais eixos da AANEX são:

- avaliar quais variáveis predizem sofrimento relacionado a EAs e sintomas psicóticos;
- identificar o tipo de experiência, a frequência, os fatores emocionais e contextuais em indivíduos com e sem diagnóstico de psicose;
- investigar a experiência nos indivíduos e suas diferentes interpretações.

Trata-se de uma entrevista a ser realizada por um profissional de saúde mental e que apresenta boa consistência interna. Outra qualidade importante é o fato de apresentar questões quantitativas e qualitativas, preenchendo também uma lacuna importante em relação à contextualização das experiências, de acordo com particularidades que as abordagens exclusivamente quantitativas não conseguem apreender. Em uma visão mais ampla, a entrevista apresenta o que os autores chamam de um “prognóstico positivo” sobre as EAs. De acordo com a criadora da escala, o apoio social pode diminuir a gravidade das experiências, e a atribuição de significado pode reduzir a angústia relacionada às EAs, apontando para um prognóstico benigno.

A AANEX já foi traduzida para o português brasileiro e está passando pelo processo de adaptação. Ao que tudo indica, em pouco tempo os profissionais poderão utilizá-la para auxílio no contexto clínico. Tanto a pesquisa quanto a prática clínica serão beneficiadas quando houver a diminuição do estigma em relação às experiências anômalas e às psicopatologias. Esse caminho precisa ser trilhado por meio de uma abordagem rigorosa e por discussões sérias em relação ao assunto, pois, apesar de serem relatadas em larga escala dentro da história da humanidade, ainda há pouco rigor e conhecimento para diferenciá-las.

Por último, sugere-se que sejam realizadas mais pesquisas sobre o manejo clínico das EAs, podendo este assunto ser abordado no contexto acadêmico de modo a treinar os estudantes de psicologia a reconhecerem tais experiências e a estarem preparados para acolher e conduzir, de maneira adequada, tanto o diagnóstico quanto o tratamento.

Sugestões para ampliação do tema:

1. Site do Projeto UNIQUE: <https://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/psychology/research/researchgroupings/the-unique-research-group.aspx>
2. Site do grupoInter Psi – Laboratório de Psicologia Anomalística e Processos Psicossociais/USP: <https://www.usp.br/interpsi/>

Referências

- Alminhana, L.O., & Cloninger, C.R. (no prelo). *Fostering well-being: spirituality and creativity in clinical practice*.
- Alminhana, L.O., Farias, M., Claridge, G., Cloninger, C.R., & Moreira-Almeida, A. (2016). How to tell a happy from an unhappy schizotypic: personality factors and mental health outcomes in individuals with psychotic experiences. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 39(2), 126-132. doi:10.1590/1516-4446-2016-1944
- Alminhana, L.O., Farias, M., Claridge, G., Cloninger, C.R., Moreira-Almeida, A. (2017). Self-Directedness Predicts Quality of Life in Individuals with Psychotic Experiences: A 1-Year Follow-Up Study. *Psychopathology*, 50(4), 239-245. doi:10.1159/000474951

- Bingemer, M.C. (2015). Experiência Mística: Identidade em Debate. *Interações*, 10(17), 25-47.
- Brett, C., Heriot-Maitland, C., McGuire, P., & Peters, E. (2014). Predictors of distress associated with psychotic-like anomalous experiences in clinical and non-clinical populations. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(2), 213-227. doi: 10.1111/bjc.12036
- Brett, C.M.C., Peters, E. P., Johns, L.C., Tabraham, P., Valmaggia, L.R., & McGuire, P.K. (2007). Appraisals of Anomalous Experiences Interview (AANEX): a multidimensional measure of psychological responses to anomalies associated with psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 191(51), 23-30. <https://doi.org/10.1192/bjp.191.51.s23>
- Cardeña, E. (2018). The experimental evidence for parapsychological phenomena: A review. *American Psychologist*, 73(5), 663-677. doi:10.1037/amp0000236
- Cardeña, E., Lynn, S.J. & Krippner, S. (2013). *As Variedades da Experiência Anômala. Análise de Evidências Científicas*. Atheneu.
- Claridge, G. (2010). Spiritual Experience: Healthy Psychoticism? In *Psychosis and Spirituality — consolidating a new paradigm*, Isabel Clarke (ed.), 75-87. John Wiley & Sons, Ltd.
- Cloninger, C.R. (2004). *Feeling Good: The Science of Well-Being*. New York: Oxford University Press.
- Cloninger, C.R. (2013). What makes people healthy, happy, and fulfilled in the face of current world challenges? *Mens sana monographs*, 11(1), 16-24.
- Cloninger, C.R., Svrakic, D.M., & Przybeck, T.R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Arch. Gen. Psychiatry*, 50(12), 975-990.
- Cloninger, C.R., & Zohar, A.H. (2011). Personality and the perception of health and happiness. *Journal of affective disorders*, 128(1-2), 24-32.
- Da Silva, F.E., & Reichow, J.R.C. (2016). Psicologia Anomalística: na fronteira da Psicologia com os Saberes Tradicionais. In *Psicologia, Laicidade e as Relações com a Religião e a Espiritualidade: Vol 2: Na Fronteira da Psicologia com os Saberes Tradicionais: Práticas e Técnicas*. 61-67. Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, CRPSP.
- De Sá, J.F.R., & Mota-Rolim, S.A. (2015). Experiências fora do corpo: aspectos históricos e neurocientíficos. *Ciências & Cognição*, 20(1).
- Eybrechts, M.V., & Gerding, J.L.F. (2012). Explorations in clinical parapsychology. In W.H. Kramer, E. Bauer, & G.H. Hovelmann (Eds), *Perspectives of clinical parapsychology: an introductory reader* (pp. 35-48). Bunnik: Stichting Het Johan Borgman Fonds.
- Guandolini, R.H. (2017). Significado de alucinação e mediunidade para profissionais da saúde mental de um hospital psiquiátrico e médiuns de um centro espírita de um município paulista. *Tese de Doutorado*. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Hori, H., Teraishi, T., Sasayama, D., Matsuo, J., Kinoshita, Y., Ota, M., Hattori, K., & Kunugi, H. (2014). A latent profile analysis of schizotypy, temperament and character in a nonclinical population: association with neurocognition. *Journal of Psychiatric Research*, 48(1). 56-64. doi:10.1016/j.jpsychires.2013.10.006
- Koenig, H.G. (2007). Religion, spirituality and psychotic disorders. *Archives of Clinical Psychiatry*, 34(1), 95-104. doi:10.1590/S0101-60832007000700013
- Machado, F.R. (2009). Experiências anômalas na vida cotidiana: Experiências extra-sensório-motoras e sua associação com crenças, atitudes e bem-estar subjetivo. *Tese de Doutorado*. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Machado, F.R. (2015). Experiências anômalas (extra-sensório-motoras) na vida cotidiana e sua associação com crenças, atitudes e bem-estar subjetivo. *Boletim da Academia Paulista de Psicologia*, 30(79), 462-483.
- Martins, L.B., & Zangari, W. (2012). Relações entre experiências anômalas tipicamente contemporâneas, transtornos mentais e experiências espirituais. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 39(6), 198-202.
- Menezes Jr., A., & Moreira-Almeida, A. (2009). O diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e transtornos mentais de conteúdo religioso. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(2), 75-83.
- McDonald, D.A., Holland, D. (2002). Examination of the psychometric properties of the temperament and character inventory self-transcendence dimension. *Personality and Individual Differences*, 32(6), 1013-1027.
- Moody, R.A. (1997). *Reflections on life after life*. St. Simon's Island, GA: Mockingbird Books.
- Moreira-Almeida, A., & Cardeña, E. (2011). Diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e psicóticas não patológicas e transtornos mentais: uma contribuição de estudos latino-americanos para o CID-11. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(1), 21-28. doi: 10.1590/S1516-44462011000500004
- Mohr, S., Perroud, N., Gillieron, C., Brandt, P.-Y., Rieben, I., Borrás, L., & Huguelet, P. (2011). Spirituality and religiousness as predictive factors of outcome in schizophrenia and schizo-affective disorders. *Psychiatry Research*, 186(2-3), 177-182. doi: 10.1016/j.psychres.2010.08.012
- Nettle D., & Clegg H. (2006). Schizotypy, creativity and mating success in humans. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*, 273(1586), 611-615. doi:10.1098/rspb.2005.3349

- Nuevo, R., Chatterji, S., Verdes, E., Naidoo, N., Arango, C., & Ayuso-Mateos, J.L. (2012). The continuum of psychotic symptoms in the general population: a cross-national study. *Schizophr Bull*, 38(3), 475-85.
- Peters, E., Ward, T., Jackson, M., Morgan, C., Charalambides, M., McGuire, P., Woodruff, P., Jacobsen, P., Chadwick, P. & Garety, P.A. (2016). Clinical, socio-demographic and psychological characteristics in individuals with persistent psychotic experiences with and without a "need for care". *World Psychiatry*, 15(1), 41-52. doi: 10.1002/wps.20301
- Peters, E., Ward, T., Jackson, M., Woodruff, P., Morgan, C., McGuire, P., & Garety, P.A. (2017). Clinical relevance of appraisals of persistent psychotic experiences in people with and without a need for care: an experimental study. *The Lancet Psychiatry*, 4(12), 927-936. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30409-1
- Rodrigues, M.A.D.E. (2016). A dissociação e integração nos sonhos: um estudo de caso com perturbação de identidade dissociativa. *Tese de Doutorado*. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Roxburgh, E.C. & Evenden, R.E. (2016): 'It's about having exposure to this': investigating the training needs of therapists in relation to the issue of anomalous experiences, *British Journal of Guidance & Counselling*, doi: 10.1080/03069885.2016.1213375
- Shevlin, M., McElroy, E., Bentall, R.P., Reininghaus, U., & Murphy, J. (2017). The Psychosis Continuum: Testing a Bifactor Model of Psychosis in a General Population Sample. *Schizophrenia Bulletin*, 43(1), 133-141. doi: 10.1093/schbul/sbw067
- Smith, L., Riley, S., & Peters, E.R. (2009). Schizotypy, Delusional Ideation and Well-Being in an American New Religious Movement Population. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(6), p. 479-484. doi: 10.1002/cpp.645
- Stace W. T. (1960). *Mysticism and Philosophy*. Philadelphia: Lippincott.
- Stevenson, I. (2010). *Reencarnação — Vinte Casos*. São Paulo: Vida e Consciência. 520p.
- Tomasi, M.C., Brandes, J.M., Lopes, J., Klostermann, H.S., & Cyrino, L.A.R. (2018). Sinestesia e o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). *Revista de Atenção à Saúde*, (55), 81-88.
- Torres, C.M. (2016). *Religiosidade e experiências anômalas no protestantismo brasileiro*. (Tese de Doutorado), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. doi:10.11606/T.47.2016.tde-17082016-160937
- Tucker, J.B. (2007). *Vida antes da vida: uma pesquisa científica das lembranças que as crianças têm de vidas passadas*. Souza, G.C.C. (trad.) São Paulo: Pensamento.
- Van Os, J., Linscott, R.J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39(02), 179-195. doi: 10.1017/S0033291708003814
- Vieten, C., Scammell, S., Pierce, A., Pilato, R., Ammondson, I., Pargament, K.I., & Lukoff, D. (2016). Competencies for psychologists in the domains of religion and spirituality. *Spirituality in Clinical Practice*, 3(2), 92.
- Zangari, W. (2007). Experiências anômalas em médiuns de Umbanda: uma avaliação fenomenológica e ontológica. *Boletim — Academia Paulista de Psicologia*, 27(2), 67-86.
- Zwir, eu., Del-Val C, Arnedo, J , Pulkki-Råback, G , Konte, B , Yang, SS , ... Cloninger C. (2019). Three Gene-Environment Networks for Human Personality. *Mol Psychiatry*. doi: 10.1038 / s41380-019-0579-x.

SOBRE OS AUTORES

Adriana Jung Serafini – Psicóloga (PUCRS), Mestre e Doutora em Psicologia (UFRGS). Docente da graduação e pós-graduação da Psicologia (UFCSPA).

Andressa Celente de Ávila – Psicóloga, Mestre e doutoranda em Psicologia (PUCRS).

Beatriz Cancela Cattani – Psicóloga, Mestre e doutoranda em Psicologia (UFRGS). Docente da graduação da Psicologia (FACCAT).

Bruna Fernandes da Rocha – Psicóloga, Mestre em Gerontologia Biomédica (PUCRS). Especialista em Terapias Contextuais da Terceira Geração (CEFI).

Camilla Monti Oliveira – Psicóloga, mestranda em Psicobiologia (USP). Especialista em Neuropsicologia (IPq – HCMUSP).

Camila Rosa de Oliveira — Psicóloga (UFRGS), Mestre em Psicologia (ênfase em cognição humana), Doutora em Gerontologia Biomédica e Pós-doutora em Psicologia (PUCRS). Docente do curso de Psicologia e coordenadora do PPGP (IMED). Coordenadora do grupo de pesquisa Núcleo de Investigação em Cognição, Emoção e Tecnologias em Neuropsicologia e Saúde (NICOGTEC).

Caroline Tozzi Reppold – Psicóloga, Mestre, Doutora e Pós-doutora em Psicologia (UFRGS). Pós-doutora em Avaliação Psicológica (USF) e Pós-doutora em Ciências da Educação (UMinho/Portugal). Docente da graduação e pós-graduação em Psicologia e pós-graduação em Ciências da Saúde, Ciências de Reabilitação e Psicologia e Saúde (UFCSPA). Coordenadora do Laboratório de Pesquisa em Avaliação Psicológica (UFCSPA).

Clarissa Marcell Trentini – Psicóloga e Mestre em Psicologia Clínica (PUCRS), Doutora em Ciências Médicas — Psiquiatria — e Especialista em Avaliação Psicológica (UFRGS). Docente do Instituto de Psicologia e do Programa de Pós-graduação em Psicologia (UFRGS). Coordenadora do Núcleo de Estudos em Avaliação Psicológica e Psicopatologia (NEAPP).

Cristiane Boff – Psicóloga (Ulbra) e Mestre em Psicologia (PUCRS). Pós-graduada em Psicodiagnóstico e Avaliação Psicológica e em Teoria Psicanalítica e as Psicoterapias da Infância, Adolescência e Idade Adulta (Contemporâneo), Neuropsicologia (UFRGS). Docente de Pós-graduação de Psicodiagnóstico e Avaliação Psicológica, de Teoria Psicanalítica e a Clínica Psicoterápica e de Teoria Psicanalítica e as Psicoterapias na Infância, Adolescência e Idade Adulta (Contemporâneo).

Daiana Meregalli Schütz – Psicóloga e Mestre em Psicologia (PUCRS), Especialista em Psicologia Clínica de Técnicas Integradas (IFP) e Psicologia Jurídica (CFP). Docente de graduação no curso de Psicologia (Anhanguera).

Daiane Santos de Oliveira - Psicóloga (IPA), Colaboradora do grupo de pesquisa Avaliação, Reabilitação e Interação Humano-Animal (ARIHA/PUCRS).

Dalton Breno Costa - Estudante de Psicologia (UFCSPA) e bolsista de iniciação científica do grupo de pesquisa Avaliação, Reabilitação e Interação Humano-Animal (ARIHA/PUCRS).

Daniel Fuentes - Psicólogo (PUC/SP), Doutor pela Faculdade de Medicina (USP) e Especialista em Neuropsicologia (CFP). Coordenador de Ensino e Pesquisa do Instituto Neurológico do Hospital da Beneficência Portuguesa de São Paulo, Coordenador dos Laboratórios Integrados de Neuropsicologia da USP.

Daniela Perini Rigotti - Psicóloga, Neuropsicóloga e Especialista em Reabilitação Neuropsicológica (FMUSP). Fundadora e responsável técnica do Instituto de Neuropsicologia e Análise do Comportamento de Londrina (INNEAC). Pesquisadora do LINEU - USP.

Denise Balem Yates - Psicóloga, Mestre, Doutora em Psicologia e Especialista em Neuropsicologia (UFRGS). Coordenadora executiva do Centro de Avaliação Psicológica (UFRGS). Colaboradora do Grupo de Estudo, Aplicação e Pesquisa em Avaliação Psicológica (GEAPAP/UFRGS).

Djúlia Cristine Pierozan - Psicóloga e Especialista em Avaliação Psicológica (PUCRS), Formação em Terapia do Esquema (Wainer) e Formação em Terapia Cognitivo-Comportamental da Infância e Adolescência (Elo).

Elisangela Muria - Psicóloga e Especialista em Avaliação Psicológica (PUCRS).

Erika Moriguchi Jeckel-Rolim - Psicóloga e Especialista em Avaliação Psicológica (PUCRS).

Fernanda Cerutti - Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia (PUCRS). Especialista em Psicologia Clínica de Técnicas Integradas (IFP). Docente de graduação no curso de Psicologia (IMED).

Fernanda Mary Rodrigues Gomes da Silva - Psicóloga e mestranda em Psiquiatria e Psicologia Médica (UNIFESP), Especialista em Neuropsicologia pelo Centro de Diagnóstico Neuropsicológico (CDN/UNIFESP). Pós-graduada em Terapia Cognitiva Comportamental (CETCC/CBI/Miami/EUA).

Gabriela Peretti Wagner - Psicóloga (PUCRS), Mestre e Doutora em Psicologia (UFRGS). Docente de graduação no curso de Psicologia (UFCSPA).

Irani Iracema de Lima Argimon - Psicóloga, Mestre em Educação, Doutora em Psicologia e Especialista em Toxicologia Aplicada (PUCRS). Coordenadora do Grupo de Pesquisa Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital (PUCRS). Docente de graduação e de Pós-Graduação no curso de Psicologia e de Pós-graduação do Instituto de Geriatria e Gerontologia (PUCRS).

Janaína Thaís Barbosa Pacheco - Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia (UFRGS). Docente de graduação no curso de Psicologia (UFCSPA).

Jaqueline Portella Giordani - Psicóloga, Mestre e doutoranda em Psicologia (UFRGS). Psicóloga no Colégio de Aplicação (UFRGS). Colaboradora do Núcleo de Estudos em Avaliação Psicológica e Psicopatologia (NEAPP/UFRGS).

Jéssica Quirino Dias - Psicóloga, Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental e Avaliação Psicológica (PUCRS) e em Terapias Comportamentais Contextuais (CEFI/CIPC). Formação em Terapia do Esquema (Wainer).

Jéssica Santos Machado - Estudante de Psicologia (PUCRS) e bolsista de Iniciação Científica do grupo de pesquisa Avaliação, Reabilitação e Interação Humano-Animal (ARIHA/PUCRS).

Joana Correa de Magalhães Narvaez - Psicóloga (PUCRS), Mestre em Ciências Médicas e Doutora em Psiquiatria (UFRGS). Docente de graduação no curso de Psicologia (UFCSPA) e de Mestrado Profissional em Prevenção e Assistência a Usuários de Álcool e outras Drogas (HCPA).

Juliana Schmidt Raddatz - Psicóloga (UFN) e mestranda em Psicologia Clínica (PUCRS).

Jussara Inez Juhem de Castilhos - Psicóloga (UCS), Especialista em Avaliação Psicológica (FSG).

Letícia Oliveira Alminhana - Psicóloga (PUCRS), Mestre (EST), Doutora em Saúde (UFJF/MG) e Pós-doutora (University of Oxford/UK). Bolsista de Pós-doutorado (PNPD/CAPES/PUCRS). Coordenadora do Grupo de Pesquisa em Personalidade e Saúde Mental (PUCRS).

Manuela Polidoro Lima - Psicóloga, Mestre em Ciências da Saúde com ênfase em Oncologia (UFSCar), Doutora em Psicologia Clínica (PUCRS). Especialista em Psicologia Hospitalar (CFP) e em Neuropsicologia (CEPSIC/SP).

Marcos Liboni - Médico, Especialista em Bioética (UEL) e Psiquiatra (USP).

Margareth da Silva Oliveira - Psicóloga, Mestre em Psicologia (PUCRS) e Doutora em Psiquiatria e Psicologia Médica (UNIFESP). Docente no PPG em Psicologia (PUCRS). Coordenadora do grupo de pesquisa Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva e Comportamental (PUCRS).

Marianne Farina - Psicóloga, Mestre, Doutora e Pós-Doutora em Psicologia (PUCRS). Especialista em Terapia de Família, de Casal e Indivíduo (INFAPA).

Marilene Pereira - Graduada em Filosofia (UNILASALLE), Psicóloga (IPA/RS), Pós-graduada em Psicopedagogia Clínica e Institucional (UNILASALLE) e Especialista em

Avaliação Psicológica (PUCRS).

Mark Drew Crosland Guimarães - Médico (UFMG), Mestre em Saúde Pública (*Hebrew University of Jerusalem*) e Doutor em Epidemiologia (*Johns Hopkins University*). Líder do Grupo de Pesquisas em Epidemiologia e Avaliação em Saúde (GPEAS/UFMG).

Marina Balem Yates - Psicóloga, Mestre em Psicologia (PUCRS) e Especialista em Terapias Cognitivo-Comportamentais (INTCC).

Milena Nardini Bubols - Psicóloga, Mestre em Psicologia Social e da Personalidade, Doutoranda em Psicologia Clínica (PUCRS) e Especialista em Psicologia Transpessoal (UNIPAZ-SUL). Coordenadora do Comitê de Psicologia Transpessoal (SPRGS).

Patrícia Paiva Carvalho - Psicóloga (UNIUBE), Mestre em Psicologia (UFTM) e doutoranda em Enfermagem Psiquiátrica (USP). Especialista em Psicologia Clínica na Abordagem Comportamental e Cognitiva (UFU) e em Pedagogia: expressão ludocriativa (UNIUBE).

Priscylla Danielle de Oliveira Ferreira - Estudante de Psicologia (UniRitter) e colaboradora do Grupo de Pesquisa Avaliação, Reabilitação e Interação Humano-Animal (ARIHA/PUCRS).

Raquel Alifredi Paulachi - Psicóloga (UNISINOS) e Especialista em Psicologia Clínica (IFP).

Renata Nunes Tavares - Psicóloga (ULBRA) e Especialista em Avaliação Psicológica (PUCRS).

Sabrina Martins Barroso - Psicóloga (UFSJ), Mestre em Psicologia, Doutora em Saúde Pública (UFMG) e Especialista em Desenvolvimento Humano. Docente de graduação e pós-graduação da Psicologia (UFTM). Coordenadora do PPG em Psicologia (UFTM). Líder do Grupo de Pesquisa/Laboratório de Pesquisa Núcleo de Avaliação Psicológica e Investigações em Saúde (NAPIS) e pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Epidemiologia e Avaliação em Saúde (GPEAS/UFMG).

Simone Fragoso Courel - Psicóloga (UERJ), psicopedagoga (UCB), neuropsicóloga (UFRGS), mestranda em Psicologia Clínica e da Saúde (UNEATLANTICO) e Especialista em Avaliação Psicológica (IPOG).

Suellen Morceli Ribeiro Camargo - Psicóloga (UCDB), Especialista em Avaliação Psicológica (PUCRS) e em Intervenção ABA para Autismo e Deficiência Intelectual (CBI/MIAMI).

Tainá Rossi - Psicóloga (IMED), colaboradora do Grupo de Pesquisa Avaliação, Reabilitação e Interação Humano-Animal (ARIHA/PUCRS).

Tatiana Quarti Irigaray - Psicóloga (UFRGS), Mestre, Doutora em Gerontologia Biomédica e Pós-doutora em Psicologia (PUCRS). Coordenadora do grupo de pesquisa Avaliação, Reabilitação e Interação Homem-Animal (ARIHA/PUCRS). Professora dos cursos de graduação e pós-graduação em Psicologia e Decana associada da Escola de Ciências da Saúde e da Vida (PUCRS).

Valéria Gonzatti - Psicóloga (Ulbra), Mestre e doutoranda em Psicologia (PUCRS).

Vera Alice Pereira da Silva - Psicóloga (UNIMEP), Mestre em Ciência Política (IUPERJ) e Doutora em Psicologia Clínica (PUCRS).

Wagner de Lara Machado - Psicólogo (ULBRA), Mestre e Doutor (UFRGS). Pós-doutorado como consultor de análise quantitativa de dados e psicometria (UFRGS). Docente nos cursos de Graduação e Pós-graduação da Psicologia (PUCRS). Coordenador do Grupo de Pesquisa Avaliação em Bem-estar e Saúde Mental (ABES/PUCRS).

EDITORA UNIVERSITÁRIA DA PUCRS - EDIPUCRS

A Editora Universitária da PUCRS já publicou mais de 1.500 obras impressas e mais de 250 livros digitais.

Siga a EDIPUCRS nas redes sociais, fique por dentro das novidades e participe de promoções e sorteios.



www.pucrs.br/edipucrs



www.facebook.com/edipucrs



www.twitter.com/edipucrs



www.instagram.com/edipucrs

Para receber as novidades no seu *e-mail*, cadastre-se pelo nosso *site* ou envie um *e-mail* diretamente para comunica.edipucrs@pucrs.br.

Acesse www.pucrs.br/edipucrs e conheça os livros impressos, os *e-books* pagos/gratuitos, os periódicos científicos, os próximos lançamentos e os conteúdos exclusivos da EDIPUCRS.



Av. Ipiranga, 6.681 - Prédio 33
Caixa Postal 1429 - CEP 90619-900
Porto Alegre - RS - Brasil
Telefone: (51) 3320-3523
E-mail: edipucrs@pucrs.br