

ANA CRISTINA ARAÚJO DO NASCIMENTO

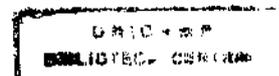
***PSICODIAGNÓSTICO: A BUSCA DE NOVAS
ABORDAGENS E A MANEIRA COMO VEM SENDO
DESENVOLVIDO PELOS PSICOLÓGOS DA REGIÃO
DO VALE DO PARAÍBA - SP***

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre em Saúde Mental.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Lídia Straus

Campinas

1998



UNIDADE	BC
N.º CHAMADA:	
V.	Ex.
TOMBO BC/	36.366
PROC.	229/99
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	29/04/99
N.º CPD	

CM-00120441-4

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

N17p

Nascimento, Ana Cristina Araújo do

Psicodiagnóstico: a busca de novas abordagens e a maneira como vem sendo desenvolvido pelos psicólogos da região do Vale do Paraíba / Ana Cristina Araújo do Nascimento. Campinas, SP : [s.n.], 1998.

Orientador : Lídia Straus

Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

I. Psicodiagnóstico. 2. Psicologia Clínica. 3. Comportamento - avaliação. I. Lídia Straus. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Profa. Dra. Lídia Straus

Membros:

1.

Lídia Strauss-Lepf

2.

3.

Li - JS

Curso de pós-graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data:

Dedicatória

*A Victor, meu pequeno grande bem,
por ter feito minha vida amanhecer.*

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Prof^ª Dr^ª Lídia Straus, por sua competência e profissionalismo. Minha admiração, pelo respeito a mim direcionado e, principalmente, por permitir que sua intuição nos aproximasse, confiando-lhe, assim, a primeira avaliação a meu respeito;

À Eliani e Hélio, estatísticos da Comissão de Estatística da Faculdade de Ciências Médicas, por terem me introduzido na intrincada linguagem dos números;

À Comissão de Aperfeiçoamento de Professores do Ensino Superior (CAPES), pelo amparo financeiro dado à realização deste trabalho;

A Victor por ter sido privado, muitas vezes, de minha paciência e pelas vezes em que o beijo de boa noite chegou, quando ele já passeava pelo reino dos sonhos. Por seu amor. Por sua sabedoria de criança.

A Maurício, pelas noites em claro junto ao computador, decifrando textos, gráficos e tabelas. Por nos mostrar que ainda é possível...

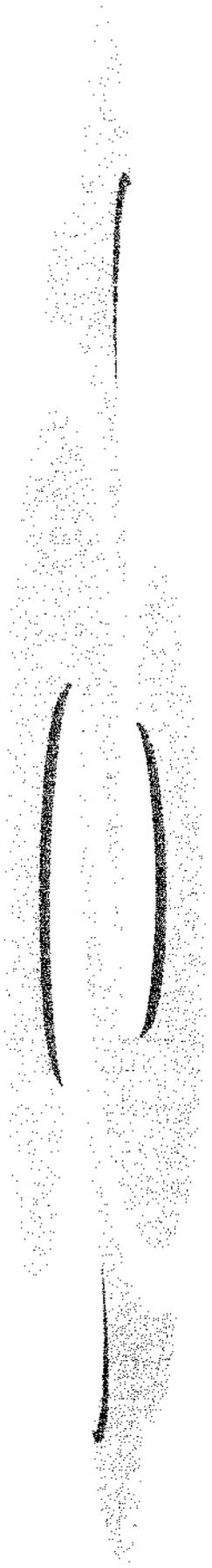
A meus pais, por sua história. Por me ensinarem como criar filhos sadios.

*“Mas agora que tanta coisa está mudando,
não será nossa vez de nos transformarmos
também?”*

(RAINER MARIA RILKE)

	PÁG.
RESUMO	<i>i</i>
1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Psicodiagnóstico: Determinantes históricos.....	4
1.1.1. Psicodiagnósticos: prática que colabora para a construção da identidade profissional do psicólogo brasileiro.....	7
1.1.2. O papel dos testes para a origem e evolução da prática psicodiagnóstica.....	11
1.2. Aspectos conceituais.....	20
1.3. Estruturação do processo psicodiagnóstico.....	24
1.3.1. Sobre as orientações teóricas que fundamentam a atuação do psicólogo.....	25
1.3.2. Sobre os objetivos do trabalho a ser desenvolvido.....	30
1.3.3. Sobre as etapas que compõem o processo.....	33
1.4. Psicodiagnóstico desenvolvido em instituições: Estímulo à reflexão e à busca de novas modalidades.....	37
1.5. Modelos de atendimento que contribuem para novos posicionamentos frente ao psicodiagnóstico.....	41
1.5.1. Grupos de espera (GE).....	41
1.5.2. Psicodiagnóstico de crianças em grupo.....	44
1.5.3. Grupo estruturado de vivência para pais.....	46
1.5.4. Modelos de avaliação psicológica voltados para aspectos cognitivos..	47
1.5.5. O psicodiagnóstico interventivo.....	52

1.6. A formação dos profissionais e as conseqüências sobre a prática psicodiagnóstica.....	56
2. OBJETIVOS.....	62
2.1. Objetivos gerais.....	63
2.2. Objetivos específicos.....	63
3. METODOLOGIA.....	64
3.1. Delineamento da pesquisa.....	65
3.2. Sujeitos.....	65
3.3. Amostra.....	67
3.4. Instrumento.....	68
3.5. Definição de variáveis estudadas.....	70
3.6. Coleta de dados.....	73
3.7. Análise dos dados.....	73
3.8. Aspectos éticos.....	74
4. RESULTADOS.....	76
4.1. Análise da amostra de psicólogos ativos da região do Vale do Paraíba.....	77
4.2. Análise dos resultados da amostra de professores que lecionam em Universidades que formam psicólogos, no Vale do Paraíba.....	136
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	160
6. CONCLUSÃO.....	171
7. SUMMARY.....	179
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	182
9. ANEXOS.....	187



RESUMO

O trabalho investiga a prática psicodiagnóstica realizada pelos psicólogos do Vale do Paraíba, no Estado de São Paulo. Objetivamos caracterizar a forma como esse recurso é desenvolvido na região, no que diz respeito ao modelo utilizado, aos objetivos para sua realização, ao referencial teórico que o fundamenta, aos locais de desenvolvimento e à preparação oferecida pelos cursos de graduação que atendem a região. Da mesma forma, procuramos saber o nível de conhecimento e engajamento dos profissionais dessa área, no que se refere à busca de novas discussões e modelos de atuação que visem o aprimoramento dessa prática para a clientela que atende. Sob a forma de pesquisa de levantamento, trabalhamos com 767 (setecentos e sessenta e sete) psicólogos atuantes em 28 (vinte e oito) cidades da região, selecionados através de amostra probabilística e sistemática. Fez-se a coleta de dados através de questionário, sendo o mesmo modelo utilizado tanto para a população de psicólogos como para a de professores-psicólogos. As informações coletadas foram analisadas de forma quantitativa e qualitativa através de métodos estatísticos, em que se buscou caracterizar o que é típico na população e observar a distribuição dos elementos em relação a determinadas variáveis.

Os resultados obtidos caracterizam o psicodiagnóstico e o psicólogo que o desenvolve da seguinte forma:

- São em sua maioria mulheres, possuindo mais de onze anos de formação e experiência profissional. Investem no aprimoramento de sua formação através de cursos de especialização, geralmente não direcionados ao psicodiagnóstico.
- O modelo de psicodiagnóstico que se desenvolve caracteriza-se por ser realizado em consultórios particulares mais do que em instituições. Neste contexto, é aplicado de forma individual, direcionado principalmente ao atendimento infantil.
- O psicodiagnóstico é utilizado de forma freqüente pelo profissional, aplicando-o, geralmente, sempre que recebe um novo cliente, por considerá-lo um recurso de extrema importância para a prática psicológica.

- Objetivam com a aplicação deste recurso: obter descrição e compreensão da personalidade do cliente, avaliar o problema numa dimensão mais profunda, formular recomendações e encaminhamentos, prevenção, prognóstico, favorecer modificações na dinâmica do cliente.

Por este estudo, entendeu-se que o psicólogo sente-se insatisfeito com a prática diagnóstica por observar que, ao final do atendimento, o cliente apenas recebeu informações acerca do problema, não as assimilando. Defende por isso modificações na prática psicodiagnóstica, delimitando os aspectos que precisam ser revistos: os objetivos do atendimento, a forma de utilização dos testes e a melhor exploração do relacionamento psicólogo-cliente. Conclui-se que, embora os psicólogos do Vale do Paraíba adquiram conhecimentos sobre modelos mais atualizados de psicodiagnóstico —especificamente aquele estudado na pesquisa: o psicodiagnóstico interventivo— e delimitem de forma crítica, posicionamentos que se aproximam das propostas defendidas por este modelo de psicodiagnóstico; este conhecimento situa-se apenas na esfera teórica, visto não fazerem investimentos necessários para transpô-lo na prática clínica. Dessa forma, o psicodiagnóstico desenvolvido pelo psicólogo do Vale do Paraíba baseia-se, ainda, em modelos tradicionais de atuação.

1. INTRODUÇÃO

O elevado número de clientes que procuram os serviços de psicologia, principalmente em instituições públicas, tem confrontado o psicólogo com a urgência em desenvolver um projeto terapêutico, adequado não só às necessidades psicopatológicas do caso, como também às características do cliente e às particularidades da instituição.

O psicodiagnóstico, como prática clínica não tem sido poupado dessa mesma constatação visto que os objetivos habituais a que se propõe, centrados exclusivamente na coleta de dados, avaliação e encaminhamento, vêm se demonstrando insatisfatórios frente às demandas da clientela, especialmente às da classe menos favorecida.

Entretanto, nos últimos anos, inúmeras pesquisas evidenciam que a prática psicodiagnóstica pode se oferecer ao profissional que a realiza, não só como recurso de avaliação diagnóstica, mas também como o de agente provedor de mudanças, frente à situação problematizada pelo cliente.

Essa forma particular de atuar frente ao diagnóstico psicológico tem sido chamada de psicodiagnóstico de intervenção e vem se posicionando, através de bibliografia e trabalhos científicos, como um modelo promissor na busca de atendimentos mais atualizados e produtivos para às necessidades do cliente, da instituição e do próprio psicólogo.

O presente trabalho busca conhecer como os psicólogos do Vale do Paraíba vêm desenvolvendo e se posicionando perante à prática psicodiagnóstica. Essa questão será estudada, investigando-se a mobilização profissional dessa população em refletir, aprimorar e atualizar a realização dessa prática, considerando-se aqui como parâmetro para novas possibilidades de atuação, o modelo interventivo.

Para desenvolver o estudo, abordaremos, no primeiro tópico, os determinantes históricos que participaram na demarcação do psicodiagnóstico, enquanto prática de valor na Psicologia. Discutiremos seu principal instrumento de origem —os testes psicológicos— revelando como o psicodiagnóstico constrói-se através do papel que este ocupou nos vários momentos do pensamento psicológico. Em adicional, discutiremos os antecedentes

históricos do psicodiagnóstico no Brasil, assinalando sua importância para a construção da identidade do psicólogo brasileiro.

No segundo tópico, conduziremos uma discussão acerca das diferentes formas encontradas pelos autores para conceituar o psicodiagnóstico, de modo a relacioná-lo como prática própria e exclusiva da psicologia clínica.

Em continuidade, apresentaremos os aspectos envolvidos na estruturação dos vários elementos que compõem o processo: as orientações teóricas que o embasam, os objetivos que justificam sua aplicabilidade e suas etapas de desenvolvimento.

Refletiremos, a seguir, no quarto e quinto tópicos respectivamente, o papel das instituições públicas na construção de novos modelos de atendimento psicológico, uma vez que são organizados com o intuito de apresentar propostas mais condizentes às necessidades atuais da clientela e da própria instituição.

Apresentaremos assim, os principais modelos, por nós considerados, que contribuíram para a demarcação de novos posicionamentos frente ao psicodiagnóstico. Como modelo principal destacaremos o psicodiagnóstico interventivo, visto condensar em suas propostas todos os questionamentos desenvolvidos anteriormente.

Por último, estudaremos o papel dos cursos de graduação em Psicologia; lugar onde as perspectivas começam a ser traçadas, através de fomento à formação de um profissional capacitado a se posicionar de maneira crítica e atualizada, não só em relação ao psicodiagnóstico mas à prática psicológica como um todo.

A partir do segundo capítulo apresentaremos as bases metodológicas da pesquisa, através dos dados coletados, sua análise, discussão de resultados e conclusões.

1.1. PSICODIAGNÓSTICO: DETERMINANTES HISTÓRICOS

- *Vim em busca de respostas doutora. Saber o que tem esse menino! Saber o que fazer com o menino!*
- *A solução está nas suas mãos. A paciência eu já perdi devo ter algum problema também. Não consigo conversar de tão nervosa. São tantas as preocupações!*
- *Quanto tempo terei que vir aqui? Ah! São dois meses inteiros! Vai ficar difícil. A senhora entende não é? O marido não acredita, está desempregado, os filhos são pequenos, o dinheiro da passagem...*
- *A senhora precisa de mim?*
- *De mim sei muito pouco. Nem eu mesma me entendo. Mas do meu menino... conheço como a palma da minha mão. É nervoso "tadinho". Veio em má hora, mas quando chega a gente aprende a gostar.*
- *Sabe, eu já tentei algumas coisas, mas não sei se estou fazendo certo não sei o que a senhora vai pensar.....*
- *'Tá bom, vamos ver o que acontece, quem sabe desta vez eu consiga entender...'*

(Diálogo construído com base em entrevistas com mães de crianças atendidas em psicodiagnóstico)

Desde muito cedo, no histórico do pensamento humano, temos tentado compreender 'algo' de complexidade tamanha, que, sem dúvida, passaremos nossa existência procurando aprimorar recursos que possam nos conduzir a respostas confiáveis perante às seguintes perguntas: 'Por que', 'como' e 'em que condições' um determinado comportamento se manifesta? As teorizações filosóficas e religiosas, as práticas etiológicas ancestrais de Medicina, utilizadas a princípio, para solucionar tais questões, mostraram-se insuficientes. Era necessário mais e por isso avançamos confiantes e visionários em direção ao conhecimento. Exibimos assim, grande número de troféus e vitórias, mas as mesmas perguntas ainda continuam a nos impulsionar; serão as respostas suficientes?

Investindo no propósito de estruturar essa busca de forma científica e de ganhar respeitabilidade como campo de produção de saber, os estudos da 'ciência da alma' começaram a se pautar por uma Psicologia cada vez mais empenhada em estudar, de forma sistemática, através da observação imparcial e da experiência, as reações dos organismos completos, em face das diversas condições do meio ambiente. Buscando seguir as bases de cientificidade impostas na época pela doutrina positivista, tal estudo, precisava desenvolver-se de forma a delimitar hipóteses objetivas, verificáveis por qualquer observador que conhecesse e manipulasse os instrumentos pelos quais foram construídas.

Para tal fim, a Psicologia foi impelida a melhorar cada vez mais seus métodos de investigação de forma a reforçar, pelo que até então se aceitava como ciência, o interesse pela precisão e assepsia diante de inferências subjetivas.

De maneira geral, os efeitos desse incentivo foram observados, quando a Psicologia tornou-se reconhecida pelas outras áreas científicas, sendo-lhe assim possível opinar e participar, junto com elas, nos estudos do comportamento humano, em suas inúmeras manifestações e capacidades adaptativas.

Entretanto, uma outra "nuance" suscitada pela preocupação em adquirir cientificidade merece ser assinalada. Com o aprimoramento de seus métodos e técnicas de investigação, os mistérios do fenômeno psicológico tornam-se cada vez mais decifráveis, criando-se possibilidades de previsão, ao se tornar possível denunciar precocemente sua presença, no intrincado jogo das relações do homem com seu meio ambiente.

Nessa perspectiva, não tardamos a observar uma estreita correlação, implícita a toda produção de conhecimento científico: todo e qualquer processo de investigação, em função da necessidade de realizar comparações e hipotetizar fontes de origem, favorece uma *diagnose* do fenômeno estudado, visto tornar conhecidos grupamentos de variáveis que possam caracterizar sua ação. Assim, ao almejarmos o conhecimento de determinado fenômeno, não estaremos nos preocupando apenas em descobrir suas origens e formas de funcionamento, mas também criando condições para reconhecer sua presença, seja qual for o contexto em que ele se apresente.

Embora o termo diagnóstico seja, por tradição, utilizado em sua forma restrita, referindo-se exclusivamente ao “*conhecimento ou determinação de uma doença pelos sintomas*”(CABRAL & NICK, 1974 pág. 89) devemos ampliar a compreensão do seu significado, refletindo suas origens semânticas.

ANCONA-LOPES (1984) ressalta a importância do termo para a construção do conhecimento num trecho de sua bibliografia:

*“A palavra diagnóstico origina-se do grego *diagnōstikós* e significa discernimento, faculdade de conhecer, de ver através de. Compreendido dessa forma, o diagnóstico é inevitável, pois, sempre que explicitamos nossa compreensão sobre um fenômeno, realizamos um de seus possíveis diagnósticos, isto é, discernimos nele aspectos, características e relações que compõem um todo, o qual chamamos de conhecimento do fenômeno.”* (pág. 01)

Refletida dessa forma, podemos afirmar que, *diagnōstikós* é uma função, de tal forma proeminente ao conceito de Psicologia, que muito da sua evolução e reconhecimento como ciência do comportamento deve-se ao papel ocupado por essa prática ao longo dos anos.

Acompanhando o pensamento e a postura predominante de cada momento histórico, essa prática ajudou a organizar um novo campo de atuação profissional, diferenciado das outras ciências e disciplinas que também estudavam o comportamento humano.

No caso brasileiro veio definir, inclusive uma das funções privativas ao psicólogo, expressas através da Lei nº 4119 de 27/08/1962, que dispõe sobre a formação em Psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo em nosso país (CRP-06, 1994). Vejamos como isso se processou.

1.1.1. Psicodiagnóstico: prática que colabora para a construção da identidade profissional do psicólogo brasileiro

A denominação 'psicólogo' como mencionamos, só se torna possível a partir de 1962. Até que pudéssemos nos organizar nessa categoria profissional, um longo caminho foi percorrido, destacando-se momentos cruciais para a sua demarcação.

Tais momentos podem ser discutidos, envolvendo os seguintes aspectos:

a) Pela demarcação da Psicologia como uma disciplina científica, que contribui para a solução de problemas humanos.

Estudos de LOURENÇO FILHO (1971) demonstram que a evolução da Psicologia brasileira inicia-se verdadeiramente a partir do século XIX, através da contribuição de trabalhadores da medicina, educação, engenharia e administração.

O interesse desses profissionais pelo 'conteúdo psicológico' deve-se a constatação de que este traria contribuições inestimáveis para cada uma de suas áreas de atuação, levando-os a se engajar no estudo desse novo campo de conhecimentos que começava a ser divulgado em nosso país.

A forma como tal estudo se processava, é qualificada por LOURENÇO FILHO (1971) como sendo 'autodidata', visto haver ainda a inexistência de centros de formação acadêmica, organizados para essa finalidade.

Um recurso valioso, nesse momento, era a realização de estágios em instituições estrangeiras que, devido ao avanço nesta área, já desenvolviam intensamente pesquisas e trabalhos em vários campos da Psicologia. Em adicional, grande número de especialistas foram convidados a ministrar cursos e seminários em nosso país, através de intercâmbios, além de organizar e dirigir serviços e laboratórios de Psicologia. Auxiliaram assim a formar pesquisadores e profissionais especializados, nos vários campos de aplicação da Psicologia.

Entre tantos destes profissionais, não podemos deixar de citar a intensa e profunda influência de alguns como:

- Henri Piéron, com o ciclo de conferências sobre princípios e técnicas de Psicologia Aplicada, em 1927- S. Paulo;
- Jean Maügue— 1935/1944— realizando cursos monográficos sobre vida afetiva, percepção, personalidade e memória;
- André Ombredane— 1940/1945— e seus estudos sobre a psicologia da linguagem, realizando pesquisas no Instituto Nacional de Surdos-Mudos;
- Lèvi Straus e Otto Klineberg, em S. Paulo, com seus trabalhos na USP;
- Helena Antipoff e suas investigações no Laboratório de Psicologia da Escola de Aperfeiçoamento Pedagógico de Belo Horizonte, a partir de 1929, sobre inteligência geral, meio social e escolaridade; inteligência e vocabulário; orientação e seleção profissional; homogeneização de classes escolares; personalidade; memória; motricidade e fadiga, entre outras;
- Emilio Mira y López, em sua atuação como mestre, organizador e diretor de serviços de seleção e orientação profissional.

Paralelamente, e em grande parte devido ao esforço desses pioneiros, o ensino da psicologia vai extrapolando, a partir de 1930, as fronteiras onde até então se concentrava o maior interesse pelo ensino de seus postulados: o das escolas normais. Estendendo-se primeiramente em cursos de Aperfeiçoamento— como o da Escola de Aperfeiçoamento de Belo Horizonte e Instituto Pedagógico de S. Paulo— chega definitivamente ao ensino superior em 1934, na Universidade de São Paulo, através do curso de Filosofia e depois Pedagogia.

A partir de então, o ensino da Psicologia estende-se aos cursos de Administração e Jornalismo (Psicologia Social), Sociologia (Psicologia Social e Aplicada), Direito (Psiquiatria Forense e Psicologia Judiciária) e em Medicina (Psicologia Normal e Patológica e Psicologia Médica)

Assim, na década de 40, conforme constata GIL (1985), a Psicologia já era definitivamente reconhecida como disciplina científica. Entretanto, o primeiro curso de formação universitária organiza-se na Universidade de São Paulo apenas em 1953, sendo efetivamente implantado em 1957.

b) Pela contribuição que este campo de investigação poderia oferecer às demandas sociais, ressaltando-se assim a necessidade de um novo tipo de profissional: o psicólogo.

O interesse despertado pela Psicologia (assim como as demais ciências sociais), não surge, contudo, apenas pelo empenho de alguns estudiosos. Tal investimento envolve questões político-sociais bem mais complexas, sobre a qual os diferentes profissionais eram exigidos a participar e a encontrar soluções. Para GIL (1985) esse interesse relacionava-se estreitamente:

“... com à necessidade detectada pelas elites da época de serem estudadas concepções racionais acerca do comportamento humano, bem como de serem explorados conhecimentos e as técnicas científicas, com vistas à solução de problemas sociais que já não podiam ser tratados como “casos de política”.(pág. 13)

Embora o engajamento dos diversos profissionais às questões sociais, tenha se iniciado de forma diferenciada, observamos pontos de articulação que demonstram o quanto áreas diferentes possuíam, ou eram cobradas a lidar, com problemas semelhantes.

Afirma LOURENÇO FILHO (1971) que, pela precedência histórica, os primeiros estudos de caráter objetivo na psicologia brasileira, desenvolveram-se no campo da medicina, especificamente na neuropsiquiatria, psiquiatria forense, psicofisiologia, neurologia e medicina social. Embora os primeiros interesses fossem direcionados a trabalhos calcados no método experimental, para investigação das funções psicológicas, como por exemplo, a psicofisiologia da percepção e da emoção; o interesse pelos aspectos ligados às desordens mentais rapidamente se impõe como uma emergência, direcionando suas investigações para a psicopatologia.

“As únicas atividades que podem ser classificadas como psicológicas nesse período aparecem intimamente vinculadas à medicina (...). A presença de educadores no campo da psicologia é muito restrita nesse período. O prestígio dos médicos é tão grande e a identificação da psicologia com a medicina tão notória que os educadores se sentem pouco motivados a tentar essa área” (GIL, 1985, pág.14)

Mas essa tendência não tarda a sofrer transformações. Os educadores juntam-se ao grupo de cultores da psicologia objetiva, buscando suporte para renovação escolar através da organização de classes seletivas e orientação profissional.

Investindo em recursos que pudessem fundamentar essa proposta, pesquisas são realizadas em parceria com profissionais da medicina acerca do raciocínio infantil, grafismo, memória, cinética, tipos intelectuais e associação de idéias. No período de 1920 surgem também as primeiras pesquisas com o emprego de testes, que já vinham sendo divulgados, com reticências, a partir de 1914 (LOURENÇO FILHO, 1971)

Laboratórios de pesquisa em psicologia, das principais capitais do país, intensificam, através dos testes, estudos sobre maturidade necessária para a aprendizagem da leitura e escrita, envolvendo trabalhos de medidas mentais, principalmente os de Binet-Simon e homogeneização de classes escolares. (Id., ibid)

A partir de 1930, a crescente difusão de testes psicológicos e as alterações políticas dos movimentos revolucionários acabam por facilitar a aproximação entre médicos e educadores, para estudos de proveito comum, ligados fundamentalmente a princípios de higiene mental e à prática de instrumentos simplificados de diagnóstico, como os testes mentais.

Acompanhando a evolução desses estudos, outras categorias profissionais voltam sua atenção para a contribuição que os instrumentos de mensuração psicológica poderiam adicionar às suas atividades: os engenheiros e administradores. Interessados nos problemas de formação de pessoal para as indústrias e para a adequada seleção de candidatos, estes profissionais rapidamente se organizaram para o desenvolvimento de

trabalhos em conjunto com médicos e educadores, criando inclusive vários órgãos voltados para o domínio da seleção e orientação de profissionais, tais como o Instituto de Organização Racional do trabalho (IDORT) em São Paulo e o Instituto de Orientação e Seleção Profissional (ISOP), em 1947, no Rio de Janeiro.

Dessa forma observamos que, seja com a finalidade de estudar os sintomas psicopatológicos, de conhecer as funções psicológicas, envolvidas no processo de ensino-aprendizagem, ou para orientar a colocação de sujeitos em cargos e profissões adequadas ao seu potencial, a função diagnóstica faz-se sempre presente, como prática investida para responder a tais necessidades.

O profissional que a realizava, a princípio vindo de outras áreas, confrontava-se com a necessidade de ampliar seus conhecimentos em disciplinas até então estranhas ao seu campo de formação. Surgiu assim a exigência de um profissional mais gabaritado para o manejo e análise dos instrumentos para a coleta de dados, em que se destacavam os testes psicológicos. Estão fundadas as bases para que se organize uma nova categoria profissional no mercado de trabalho: o psicólogo brasileiro.

1.1.2. O papel dos testes para a origem e evolução da prática psicodiagnóstica

A primazia da filosofia positivista, torna-se um dos principais estímulos para o desenvolvimento de técnicas de investigação que levassem ao conhecimento das causas de um fenômeno através de hipóteses só aceitas como verdadeiras, depois de confirmadas pela experiência ou pela prática social.

Baseado nesta maneira de compreender e de transformar em ciência, o objeto de investigação, surge grande incentivo a métodos e instrumentos que primassem pela precisão, quantificação e generalização. Os testes psicológicos surgem, apoiados nesta orientação, oferecendo-se como um instrumento embasador das origens da prática psicodiagnóstica, em razão de se apresentarem como recurso que, além de promover novos conhecimentos para demandas sociais de interesse, eram considerados fidedignos por se estruturarem segundo os modelos de cientificidade da época. (MARQUES, 1989)

Diante disso, psicodiagnóstico define-se, a princípio, pelo emprego de provas simples, mas tão precisas quanto possível —os TESTES—, propostas com o intuito de realizar sondagens a respeito do comportamento, das atitudes e das funções psicológicas do indivíduo. As informações produzidas precisavam ser mensuradas de forma que, se aplicadas em condições idênticas, poderiam ser interpretadas segundo uma norma de rendimento de um determinado grupo de sujeitos.

“Verificamos a busca da exatidão científica na preocupação que ocorreu desde 1884, em medir as características da psiquê humana. Desde aquela data houve grande produção de testes e técnicas que visavam avaliar o ser humano. De fato, o homem era basicamente compreendido como uma soma de características ou fatores passíveis de mensuração.” (MARQUES, 1989, pág.11-12)

Embora o psicodiagnóstico inicie sua trajetória como sinônimo de ‘testagem’, entendemos que seu papel perante à prática psicológica será diretamente influenciada pela articulação de duas vertentes: (1) não só as mudanças no pensamento psicológico promoveram transformações pela valorização e pelos objetivos com os quais os testes seriam utilizados, (2) como também tais transformações tornaram-se responsáveis pelo surgimento de novos instrumentos e posicionamentos diante da prática diagnóstica, diferenciando-a assim, de uma simples aplicação deste instrumento.

Podemos observar a estreita relação entre essas duas proposições, acompanhando uma evolução de modelos psicodiagnósticos descritos por ANCONA-LOPES (1984). Nele são descritas as diferentes funções que cada corrente teórica destinava aos testes e a maneira particularizada com que empreendiam a tarefa diagnóstica.

Assinala a autora que, inicialmente, os modelos de atuação diagnóstica baseavam-se na postura positivista. O primeiro deles, o modelo médico apoiava-se na transposição do diagnóstico clínico em medicina para o modelo psicológico. Neste, buscava-se a delimitação de aspectos patológicos do sujeito, usando como parâmetros de comparação as nosologias psicopatológicas. Foi um momento em que proliferaram as tentativas de estabelecer relações de causalidade entre as desordens orgânicas e os distúrbios

psicológicos. Buscou-se também a descrição detalhada dos comportamentos tidos como patológicos, através da elaboração de testes que visavam detectar processos psíquicos subjacentes a cada quadro, numa tentativa de fixar classificações precisas das desordens mentais.

O psicólogo marca o início de sua atuação profissional através desse modelo, visto que seu papel como realizador e aplicador de testes forneceu aos médicos subsídios para determinar os diagnósticos psicopatológicos.

Podemos dizer, entretanto, que através do segundo modelo —o psicométrico— o profissional que se dedicava aos estudos de Psicologia começa a estabelecer o início de uma identidade profissional. Diferenciando-se daquela do médico, começará a ser identificado como o melhor gabaritado ao emprego e interpretação deste tipo de instrumento.

Ressaltamos como marcos iniciais no histórico dos testes psicológicos da fase positivista, as seguintes datas discutidas por MARQUES (1989, p.12-13):

1884→ A mais antiga menção a respeito de teste psicológico. Francis Galton se propõe a mensurar certas características da acuidade visual, tempo de reação e capacidade de discriminação tátil.

1890→ James McKeen Cattel menciona em um artigo a expressão 'teste mental'. Acredita-se que tenha sido a primeira vez que o termo foi utilizado.

1895→ Kraepelin cria testes para medir memória, fadiga e habilidade de aprendizagem, iniciando o uso de procedimentos psicológicos no estudo da psicopatologia.

1904→ O psicólogo Alfred Binet e o pedagogo Simon criam provas que permitiam detectar com maior objetividade e precisão, crianças que devido a seu baixo nível mental necessitavam de programas pedagógicos especiais.

Observamos que, conquanto o modelo de 'normalidade' ainda fosse algo intensamente investido, este se direciona a uma nova demanda a ser explorada. A ênfase nos distúrbios mentais divide suas atenções com uma outra categoria, o das deficiências. Afirma ANCONA-LOPES (1984):

“Na atuação, foi com o uso de testes, principalmente junto a crianças, que os psicólogos ganharam maior autonomia. Nesse trabalho, esforçavam-se por determinar, através dos testes, a capacidade intelectual das crianças, suas aptidões e dificuldades, assim como sua capacidade escolar.(...). Na utilização dos resultados dos testes, tornou-se menos importante detectar distúrbios e classificá-los psicopatologicamente, mas sim estabelecer diferenças individuais e orientações específicas.”(pág. 5)

Assim, o psicólogo, a partir desse período, começa a se desvincular da autoridade médica que, até então, subvencionava sua atuação na realização de testes. Cientes de que a utilização deste instrumento produzia informações preciosas que complementavam uma investigação iniciada por outros profissionais, os educadores investem maciçamente neste tipo de recurso, buscando, através daquele que possuía o domínio de sua manipulação, orientações quanto à maneira de detectar e atuar sobre os distúrbios da aprendizagem.

Por último, encontramos o modelo behaviorista que, reforçando ao máximo a postura positivista, procura levar ao estudo do comportamento humano o mesmo rigor e objetividade utilizado em outros ramos científicos, ligados às ciências naturais. O comportamento foi assim reconhecido como produto de aprendizagem e, portanto, passível de ser modificado e modelado, bastando para isso a identificação e a manipulação de variáveis implicadas no processo de construção do 'comportamento problema'. No lugar de psicodiagnóstico utilizaram-se termos como 'formulação de problemas' ou 'levantamento de repertório'.

Esse modelo fortalece a identidade profissional do psicólogo ao definir mais nitidamente um objeto ao qual seu estudo era direcionado: a aprendizagem. A norma também perpassa por esse modelo, entretanto não é mais vista como um conceito estático e *ad infinitum*. Diferentemente do primeiro modelo que se baseia na doença e, no segundo, na

qual a 'diferença' é sinônimo de capacidade ou incapacidade, o comportamento inadequado passa a ser visto como passível de ser modificado, visto que o aumento ou diminuição das freqüências de condutas aprendidas é que o distancia ou aproxima da norma.

Entendemos que as contribuições deixadas por cada um desses momentos, resumam-se através do incentivo à mensuração, à generalização e à categorização do comportamento, favorecendo assim a demarcação de duas observações: não só o psicodiagnóstico consolidou-se através da psicometria, como também o principal instrumento em que se apóia neste período, contribuiu para sugerir ao psicólogo uma primeira demarcação de sua identidade profissional, atribuindo, como atividade exclusiva do psicólogo, a utilização e a análise do material coletado pelos testes.

Galgadas as principais contribuições dessa fase, as transformações do pensamento psicológico incitam um novo posicionamento frente à prática psicodiagnóstica. Neste segundo momento, a transformação origina-se de correntes filosóficas que questionam o estudo do homem através de métodos objetivos e experimentais. Defende-se nessa postura que o homem não pode ser conhecido, ignorando-se sua subjetividade, visto que esta produz contornos particulares nas experiências vividas por cada indivíduo, ainda que sejam mobilizadas pelos mesmos estímulos. Apoiadas em tal consideração, surgiram várias escolas, em Psicologia, que se posicionaram de maneira diferenciada frente ao psicodiagnóstico. São elas: a corrente fenomenológica-existencial, a corrente psicanalítica e a humanista.

A Psicologia fenomenológica-existencial questiona as teorias explicativas das ciências positivistas, por considerar que estas fundamentam a reflexão do fenômeno sob o prisma do observador—aquele que avalia— ficando na dependência de seu psiquismo e sua percepção. De forma contrária, essa nova forma de refletir o comportamento humano, procura reposicionar o cliente como centro, o ser-no-mundo, detentor do desvendamento, da modificação e da interpretação de sua própria história. O foco central de investigação relaciona-se à natureza da condição humana, abrangendo os sentimentos e as experiências do homem, vinculadas à sua existência no mundo e entre os homens.

Reforça-se, assim, a necessidade do cliente ser motivado a posicionar-se como elemento ativo do processo de investigação. Embora, de certa forma, a corrente behaviorista já tendesse a incentivar esta postura, pelos motivos anteriormente assinalados, aqui ela ganha contornos diferenciados, visto que, ao contrário do que acontecia, passa a ser amplamente considerada e reconhecida a existência de um determinismo subjetivo, motivador do comportamento.

Favorecendo-se dessa nova linha de reflexão, o psicodiagnóstico começa a ser melhor explorado, adicionando aos seus objetivos principais, centrados na avaliação e seleção, o de ser um recurso capaz de fornecer ao paciente um conhecimento mais amplo dos problemas que o afligem. Envolvendo o redirecionamento da escuta do psicólogo, abandona o determinismo ambiental para centrar-se num determinismo interno, o conhecimento do problema não é mais encarado como uma descrição de reações a determinados estímulos, mas um trabalho de desvendamento interno, que envolve a confrontação e a elaboração de emoções perante as interpretações particulares do cliente, acerca dos fatos.

“A principal contribuição do psicodiagnóstico fenomenológico-existencial está na reavaliação do papel desempenhado pelo cliente e pelo psicólogo nesta situação: o psicólogo está mais interessado em capacitar seu cliente a engajar-se num processo contínuo de auto-diagnóstico em vez de se limitar a compreender sozinho o problema; conseqüentemente, o cliente torna-se um parceiro ativo e envolvido no diagnóstico e solução de seus problemas, adquire maiores possibilidades de continuar acessando o significado de suas experiências, transformando-o em conhecimento pessoal que pode ser utilizado na solução de problemas presentes ou futuros.” (YEHIA, 1994, pág. 6-7)

A abordagem psicanalítica traz para o campo do psicodiagnóstico a crença de que os sintomas (queixa manifesta) representam uma forma camuflada de expressão, utilizada por um impulso, sentimento ou idéia inconsciente, reprimida pelos mecanismos defensivos, após ter sido avaliada como inadequada na instância consciente. Dessa forma, a tarefa primordial do psicólogo é poder chegar, com base em uma queixa manifesta, ao

conteúdo conflitivo (queixa latente), este sim representativo para o trabalho de elucidação da angústia e dos sentimentos ambivalentes, geradores do sintoma.

Na tentativa de decifrar essa comunicação subjetiva, os conteúdos relacionais passaram a ser amplamente valorizados. As entrevistas tornaram-se bem mais do que uma coleta de dados históricos, voltando-se também para a investigação da dinâmica interpessoal dos sujeitos envolvidos no trabalho terapêutico. A leitura dos aspectos transferenciais e contratransferenciais produzidos entre terapeuta e cliente é um dos principais recursos para a o alcance das conclusões diagnósticas.

Observa-se aqui, uma tendência também notada na corrente teórica anterior. A demarcação precisa entre o psicodiagnóstico e a psicoterapia vai ganhando contornos cada vez mais difusos, não se colocando mais como uma preocupação a ser investida. Assim, o momento de avaliação e de favorecimento para a superação do problema (psicoterapia propriamente dita) serão cada vez mais considerados como indissolúveis, fazendo parte de um só processo.

Apesar de promover ganhos indiscutíveis ao processo de avaliação, esta constatação, ao contrário do que poderia sugerir, trouxe também suas conseqüências negativas. Reforçando-se a aproximação entre os dois processos, veremos cada vez mais o psicodiagnóstico ser banalizado, sendo considerado como prática arcaica e totalmente substituível. O espaço provedor de conhecimento e transformação é definido pela psicoterapia, propriamente dita. Comparada a ela, todas as outras modalidades de atendimento tornam-se obsoletas.

A última corrente, a humanista, apresenta-se como a mais radical nas críticas direcionadas ao psicodiagnóstico. Chegando a não adotar nenhum modelo de diagnóstico, repudiam os testes psicológicos, considerando que estes descaracterizam a essência e a experiência humana por se apoiarem em aspectos classificatórios.

"Psicólogos humanistas afirmam que toda pessoa deveria ser considerada em sua própria individualidade, e que ninguém deveria ser despojado de sua dignidade, sendo classificado através de rótulos que representam características gerais mais ou menos divididas por grupo de pessoas." (WEINER, 1972, pág. 537)¹

O mesmo autor salienta que as críticas humanistas tendem a ser essencialmente ideológicas, e que se mostram inconsistentes, visto apoiarem-se em situações que demonstram claramente o mau uso do psicodiagnóstico, não podendo ser identificadas como algo inerente à prática. No que diz respeito aos sistemas classificatórios, observa que, em certo ponto, possuem grande utilidade, pois constituem-se numa linguagem universal, exigida pelo meio científico.

Desta forma, acreditamos que a questão não pode ser resumida através do repúdio ao psicodiagnóstico, mas sim pela conscientização do profissional que o utiliza, encorajando-o a refletir sua prática de forma crítica, consciente dos erros e distorções na sua aplicação.

Apesar dos humanistas desvalorizarem esta prática, entendemos que as justificativas em que se apoiavam, acabaram contribuindo para alertar e reforçar, nos psicólogos uma postura de não supervalorizar os resultados quantitativos (e mesmo qualitativos) dos testes, dissociando-os do aspecto relacional construído entre cliente e terapeuta.

Com referência aos testes, a repercussão dessas correntes favorece ao psicodiagnóstico o desenvolvimento de novas técnicas de investigação: os métodos projetivos.

"Este já era, contudo, o prenúncio de uma nova era – e decisiva – da Psicologia. O interesse pela investigação da personalidade – apoiado, sobretudo no pensamento psicanalítico – marcou de forma definitiva a passagem da etapa iminentemente quantitativa para uma outra, de caráter interpretativo e posteriormente compreensivo. A ênfase no método quantitativo em busca da

¹ "Humanistic psychologists maintain that every person should be considered in his own uniqueness and individuality, and that no one should be stripped of his dignity by being assigned classificatory labels that represent general characteristics more or less shared by groups of people." (Tradução da pesquisadora)

objetividade na Psicologia, quando os testes eram vistos como a aplicação dessa orientação à situação clínica, cedeu espaço à influência da psicanálise que permitiu o surgimento de testes projetivos cuja interpretação seria apoiada no referencial teórico da psicologia dinâmica.” (MARQUES, 1989, pág.16)

Constata-se que as linhas teóricas, que compõem esse novo período, suscitam uma outra direção ao pensamento psicológico, redirecionando o papel do psicodiagnóstico na prática psicológica. Se antes ele tendia a ser supervalorizado devido ao seu rigor frente a inferências subjetivas, aqui ao contrário, a subjetividade (tanto do sujeito como do profissional) serão acolhidas como instrumentos adicionais para a pesquisa diagnóstica. Descaracterizam-se assim os aspectos classificatórios e nosográficos do psicodiagnóstico, enfocando a partir de então, a dinâmica das relações históricas e interpessoais do sujeito.

O que queremos assinalar é que, a partir de então, psicodiagnóstico e psicoterapia tenderão a ter fronteiras cada vez menos demarcadas. A fase de avaliação será entendida como intrínseca ao processo psicoterápico, onde os instrumentos de valor serão as entrevistas e a própria relação estabelecida entre terapeuta e cliente. Os testes, assim, começam a ter papel secundário, limitando-se aos profissionais que trabalham nas 'outras linhas' ou em avaliações específicas, geralmente relacionadas aos déficits intelectuais e aos problemas de aprendizagem. Levada à sua forma extrema, veremos mesmo a total desvalorização dessa prática, sendo considerada por algumas das correntes (psicanalítica e humanista) como definitivamente abolida do processo de atendimento terapêutico.

Finalizando a demarcação sobre as origens históricas do psicodiagnóstico, torna-se importante assinalar a que caminhos esse pólo de discussão conduziu-nos e que aspectos situamos como fundamentais para a análise da prática psicodiagnóstica.

1) O psicodiagnóstico colabora basicamente para a construção da identidade profissional do psicólogo brasileiro.

2) A repercussão dos vários sistemas teóricos promoveram modificações na prática psicodiagnóstica, principalmente frente aos seguintes elementos:

- a) O contrato que intermedeia a relação passa a reforçar o vínculo estabelecido entre psicólogo-cliente e a valorização deste como participante ativo no processo de investigação ao qual é submetido.
- b) Os objetivos ampliam-se, incluindo a pesquisa e a compreensão dos aspectos psicodinâmicos em seus estudos psicopatológicos.
- c) Organizam-se novos instrumentos e técnicas para o empreendimento de seus objetivos, em que se destacam os testes projetivos, a relação transferencial e a interpretação subjetiva.

3) O psicodiagnóstico perde *status* enquanto prática psicológica, ficando mesmo numa posição subalterna devido à ação direta de dois fatores: (a) as críticas empreendidas notadamente pela corrente humanista e psicanalítica, que questionam severamente sua ação e seus objetivos e a forma como era manipulado seu principal instrumento de coleta de dados —os testes psicológicos— considerando-o um recurso classificatório e estigmatizante; (b) como consequência, ocorre a valorização de outros recursos próprios do momento psicoterápico (relação terapêutica, conteúdos transferenciais, etc.) estimulando que a pesquisa psicopatológica e psicodinâmica sejam realizadas durante o processo psicoterápico.

O psicodiagnóstico perde assim suas fronteiras, passando a ser considerado inadequado, visto se colocar como um recurso dissociado da psicoterapia.

1.2. ASPECTOS CONCEITUAIS

Buscar uma definição precisa sobre o processo psicodiagnóstico, significa abordarmos o tema sob diferentes ângulos.

Para iniciar, encontramos em CUNHA (1993) um certo cuidado ao utilizar os termos 'avaliação psicológica', 'testagem' e 'psicodiagnóstico', não os considerando como similares. Para ela, avaliação psicológica é um conceito mais amplo que abrange vários modelos de investigação, inclusive o clínico. A testagem seria um dos vários recursos possíveis de serem utilizados na avaliação psicológica e o psicodiagnóstico, em

contrapartida, seria uma avaliação psicológica feita com propósitos exclusivamente clínicos, em que seriam empregados além dos testes, outros tipos de procedimentos psicológicos, como entrevistas e técnicas de observação.

Estabelece, então, a autora uma definição sobre o termo:

“Psicodiagnóstico é um processo científico, limitado no tempo, que utiliza técnicas e testes psicológicos (input), a nível individual ou não, seja para entender problemas a luz de pressupostos teóricos, identificar e avaliar aspectos específicos ou para classificar o caso e prever seu curso possível, comunicando os resultados (output).” (CUNHA, 1993, pág. 5)

Para refletir a pertinência ou não desta diferenciação, torna-se importante continuar ressaltando como o psicodiagnóstico vem sendo conceituado pelos diversos autores que se dedicam ao seu estudo.

WEINER (1983) destaca que o psicodiagnóstico pode ser definido como o uso clínico dos testes psicológicos, realizado com a finalidade de facilitar a investigação da personalidade.

TRINCA (1984) salienta que:

“Processo diagnóstico é a forma resultante de determinada organização e estruturação dos elementos de um estudo de caso, realizado segundo uma certa concepção diagnóstica. Expressa-se na seqüência de fases e nos passos que se dão para a consecução dos objetivos diagnósticos. Estes são estruturados e orientados em função de determinados embasamentos teóricos e práticos.” (TRINCA, 1984, pág. 14)

KORCHIN & SCHULDBERG (1981) por sua vez, observam que: o psicodiagnóstico (a) utiliza um certo número de procedimentos, (b) com a intenção de interceptar várias áreas do funcionamento psicológico (c) tanto em nível consciente quanto inconsciente (d) usando técnicas projetivas assim como testes mais objetivos e padronizados, (e) em ambos os casos, a interpretação se apóia em aspectos simbólicos como também em

respostas registráveis (f) com o objetivo de descrever indivíduos, preferencialmente no que concerne à sua personalidade do que em termos normativos.

E, por último, OCAMPO (1981):

“O processo psicodiagnóstico configura uma situação com papéis bem definidos e com um contrato no qual uma pessoa (o paciente) pede que a ajudem, e outra (o psicólogo) aceita o pedido e se compromete a satisfazê-lo na medida de suas possibilidades. É uma situação bipessoal (psicólogo-paciente ou psicólogo-grupo familiar), de duração limitada, cujo objetivo é conseguir uma descrição e compreensão, o mais profunda e completa possível, da personalidade total do paciente ou do grupo familiar.(...). Abrange os aspectos passados, presentes (diagnóstico) e futuros (prognóstico) desta personalidade, utilizando para alcançar tais objetivos certas técnicas (entrevista semidirigida, técnicas projetivas, entrevista de devolução)”. (pág.17)

Considerando-se que a prática psicodiagnóstica não precise ser necessariamente, uma exclusividade da área clínica, podemos observar, entre os autores, concordâncias quanto a determinados aspectos, que se tornam relevantes para continuar relacionando o psicodiagnóstico como um modelo de avaliação mais direcionado a este ramo da Psicologia.

1) O psicodiagnóstico insere-se no campo da investigação da personalidade, centrando sobre este seu principal objetivo.

Tal investigação deve, no entanto, ser entendida como a mais ampla possível, envolvendo aspectos passados, presentes e futuros, objetivando uma descrição ampla da personalidade do cliente. Ora, dentre as áreas tradicionais da Psicologia, o atendimento clínico é o campo que melhor fornece condições para que tal objetivo ocorra, visto as características da demanda e do contexto em que é desenvolvido.

A própria demarcação do termo 'clínico' reforça a extensão da investigação empregada².

“...hoje se atribui a denominação genérica de clínico a toda exploração psicológica que se dirige aos aspectos peculiares e autobiográficos do indivíduo, sem importar o agente que exerça os mencionados métodos. Por exemplo, muitos psicólogos norte americanos denominam clínicos a certos testes de aplicação individual, ainda que seu campo de ação não seja o doente psiquiátrico ou a personalidade desajustada. Por isso o psicólogo clínico vai mais além que o psicotécnico no psiquismo do sujeito, buscando lidar com o específico sem referência a uma situação concreta como é a colocação em uma empresa.” (VILLAR, 1967, pág. 8)

As necessidades das áreas de Psicologia do Trabalho e Psicologia Escolar tendem a não envolver uma avaliação histórica tão profunda, visto lidarem com demandas que exigem uma avaliação mais direta sobre outros segmentos (relações escolares, clima e ideologias organizacionais). Assim, nestas atuações a dinâmica individual tende a não ser investida tão exaustivamente como na área clínica.

2) Estabelece-se como instrumento de valor, o uso dos testes psicológicos, reforçando assim, a proeminência histórica desse recurso para a construção dessa prática.

Embora tanto a área da Psicologia do Trabalho como da Psicologia Escolar, utilizem-se dos testes, a discussão não é definida pelo uso do instrumento mas, pela finalidade com que são empregados, relacionando-o à extensão da análise ao qual seus dados são submetidos; no caso clínico, a exploração profunda da personalidade do cliente.

“Fazer um diagnóstico psicológico não significa necessariamente o mesmo que fazer um psicodiagnóstico. Este termo implica automaticamente a administração de testes e estes nem sempre são necessários ou convenientes.” (ARZENO, 1995, pág. 5)

² “hoy se atribuye el epíteto genérico de clínico a toda exploración psicológica que se dirija a los aspectos peculiares y autobiográficos del individuo, sin importar el agente que ejerza dichos métodos. Verbagracia, muchos psicólogos norteamericanos denominan clínicos a ciertos tests de aplicación individual, aun cuando su campo de acción no sea el enfermo psiquiátrico o la personalidad desajustada. Por eso el psicólogo clínico cala más hondo que el psicotécnico en el psiquismo del sujeto e intenta apresar lo específico sin referencia a una situación concreta, como es la colocación en una empresa” (VILLAR, 1967, p.8, tradução da pesquisadora)

3) Organiza-se numa seqüência de fases bem demarcadas.

Estas fases estruturam-se em detrimento ao objetivo principal do processo de investigação. No caso de uma ampla exploração da personalidade, os instrumentos e técnicas necessárias a esta finalidade tendem a se estender em etapas variadas, exigindo-se um número razoável de entrevistas nem sempre possíveis de serem aplicadas fora do contexto clínico.

Ainda buscando contribuir para esta discussão, podemos considerar como fator de relevância, o sólido *status* que a área clínica adquiriu ao longo do histórico da Psicologia.

Sob esse prisma, constatamos que as principais correntes teóricas surgiram subvencionadas pela reflexão clínica do comportamento humano, favorecendo por sua vez a estruturação de técnicas e instrumentos direcionados a tal finalidade. A prática psicodiagnóstica não foge a essa regra, estruturando-se, em suas origens, através da atuação médica com finalidades classificatórias.

1.3. ESTRUTURAÇÃO DO PROCESSO PSICODIAGNÓSTICO

Na conceituação de TRINCA (1984), anteriormente apresentada, encontramos a afirmação de que o processo psicodiagnóstico é diretamente determinado pela organização e estruturação de certos elementos; o enquadramento, as entrevistas, a anamnese, os testes psicológicos e o próprio relacionamento psicólogo-paciente são exemplos desses elementos, que se constituem como instrumentos e técnicas psicológicas por meio do qual será permitida a coleta e a análise das informações pertinentes ao estudo de caso que se realiza.

A maneira como o profissional irá utilizá-los, de forma a favorecer sua coerência e aplicabilidade ao processo, dependerá do que podemos chamar de uma 'metodologia do diagnóstico'. Vários são os aspectos assinalados pelos autores, implicados nesta tarefa, destacando-se os seguintes: os objetivos a que o diagnóstico se propõe, as etapas que se organizam para atingi-los, as orientações e os modelos em que se baseia.

1.3.1: Sobre as orientações teóricas que fundamentam a atuação do psicólogo

Destacamos neste item, uma discussão por nós já destacada: as "nuances" teóricas em que o profissional se apóia, possuem influência direta sobre a maneira como este se posicionará frente à prática psicodiagnóstica.

Assim, o estabelecimento de objetivos, a escolha e utilização dos vários instrumentos e técnicas psicológicas e as etapas pelos quais se desenvolverá a investigação, serão direcionados pelos postulados teóricos no qual o psicólogo se baseia para estabelecer o que TRINCA (1984) denomina de "juízo clínico".

"Conseqüência natural da permissão que o psicólogo se concede de usar os recursos de sua mente para avaliar os dados de um caso, e é o que decide, em última instância, sobre a importância e significado dos dados". (pág. 20-21)

Devido à diversidade teórica, encontraremos variadas maneiras de se estruturar os elementos do psicodiagnóstico, o que repercutirá em diferentes tipos de processo psicodiagnóstico com metodologias e posturas terapêuticas diferenciadas que orientarão o psicólogo frente ao alcance dos objetivos a que se propõe.

Conforme destacamos anteriormente, dependendo dos pressupostos de cada corrente, o valor direcionado a este tipo de modalidade de atendimento, será diretamente afetado, chegando mesmo a não ser considerado por algumas orientações teóricas, como por exemplo, a abordagem psicanalítica e de, forma extrema, totalmente desconsiderado pela humanista.

Buscando uma operacionalização sobre as várias maneiras de se processar o psicodiagnóstico, em função da orientação teórica que lhe serve de base, TRINCA (1983) delimita num primeiro momento, 7 (sete) tipos de processos possíveis. Em publicação posterior (1984) abandona dois desses processos (processo estocástico e tipo escalas diagnósticas) ficando então com cinco principais.

Reconhecemos a importância dessa subdivisão, entretanto, frente a determinadas correntes de pensamento psicológico que vêm ganhando grande destaque na atualidade (ex.

o pensamento sistêmico), ressaltamos a necessidade de adicionar a esta lista novos modelos de reflexão teórica, visto favorecerem modificações significativas tanto na prática psicoterápica como psicodiagnóstica.

a) PROCESSO PSICOMÉTRICO

Neste tipo de processo, o psicólogo posiciona-se como mero aplicador e avaliador de testes psicológicos, fixando-se num dos primeiros momentos do histórico do psicodiagnóstico, o modelo psicométrico, claramente apoiado nas doutrinas positivistas. O objetivo prioritário é auxiliar o trabalho de outros profissionais. O aspecto relacional não é estimulado, assumindo o psicólogo uma postura o mais neutra possível. A investigação do caso é feita de forma limitada, não se utilizando outras técnicas de investigação. Em função disso, a integração dos dados não alcança uma visão globalizada.

b) PROCESSO BASEADO NO MODELO MÉDICO

SAGAWA (1997) aponta que, o diagnóstico em Medicina organiza-se a partir de três estágios. Num primeiro nível, ocorre a descrição do quadro psicopatológico, através da observação clínica, a seguir, busca-se delimitar um substrato anatômico e por último a descoberta de um agente etiológico.

Segundo o autor, a exigência destes três estágios (descritivo, anatômico e etiológico), denominada nosografia tridimensional, foram transpostos para o diagnóstico psiquiátrico, sendo de tal forma defendidos, que não seria possível considerar um diagnóstico completo, se este não preenchesse tais requisitos.

Neste modelo de diagnóstico psicológico, as noções originárias do diagnóstico clínico em Medicina, tendem a ser reproduzidas. Desta forma, os objetivos classificatórios e descritivos imperaram, reforçando o critério tradicional de objetividade, onde a relação estabelecida entre o terapeuta e seu cliente, não é considerada como campo de investigação.

“A visão médica, que impregna o diagnóstico psicológico neste processo, toma a vida emocional em termos similares àqueles empregados para o organismo, ou seja, um objeto concebido como doente, próprio para ser manipulado.”

(TRINCA, 1984, pág.15)

c) PROCESSO COMPORTAMENTAL

Conquanto também originário da doutrina positivista e utilizando-se dos princípios da Psicologia da Aprendizagem decorrentes da Análise Experimental do comportamento, no qual os dados da observação objetiva são priorizados em detrimento aos de aspecto subjetivo, seria preconceituoso identificar o psicólogo que atua neste referencial como:

“...um simples planejador de contingências ambientais, com o objetivo de apenas extinguir comportamentos indesejáveis do cliente (...) em lugar de intervir diretamente nas contingências que os determinam.” (NERI, 1987, pág.21)

O alerta da autora é relevante, visto ser através desta abordagem que encontramos uma primeira e assumida postura em retirar o cliente de seu papel passivo perante ao processo de investigação, não se satisfazendo, portanto, em apenas exigir deste, respostas aos instrumentos que lhe eram apresentados.

Ao contrário do que é enfatizado, ao refutar a idéia de uma determinação interna (aparelho psíquico, variáveis cognitivas, herança, etc.) esse tipo abordagem não desconsidera a importância de favorecer a aquisição da autonomia do cliente, reconhecendo assim a necessidade deste participar na compreensão dos fatores determinantes da queixa que o trouxe à terapia.

Na busca deste objetivo, o psicólogo investe no estabelecimento de um 'processo participativo' incentivando o cliente a estabelecer uma postura ativa para a resolução de seus problemas, sendo, para isso, onipresente e crucial o papel do relacionamento terapeuta-cliente como variável facilitadora para obtenção dos objetivos terapêuticos.

Desta forma, na tentativa de reposicionar o cliente como elemento ativo no processo, todas as informações colhidas através das entrevistas e testagens são direta e imediatamente discutidas com ele, para que as conclusões sobre o caso sejam extraídas não só da observação e do resultado das testagens, mas da relação e do trabalho em conjunto, desenvolvido entre psicólogo e cliente.

Cabe observar que foram os behavioristas que se colocaram como um dos primeiros a criticar a fraca extensão do psicodiagnóstico, para a avaliação clínica do comportamento. WEINER (1972, 1983) salienta que tais críticas ressaltam que os instrumentos psicodiagnósticos mostram-se inábeis em predizer o comportamento, visto que enfatizam exageradamente a personalidade individual e muito pouco as condições que favorecem a eclosão do comportamento investigado.

O próprio autor rebate estas críticas, defendendo que o propósito da prática não consiste em prever o comportamento, mas sim investigar o processo de personalidade.

Este tipo de postura favorecerá com que a fase diagnóstica seja vista como participante direta do processo terapêutico, não podendo por isso ser considerada uma etapa à parte dissociada da fase psicoterápica.

d) PROCESSO PSICANALÍTICO

A teoria psicanalítica é concepção que dá suporte a esse tipo de processo, por se caracterizar como a principal fonte de informações a respeito dos aspectos psicodinâmicos geradores da situação problema (sintoma).

Denominamos de compreensão psicodinâmica todas as abordagens em Psicologia que, por se apoiarem nos princípios da psicanálise, propõem-se a investigar as bases motivacionais do comportamento, relacionando-as aos processos inconscientes.

"Os psicodiagnósticos psicodinâmicos referem-se sempre a processos inconscientes e apóiam-se em teorias de desenvolvimento, da personalidade e psicopatológicos que explicam esses processos, sua origem causal, organização e dinâmica. Compreendem a relação que se estabelece entre o psicólogo e o sujeito como uma relação que se dá entre subjetividades". (ANCONA-LOPES, 1987, pág. 55)

Neste sentido estará sendo considerado como o sujeito organiza suas relações interpessoais em função de sua organização intrapsíquica, bem como o papel que desempenha na formação e na eclosão do sintoma.

As interações paciente-terapeuta definidas pelos aspectos transferenciais e contratransferenciais) tornam-se portanto, um recurso altamente investido para se atingir o conteúdo latente (conflito relacionado fora da instância consciente), implícito na queixa principal.

Esta maneira peculiar de empreender a investigação dos fenômenos psicológicos, reforça um aspecto já assinalado no modelo comportamental: diagnóstico e tratamento tornam-se indissociáveis. Como tal, o momento diagnóstico passa a ser considerado um produto do segundo, visto que, os conteúdos emocionais do paciente, necessários à sua delimitação, só poderão ser evidenciados através de elementos próprios ao processo psicoterápico.

"Ao se configurar as manifestações sintomáticas dos sintomas neuróticos em função da apreensão da personalidade como um todo (processos psíquicos inconscientes, pré-conscientes e conscientes, com sua história de vida e dos sintomas), torna-se possível descobrir o nível etiológico, dar-lhe a expressão psíquica que, antes, tinha expressão apenas sintomática, relacionando esse etiológico com o descritivo e o classificatório." (SAGAWA, 1997, pág.14-15)

Estabelecendo uma outra classificação do psicodiagnóstico, levando em consideração sua origem epistemológica, ANCONA-LOPES (1987) distingue dois tipos de processo. Primeiramente os que fundamentam sua postura no conhecimento objetivo dos fatos, obtido pela experimentação e observação imparcial, incluindo-se aqui os modelos comportamental e psicométrico. Como segunda possibilidade, encontramos os que consideram o conhecimento como produto do homem, em sua relação com o meio ambiente. Enquadram-se aqui os psicodinâmicos, representados pelos modelos psicanalítico e compreensivo, que discutiremos em seguida.

e) PROCESSO COMPREENSIVO

O intuito principal desse tipo de processo, descrito por TRINCA (1983, 1984) é obter uma compreensão globalizada do paciente, não se contentando em conhecer apenas partes ou aspectos isolados. Busca assim, o conhecimento amplo de todos os aspectos da personalidade, através de todos os meios disponíveis. Devido a isto, incluem partes de um ou mais processos citados acima.

“Designa, presentemente, no diagnóstico psicológico, uma série de situações que inclui, entre outros aspectos, onde encontrar um sentido para o conjunto das informações disponíveis, tomar aquilo que é relevante e significativo na personalidade, entrar empaticamente em contato emocional e, também, conhecer os motivos profundos da vida emocional de alguém.” (TRINCA, 1984, pág.15)

Acreditamos, entretanto, que novas formas de conduzir o psicodiagnóstico possam ser incluídas a esta seleção. Embora esta não tenha sido uma afirmação colhida nos trabalhos consultados, discutiremos posteriormente a pertinência de introduzir novos modelos que adicionem outras possibilidades e posicionamentos sobre a prática, expandindo sua aplicabilidade e seus objetivos, de forma a reposicioná-la como campo a se investir na Psicologia.

1.3.2. Sobre os objetivos do trabalho a ser desenvolvido

Ressaltamos que nenhuma modalidade de atendimento pode se desenvolver satisfatoriamente, se o psicólogo não reflete exatamente as metas que pretende alcançar ao realizá-la.

CUNHA (1993) condiciona que os objetivos serão variáveis, conforme as perguntas ou hipóteses que se pretende investigar. Apresenta 9 (nove) objetivos que se encontram, geralmente, incluídos no processo:

- 1) Classificação simples: os resultados diagnósticos apóiam-se exclusivamente na interpretação quantitativa das informações coletadas junto ao cliente, produzida por consulta a tabelas;
- 2) Descrição de um fenômeno psicológico;
- 3) Classificação nosológica;
- 4) Diagnóstico diferencial;

- 5) Avaliação compreensiva: envolve vários níveis de investigação, considerando o diagnóstico numa perspectiva mais global.
- 6) Entendimento dinâmico: considera os aspectos históricos e psicodinâmicos do problema;
- 7) Prevenção;
- 8) Prognóstico;
- 9) Perícia forense.

Para OCAMPO (1981) serão os objetivos abaixo que orientarão a realização do psicodiagnóstico:

- Conseguir uma descrição e compreensão da personalidade do paciente;
- Explicar a dinâmica do caso, tal como aparece no material recolhido;
- Organizar um panorama preciso e completo do caso, incluindo os aspectos patológicos e adaptativos;
- Formular recomendações terapêuticas.

Uma descrição clara e didática dos objetivos, nem sempre é encontrada entre os autores. Algumas vezes, observamos que tais objetivos confundem-se com o próprio conceito que o autor tem sobre o assunto. É o caso de ARZENO (1995) que, ao defender a delimitação de objetivos, associa-os à necessidade do psicólogo chegar ao motivo latente que mobilizou o cliente à consulta.

“Antes de iniciar a tarefa, o psicólogo deve esclarecer com o consultante qual é o motivo manifesto e mais consciente do estudo e intuir qual seria o motivo latente e inconsciente do mesmo. É importante dedicar a isto todo o tempo que for necessário e não iniciar a tarefa se o consultante insistir na idéia de que o faz por mera curiosidade, já que isso se refletirá negativamente no momento da devolução de informação” (pág. 14)

GOUGH (1971) coloca que existem graus diferenciados de diagnóstico nos quais o profissional que o realiza, pode se apoiar. (1) No primeiro, a avaliação objetivaria delimitar grupos de sintomas, descrevendo a forma como estes se apresentam junto ao comportamento patológico. (2) Ampliando sua tarefa, tais sintomas poderão ser identificados a uma patologia específica; e, (3) aprofundando ainda mais seus objetivos, chega-se ao terceiro nível, que consiste em explicar as origens da patologia, particularizando-a ao sujeito em avaliação.

WEINER (1972) defende dois propósitos básicos ao psicodiagnóstico que poderiam inclusive contribuir para suas possibilidades preditivas. São eles: planejar um tratamento adequado para pessoas com dificuldades psicológicas e identificar grupos de sintomas para pesquisa psicopatológica.

De modo geral, porém, observamos, através de todos os posicionamentos apresentados, que existem, basicamente, entre os autores, três objetivos básicos que orientam a realização desse tipo de atendimento:

- 1) Coleta de dados, através da descrição de traços, atitudes e comportamentos em vários níveis;
- 2) Conclusões diagnósticas, envolvendo tanto a descrição e classificação de sintomas, quanto à delimitação de hipóteses psicodinâmicas;
- 3) Orientação para tratamento posterior.

Mesmo que esta seja a tendência observada até hoje em nossa prática, outras possibilidades já vêm sendo ventiladas, favorecendo novos posicionamentos que expandam a adição de outras metas para este atendimento.

1.3.3. Sobre as etapas que compõem o processo

Talvez seja o aspecto de maior consenso entre os autores. Seja qual for a forma em que se desenvolva e a corrente teórica em que se apóia, encontraremos sempre as seguintes etapas:

- 1) Coleta de dados;
- 2) Levantamento de hipóteses diagnósticas;
- 3) Avaliação dos dados coletados;
- 4) Conclusão diagnóstica;
- 5) Orientações e encaminhamentos.

Cada momento desses pode, entretanto, ser redefinido, levando-se em conta os instrumentos ou as técnicas utilizadas com o cliente para o alcance de suas finalidades. Teremos assim, uma outra maneira de especificá-las:

- 1) Entrevista inicial, para primeiro contato com o cliente e sua família e recolhimento da queixa.
- 2) Entrevistas de anamnese.
- 3) No caso do atendimento de crianças, observação lúdica, também chamada de Hora de Jogo Diagnóstica.
- 4) Entrevistas para aplicação de testes e técnicas projetivas.
- 5) Entrevistas devolutivas para o encerramento do processo.

Gostaríamos de notar que, tradicionalmente, existe uma tendência quanto à maneira de se realizarem as entrevistas de testagens e as devolutivas. Nesta, as informações e os resultados coletados só serão discutidos com o cliente nas entrevistas de devolução, e mesmo assim de forma abrangente. A devolutiva assim, é o momento onde tudo o que foi colhido e guardado durante todo o processo, pode finalmente ser compartilhado com o

solicitante da consulta. Considerando-se que as etapas podem utilizar um número variável de 3 a 7 sessões (é possível realizar-se um contrato de psicoterapia breve focal com esse número!), alguns autores salientam o quanto o processo conduzido nessas bases dificulta a amenização das ansiedades do cliente, devido ao longo período de espera pela conclusão do psicólogo sobre o seu problema.

Embora a estrutura apresentada seja usualmente por nós utilizada, torna-se importante retomar alguns focos de discussão desenvolvidos até esse momento, visto que são responsáveis pela introdução de novas possibilidades e posicionamentos frente à prática.

As críticas direcionadas ao psicodiagnóstico realizado com finalidades meramente classificatórias; o alerta para os efeitos estigmatizantes desse tipo de postura; a constatação de que, além dos testes, outros instrumentos mostravam-se eficientes para a coleta de dados, complementando inclusive as informações; a valorização da relação terapêutica como um desses instrumentos; a atuação do cliente como participante ativo da investigação e resolução de seu problema, são alguns dos aspectos que favorecem o desenvolvimento de novos tipos de processo, em que os modelos de intervenção reconsiderem os seguintes aspectos:

a) Quanto à forma de manipulação dos testes psicológicos.

Deixem de ser empregados de maneira a reforçar uma coleta passiva de informações.

Uma nova utilidade é incentivada, não só para aprofundar a coleta de dados à qual se propõe, como também valer-se dos próprios resultados como fonte de discussão e compreensão dos mecanismos envolvidos no problema investigado.

Encontramos este tipo de postura no trabalho de BARROS (1996), a respeito da utilização do teste projetivo CAT-A (Children's Apperception Teste - versão animal) no psicodiagnóstico de crianças.

A autora defende que obter conclusões sobre os conflitos geradores dos sintomas que perturbam o desenvolvimento da criança, não deve ser o único objetivo a ser

alcançado ao final do psicodiagnóstico. Em adicional, o teste poderia ser utilizado de modo a permitir uma melhor comunicação com a criança e sobretudo com seus pais.

Nesta perspectiva, utiliza-se das histórias criadas pela criança para as pranchas do CAT, discutindo diretamente com os pais aquelas que se mostraram mais reveladoras das dificuldades da criança. Busca-se assim, estabelecer uma relação entre a queixa e a compreensão que o psicólogo adquiriu sobre o caso, auxiliando os pais a melhor compreender o significado dos sintomas apresentados pela criança, sensibilizando-os a se tornarem-se solidários quanto às dificuldades que o filho apresenta.

"...É preciso buscar formas de fazer com que essa compreensão sobre o que se passa com a criança resulte em benefícios para ela. É preciso além de compreendê-la ajudá-la a encontrar formas de resolver os conflitos de que é vítima. Para que tal se viabilize, é necessário possibilitar que os adultos que são por ela responsáveis tenham uma compreensão, o mais acurada possível, daquilo que está se passando." (BARROS, 1996, pág. 36)

b) Quanto aos objetivos a que se propõe alcançar.

Demonstram que podem ser ampliados, tendo suas finalidades direcionadas a outras propostas.

As teorias humanistas e psicodinâmicas defendem a importância e mesmo a utilidade de se considerar, em qualquer trabalho psicológico, os aspectos dinâmicos e relacionais, nos quais são participantes não só os conteúdos históricos do cliente, mas também os que emergem no relacionamento com o psicólogo.

Constatando-se que esse relacionamento torna-se um recurso mobilizador de mudanças, principalmente, como bem o demonstrou a abordagem comportamental, quando desenvolvido de forma participativa entre cliente e psicólogo; não há motivos para não se investir na 'função terapêutica' do psicodiagnóstico, adicionando aos seus objetivos tradicionais o favorecimento de mudanças na dinâmica do cliente, de forma a capacitá-lo a melhor compreender e intervir sobre seu problema.

Esta posição torna-se, atualmente, uma tendência, em que o próprio tempo destinado à realização do psicodiagnóstico (bastante longo por sinal!) contribui para reforçar um atendimento desenvolvido com este intuito.

Delimitados os requisitos capazes de favorecer mudanças na sintomatologia, mesmo durante a fase diagnóstica, suas etapas precisam ser reorganizadas de forma a favorecer o alcance desse novo objetivo.

Entendemos assim que, desenvolvidos em conjunto, esses elementos terminam por comprovar o quanto pode ser desnecessário e improdutivo reforçar a diferenciação entre psicodiagnóstico e psicoterapia.

Não se pretende defender aqui a substituição da segunda prática pela primeira. Como assinalamos anteriormente, o inverso já foi observado. O psicodiagnóstico diluiu-se na psicoterapia e até onde podemos observar isto trouxe significativas perdas para ambas.

O que gostaríamos de pontuar é que cada um desses modelos de atendimento possuem condições e características próprias que precisam ser adaptadas às particularidades do problema investigado. Entretanto, devem funcionar como parte integrante do mesmo processo de desvendamento favorecendo ao cliente a superação de suas dificuldades emocionais.

Despir o psicodiagnóstico de suas condições terapêuticas naturais, torna-se um erro pois, além de desconsiderar as transformações sociais com as quais a Psicologia vem se confrontando, cria sérios obstáculos para que possa reestruturar seus modelos tradicionais de intervenção.

1.4. PSICODIAGNÓSTICO DESENVOLVIDO EM INSTITUIÇÕES: ESTÍMULO À REFLEXÃO E À BUSCA DE NOVAS MODALIDADES

Atualmente, é bastante significativo o número de trabalhos que levantam a reflexão sobre o tipo de atendimento psicológico dispensado à clientela que procura as instituições públicas.³

Parte desses trabalhos procura delimitar essa população, não só pelas características do seu universo sócio-econômico-cultural (originam-se principalmente da classe operária assalariada), mas sobretudo pelas implicações destas sobre a sua representação saúde-doença. O resultado são expectativas e formas de 'subjeter-se' que não podem ser refletidas, tomando-se como base a parcela da população mais socialmente favorecida, que frequenta consultórios particulares.

Angustiadados por um tipo de sofrimento com o qual não conseguem lidar pelos recursos habituais de que dispõem, ou desconfiados de um dito 'problema' que, na grande maioria das vezes, foi detectado exclusivamente por um médico ou professor, essa população inunda os serviços públicos de saúde mental, buscando um profissional que lhes esclareça e auxilie.

É ao procurar dar conta dessa tarefa, que o profissional de saúde mental confronta-se com o grau de repercussão das particularidades dessa clientela específica sobre o projeto psicoterápico que deseja desenvolver.

Autores como COSTA (1989) e BEZERRA JR. (1987) discutem os perigos do terapeuta apoiar-se, de forma preconceituosa, em pressupostos teórico-técnicos, tidos como universais e que parecem pouco eficazes junto à população trabalhadora de baixa renda, justamente por não levar em consideração o universo sócio-cultural do cliente. Citemos esses autores:

³ O termo se referirá àquelas instituições governamentais ou privadas que atendem grande número de clientes, geralmente provindos da classe denominada "trabalhadora ou carenciada". Em função da sua condição sócio-econômica, esses clientes são atendidos através de convênios (SUS) ou a preços módicos, quase simbólicos. Englobamos, portanto, nesta categoria Postos de Saúde, hospitais conveniados ao SUS e Clínicas Escola de Psicologia.

“Não temos dúvidas de que os distúrbios mentais só existem através de certos conflitos subjetivos, os quais por seu turno, estão sócio-culturalmente condicionados.(...) A universalidade do distúrbio psíquico não significa invariância das expressões psicopatológicas. Os modelos de conduta normais e anormais, psiquiatricamente falando, são tão prescritos e modulados em sua expressão quanto qualquer outro tipo de conduta social.” (COSTA, 1989, pág.18)

Reforça BEZERRA JR:

“Nem sempre estaremos diante de pessoas com as mesmas noções que as nossas acerca do adoecimento psíquico. As idéias e sentimentos do terapeuta e do paciente acerca do que é a doença, como se instala, suas causas, o que entendem por cura, tratamento, saúde, etc... Podem ser contrastantes e é preciso não se deixar levar pela ilusão universalista para poder enxergar esta diversidade. Se isto não acontece, a escuta do terapeuta se empobrecerá pelo etnocentrismo de seus ouvidos.” (1987, pág.141-142).

Constata-se assim, a relevância de considerar esses aspectos, utilizando-os para fundamentar ou construir qualquer prática de atendimento psicológico oferecida a essa população.

Observa-se no atendimento psicológico, em instituições públicas, uma espécie de maratona pela qual passa o cliente, até que possa considerar-se enfim, iniciando uma psicoterapia. Desde sua inscrição até à chegada desse momento, o cliente será considerado pela equipe, como em processo de triagem, em fila de espera, em psicodiagnóstico e, na grande maioria das vezes, novamente em fila de espera pelo atendimento psicoterápico. Consideramos que essa hierarquia de atendimentos serve mais aos profissionais e à instituição, como uma tentativa de poder refletir sobre o 'que fazer' e o 'como fazer', do que propriamente ao cliente. Este tenderá, no entanto, a sentir-se mais uma vez 'fazendo fila', prática rotineira em sua vida.

O psicodiagnóstico, enquanto participante da hierarquia de atendimentos mencionada acima, tende a ser um momento bastante valorizado em instituições. Sempre confrontado com o grande número de clientes aguardando atendimento, o psicólogo investe nesse tipo de prática, buscando delimitar o mais precisamente possível as origens da queixa que está recebendo, de modo a precisar qual o melhor tipo de atendimento que se enquadra ao caso e se este é oferecido pela instituição em que atua. A experiência mostra que, além de frequentemente não conseguir realizar esse objetivo, o cliente também dele sai não se sentindo acolhido em sua demanda.

MONACHESI (1995) afirma que, na prática institucional, as conclusões do psicodiagnóstico realizado por outro profissional não são utilizadas pelo futuro psicoterapeuta para o planejamento e acompanhamento do trabalho junto ao paciente que lhe foi encaminhado.

“As conclusões do psicodiagnóstico, referentes à estrutura da personalidade do paciente, são praticamente ignoradas pelos psicoterapeutas, que optam por apoiar seu trabalho no diagnóstico informal que realizam. Este constitui-se de entrevistas com os pais e observações das crianças em situação psicoterápica.”
(pág. 197)

A utilidade do psicodiagnóstico para estes profissionais acaba sendo, no caso de crianças, para despistar os casos de de deficiência mental ou doenças orgânicas, bem como para saber se existe déficit psicomotor além de ter registro da queixa e da anamnese. Em nível mais amplo, utiliza-o para estabelecer se o cliente enquadra-se nas propostas de atendimento oferecidas pela instituição, para efetuar encaminhamento e fornecer informações. Concordamos com a autora quando afirma que, para esse fim, a triagem, grupos de espera ou estudo de casos breves poderiam ser bem mais úteis, dispensando-se bem menos tempo.

No caso de clínicas-escola de Psicologia precisaremos considerar uma outra justificativa que embasa a utilização do recurso psicodiagnóstico, em sua hierarquia de atendimentos.

Neste tipo de instituição, ele geralmente se constitui como um dos primeiros momentos em que o aluno toma contato com o atendimento clínico, com prenúncios à psicoterapia. Junte-se a isso sua inegável importância para a compreensão do problema trazido pelo cliente, e o psicodiagnóstico será assim considerado praticamente como uma fase obrigatória, pela qual o cliente deverá passar.

Dessa forma, desenvolver o psicodiagnóstico, em instituições, significa, para o psicólogo, confrontar-se com todas essas particularidades. A indicação desse atendimento nem sempre estará fundamentada só pelas necessidades do caso, mas pelas exigências da instituição. A população que procura seus serviços apresenta por sua vez, características próprias e portanto demandas também particularizadas, distantes daquilo que o psicólogo ou a instituição pode ou sabe oferecer. Tais aspectos, somados ao grande número de clientes em fila de espera e aos altos índices de desistências, levam o profissional a questionar-se quanto à eficácia, à qualidade (e mesmo o sentido!) do tipo de prática que vem desenvolvendo.

As clínicas-escola têm sido o espaço que mais desenvolve discussões e trabalhos sobre tal impasse. Talvez por estar comprometida não só no atendimento à clientela mas também com a formação de futuros psicólogos, o fato é que novas modalidades de atendimento institucional a esta população têm surgido através de trabalhos desenvolvidos em instituições como esta.

Modalidades de atendimento como Grupos de Espera (LARRABURE, 1982, 1986), Grupo de Vivência para Pais (SILVA, 1986) e Psicodiagnóstico em Grupo (EL-ID, 1985), (SANTIAGO & JUBELINI, 1986) surgiram através destas inquietações, trazendo contribuições imensas para o âmbito do atendimento psicológico institucional. A elas nos remeteremos no próximo capítulo.

Se muito já foi feito, muito ainda há por fazer. A prática diagnóstica só há pouco tempo foi retomada criticamente e ainda requer grande esforço dos profissionais para abrir novas perspectivas de atendimento. Nessa busca, voltaremos nossas atenções para o desenvolvimento de novas propostas de intervenção de modo a favorecer outras possibilidades de atuação, tanto sob o ponto de vista da clientela quanto da instituição.

A esta questão voltam-se as atenções dos cursos de formação, a ela devemos o incremento à construção de uma nova Psicologia.

1.5. MODELOS DE ATENDIMENTO QUE CONTRIBUEM PARA NOVOS POSICIONAMENTOS FRENTE AO PSICODIAGNÓSTICO

Buscar alternativas que nos permitam suprir lacunas frente à eficácia dos modelos tradicionais de atendimento psicológico, exige grande esforço dos profissionais, no sentido de reavaliar suas práticas e posturas, reaproximando-as das reais demandas da população.

No que se refere ao psicodiagnóstico, estudaremos alguns trabalhos que demonstram de forma consistente, a viabilidade de se construir modelos alternativos, organizados para acompanhar as novas demandas sociais da população.

Interessa-nos estudar a extensão e a aplicabilidade de seus princípios, de forma a considerar as inquietações comuns que motivaram cada prática e aquilo que delimitam como necessidades básicas a serem supridas no atendimento psicodiagnóstico.

De posse dessas informações, podemos nos orientar quanto a futuros modelos, apoiando-nos em suas experiências para continuar pesquisando práticas cada vez mais aprimoradas e atuais.

1.5.1. Grupos de espera (GE)

Segundo LARRABURE (1982, 1986) a bibliografia dos Grupos de Espera datam seus primeiros trabalhos em 1954, através de pesquisa desenvolvida para acompanhamento dos efeitos da Terapia Centrada no Cliente, antes e após a terapia.

Numa proposta diferente, surgem em 1970, experiências com esse tipo de grupos, desenvolvidos por profissionais argentinos que pretendiam oferecer a pacientes entre 12-20 anos uma atenção durante o período em que se encontravam em fila de espera.

Na forma como foi desenvolvido pela autora (1982), os GE propõem-se a oferecer um trabalho pré-diagnóstico, atendendo pais de crianças que aguardam diagnóstico psicológico, configurando-se portanto como um grupo de curta duração.

Argumentando sobre as particularidades do atendimento institucional oferecido à população, a autora defende a ação de novas práticas em função de, “...*defrontar-se com a dificuldade de adequar os modelos teóricos existentes às necessidades da população que atende.*” (LARRABURE, 1982, pág. 10-11)

Ou ainda por constatar que,

“...a frequência de desistências tem sido muito alta durante o tempo de espera e muitas vezes durante o período de atendimento, e que grande número de clientes já tinha passado por várias instituições, sem que tivessem sido atendidos de forma efetiva. Deparamo-nos também, com vários casos que após um longo período de espera, ao serem chamados para o atendimento, ou apresentavam um agravamento da patologia ou tinham buscado soluções nem sempre adequadas.” (Op. cit., pág.13)

A) Critérios de formação e etapas que compõem os Grupos de Espera:

Na forma como a autora os concebeu, os GE são formados por pais de crianças que passaram apenas por uma triagem, visto que o critério de participação concentra-se no fato da criança ainda não ter sido submetida ao psicodiagnóstico. Além deste, os grupos são organizados em função de outros critérios como: homogeneidade da queixa, sexo ou faixa etária, ordem de inscrição na instituição, etc.

Possuindo um número variável de 4-9 participantes, o grupo caracteriza-se por possuir frequência semanal com uma hora e meia de duração, podendo estruturar-se de forma fechada ou aberta. Quanto ao número de sessões, embora também variáveis,

mantém-se entre 4 (quatro) a 10 (dez), podendo ser desenvolvidas com um co-terapeuta. Em seu desenvolvimento, torna-se importante trabalhar com objetivos pré-determinados para cada sessão. A primeira sessão objetiva prestar informações sobre as características do atendimento e estabelecimento do contrato; as demais não possuem esquemas rígidos a serem seguidos, ficando na dependência das necessidades da instituição e do próprio grupo.

B) Objetivos:

A autora (LARRABURE, 1982, 1986) busca atender simultaneamente tanto a demandas da instituição em que atua, como as da clientela que procura seus serviços. Entre estas destacamos como principais:

DEMANDA INSTITUCIONAL	DEMANDA DA CLIENTELA
<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Atender a excessiva demanda de pacientes, evitando longas filas de espera;</i> • <i>Diminuir o número de desistências ao atendimento;</i> • <i>Identificar e eliminar sem perda de tempo profissional os candidatos altamente desmotivados;</i> • <i>Executar um trabalho pré-diagnóstico selecionando os casos mais adequados a cada tipo de atendimento oferecido pela instituição, os casos que necessitam de atendimento prioritário e pedir exames específicos complementares..”</i> <p>(LARRABURE, 1984, p.66-67)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Melhor compreensão quanto à necessidade do atendimento; • Trabalho conjunto clínica-família no sentido de mobilizar os aspectos positivos da criança e buscar uma atitude mais ativa dos pais diante das dificuldades dos filhos; • Trabalhar a expectativa em relação ao psicodiagnóstico e ao tratamento, procurando adequá-la à realidade; • Esclarecer o que é um serviço de psicologia, quais as etapas do atendimento e como este se processa; • Explicar os recursos da instituição e trabalhar o vínculo com a mesma; • Aumentar a frequência às sessões de atendimento, seja durante o psicodiagnóstico, seja após este, durante a terapia, se necessária”

Os grupos de espera posicionaram-se como um recurso de grande aceitação, visto que os efeitos produzidos perante a população demonstraram que seus objetivos foram plenamente aceitos. Tornou-se, por isso, amplamente utilizado na atualidade, estendendo-se a todas as situações em que o atendimento psicológico torna-se prejudicado pela superlotação de clientes.

1.5.2. Psicodiagnóstico de crianças em grupo

Destaca-se nos trabalhos relacionados a essa especialidade, aqueles desenvolvidos por EL-ID (1985); SANTIAGO & JUBELINI (1986) por constituírem-se numa bibliografia amplamente divulgada no meio científico.

Entre os principais fatores que justificaram a organização deste tipo de psicodiagnóstico encontramos:

“- (...) ser um estudo suficientemente rápido e abreviado porém não superficial, de forma a mobilizar o mais brevemente possível os recursos e intervenções necessárias para uma ajuda efetiva, conforme buscada pelo paciente;

- permitir selecionar quais as áreas prioritárias a que devem ser dirigidas as intervenções;

- garantir que o paciente receba desde esse primeiro momento alguma forma de ajuda e esclarecimento;

- (...) procurar identificar qual o nível de diagnóstico necessário à instituição e ao cliente” (EL ID, 1985, pág. 25)

A mesma autora define o psicodiagnóstico em grupo como:

“ Um modelo de diagnóstico psicológico, (...) em que algumas fases do trabalho são desenvolvidas em grupo, seja com as crianças, seja com os pais, e outras fases são preservadas individualmente, de acordo com parâmetros estabelecidos ao longo da experiência.” (EL ID, 1985, pág. 35)

Para ela este tipo de modelo realiza não só um estudo psicodinâmico da criança, mas também preocupa-se com o meio ambiente no qual a criança está inserida, pois investiga o ambiente familiar, escolar e social.

A) Critérios de formação e etapas:

O número de participantes é variável entre 6-8 crianças. Pode constituir-se como um grupo misto, tendo como único critério a ordem de inscrição. SANTIAGO & JUBELINI (1986) consideram entretanto, na organização dos grupos a idade, o sexo e a patologia dos participantes.

Com referência às etapas, também encontramos diferenças entre as autoras citadas, quanto ao momento em que devem prevalecer entrevistas individuais ou grupais. Tais diferenças relacionam-se a forma como são realizadas as entrevistas de aplicação de testes, anamnese e devolutiva.

B) Objetivos:

Entre os objetivos propostos por EL ID (1985, pág. 39) destacamos:

OBJETIVOS DO PSICODIAGNÓSTICO EM GRUPO.

- *“Ser uma técnica de trabalho mais econômica para a instituição na medida que possibilita o atendimento simultâneo de um maior número de pessoas;” (p.37)*
 - *“Diminuição das filas de espera para diagnóstico, situando-a dentro de um limite mais real de atendimento;” (p.37)*
 - *“Criar condições de intervir o mais rapidamente em relação ao caso;”(p.38)*
 - *“Diminuir índices de desistências e abandono, buscando corresponder melhor às expectativas do cliente e da escola, bem como condicionar sua participação no processo, de acordo com suas possibilidades reais de vida;” (p.38)*
 - *“Preservar a compreensão da totalidade da criança, mesmo através de técnicas grupais, incluindo a família e a escola em todo o processo.” (p.39)*
-

1.5.3. Grupo estruturado de vivência para pais

Remetemo-nos à modalidade de atendimento grupal descrita por SILVA (1986) que se caracteriza por estar voltada para o atendimento de pais de crianças que se encontram em psicoterapia infantil. Desta maneira, pais e crianças realizam um atendimento paralelo, pela necessidade dos pais também receberem algum tipo de escuta psicológica.

Embora não se trate de um modelo voltado à função diagnóstica, a ele fazemos menção visto se confrontar, como nas modalidades anteriores, com todas as particularidades da população que frequenta as instituições públicas, além de se propor a atuar sobre uma lacuna frequentemente deixada pelo psicodiagnóstico, quando este não é conduzido nos moldes do questionamento que tentamos desenvolver.

“Os pais não percebem habitualmente a existência de um vínculo entre a forma de ser de um indivíduo e a dinâmica das relações por ele vividas. Muitas vezes não lhes está clara a própria indicação que receberam, sua real necessidade e conseqüentemente o que seu conteúdo interno e a dinâmica familiar tem a ver com as dificuldades da criança.

Os pais se submetem a uma indicação feita pelo psicodiagnóstico, que julgam ser “obrigatória” a eles, pois buscam o melhor para seus filhos. (...). Sua atitude é passiva frente ao processo terapêutico, esperando que o psicólogo os julguem e lhes dêem fórmulas de como lidar com um filho problemático.”
(SILVA, 1986, p.99-100)

Os grupos de vivência para pais, utilizam recursos da técnica psicodramática, realizando-se em apenas 3 (três) sessões de noventa minutos.

Subentendem-se assim, como uma técnica de sensibilização, no qual encontramos entre seus objetivos não só favorecer a motivação dos pais no empreendimento de sua própria terapia como também fazê-los se posicionar como agentes facilitadores de mudanças frente ao problema do filho.

1.5.4. Modelos de avaliação psicológica voltados para aspectos cognitivos

A responsabilidade dos processos cognitivos, para adaptação e equilíbrio do sujeito em seu meio ambiente, tem mobilizado os autores a desenvolverem novos modelos de avaliação psicológica, voltados para esta finalidade específica.

Encontramos essa proposta em AFFONSO (1998) cujo trabalho apóia-se no pressuposto de que os fatores afetivos e cognitivos possuem íntima relação, interferindo no comportamento em vários âmbitos. Segundo trabalhos citados pela autora, uma das formas de realizar esta investigação, consiste em estabelecer correlações entre os aspectos psicodinâmicos e a teoria de Piaget. Estuda-se assim, relações entre os níveis operatórios e a avaliação de aspectos da vida afetiva (imagos parentais, capacidade de reparação e controle de afetos), correlação entre o comportamento de apego e a aquisição da noção de permanência do objeto

Em seu trabalho, particular a autora investiga através da observação de crianças em interação lúdica (Hora de Jogo Diagnóstica), as possíveis correlações entre afeto e cognição, fornecendo dados ao profissional para que possa considerar aspectos cognitivos em sua prática psicoterápica.

Nesta perspectiva propõe-se demonstrar, em que medida os aspectos cognitivos, centrados exclusivamente no estudo das construções espaço-temporais e causais, segundo a teoria de PIAGET (1975), mostram-se relacionados aos distúrbios de comportamento apresentados por crianças, interferindo na organização de suas experiências de vida.

"Assim, os dados que temos coletado sobretudo na última década indicam, com segurança, que a organização do que se passou e a tudo que se pode esperar supõem as relações espaço-temporais e causais , ou seja, uma construção adequada do real. Portanto, as crianças que não construíram essas noções representam caoticamente o mundo. As pesquisas têm demonstrado que essa representação caótica, determinada pela ausência da construção adequada dessas noções, pode originar medos, ansiedades e sentimentos de culpa. Assim, chegamos ao possível presumível "elo" entre afetividade e cognição."
(AFFONSO, 1998, pág. 35)

Encontramos nesta proposta a preocupação em ampliar as possibilidades do diagnóstico psicológico, oferecendo diferentes perspectivas num único processo de atendimento psicológico.

Num segundo modelo de avaliação psicológica voltado para os aspectos cognitivos, encontramos a influência do trabalho do psicólogo russo Vygotsky. Os fundamentos da abordagem sócio-construtivista do desenvolvimento cognitivo que propõe, fornecem subsídios para uma forma de avaliação denominada avaliação assistida ou dinâmica. (LINHARES, 1995)

O trabalho de VYGOTSKY (1988) possui amplas aplicações, sendo identificado como participante do grupo de teóricos construtivistas, em que também se destacam Piaget e Wallon. Como tais, consideram a aprendizagem e o desenvolvimento como resultantes da ação recíproca e inter-atuantes do sujeito e dos objetos do conhecimento. Assim os processos de desenvolvimento e de aprendizagem estão diretamente relacionados à interação entre estes dois fatores. (DEL PRETTE & DEL PRETTE, 1995)

Em seus escritos sobre a relação entre o desenvolvimento e a aprendizagem, Vygotsky (1988) amplia os pressupostos existentes sobre a inteligência infantil. Para ele, na avaliação da capacidade intelectual da criança não basta priorizarmos os resultados dos testes, visto que esses só conseguem medir o nível de desenvolvimento mental já atingido pela criança, não informando, entretanto, sobre os níveis cognitivos já iniciados e não completados, mas que podem, com ajuda, gerar novas possibilidades de aprendizado. (COUTINHO & MOREIRA, 1989)

Nesta perspectiva, estabelece-se o conceito de avaliação assistida:

“A avaliação assistida é uma avaliação dinâmica interativa, que inclui o ensino durante o processo de avaliação. Caracteriza-se por um conjunto de estratégias instrucionais utilizadas durante o processo de avaliação, a fim de garantir o fornecimento de ajuda, melhorando as condições da situação de avaliação, para que o examinando possa revelar o seu desempenho potencial e possa atingir um grau crescente de autonomia em situações de resolução de problemas.

É um método que prevê um contexto de suporte de ensino, oferecido por uma pessoa mais competente, no caso o examinador, para reverter o atual quadro de

funcionamento do examinando. Diferentemente de uma avaliação padronizada, dita estática em contraposição à dinâmica, a avaliação assistida inclui a prática guiada de assistência, pautada por diretrizes de ensino-aprendizagem, provendo de diferentes formas uma situação de aprendizagem cooperativa direcionada para revelar níveis mais altos de desempenho do examinando.” (LINHARES, 1995, pág. 24)

A autora ressalta que, pelo menos no que se refere ao fator aprendizagem, a combinação entre avaliar e intervir 'ensinando' o examinando, durante o período de avaliação, não se constitui propriamente uma novidade, visto que o interesse por este tipo de avaliação começou a receber atenção mais significativa a partir da década de 70.

Trabalhando com o conceito de aprendizagem mediada que defende a avaliação do potencial de aprendizagem mais do que o 'desempenho real', uma vez que reflete apenas o conhecimento acumulado pelo sujeito até o momento de avaliação, este modelo se diferencia da avaliação tradicional devido o desempenho do sujeito ser considerado como uma estimativa do potencial para aprender mais do que uma medida de erros.

Embora este modelo de avaliação não se associe diretamente ao atendimento clínico, mas sim com a avaliação de habilidades cognitivas, optamos por mencioná-lo visto praticar ativamente alguns argumentos por nós discutidos.

- Procura ir além das avaliações psicométricas estáticas. Ao invés, busca produzir informações relacionadas ao desempenho potencial para aprendizagem, discutindo tanto as variáveis individuais que originam o problema em estudo, como também fornecendo pistas adicionais para a sua solução.
- A relação examinador/examinando deve ser valorizada e estruturada, dependendo-se dela para favorecer as mudanças necessárias;
- Busca-se inibir a passividade do cliente, de forma a facilitar a instalação das mudanças que se pretende;
- Fornecer "feed-back" constante de modo a criar condições de "insight" e favorecer mudanças para o cliente.

Como era nosso intuito, procuramos extrair de cada modelo apresentado, elementos em comum que tivessem servido como mobilizadores à estruturação de novas atuações frente ao psicodiagnóstico, sugerindo, inclusive a forma como isto poderia ser feito.

Entre os aspectos que motivaram a busca dessas novas alternativas, encontramos algumas diretrizes em comum, que merecem ser seguidas.

1. Adaptar as propostas de intervenção às características sócio-econômicas-culturais da clientela;
2. Procurar diminuir índices de desistência e abandono, evitando oferecer modelos e estrutura de atendimento dissociado da realidade e das atuais expectativas da população;
3. Motivar a clientela ao atendimento psicológico. Conquanto envolva os aspectos do item anterior, aqui também observamos a influência da informação, dos objetivos, das exigências e das condições sobre os quais o trabalho psicológico irá se desenvolver;
4. Diminuir filas de espera, possibilitando atendimento simultâneo a um maior número de pessoas.
5. Oferecer diferentes perspectivas de trabalho terapêutico, a partir de um mesmo modelo de atendimento psicológico.

Neste item entretanto, consideramos importante reforçar o alerta de EL ID (1985) :

“A decisão de adotar determinado método não deveria basear-se somente em fatores de limitação econômica do paciente e filas de espera das instituições. A mudança básica que se impõe diante de tal realidade, mais do que a descoberta de tal ou qual técnica, consiste na necessidade de mudança de atitude por parte do especialista (em nosso caso, o psicólogo), abandonando os métodos já tradicionais e familiares, para explorar novos caminhos.” (pág. 11)

6. Ampliar seu campo de intervenção, estendendo-o à criança, à família, à escola e a outros seu foco de intervenção.
7. Buscar uma investigação mais globalizada da queixa, considerando na sua origem a participação de vários aspectos: históricos, cognitivos, afetivo-emocionais, familiares, sociais.
8. Possibilitar uma participação mais ativa dos pais frente ao atendimento do filho.

Destacamos entretanto, um outro aspecto percebido entre as justificativas de cada proposta: a maneira como informamos e discutimos com o cliente nossas impressões acerca do atendimento apresenta-se ainda insatisfatória. As propostas do Grupo de Vivência para Pais indicam-nos que, se não formos cuidadosos, nossos clientes continuarão a sair dos atendimentos com a sensação de que 'a conversa com o psicólogo' é algo que o emociona mas que não consegue encontrar aplicabilidade em sua vida.

Assim, somada à preocupação de cumprir as finalidades diagnósticas estará presente o nosso empenho em favorecer condições para que, não só os conteúdos sejam apreendidos pelo cliente, como também que a ele sejam oferecidas condições para iniciar o mais breve possível, a busca de solução para seus problemas.

Portanto, entre abandonar o cliente à sua própria angústia durante meses, ou oferecer-lhe uma escuta que lhe permita não só identificar seu problema como também capacitá-lo para desenvolver estratégias para sua superação, não deveríamos hesitar em arriscar a segunda opção.

Buscando apresentar uma modalidade diagnóstica, que inclua todos os aspectos por nós considerados, deparamo-nos com um tipo de prática que vem cada vez mais ganhando reconhecimento, posicionando-se como prática que organiza o perfil do psicodiagnóstico na atualidade.

1.5.5. O psicodiagnóstico interventivo

A corrente fenomenológica existencial, pelas próprias características filosóficas que lhe dão suporte, colabora, junto com outras abordagens, para trazer ao psicodiagnóstico uma postura diferenciada frente aos objetivos e aos papéis que tanto o terapeuta como o cliente precisam assumir para o alcance de suas expectativas.

YEHIA (1994) ao refletir os fundamentos fenomenológicos articulados ao diagnóstico psicológico apresenta:

“A interpretação de uma situação, de uma fala, é simplesmente tornar explícita a compreensão que se tem da mesma. Entretanto, a compreensão não está na simples captação de uma situação e sim na revelação das potencialidades concretas do ser, no horizonte da situação que cada um ocupa no mundo...”
(pág.10)

Assim, o papel do terapeuta é compreender a fala do paciente, ajudando-o a reintegrá-lo a seu mundo de referência.

“O trabalho do clínico (durante o psicodiagnóstico) é então procurar compreender a pergunta. Compreender é participar de um significado comum, do “projeto de mundo” do cliente, isto é, de sua abertura e limitação para o mundo, chegando a um acordo sobre a coisa.

Compreender uma fala é estar pronto para que ela nos diga algo e a ela responder, e nesta resposta procurar promover novas possibilidades existenciais na medida em que ajude o outro e a si mesmo a avançar em sua abertura, transformando seu projeto.”(YEHIA, 1994, pág.12)

Reforçadas pelas dificuldades que o trabalho em instituição nos confronta, discussões como esta foram ganhando maior âmbito no meio científico, gerando trabalhos e pesquisas de mérito, onde os atendimentos, baseados nesse tipo de postura, começam a ser investigados para melhor avaliar a aplicabilidade desses conceitos. Trabalhos como o de YEHIA (1994) são o exemplo disso.

Através desses trabalhos o psicodiagnóstico desenvolvido dessa 'outra' forma, começa a ser melhor caracterizado e ganha uma denominação particular, 'psicodiagnóstico interventivo'. O nome sugere a preocupação desse tipo de processo, em fornecer para o cliente condições de que ele possa, ao final do atendimento, alcançar uma compreensão mais aprofundada a respeito das suas dificuldades, favorecendo inclusive, desde esse momento, a apreensão de novas possibilidades de lidar e solucionar o problema apresentado.

“O cliente de psicodiagnóstico espera conhecer alguma coisa nova sobre si mesmo. Melhor ainda, espera que a clareira, que abrirá um vazio no conhecimento que tem sobre sua maneira de funcionar, lhe apresente novas possibilidades de ser. É, pois, injusto, por parte do psicólogo, negar esta possibilidade ao cliente e desonesto trair-lhe a confiança guardando para si os conhecimentos que ele veio pedir que lhe fossem apresentados.”
(ANCONA-LOPES, 1995, pág.36)

São as seguintes características que configuram o psicodiagnóstico num processo interventivo:

⇒ **A inclusão do paciente, como participante ativo no processo.**

Para essa finalidade é necessário que o psicólogo não se apóie no papel de detentor de um saber, inacessível ao conhecimento do paciente. Ainda que essa situação, num certo grau ocorra, é necessário redimensioná-la, transformando-a numa possibilidade a ser explorada conjuntamente pelo par terapêutico.

“A nosso ver, faz-se necessária, uma atitude continente e empática com o paciente, uma disposição para escutá-lo e estabelecer com ele um verdadeiro diálogo. E isso implica necessariamente incluir o paciente no processo diagnóstico de um modo diferente do que comumente ocorre, ou seja, estimulando-o a compartilhar do trabalho compreensivo em curso. Ele poderá assim vincular-se à tarefa de modo mais ativo, encontrando um outro lugar na relação que não somente o de mediador dos dados sobre sua história e gradativamente poderá tomar contato com alguns aspectos mais manifestos de sua conduta.” (SANTIAGO, 1995, pág. 12)

A mesma autora salienta que a utilização do aspecto relacional é amplamente aceita e utilizada no atendimento psicoterápico propriamente dito. No entanto, embora também seja um aspecto reconhecido como participante do processo psicodiagnóstico, inexplicavelmente ele se torna ainda pouco explorado.

⇒ **O momento de devolução das impressões colhidas nas entrevistas.**

Nos outros tipos de processos, a entrevista devolutiva funciona como um momento de 'revelação', em que finalmente, o terapeuta deverá informar ao cliente suas conclusões. Esse tipo de postura é bastante questionado por alguns autores (SANTIAGO, 1995; ANCONA-LOPEZ, 1995) que defendem o modelo interventivo em função de alguns pontos negativos das outras posturas, tais como:

- a) favorecer a intensificação da ansiedade do paciente. Por consequência fantasias persecutórias podem ser chamadas a atuar, dificultando a emergência de conteúdos latentes e representativos para a compreensão do problema.
- b) reforçar o posicionamento do cliente no papel de passivo, mero informante de datas e informações históricas.
- c) dificultar ao cliente retomar atitudes anteriores que possam contribuir para uma melhor integração do material discutido em devolução.

Por outro lado, no modelo interventivo, todas as impressões suscitadas durante o desenvolvimento do processo são compartilhadas com o cliente durante o processo.

“A intervenção ocorre à medida que não se posterguem os apontamentos que naturalmente ocorrem ao psicólogo durante os encontros, ou seja, quando se compartilha com o cliente, durante as sessões de psicodiagnóstico, a maneira como ele se apresenta: a impressão que causa ao psicólogo e as reflexões que possibilita.” (ANCONA-LOPES, 1995, pág.34)

Esse procedimento aplica-se inclusive aos testes, onde o material coletado é apresentado e muitas vezes analisado juntamente com o cliente, durante o desenvolvimento do atendimento.

⇒ **Fazer uso de assinalamentos ou interpretações nas entrevistas diagnósticas.**

Para favorecer a apreensão do material que está sendo compartilhado com o cliente, o psicólogo utiliza todos os recursos necessários para que os conteúdos possam ser assimilados, inclusive interpretações e assinalamentos.

“É claro que um assinalamento do psicólogo não levará o paciente a mudar seu ponto de vista sobre si mesmo (...) mas uma observação pertinente, no momento oportuno, resulta muitas vezes útil porque possibilita ao paciente tomar contato com determinado aspecto de sua personalidade.” (SANTIAGO, 1995, pág.17)

Este recurso, até então exclusividade do momento de terapia propriamente dito, passa a ser utilizado, conforme as necessidades do psicólogo, frente ao trabalho que desenvolve conjuntamente com o cliente.

O redimensionamento dos papéis terapêuticos entre psicólogo e cliente, a maneira de discutir e partilhar as informações, a utilização de recursos até então de uso exclusivo do momento de psicoterapia propriamente dito, oferecem ao psicodiagnóstico a possibilidade de que sejam ampliados seus objetivos. Antes realizado exclusivamente para coleta de dados, avaliação e encaminhamento terapêutico, o psicodiagnóstico pode ser agora utilizado com o objetivo adicional de abrir perspectivas novas ou possibilitar mudanças positivas para o cliente. Investe-se assim, na maior exploração dos efeitos terapêuticos já naturalmente presentes no processo.

Sobre a constatação da necessidade deste 'ângulo psicoterápico' no diagnóstico psicológico, encontramos apoio nas seguinte colocação de MONACHESI (1995):

“É recomendável, ainda, que haja a perspectiva de oferecer ao paciente e/ou a sua família um “ganho” resultante dessa experiência. Nesse sentido, indica-se o psicodiagnóstico que valoriza os aspectos compreensivos e de intervenção, o qual permite ao cliente levar consigo ao menos uma parcela de compreensão a respeito de suas dificuldades, se for encaminhado a outro local de tratamento, ou ampliá-la, se permanecer na própria instituição.” (pág. 204)

O psicodiagnóstico será para o cliente o primeiro momento onde poderá falar mais extensivamente sobre o que lhe aflige, onde será submetido a várias perguntas que o farão viajar no tempo, expondo velhas feridas tidas como superadas, descobrindo emoções nunca antes partilhadas. Acreditamos que é a busca desse efeito que o mobiliza a buscar tratamento. O nome técnico que o profissional dá para este (triagem, psicodiagnóstico, psicoterapia) não lhe é significativo, constituindo-se em frustração todo e qualquer atendimento que não realizar essa demanda.

1.6. A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E AS CONSEQÜÊNCIAS SOBRE A PRÁTICA PSICODIAGNÓSTICA

Salientou-se a importância do trabalho em instituições para o desenvolvimento de novas modalidades de atuação psicológica. Essas práticas, entre elas o psicodiagnóstico, que visavam oferecer à população um atendimento mais adequado às suas características e necessidades, só puderam ser repensadas a partir do posicionamento crítico dos profissionais atuantes nestes locais, frente ao seu próprio trabalho.

Considera-se que o posicionamento profissional do psicólogo esteja influenciado pela preparação acadêmica e autocrítica pessoal; estes são aspectos que influenciam os resultados pouco promissores das práticas psicológicas realizadas em instituições.

É o que observa ANCONA-LOPES (1986) ao delimitar três aspectos básicos que originam problemas na eficácia do diagnóstico desenvolvido em instituições: (1) a falta de preparação dos profissionais em sua formação, (2) a dificuldade do profissional em decidir o que é e o que não é da sua competência realizar e (3) a falta de identidade profissional, reforçada pelo desenvolvimento ainda recente da psicologia como profissão.

TRINCA (1983) defende que equívocos e dificuldades na realização de diagnósticos em psicologia clínica devem-se fundamentalmente a:

“...confusão entre estruturação do processo e pensamentos clínicos, insuficiência de estruturação do processo, arranjo cego de elementos e indiscriminada estruturação do processo e técnicas de exames.” (pág.15)

Entendemos que essas dificuldades, classificadas por nós como de ordem técnica, podem ser entendidos como reflexos dos aspectos anteriormente mencionados.

Outra autora, MONACHESI (1995), reforça a importância da formação acadêmica e da formação permanente (supervisões) para o aprimoramento das práticas institucionais pelo fato dos cursos de formação geralmente não apresentarem ao aluno, definições claras quanto à concepção do trabalho institucional. O resultado é que, chamado pelo mercado de trabalho a atuar nesses locais, o psicólogo tende a lidar com a situação, repetindo práticas inadequadas à clientela que a frequenta, situação esta que, na grande maioria das vezes, ele não consegue reconhecer e avaliar de maneira crítica.

Um aspecto marcante que complementa esta discussão, refere-se ao significado que o termo ‘atuação clínica’ possui para a maioria dos psicólogos.

Históricamente, o termo está estreitamente associado ao modelo médico de atuação, em que a tendência ao atendimento individual e o reforço pela separação entre a fase diagnóstica e psicoterapia, tornaram-se características herdadas pelo modelo de diagnóstico psicológico. (LO BIANCO, BASTOS, NUNES, SILVA, 1994)

Reconhecendo nesta tradição, um símbolo de *status* e valorização social, o atendimento individualizado, desenvolvido em consultórios particulares, torna-se o modelo

de preferência pela grande maioria dos profissionais. Esta situação ainda prevalece visto que, levantamentos realizados pelos Conselhos Regionais de Psicologia (MANCEBO, 1997; CRP-06, 1994) estatisticamente confirmam a hegemonia pela área clínica

Mesmo ao ser chamado para atuar em outros contextos, o psicólogo parece resistir em abandonar a segurança deste tipo de modelo, não percebendo o quanto ele se mostra inadequado, ao ser aplicado em outras populações.

"O amplo predomínio das atividades clínicas é marcado por uma atuação em consultórios particulares, com dedicação parcial de tempo, onde a psicoterapia é a atividade largamente predominante e dirigida a uma clientela adulta e de classe média. A inserção em instituições de saúde (hospitais ou centros de saúde públicos) modifica a clientela atendida (nível sócio- econômico baixo), contudo as atividades mais freqüentes não se distinguem da atividade clínica tradicional." (BASTOS & ACHCAR, 1994, pág. 248)

MANCEBO (1997) observa que um dos fatores que reforçam a aderência dos psicólogos aos modelos tradicionais de atendimento psicológico, relacionam-se aos cursos de formação que ainda mantêm este tipo de perfil profissional. Para ela, eles investem num tipo de formação muito distanciado de uma leitura social.

Órgãos regulamentadores da profissão têm convocado todos os cursos de Psicologia do país para discutir a qualidade da formação oferecida aos futuros psicólogos, incentivando-os a adaptar a estrutura dos currículos a um perfil de psicólogo condizente com a realidade atual da sociedade brasileira.

BASTOS & ACHCAR (1994) observam entretanto, a existência de movimentos emergentes, no exercício profissional, que estão construindo uma nova forma de conceber o papel do psicólogo e a sua relação com a vida do indivíduo e com as demandas sociais que lhe chegam.

Resumem então as principais tendências observadas na prática profissional do psicólogo, independente da área de atuação:

1) Mudanças quanto à concepção sobre o fenômeno psicológico.

Os esquemas conceituais, antes centrados na investigação do indivíduo de forma a-histórica, isolado do seu contexto social, passam reconhecer uma concepção de sujeito relacionada com o contexto sócio-cultural.

2) As fontes de conhecimento que fundamentam a atuação prática ampliam-se de uma perspectiva unidisciplinar para uma multidisciplinar.

O psicólogo, ao expandir sua atuação a contextos que antes lhe eram estranhos, busca referências e conhecimentos de outras disciplinas, como suporte para novas formas de intervir sobre problemas concretos, ampliando, inclusive, suas possibilidades de inserir-se em trabalhos de natureza multiprofissional

3) A natureza da intervenção.

A intervenção psicológica, antes direcionada à ação isolada do psicólogo sobre o indivíduo, estaria evoluindo para uma atuação em equipes multiprofissionais, de forma que o enfrentamento do problema seria congruente com as múltiplas facetas que ele assume.

Por outro lado, na intervenção sobre o indivíduo o aspecto 'curativo' perde sua força, deslocando seu foco de atenção para as ações preventivas, direcionadas a grupos institucionais e comunitários.

4) Recursos técnicos.

A ampliação do leque de problemas com que o psicólogo passa a lidar, faz com que os recursos técnicos adotados deixem de ser aqueles restritos e originários do âmbito da própria Psicologia, para utilizar uma maior diversidade de recursos e instrumentos que podem extrapolar o campo da Psicologia.

"A diversidade dos grupos e dos problemas a estes associados e as condições em que os trabalhos são executados induzem à utilização de múltiplos recursos —a maioria apoiados em estratégias grupais. Para a consecução dos objetivos da intervenção recorre-se, além dos clássicos recursos da psicologia social

(dinâmicas de grupo, grupos operativos, análise institucional e dramatizações, por exemplo), a recursos que extrapolam o campo da psicologia tais como atividades artísticas (teatro, argila, pintura), atividades lúdicas (jogos, brincadeiras), esportivas e de lazer." (BASTOS & ACHAR, 1994, pág. 260)

Por outro lado, ao ampliar seu campo de atuação e os seus recursos de intervenção, o psicólogo deixa de ter uma ação restritiva, caracterizada pela aplicação de técnicas e procedimentos exclusivamente psicológicos, para envolver-se em ações cuja amplitude é consideravelmente maior. Assim, a atuação do psicólogo já não é mais associada apenas como a de psicoterapeuta, mas relacionada a outras como consultor ou assessor.

5) Quanto à clientela, esta que era anteriormente originária da classe média com poder aquisitivo, torna-se bem mais diversificada, visto o acesso a segmentos populares, socialmente excluídos.

6) A postura profissional.

Para lidar com estas transformações, a postura do psicólogo deixa de ter características reprodutivas—generalizando a contextos diversos um modelo único de atuação— para optar por uma postura crítica, preocupada em gerar conhecimentos e tecnologias condizentes à realidade em que atua.

Remetendo-nos a este novo perfil de profissional exigido pela Psicologia, esperamos relacioná-lo também à prática psicodiagnóstica. Buscamos desta maneira, contribuir para reposicionar o psicodiagnóstico como campo de valor a ser investido na Psicologia, reforçando sua importância tanto para o psicólogo, como para o cliente, visto considerá-lo como um primeiro recurso capaz de responder a necessidades que este busca satisfazer.

“Sinceramente doutora, o que é que eu faço?” Quantas vezes não nos confrontamos com esse pedido, cientes de que ao nos despedirmos as respostas ainda permanecerão incompreensíveis para o cliente, apesar de todos os nossos esforços?

Quantas vezes não partilhamos dos diálogos descritos no início deste trabalho, que exemplificam a realidade de milhares de cidadãos com quem temos cada vez mais o dever de partilhar respostas que lhes sejam compreensíveis. Precisamos assim, continuar avançando neste objetivo, reconhecendo que, tanto para eles quanto para nós próprios, as respostas ainda não são suficientes.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVOS GERAIS

Promover levantamento a respeito da prática psicodiagnóstica, desenvolvida pelos psicólogos da região do Vale do Paraíba, no Estado de São Paulo.

Averiguar a mobilização profissional da população em refletir, repensar e aperfeiçoar a realização desta prática.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer índices de profissionais dessa população que não faz uso deste recurso, bem como conhecer os motivos pelos quais não o fazem.
- Estudar a representatividade do psicodiagnóstico para prática psicológica como um todo.
- Delimitar o perfil da prática diagnóstica através dos seguintes aspectos: conceitos em que se apóiam, embasamento teórico, objetivos propostos, locais de atuação, etapas, modalidades e tipos de processo desenvolvidos.
- Observar posicionamento crítico por parte do profissional quanto à prática psicodiagnóstica e à eficácia desta para a população.
- Conhecer o nível de informação desses psicólogos a respeito de novas discussões e práticas sobre o tema, mais especificamente, sobre o modelo de psicodiagnóstico interventivo.
- Conhecer a preparação dos profissionais para a prática psicodiagnóstica, recebida através das Universidades que atendem a região.

3. MÉTODOS

3.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA

Visto não ter sido encontrada nenhuma pesquisa que apresentasse como os psicólogos da região do Vale do Paraíba se posicionam frente ao psicodiagnóstico, optou-se por realizar uma pesquisa de levantamento, mais indicada a nosso ver para coletar, pela primeira vez, dados que caracterizem a realização dessa prática por estes profissionais.

Constituiu-se portanto, de um estudo de natureza descritiva, cujo intuito básico foi não só determinar a incidência e a distribuição das características apresentadas pelos elementos da população, como também observar possíveis relações entre estas mesmas características.

Em função do tipo de estudo escolhido e das peculiaridades da pesquisa não foram consideradas hipóteses ou variáveis dependentes ou independentes.

3.2. SUJEITOS

A população estudada constituiu-se de psicólogos formados, moradores na região do Vale do Paraíba, no Estado de São Paulo, inscritos no Conselho Regional de Psicologia (C.R.P.) -6ª Região, que atende aos Estados de São Paulo, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, e por ele considerados como ativos, ou seja, exercendo legalmente a profissão.

Incluiu-se como elementos dessa população os profissionais que atuam, de modo exclusivo ou não, na área clínica e que utilizam, não utilizam na atualidade ou nunca utilizaram o psicodiagnóstico em sua prática.

De modo a colher dados mais completos sobre um dos aspectos a ser estudado na pesquisa (formação acadêmica oferecida para realização do psicodiagnóstico) optou-se por trabalhar com uma população paralela: professores universitários, atuantes em disciplinas envolvidas no ensino do psicodiagnóstico das universidades que formam os psicólogos, da região do Vale do Paraíba.

As disciplinas que delimitaram os profissionais componentes dessa população são aquelas definidas como obrigatórias ou optativas, através do Parecer nº 403/62 incorporado à Lei nº4.024/61, que fixa o currículo mínimo e a duração do curso de Psicologia (SEMINÉRIO *et al*, 1987). São elas: Teorias e Técnicas Psicoterápicas, Técnicas de Exame e Aconselhamento Psicológico (TEAP), Estágio Supervisionado. Além destas, consideraram-se outras que, embora não façam parte das disciplinas mencionadas neste documento, delas se originaram, como disciplinas complementares. Nesta situação encontramos as outras disciplinas que serão consideradas neste trabalho: Psicodiagnóstico e Técnicas de Exame psicológico (TEP).

No que diz respeito às Universidades, investigamos aquelas que, devido à proximidade em que se encontram das cidades da região, tornaram-se os principais centros de formação de quase toda população de psicólogos do Vale. São elas, Faculdades Salesianas em Lorena, Universidade Brás Cubas em Mogi das Cruzes, Universidade de Mogi das Cruzes e Universidade de Taubaté.

Visto tratar-se de uma população finita e relativamente pequena, observou-se a possibilidade de realizar um censo com essa população, visando os ganhos que isto traria para melhor estudo desta variável.

A delimitação das cidades que compõem a região foi fornecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 1992), sendo listadas 38 (trinta e oito) cidades, distribuídas em 6 (seis) microrregiões. Nesta pesquisa serão consideradas 28 (vinte e oito) cidades, e 5 (cinco) microrregiões, posto algumas cidades não possuírem, segundo C.R.P., psicólogos inscritos ou ativos na profissão.

A partir da especificação das cidades componentes da região, foi obtido, através do C.R.P. 6ª Região, o número total de psicólogos ativos e através deste foi determinado o tamanho da amostra. (anexo 4)

3.3. AMOSTRA

Para determinar uma amostra que representasse com fidedignidade as características do universo em estudo, buscamos a assessoria estatística da Comissão Científica da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Considerando-se a população a ser trabalhada como finita (1518 psicólogos ativos), realizou-se, por essa equipe, cálculos estatísticos que estabeleceram como amostragem ideal, representativa da população de psicólogos do Vale do Paraíba, aquela composta por 307 (trezentos e sete) elementos.

Entretanto, cientes de que o instrumento de coleta de dados com o qual trabalhamos, possui a conhecida desvantagem de um retorno de informações inferior a 100 %, buscamos ampliar nossas chances de obtermos a amostra necessária, remetendo formulários para um número maior de profissionais, estipulados, a princípio, em 600 (seiscentos) psicólogos. Como o retorno ainda se mostrava insuficiente, esse número foi elevado para 760 (setecentos e sessenta) psicólogos.

Quanto à amostra de professores, por não se saber ao certo o número de sujeitos envolvidos nas disciplinas de interesse, enviou-se um número aleatório de formulários, 8 (oito) para cada instituição, totalizando 32 (trinta e dois) formulários.

Uma vez que apenas duas Universidades informaram o número de professores representativos para a pesquisa, adicionando inclusive, que muitos deles não responderam a pesquisa, consideramos que não obtivemos um controle efetivo sobre esta categoria. Assim, no que se refere aos psicólogos-professores, delimitamos como número de sua amostra, o total de 18 (dezoito) sujeitos que retornaram o questionário. Deste número, 7 (sete) professores eram psicólogos, com atuação e domicílio no Vale do Paraíba e 11 (onze) em cidades de outras regiões do estado.

Buscando nos aproximar ainda mais do número ideal de amostragem (307 psicólogos), decidimos, então, incluir na amostra de psicólogos, os 7 (sete) psicólogos-professores inseridos no Vale do Paraíba por se configurarem, como psicólogos atuantes na região de nosso interesse.

Consideramos portanto, como 767 (setecentos e sessenta e sete) o total de psicólogos envolvidos na pesquisa.

Buscando um tipo de amostra que selecionasse um número proporcional de psicólogos por microrregião e município utilizamos a amostragem probabilística e sistemática, construída a partir dos seguintes procedimentos:

1) Respeitando-se a ordem publicada pelo IBGE (1992), cada uma das seis microrregiões componentes do Vale do Paraíba tiveram suas cidades ordenadas de modo decrescente, partindo-se sempre daquela com maior número de psicólogos ativos (anexo 4). Só após esta operação, passamos à seleção destes.

2) Através de cálculo estatístico estabeleceu-se um intervalo de amostragem ($a = 2$) necessário para o sorteio dos elementos. Ao iniciarmos foi sorteado um dos números componentes desse intervalo ($n^{\circ} 1$ ou $n^{\circ} 2$). Começou-se então pela primeira microrregião citada na publicação mencionada — Microrregião de Campos do Jordão — onde se encontrou a primeira cidade com maior número de psicólogos: Campos do Jordão. Com base no número sorteado, incluímos na amostra, o primeiro psicólogo desta cidade que constava na listagem fornecida pelo CRP. Em função do intervalo encontrado ($a = 2$) passou a fazer parte da amostra sempre o segundo elemento imediatamente após o último selecionado, sendo que, ao passar de uma cidade a outra, esta mesma regra foi cumprida.

Devido a este procedimento, duas cidades não foram envolvidas na amostra, devido a seus psicólogos não terem sido selecionados em sorteio. Eram portanto, cidades com número muito pequeno de profissionais. São elas: Roseira e Monteiro Lobato.

3.4. INSTRUMENTO

Em função das características da pesquisa e do tamanho da amostra com que trabalhamos, a técnica escolhida para obtenção dos dados foi o questionário, encaminhado aos psicólogos sob a forma de formulário, constituído por perguntas fechadas que procuravam obter dados referentes ao conhecimento e aplicação do psicodiagnóstico em sua prática.

O questionário (anexo 1) é composto de 29 (vinte e nove) perguntas, distribuídas da seguinte forma:

- questões 1, 2, 3 → referem-se a dados de identificação da população de psicólogos e de psicólogos/professores.
- questão 28 (subdividida em três ramificações: 28.1, 28.2, 28.3) → dados de identificação específica da população de psicólogos-professores.
- questão 29 → optativa. Para os que desejem realizar comentários adicionais.
- as demais questões centram-se nos aspectos relacionados ao embasamento teórico, aos objetivos propostos, às formas de ser conceituado, locais de atuação, etapas, modalidades, tipos de processo, posicionamento crítico e modelos alternativos de atuação.

O mesmo questionário foi aplicado tanto na amostra de psicólogos quanto na população de professores.

Na introdução do questionário constam informações acerca da entidade patrocinadora do estudo, das razões que determinam sua realização, instruções para seu preenchimento e informações acerca do anonimato da pesquisa. (anexo 2 e 2a)

Entretanto, nos questionários destinados aos professores das Universidades foi incluído um dado adicional: um pedido de consentimento pós-informação, feito, por escrito, ao professor que responder ao questionário. (anexo 1a)

Para aprimoramento do questionário, este foi submetido a um piloto, sendo enviado a 10 (dez) estudantes do último ano do curso de formação de psicólogos da Universidade de Taubaté. A decisão de aplicá-los nesses alunos baseou-se no fato de que os estudantes envolvidos já haviam concluído as disciplinas e estágios referentes a esta prática, tendo sido inclusive supervisionados por professores de orientações diversas, estando aptos para oferecer informações pertinentes às finalidades propostas.

Mesmo após este piloto, durante a aplicação constatou-se alguns erros em relação à forma como algumas questões foram estruturadas, o que exigiu correções e adaptações:

- Nas questões de número 13 e 15, um grande número de sujeitos considerou mais de uma alternativa. Temendo perder as informações, caso as anulássemos, optamos por transformá-las em questões de múltipla escolha.
- Por ter sido mal redigida, uma alternativa da questão número 24 mostrou-se redundante, tendo sido portanto anulada. ("Deve-se evitar que os contatos não se estendam além do necessário.")
- Na questão número 26, adicionamos uma outra alternativa ("Satisfeito mas é preciso repensar sempre"), visto ter sido sugerida por muitos dos sujeitos. Consideramos assim, que as opções não exploravam todas as possibilidades.

De modo a facilitar, posteriormente, a tabulação dos dados, foi realizada uma pré-codificação do questionário. Entretanto, em função do banco de dados utilizado, não foi necessário atribuir códigos a todas as questões, mas apenas àquelas que exigiam uma única resposta.

3.5. DEFINIÇÃO DE VARIÁVEIS ESTUDADAS

Foram reconhecidas 15 (quinze) variáveis. Estas foram observadas, investigando-se a distribuição de sua frequência entre os psicólogos da amostra e as possíveis correlações encontradas entre si, de modo a ampliar o estudo do tema.

VARIÁVEIS	DISCRIMINAÇÃO	NÚMERO DA QUESTÃO QUE A INVESTIGA
ATUAÇÃO INTERVENTIVA EXPLÍCITA	O psicólogo conhece, aplica e define a sua prática psicodiagnóstica como sendo interventiva	27
ATUAÇÃO INTERVENTIVA IMPLÍCITA	O psicólogo utiliza sem saber aspectos do psicodiagnóstico interventivo, mas não o caracteriza como tal.	20, 21, 24
DEFINIÇÃO	Forma como o profissional entende e conceitua o processo psicodiagnóstico.	20
DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL	Meios utilizados pelo psicólogo para aprimorar sua formação profissional.	4, 5, 6, 7
ETAPAS DO PROCESSO	Passos que o psicólogo deve seguir para organizar a coleta de informações necessárias a realização do diagnóstico.	16
FORMAÇÃO ACADEMICA	Preparação oferecida ao profissional em sua graduação para realização da prática psicodiagnóstica.	2, 8 e dados do mesmo questionário aplicado na população de professores das Universidades que atendem aos estudantes de psicologia do Vale do Paraíba e que são atuantes nas disciplinas responsáveis ao ensino do psicodiagnóstico.
IDENTIFICAÇÃO	Caracteriza o psicólogo em relação ao sexo, cidade em que atua, tempo de formação e de atuação.	1, 3 e cidades de atuação
LOCAL DE DESENVOLVIMENTO	Tipo de instituição onde o profissional desenvolveu a prática psicodiagnóstica.	11, 12, 13

MODALIDADES	Modo diversificado do psicólogo estruturar o psicodiagnóstico, visando atender diferentes populações. São considerados principalmente aspectos como faixa etária (crianças, adolescentes e adultos) e tipo de entrevista (individual e/ou grupo).	14
OBJETIVOS	Metas que se pretende alcançar ao desenvolver o psicodiagnóstico.	21
POSICIONAMENTO CRÍTICO	Capacidade do profissional em questionar e avaliar o desenvolvimento da prática psicodiagnóstica no que diz respeito tanto à sua maneira particular de desenvolvê-la como também por sua representatividade para a prática psicológica.	18, 19, 26
PRODUTIVIDADE	Benefícios que a realização do psicodiagnóstico promove para o cliente e o psicólogo.	23, 25
REFERENCIAL TEÓRICO	Linha teórica em que se baseia para orientar a reflexão do estudo de caso.	22
REPRESENTATIVIDADE	Relevância que a prática psicodiagnóstica possui para o psicólogo.	9, 10, 15, 17
TIPOS DO PROCESSO	Forma assumida pela organização e estruturação dos elementos que constituem o diagnóstico psicológico. Nesta estão envolvidos principalmente aspectos teóricos, objetivos e etapas do processo.	20

3.6. COLETA DE DADOS

O questionários foram enviados através de mala direta fornecida pelo CRP-06. Buscou-se, na medida do possível, chegar a uma amostra ideal, calculada em 307 elementos. Como dissemos, buscando atingir este número foi remetido um total de **767 (setecentos e sessenta e sete)** formulários, entre psicólogos e psicólogos-professores, atuantes no Vale do Paraíba.

Este cuidado, todavia, não evitou que o número de retorno dos questionários ficasse abaixo do estabelecido. Trabalhamos assim, com uma amostra de **240 (duzentos e quarenta) psicólogos**. Deste número **141 (cento e quarenta e um)** responderam ao questionário; **83 (oitenta e três)** o retornaram sem responder, mas justificando o motivo pelo qual não o fizeram; e **16 (dezesesseis)** o retornaram sem responder, não apresentando qualquer justificativa.

Quanto à população de professores, o primeiro contato da pesquisadora com o Departamento de Psicologia de cada Universidade foi feito pessoalmente ou por telefone. Este contato teve duas finalidades: obter consentimento da Chefia de Departamento para aplicação da pesquisa. De posse deste parecer, os formulários foram entregues pessoalmente pela pesquisadora ou encaminhados pelo correio. Dos 32 formulários remetidos, **18 (dezoito)** retornaram. Sete professores atuavam no Vale do Paraíba e onze em outras cidades de São Paulo que não pertenciam à região.

Devido a este total pouco representativo e das dificuldades em se obter um adequado controle dos sujeitos, não pudemos realizar qualquer generalização sobre esta amostra específica, oferecendo apenas uma sondagem passível de fornecer informações adicionais à variável "formação profissional".

3.7. ANÁLISE DOS DADOS

Realizamos a descrição das informações (análise descritiva), em que foi caracterizado o que é típico na população, observando a distribuição dos elementos em relação a determinadas variáveis. Entretanto, em função dos resultados coletados, algumas

informações puderam ser ampliadas através do cruzamento de algumas variáveis, sem que, no entanto, pudéssemos realizar qualquer generalização.

Para que os resultados obtidos pela amostra pudessem ser considerados representativos do universo de onde foram extraídos, especificou-se como nível de significância $\alpha = 5\%$, representando assim que o índice de confiabilidade das informações apresentadas na amostra de psicólogos é de 95%.

Como erro amostral (máxima diferença que o pesquisador admite suportar) especificou-se o valor de 5,8%.

Visto que o número de questionários que retornaram ficou abaixo da amostra considerada ideal, foi criado para cada questionário um fator de expansão, considerando o número de psicólogos do município e o número de questionários que retornaram do mesmo município. Esse fator tem como função manter a proporcionalidade entre a população de psicólogos e o número de questionários da amostra de cada município, possibilitando assim fazer inferências em relação à população de psicólogos como um todo, sem correr o risco de perder a relevância, a precisão e a validade dos dados aqui apresentados. Esse cuidado foi tomado sem que tivéssemos como objetivo extrair conclusões separadas por município.

Embora tenhamos tido um retorno abaixo daquele considerado ideal, nossa amostra continuou sendo representativa dos psicólogos do Vale do Paraíba, permitindo-nos efetuar generalizações acerca da amostra.

Dessa forma, devido ao fato de não trabalharmos com uma frequência real, mas sim adaptada aos nossos objetivos; para não confundirmos o leitor, optamos por apresentar os resultados da amostra de psicólogos exclusivamente em termos da porcentagem, não especificando a frequência nas tabelas.

3.8. ASPECTOS ÉTICOS

Após consulta à Comissão Científica, estabeleceu-se não haver necessidade de consentimento, por escrito, dos psicólogos para divulgação e utilização das informações por eles apresentadas.

Contudo, no que se refere à população de psicólogos-professores a situação modifica-se, visto que este não só estará expondo sua atuação profissional, mas também a instituição em que atua.

Dessa forma, como assinalado anteriormente, fizemos contato inicial com o Chefe do Departamento de Psicologia de cada Universidade. Esse contato teve várias finalidades: realizar exposição dos objetivos da pesquisa, obter consentimento por escrito do Departamento para que seus professores fossem contatados e suas informações incluídas como dados da pesquisa (anexo 3), delimitar com a instituição se esta desejaria ou não ser citada diretamente nos resultados da pesquisa, comprometer-se a apresentar estes resultados pessoalmente, enviando inclusive cópia da dissertação.

Visto que duas Universidades solicitaram não ter seus nomes mencionados nos resultados, optou-se por preservar o anonimato de todas, identificando-as apenas por Universidades A, B, C, D.

Na população de professores, utilizamos folha de instruções diferenciada, devidamente assinada pela pesquisadora e sua orientadora, no qual além das informações habituais, solicitamos a cada professor sua permissão (por escrito) para a utilização e divulgação das informações. (anexo 2a)

Sendo que todas as Universidades investigadas são particulares, a fim de se evitar sentimentos persecutórios, a pesquisadora propôs-se a assinar um documento em que se compromete a cumprir todas as condições estabelecidas para que a pesquisa pudesse se desenvolver na instituição.

4. RESULTADOS

4.1. ANÁLISE DA AMOSTRA DE PSICÓLOGOS ATIVOS DA REGIÃO DO VALE DO PARAÍBA

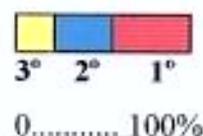


Dos 767 psicólogos envolvidos na pesquisa, 240 profissionais retornaram o questionário à pesquisadora (31,3%). Desse número, 141 psicólogos responderam ao questionário (18,3%), 83 retornaram o instrumento sem respondê-lo, justificando porque não o fizeram (11%) e 16 o devolveram, sem qualquer resposta ou justificativa (2%).

Note-se que 527 psicólogos não retornaram o questionário, representando 68,7% de perda dos sujeitos.

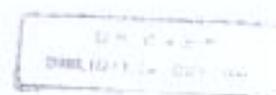
JUSTIFICATIVAS UTILIZADAS PELOS PSICÓLOGOS PARA NÃO RESPONDEREM AO FORMULÁRIO

<i>NÃO RESPONDIDOS — JUSTIFICATIVAS.</i>	%
Atua só na área de Psicologia do Trabalho	31%
Atua só na área de Psicologia Escolar	14%
Não exerce a profissão	16%
Experiência insuficiente	2%
Não utiliza devido a linha teórica	2%
Não faz uso desta prática	25%
Atua só na área de Psicologia Comunitária	3%
Atua só na área de Psicologia do Trânsito	1%
Não deixou claro seu parecer	4%
Total	100%



Do total de questionários devolvidos, muitos o foram sem estarem efetivamente respondidos. Dentre as justificativas apresentadas, obtivemos informações a respeito do campo de atuação destes profissionais.

Trinta e um por cento (31%) relatam não utilizar o psicodiagnóstico em função de atuar na área da Psicologia do Trabalho; 25% alegam não fazer uso da prática, mas não adicionaram os motivos; e 16%) devolveram os questionários em branco, alegando não exercer a profissão.

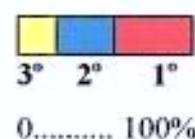


As demais justificativas exemplificam outras opções do mercado de trabalho no Vale do Paraíba: atuação na área de Psicologia Escolar (14%), Psicologia Comunitária (3%) e do Trânsito (1%).

PSICÓLOGOS ATIVOS DA REGIÃO DO VALE DO PARAÍBA QUE RETORNARAM O FORMULÁRIO

DISTRIBUIÇÃO POR CIDADES

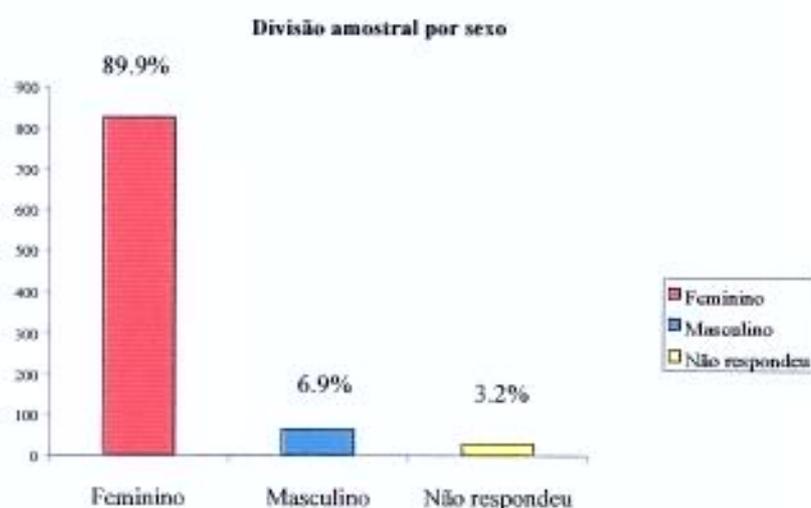
<i>MUNICÍPIOS</i>	<i>%</i>
APARECIDA	1.5%
CAÇAPAVA	3.3%
CACHOEIRA PAULISTA	2.8%
CAMPOS DO JORDÃO	1.8%
CARAGUATATUBA	0.9%
CRUZEIRO	5.5%
GUARATINGUETÁ	7.8%
ITACARÉ	10.0%
LAVRINHAS	1.3%
LORENA	7.6%
PINDAMONHANGABA	1.8%
SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	32.2%
SÃO SEBASTIÃO	2.2%
TAUBATÉ	17.0%
TREMEMBÉ	1.3%
UBATUBA	0.8%
TOTAL	100%



Seguindo-se a escala, observamos São José dos Campos como a cidade com maior índice de psicólogos que retornaram os formulários da pesquisa (32,2%), ficando em segundo lugar, Taubaté (17%), e em terceiro, Jacareí com (12,2%), seguida por Guaratinguetá (7,8%).

Considerando-se que estas três cidades fazem parte da microrregião com maior número de psicólogos ativos, o resultado apresentado mostra-se proporcional a este número.

QUESTÃO Nº 1: SEXO

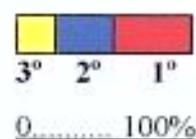


Eram do sexo feminino 89,9% dos profissionais e apenas 6,9% do masculino.

Confirma-se uma outra característica da profissão: a Psicologia continua a ser uma profissão essencialmente feminina.

QUESTÃO Nº 2: UNIVERSIDADE ONDE CURSOU A GRADUAÇÃO

<i>UNIVERSIDADES</i>	%
Universidade A	34,2%
Universidade B	10,3%
Universidade C	11,9%
Universidade D	24,0%
Outras Universidades	18,3%
Não respondeu	1,3%
TOTAL	100%

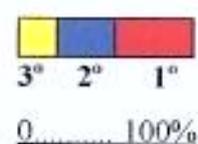


As universidades que mais formam psicólogos no Vale do Paraíba foram: universidade A (34,2%) e a universidade D (24%), seguidas pela universidades C (11,9%) e B (10,3%).

As universidades A e D localizam-se no Vale do Paraíba e as B e C em cidades de outras regiões.

(2.1)

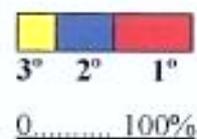
<i>OUTRAS UNIVERSIDADES</i>	%
Ciências Sociais PUC/SP	0.6%
Faculdade de Buenos Aires	0.6%
Faculdade Pontifícia SP	1.6%
Faculdades Metropolitanas Unidas	0.9%
Itália	0.6%
Metodista SBC SP	1.0%
Não Especificada	1.1%
PUC- Rio de Janeiro	0.4%
PUC- São Paulo	0.6%
PUC - Campinas	1.3%
São Francisco (Itatiba)	0.3%
Universidade Federal do Ceará	0.6%
Universidade São Francisco de Assis (Itália)	0.7%
UNESP - Bauru	0.6%
UNISANTOS	0.6%
Universidade Paulista OBJETIVO	0.6%
Universidade São Marcos - SP	2.5%
Universidade de São Paulo - USP/SP	3.8%
TOTAL	18.4%



QUESTÃO Nº 3: TEMPO DE FORMADO E DE ATUAÇÃO EFETIVA

<i>Tempo de Formado</i>	%
0 -2 anos	10.2%
3 -5 anos	15.6%
6 -8 anos	14.4%
9 -11 anos	6.9%
Mais de 11 anos	43%
Não respondeu	11.6%
Total	100%

<i>Atuação Efetiva</i>	%
0 -2 anos	13.3%
3 -5 anos	16.7%
6 -8 anos	11.6%
9 -11 anos	11%
Mais de 11 anos	34.9%
Não respondeu	9.5%
Total	100%

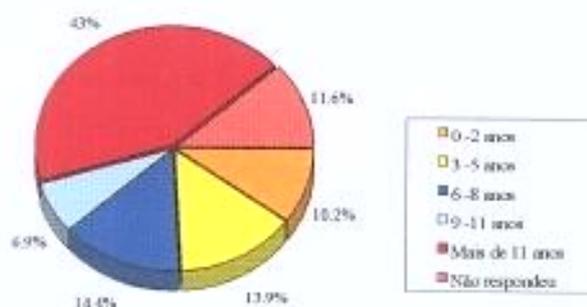


A população de psicólogos, no Vale do Paraíba, caracteriza-se por possuir mais de 11 anos no que se refere tanto à formação (43%) como na atuação profissional (34,9%).

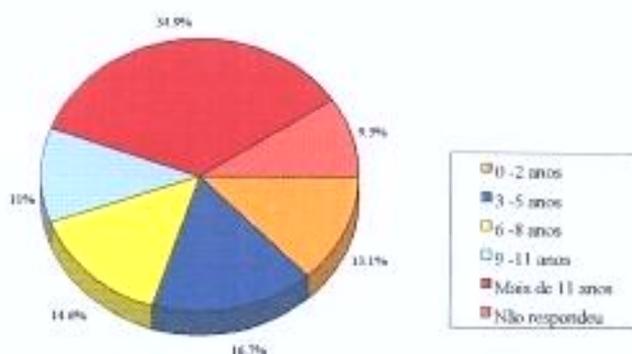
No que se refere ao tempo de formado, teremos como segunda tendência, psicólogos com 6-8 anos de graduação (14,4%), seguidos por aqueles com 3-5 anos (13,9%).

Já no que se refere à atuação prática, encontramos na segunda posição, profissionais com 3-5 anos (16,7%), ficando aqueles com 6-8 anos com 14,6%.

Tempo de formado



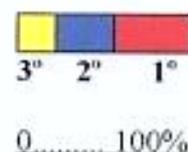
Atuação efetiva



QUESTÃO Nº4: POSSUI CURSO (S) DE PÓS-GRADUAÇÃO ?

<i>Cursos de Pós Graduação</i>	<i>Sim</i>	<i>Em andamento</i>	<i>Total</i>
Doutorado	3.3%	2.8%	6%
Mestrado	8.8%	8.1%	16.9%
Especialização	63.2%	16.9%	80.1%
Total	73.5%	26.5%	100%

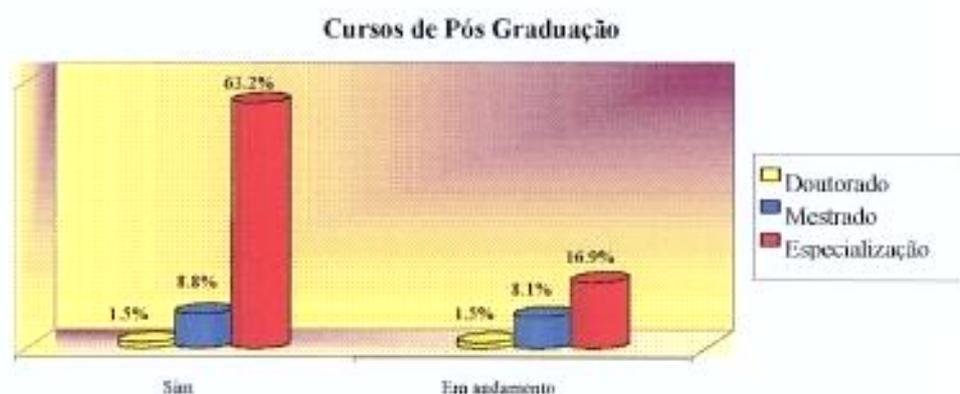
<i>Outros Cursos</i>	<i>Sim</i>
Aperfeiçoamento	47.5%
Extensão	52.5%
Total	100%



Quanto ao investimento nos cursos de pós-graduação, a especialização torna-se uma preferência (80,1%) sendo que, deste número, 16,9% ainda não concluíram o curso. Como segunda preferência encontramos os de extensão (52,5%), e os de aperfeiçoamento (47,5%).

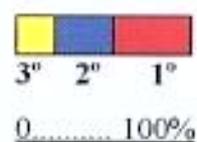
O doutorado (3%) e o mestrado (16,9%) apresentam índices bem menores. No mestrado, 8,8% dos psicólogos concluíram curso, sendo que 8,1% estão com ele em andamento.

No caso do doutorado, este índice cai ainda mais. Apenas 1,5% possuem doutorado concluído, outros 1,5% estão com o curso ainda em andamento.



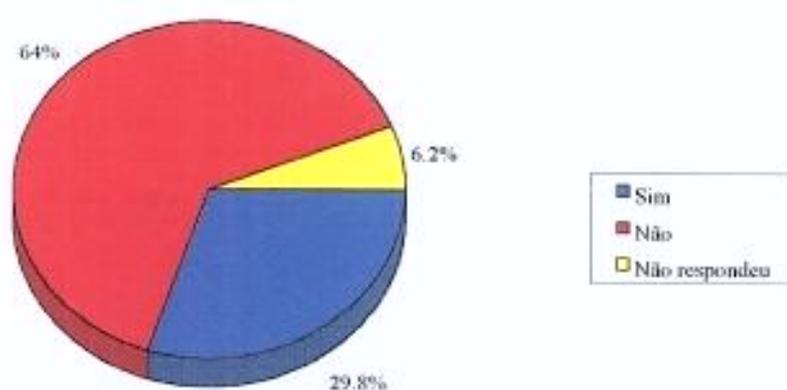
QUESTÃO Nº 5: ALGUM DESSES CURSOS FOI ESPECÍFICO À PRÁTICA PSICODIAGNÓSTICA ?

<i>Curso específico</i>	%
Sim	29.8%
Não	64%
Não Respondeu	6.2%
Total	100%



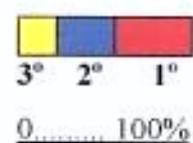
Os cursos de pós-graduação, desenvolvidos pelos psicólogos, não foram relacionados diretamente ao psicodiagnóstico, conforme relato de 64% dos profissionais.

Curso específico



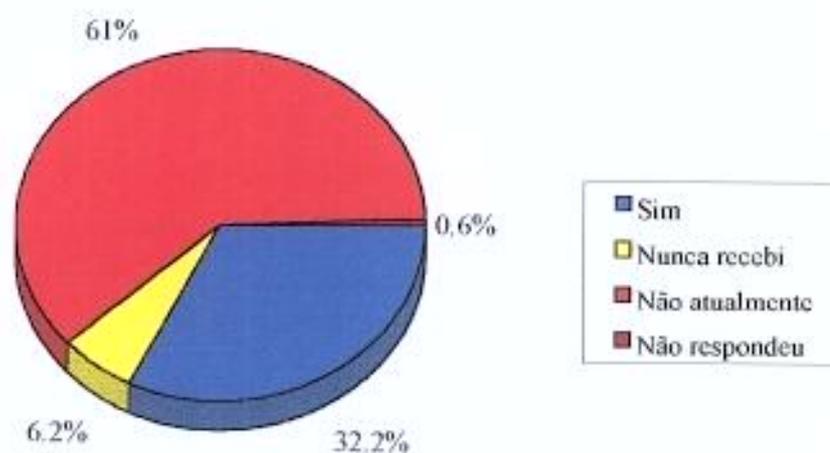
QUESTÃO Nº 6: VOCÊ RECEBE SUPERVISÃO DE OUTRO PROFISSIONAL

<i>Supervisão</i>	%
Sim	32,2%
Nunca recebi	6,2%
Não atualmente	61%
Não respondeu	0,6%
Total	100%



Sessenta e um por cento (61%) dos trabalhos desenvolvidos, não vêm sendo mais supervisionados, 32,2% ainda buscam supervisão e 6,2% informam nunca tê-la recebido.

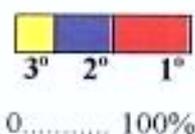
Supervisão



QUESTÃO Nº 7: SE VOCÊ RECEBEU OU JÁ RECEBEU ANTERIORMENTE SUPERVISÃO, ESTA É (OU ERA) VOLTADA PARA QUE MODALIDADES PRÁTICAS?

<i>Psicodiagnóstico</i>	%
Individual	79,2%
Grupo	18,5%
Não respondeu	2,3%
Total	100%

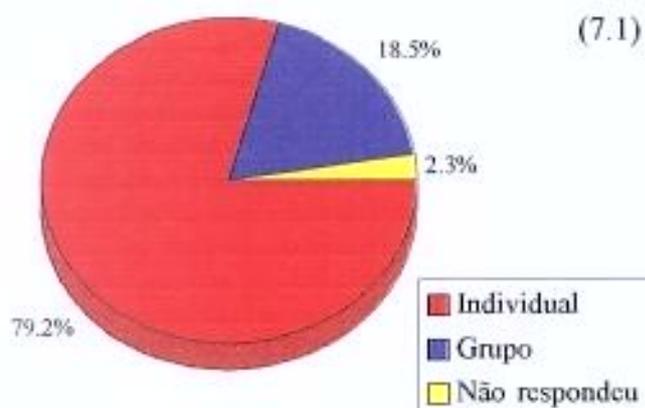
<i>Psicoterapia</i>	%
Individual	78,2%
Grupo	20,4%
Não respondeu	1,4%
Total	100%



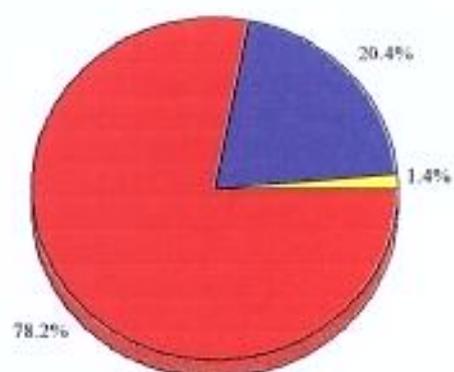
O psicodiagnóstico individual (79,2%) torna-se a modalidade de atendimento que mais suscita a supervisão, ficando o psicodiagnóstico em grupo com 18,5%.

Na supervisão em psicoterapia, esta prevalência continua, contando a psicoterapia individual com 78,2% e a psicoterapia em grupo com 20,4%.

Psicodiagnóstico

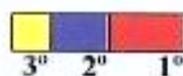


Psicoterapia



Psicodiagnóstico	%
Infantil	48.6%
Adolescentes	24%
Adultos	26%
Não respondeu	1.4%
Total	100%

Psicoterapia	%
Infantil	32.6%
Adolescentes	21.3%
Adultos	38%
Não respondeu	0.9%
Total	100%

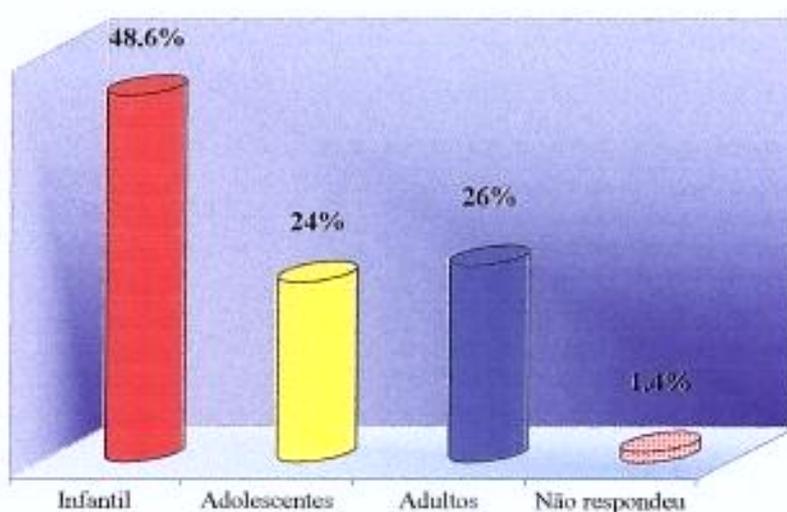


0 100%

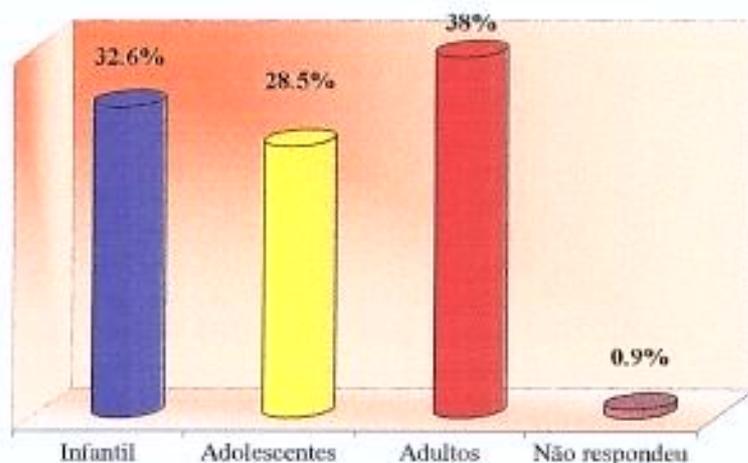
Quanto à faixa etária, o psicodiagnóstico infantil é o que mobiliza maior procura de supervisão (48,6%). Em segunda posição encontramos o psicodiagnóstico de adultos (26%), seguido de perto pelo de adolescentes (24%).

Ao compararmos com a supervisão voltada para a psicoterapia, esta situação modifica-se um pouco, visto encontrarmos a psicoterapia de adultos como primeira preferência (38%), seguida pela supervisão em psicoterapia infantil (32,6%) e a psicoterapia de adolescentes (28,5%).

Tipo de supervisão de psicodiagnóstico



Tipo de supervisão de psicoterapia

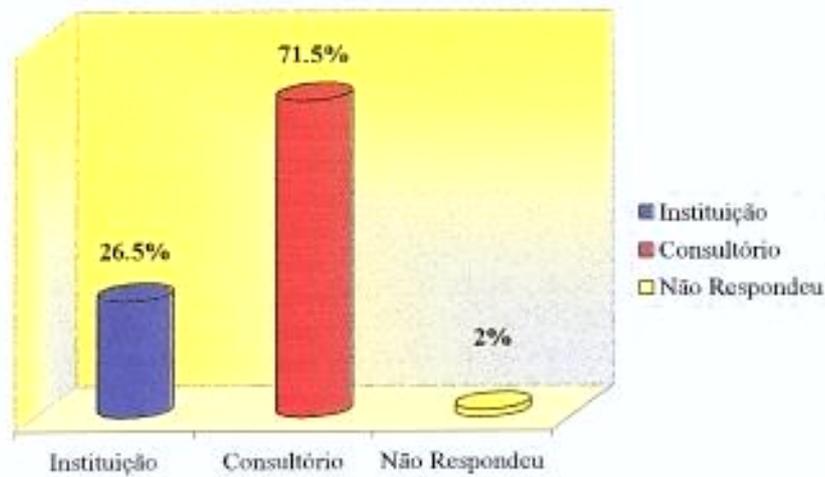


<i>Psicodiagnóstico</i>	%
Instituição	40%
Consultório	58,6%
Não respondeu	2,4%
Total	100%

<i>Psicoterapia</i>	%
Instituição	26,5%
Consultório	71,5%
Não respondeu	2%
Total	100%



Supervisão em Psicoterapia por contexto

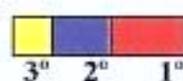


(7.3)

<i>Outras Modalidades</i>	%
Não	89.5%
Sim	9%
Não respondeu	1.5%
Total	100%

<i>Outras Modalidades</i>	%
Area educacional	0.7%
Casal e família	0.7%
Diversificação vocacional	0.8%
Problema aprendizagem	0.7%
Pacientes psiquiátricos	0.7%
Perícia forense	1%

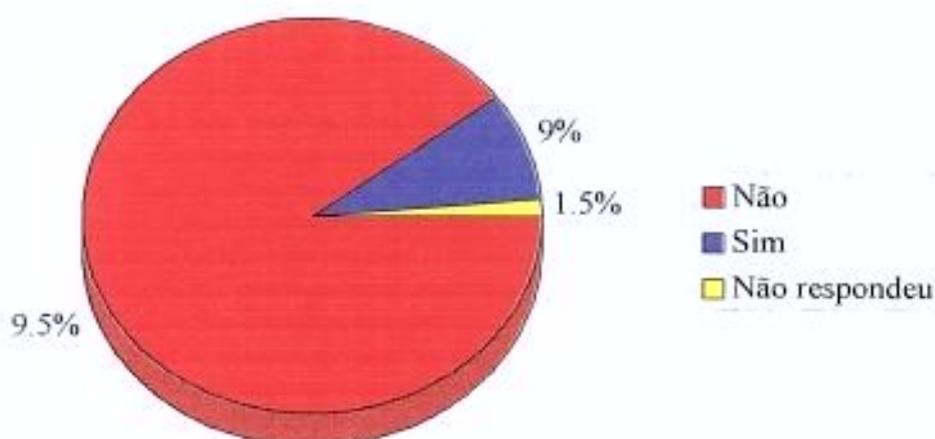
Pesquisa	0.7%
Psicopedagogia	0.8%
Terapia de casal	1.4%
Terapia familiar	0.8%
Terapia psicomotora	0.7%
Total	9%



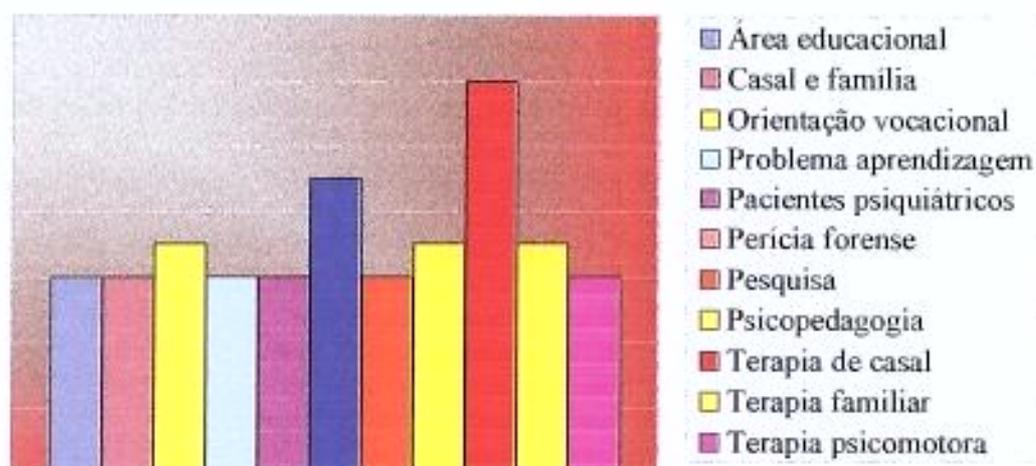
0..... 100%

A supervisão direcionada a outras modalidades de atendimento encontra índices bem menores, se comparada a outras práticas. As de maior procura referem-se à Terapia de casal (1,4%), à Perícia forense (1,0%), Orientação vocacional (0,8%), Terapia familiar (0,8%) e Psicopedagogia (0,8%).

Supervisão direcionada a outras modalidades

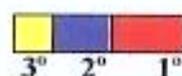


Outras modalidades supervisionadas



QUESTÃO Nº 8: NO QUE CONCERNE À PRÁTICA PSICODIAGNÓSTICA, VOCÊ DIRIA QUE OS CONHECIMENTOS FORNECIDOS EM SEU CURSO DE GRADUAÇÃO FORAM:

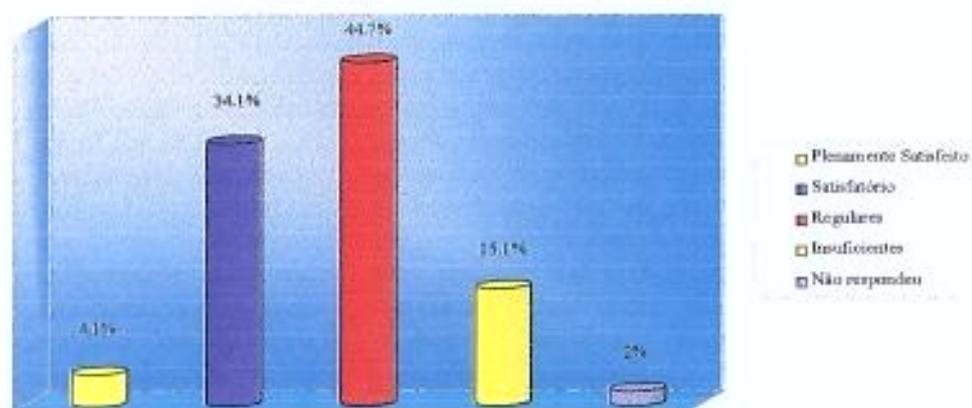
Conhecimentos	%
Plenamente satisfatórios	4.1%
satisfatórios	34.1%
Regulares	44.7%
Insuficientes	15.3%
Não respondeu	2%
Total	100%



0..... 100%

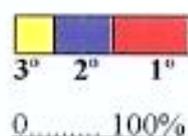
Nesta questão 44, 7% considera que receberam uma formação considerada regular a respeito do psicodiagnóstico; 34,1% referem-se a estes conhecimentos como satisfatórios; 15,1% como insuficientes e apenas 4,1% como plenamente satisfatórios.

Satisfação com os conhecimentos sobre o psicodiagnóstico fornecidos na graduação



QUESTÃO Nº 9: VOCÊ UTILIZA (OU UTILIZOU) A AVALIAÇÃO PSICODIAGNÓSTICA EM SUA PRÁTICA CLÍNICA?

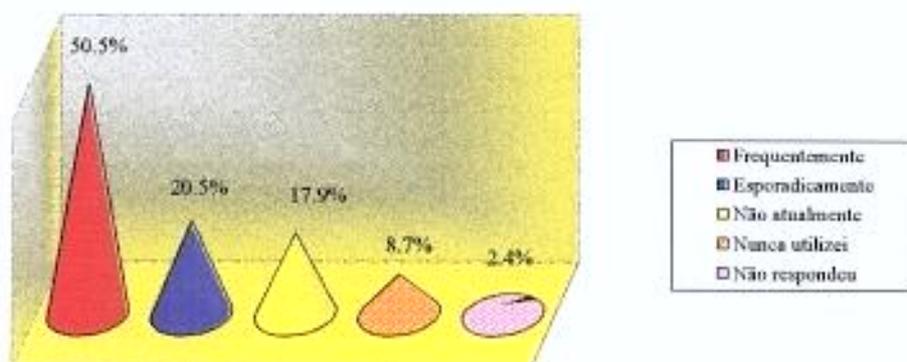
Prática	%
Frequentemente	50,5%
Esporadicamente	20,5%
Não utilizo	17,9%
Nunca utilizei	8,7%
Não respondeu	2,4%
Total	100%



O psicodiagnóstico tende a ser uma prática bastante utilizada no Vale do Paraíba, visto que 50,5% dos psicólogos pesquisados tendem a fazer uso freqüente deste recurso.

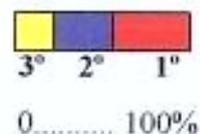
Entretanto, 20,5% utilizam-no esporadicamente, 17,9% embora já o tenham aplicado, não o fazem mais atualmente e apenas 8,7% nunca o utilizaram.

Utilização do psicodiagnóstico frente a prática do psicólogo



QUESTÃO Nº 10: SE VOCÊ NÃO UTILIZA ATUALMENTE OU NUNCA UTILIZOU, APRESENTE AS RAZÕES POR NÃO FAZER USO DESTE RECURSO

<i>Razões por não fazer uso do Psicodiagnóstico</i>	
1. Acha prática relevante, mas devido experiência não a utiliza mais	12.5%
2. Referencial em que se apóia não vê relevância nesta prática	38.6%
3. Não possui condições de fazer o teste (falta de material, espaço)	3.0%
4. Não considera a prática psicodiagnóstica relevante	4.4%
5. Outros	22.8%
Alternativas nº: 1 + 3	2.2%
Não respondeu	4.4%
Total	100%



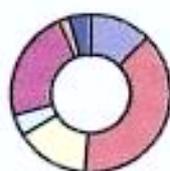
(10.A)

<i>Outras razões</i>	%
Atuação em outra área	2.2%
Dificuldade psicomotora e de aprendizagem	2.2%
Método projetivo	2.2%
Não trabalha na área	7.4%
Encaminha para outro profissional	2.2%
Ainda não sentiu necessidade	2.2%
Trabalha só a queixa	2.2%
Trabalha com Rorschach	2.2%
Total	22.8%

A maior justificativa para o psicólogo não desenvolver ou ter deixado de desenvolver o psicodiagnóstico, relaciona-se ao fato do referencial teórico em que se apóia não fazer uso deste tipo de prática (38,6%).

Observamos um número elevado de 'outras justificativas' (22,8%), seguidas pelas características da clientela (15,1%) e a experiência profissional (12,5%). Apenas 4,4% dos psicólogos consideram a prática psicodiagnóstica irrelevante.

Razões pelo qual o Psicodiagnóstico não é Desenvolvido



- 1. Acha prática relevante, mas devido experiência não a utiliza mais
- 2. Referencial em que se apoia na vê relevância nesta prática
- 3. As características da clientela atendida, não justificam o seu uso
- 4. Não considera a prática Psicodiagnóstica relevante
- 5. Outros
- 1 + 3
- Não Respondeu

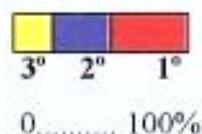
QUESTÃO Nº 11: EM QUE LOCAL ESSE TIPO DE PRÁTICA É (OU ERA) DESENVOLVIDA ?

<i>Consultório</i>	%
Consultório por Convênio	27.2%
Consultório Particular	72.8%
Total	100%

<i>Instituições</i>	% Sim
Clinica-Escola	41.6%
Hospital Souza	10.9%
Hospital Psiquiátrico	9%
Posto de Saúde (UBS)	35%
Total	100%

<i>Outras instituições.</i>	%
Ambulatório Siquiô Mental	5.0%
Instituições e Associações p/ crianças Excepcionais	8%
Creches	2.5%
Centro Técnico Aeroespacial	0.6%
Delegacia de Ensino	0.6%
Escolas	1.9%
FEBEM	0.7%
INSS – Perícia	0.6%
Internato (Adoção)	0.6%
Ministério da Aeronáutica	0.6%
Penitenciárias	0.6%
Prefeituras	0.6%
Sec. Educação (Apoio a Cr. e Adolesc.)	0.7%
Tribunal de Justiça	1.7%
Total	22.2%

<i>LOCAL DE ATUAÇÃO</i>	<i>%</i>
CONSULTÓRIO	62,3%
INSTITUIÇÃO	37,7%



Quanto ao local de desenvolvimento da prática psicodiagnóstica, os psicólogos tendem a realizá-la principalmente em consultório (62,3%), ficando as instituições como uma segunda tendência (37,7%).

No que se refere ao consultório, 72,8% dos psicólogos atuam em consultório particular e 27,2%, em consultório particular, através de convênios.

No contexto institucional, 41,6% desenvolveram-no em Clínicas-Escola, 35% em Postos de Saúde, 14,4% em Hospitais Gerais e 9% em Hospitais Psiquiátricos.

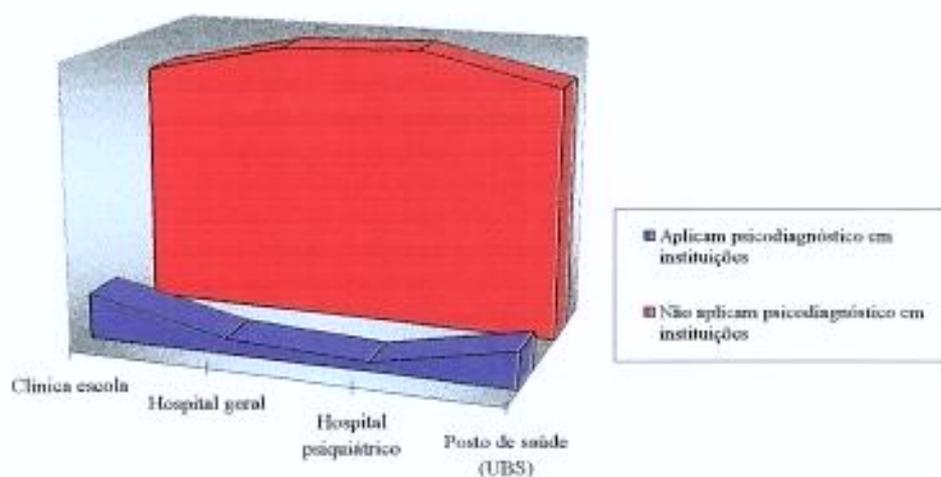
Relativamente à atuação em 'outras instituições' encontramos um número bastante variável de instituições, principalmente as atendimento a crianças excepcionais (8%), creches (2,5%) e ambulatórios de saúde mental (2,2), escolas (1,9%) e assistência em Fórum de Justiça (1,7%).

Ressaltamos aqui a grande aplicabilidade do psicodiagnóstico nestes locais, visto a exigência de avaliações com laudos psicológicos.

Local onde o psicodiagnóstico é realizado

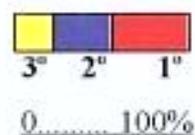


Instituição de aplicabilidade do psicodiagnóstico



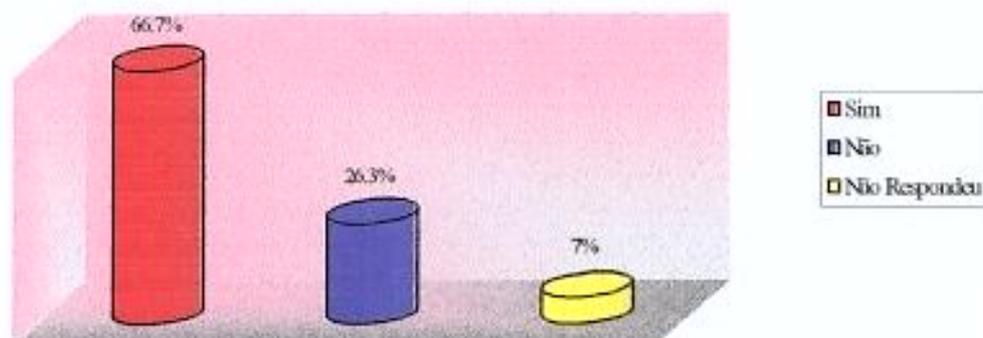
QUESTÃO Nº 12: NO CASO DE TER ATUADO EM INSTITUIÇÃO E EM CONSULTÓRIO, VOCÊ APONTARIA DIFERENÇAS NO PSICODIAGNÓSTICO DESENVOLVIDO EM CADA UM DESSES LOCAIS ?

<i>Diferenças entre Psicodiagnóstico</i>	<i>%</i>
Sim	66,7%
Não	26,3%
Não Respondeu	7%
Total	100%



Temos que, 66,7% dos psicólogos que atuam tanto em consultório como em instituições, reconhecem existir diferenças entre o psicodiagnóstico que desenvolvem em cada um destes contextos, 26,3% no entanto, não reconhecem qualquer diferença.

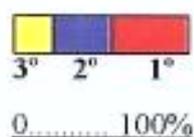
Diferenças entre psicodiagnóstico desenvolvido em consultório e em instituição



QUESTÃO Nº 13: EM CASO DE RESPOSTA AFIRMATIVA: A QUE SE DEVEM ESTAS DIFERENÇAS ?

<i>Causas das diferenças</i>	%
Características do cliente	36.6%
Características psicopatológicas	32.9%
Tipo de instituição	33%
Outras diferenças	10%
Não respondeu	8.2%
Total	100%

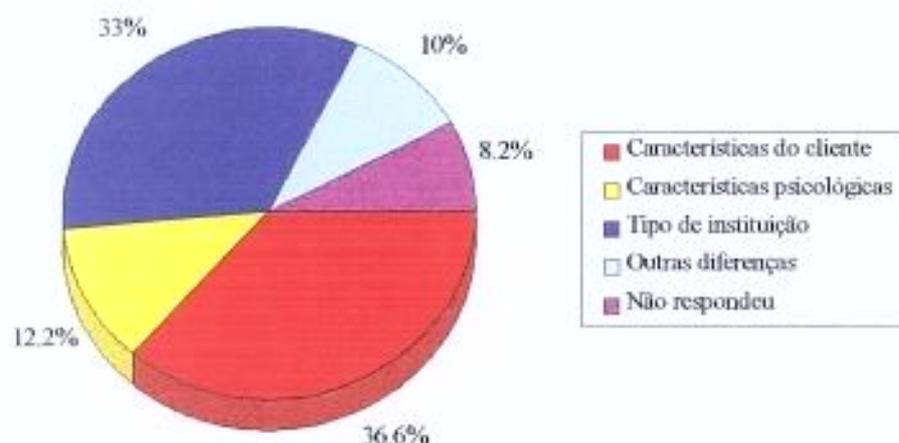
<i>Outras diferenças</i>	%
Disponibilidade profissional	1.3%
Carência de material adequado	2.7%
Finalidade do consulto	1.3%
Nível sócio-cultural	1.8%
Objetivo do trabalho	1.3%
Objetivos específicos de trabalho	1.3%
Tempo de realização	1.1%
Total	10%



Para os que observam diferenças entre o psicodiagnóstico desenvolvido em consultório e instituições, estas se relacionam principalmente com as características da clientela (36,6%), em que estão envolvidos os aspectos sócio-culturais, a forma de comunicação e as expectativas de atendimento.

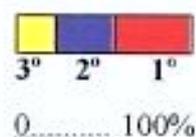
O tipo de instituição (33%) também apresenta-se como fator de relevância, confrontando o profissional com limites e necessidades do qual se encontra resguardado na sua prática de consultório. As causas psicopatológicas (12,2%) ocupam uma terceira colocação, relacionando em seguida 'outras diferenças' (10%), nas quais se destacam como principais: as limitações institucionais (carência de material — 2,7%), e as particularidades da clientela (nível sócio-cultural — 1,8%) que ganham destaque, ficando em como um segundo ponto a ser ressaltado.

Causas das diferenças



QUESTÃO Nº 14: QUAIS AS MODALIDADES DE PSICODIAGNÓSTICO QUE VOCÊ DESENVOLVE (EU) ?

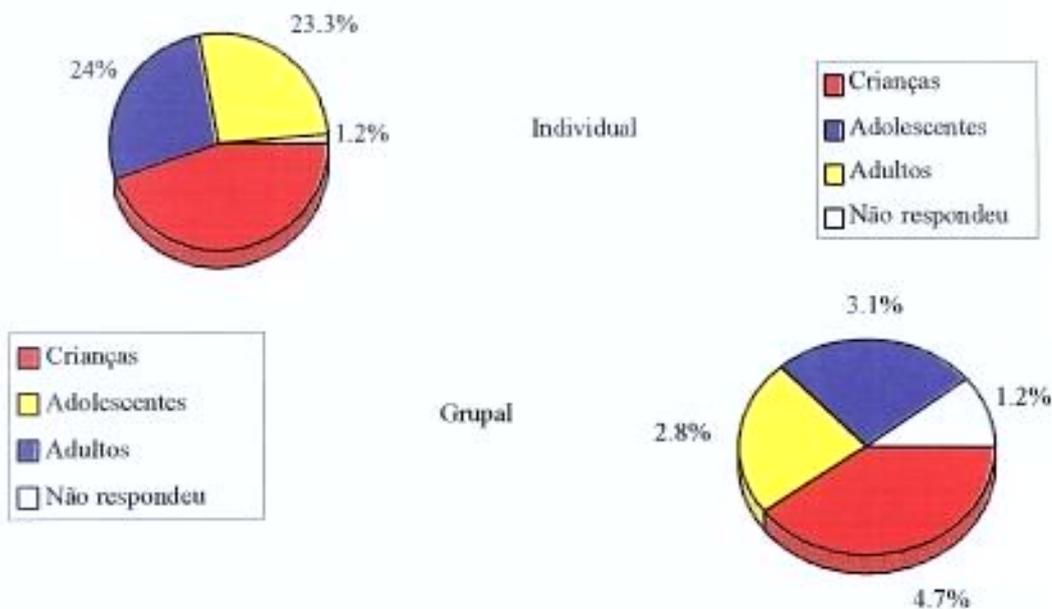
<i>Modalidades de Psicodiagnóstico</i>	<i>Individual</i>	<i>Grupal</i>	<i>Total</i>
Crianças	39,3%	4,7%	44%
Adolescentes	24%	2,8%	26,8%
Adultos	23,3%	3,1%	26,4%
Não respondeu	1,2%	1,2%	2,4%
Total	87,8%	11,8%	100%



Observa-se que o psicodiagnóstico mais amplamente desenvolvido é o individual (87,8%). Ficando a modalidade de psicodiagnóstico grupal como segundo interesse (11,8%).

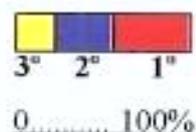
No que tange à faixa etária, encontramos que o atendimento infantil ganha relevo (44%) tanto na modalidade individual (39,3%) como na grupal (4,7%).

O atendimento de adolescentes realizado de forma individual, coloca-se como segunda preferência (24%), ficando o de adultos em última colocação (23,3%). Esta situação inverte-se, no atendimento grupal, quando encontramos o psicodiagnóstico de adultos com 3,1% e o de adolescentes com 2,8%.



QUESTÃO Nº 15: GERALMENTE VOCÊ SE DECIDE POR REALIZAR UM PSICODIAGNÓSTICO EM QUE SITUAÇÕES ?

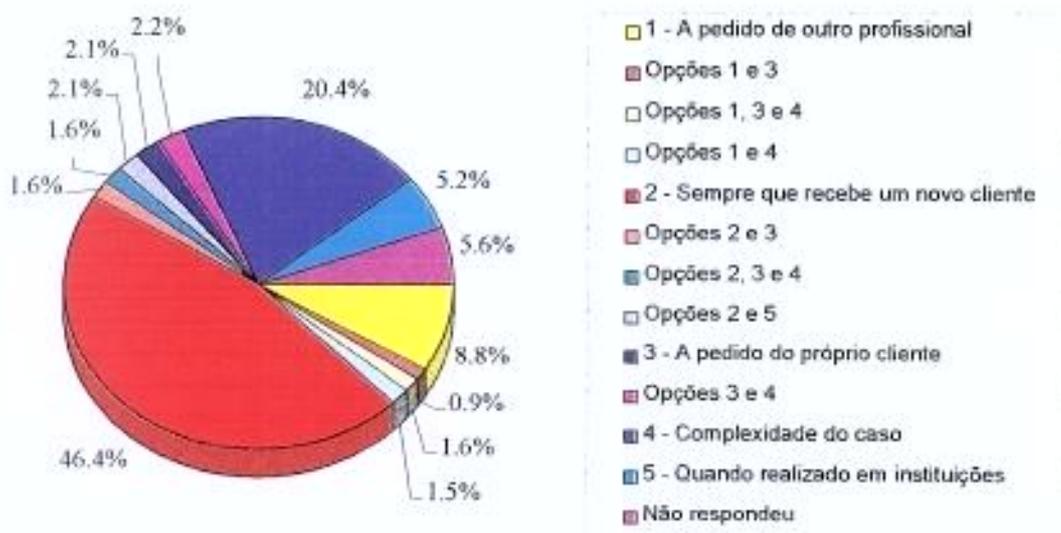
<i>Aplicabilidade do Psicodiagnóstico</i>	%
1 - A pedido de outro profissional	8.8%
Alternativas nº: 1 e 3	0.9%
Alternativas nº: 1, 3 e 4	1.6%
Alternativas nº: 1 e 4	1.5%
2 - Sempre que recebe um novo cliente	46.4%
Alternativas nº. 2 e 3	1.6%
Alternativas nº: 2, 3 e 4	1.6%
Alternativas nº: 2 e 5	2.1%
3 - A pedido do próprio cliente	2.1%
Opções 3 e 4	2.2%
4 - Complexidade do caso	20.4%
5 - Quando realizado em instituições	5.2%
Não respondeu	5.6%
Total	100%



Observa-se que, 46,4% dos psicólogos utilizam o psicodiagnóstico sempre que recebem um novo cliente; 20,4% quando o caso mostra-se complexo, deixando dúvidas quanto à sua compreensão; 8,8% só quando existe o pedido formal de um outro profissional, 5,6% o utilizam-no apenas quando atuam em instituições e 2,1% quando o cliente o solicita.

As alternativas adicionais mostram combinações interessantes, mas que ainda recaem nas alternativas de origem. Destacamos como principais: o psicodiagnóstico é realizado a "pedido do cliente, quando o caso mostra-se complexo" (2,2%); "atuando em instituições, sempre que recebe um novo cliente (2,1%)

APLICABILIDADE DO PSICODIAGNÓSTICO

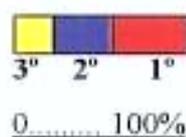


QUESTÃO Nº 16: O PSICODIAGNÓSTICO É COMPOSTO POR QUE ETAPAS ?

<i>Entrevista Inicial</i>	%
Com pais e filhos juntos	18%
Com pais e filhos separados	75,5%
Não respondeu	6,5%
Total	100%

<i>Outras Entrevistas.</i>	%
Entrevista de anamnese	37%
Hora do jogo diagnóstica	31%
Apliação de testes e materiais	30%
Não respondeu	2%
Total	100%

<i>Devolutiva.</i>	<i>Durante o Processo</i>	<i>Ao fim do Processo</i>
Com pais e filhos juntos	5%	3%
Com pais e filhos separados	10%	25%
Pais e filhos separados e posterior juntos	12%	35%
Não respondeu	5%	5%
Total	32%	68%



Os psicólogos tendem a se utilizar da todas as etapas que compõem o psicodiagnóstico, com algumas variações:

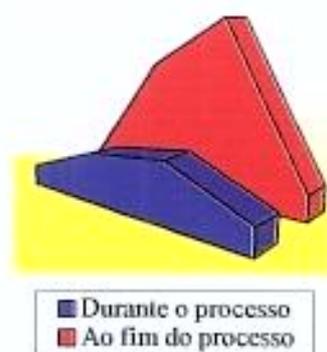
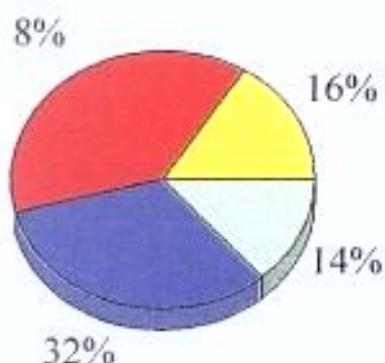
- No que se refere à entrevista inicial, 75,5% preferem realizá-las atendendo separadamente pais e filhos. Apenas 18% realizam entrevistas com pais e filhos juntos.

- Nas entrevistas posteriores, 37% fazem uso de entrevistas de anamnese, 31% da Hora de Jogo Diagnóstica e 30% da aplicação de testes e similares.

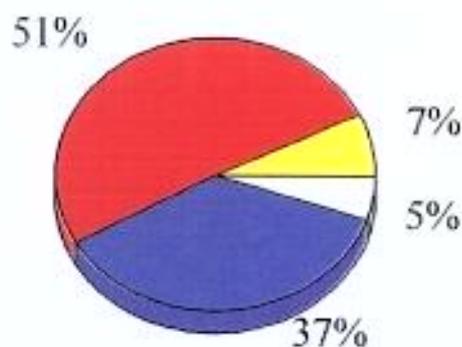
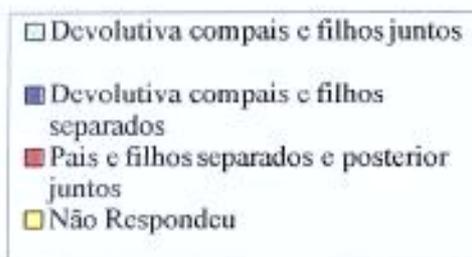
- Nas entrevistas de devolução, 68% preferem realizá-la ao fim do processo; 35% com pais e filhos separados e posteriormente juntos; 25% com pais e filhos separados; e apenas 3% com pais e filhos juntos.

- No entanto, 32% dos psicólogos preferem realizar as devolutivas durante o processo: 12% com pais e filhos separados e posteriormente juntos; 10% com pais e filhos separados e 5% com pais e filhos juntos.

Durante o processo

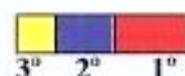


Ao fim do processo



QUESTÃO Nº 17: VOCÊ DIRIA QUE O PSICODIAGNÓSTICO É :

<i>Importância da prática diagnóstica para o profissional</i>	%
Recurso de extrema importância para a prática psicológica	53,7%
Recurso importante, mas limitado, comparado a outros processos	38,1%
Recurso que pode ser facilmente prescindido	5,2%
Não respondeu	3%
Total	100%



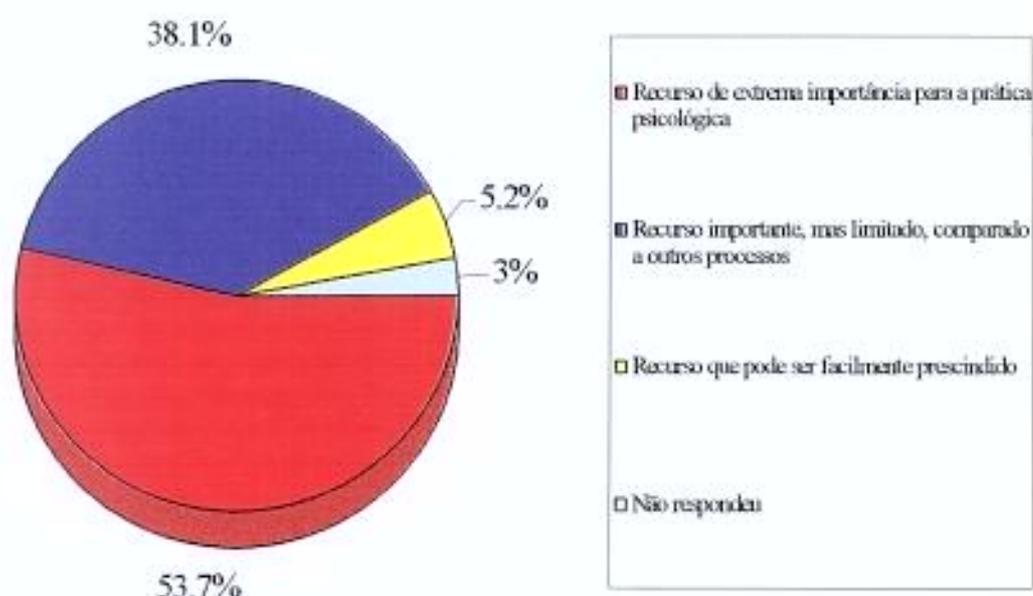
0..... 100%

Os psicólogos tendem a valorizar o psicodiagnóstico, igualando-o em importância a outros tipos de atendimento psicológico, como por exemplo, a psicoterapia (53,7%)

Entretanto 38,1%, consideram que ao realizar esta comparação, observam certa limitação na prática, prevalecendo o *status* da psicoterapia.

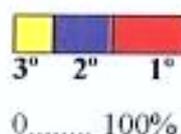
Apenas uma baixa porcentagem (5,2%) considera a prática irrelevante, podendo ser substituída por outros recursos.

Importância da prática psicodiagnóstica para o profissional



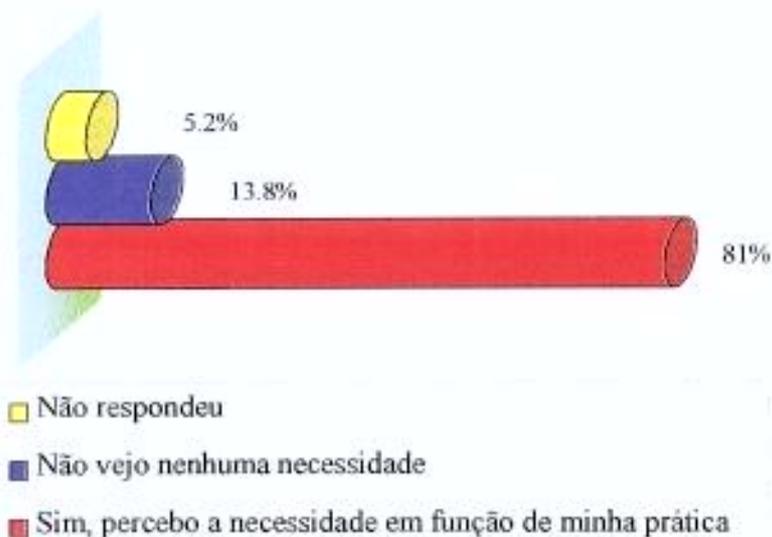
QUESTÃO Nº 18: VÁRIAS SÃO AS PRÁTICAS PSICOLÓGICAS QUE TÊM SOFRIDO NOVAS DISCUSSÕES, SUSCITANDO MODIFICAÇÕES E NOVOS MODELOS DE ATUAÇÃO. VOCÊ DIRIA QUE O MESMO DEVERIA ACONTECER AO PROCESSO PSICODIAGNÓSTICO ?

<i>Necessidade de modificar a prática psicodiagnóstica</i>	%
Não vejo nenhuma necessidade	13.8%
Sim, percebo a necessidade em função de minha prática	81%
Não respondeu	6.2%
Total	100%



Oitenta e um por cento (81%) dos psicólogos consideram a importância de discutir o psicodiagnóstico, favorecendo a construção de novos modelos; 13,8% não vêem nenhuma necessidade neste sentido.

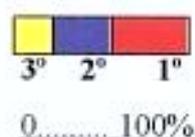
Necessidade de modificar a prática psicodiagnóstica



QUESTÃO Nº 19: EM CASO DE RESPOSTA AFIRMATIVA: QUE ASPECTOS DESSA PRÁTICA PRECISARIAM SER REVISTOS E APRIMORADOS ?

<i>Modificações necessária</i>	%
A forma de utilização dos testes	28.7%
Os objetivos ampliados, além avaliação e encaminhamento	32.8%
A relação cliente-psicólogo deveria ser melhor explorada	20.3%
Nenhum	0.7%
Outras	9%
Não respondeu	4.5%
Total	100%

<i>Outras modificações</i>	%
Ampliar técnicas	0.4%
Aprofundar psicopatologia	0.4%
Atualizar	0.9%
Considerar a realidade no Brasil	0.4%
Conteúdo dos testes	28,8%
Enfocar aspectos mais positivos	0.4%
Melhorar o ensino do psicodiagnóstico	0.4%
Explorar mais a devolutiva	0.4%
Atualizar a metodologia de psicodiagnóstico	0.4%
Utilizar mais e reconhecer melhor o seu papel	24,3%
Atualização dos testes	2,5%
Reforçar o papel importante do psicodiagnóstico	0.4%
Utilização de técnicas auxiliares	0.4%
Utilizar intervenção	0.4%
Total	9%



No que se refere às modificações necessárias, defendem notadamente que os objetivos podem ser ampliados, visando mais do que a avaliação e o encaminhamento (32,8%), seguindo-se a forma de utilização dos testes (28,8%) e em terceiro, que a relação psicólogo-cliente poderia ser melhor explorada (24,3%).

Como outras sugestões, os testes aparecem novamente como instrumentos a serem revistos tanto na sua forma de utilização (2,5%), quanto ao seu conteúdo (0,8%), além de uma atualização ampla em todo o processo (0,9%).

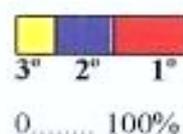
É também sugerido que os pais precisam ser mobilizados sobre seu papel frente ao atendimento (0,8%). Os outros aspectos adquirem porcentagens semelhantes (0,4%).

Modificações necessárias



QUESTÃO Nº 20: CONCEITOS TEÓRICOS QUE EXPRESSAM A MANEIRA PARTICULAR DO PROFISSIONAL COMPREENDER O PSCODIAGNÓSTICO

<i>Tipos de processo Psicodiagnóstico .</i>	%
Modelo Médico	2%
Interventivo	38,5%
Psicométrico	8,5%
Psicanalítico	15%
Compreensivo	24%
Comportamental	7,8%
Não respondeu	4,2%
Total	100%



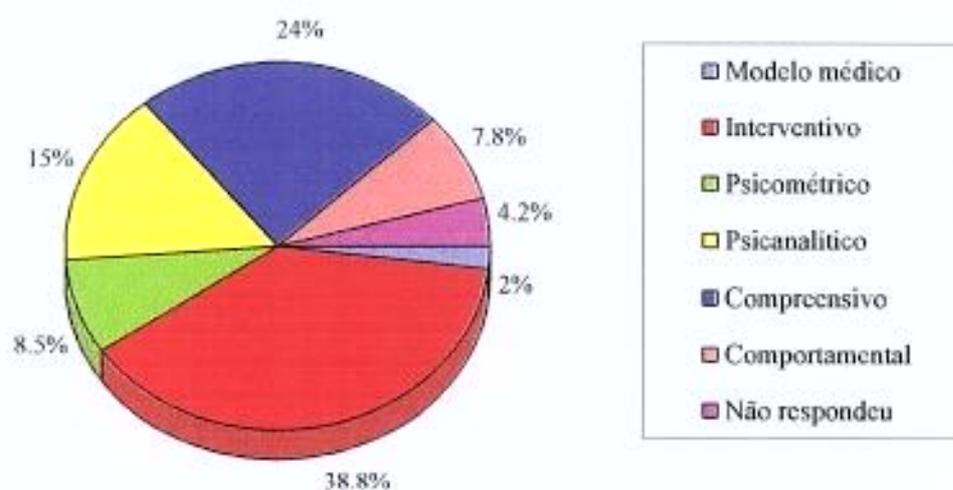
Tomando como base os autores por nós estudados, delimitamos 6 (seis) definições que expressam a forma como alguns modelos teóricos e diagnósticos tendem a conceituar o psicodiagnóstico. Pretendemos, assim, que tais definições nos remetam a posturas distintas dos psicológicos, frente ao psicodiagnóstico.

- Opção nº 1** modelo médico
- Opção nº 2** modelo interventivo
- Opção nº 3** modelo psicométrico
- Opção nº 4** modelo psicanalítico
- Opção nº 5** modelo compreensivo
- Opção nº 6** modelo comportamental

Portanto, quanto ao referencial teórico que fundamenta o tipo de processo psicodiagnóstico empregado pelo profissional, observa-se que o conceito relacionado ao psicodiagnóstico interventivo foi o que melhor caracterizou a atuação dos psicólogos.(38,5%).

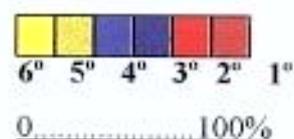
Em seguida encontramos o modelo compreensivo (24%9), o psicanalítico (15%); o psicométrico (8,5%) e o comportamental (7,8%).

Tipo de processo psicodiagnóstico utilizado



QUESTÃO Nº21: QUE OBJETIVOS VOCÊ BUSCA ALCANÇAR AO REALIZAR UM PSICODIAGNÓSTICO? (MARCAR SEIS ALTERNATIVAS POR ORDEM DE IMPORTÂNCIA)

<i>Objetivos</i>	1º Escolha	2º Escolha	3º Escolha	4º Escolha	5º Escolha	6º Escolha
Classificação simples	3.5%	2.6%	5.9%	5.2%	3.2%	7%
Descrição e compreensão da personalidade numa perspectiva global.	31%	22.7%	4.9%	2.2%	6.2%	8%
Diagnóstico diferencial	9%	10%	10.5%	13.3%	4.7%	9%
Avaliar andamento do tratamento	2.5%	4.5%	7.9%	5.6%	8.5%	10.7%
Avaliar considerando aspectos psicodinâmicos	26%	28.7%	5.7%	3%	1.3%	7%
Proporcionar	7.6%	2.3%	14.4%	18%	15.3%	11%
Identificar modificações de dinâmicas do cliente	4%	16.2%	11.5%	10%	12%	15%
Formular encaminhamentos	8%	9.6%	26%	18.7%	25%	12.2%
Identificar problemas precocemente	5%	1.6%	9.5%	22.8%	16.4%	12.5%
Perícia	3.5%	1.7%	3.6%	1.1%	4.5%	10.7%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%



Os 6 (seis) principais objetivos que o psicólogo procura alcançar, ao realizar o psicodiagnóstico, segundo uma ordem de preferência foram os seguintes:

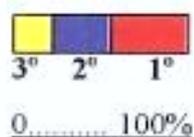
- 1º) Obter uma descrição e compreensão da personalidade do cliente, considerando-a numa perspectiva global (31%);
- 2º) Avaliar a problemática do sujeito, numa dimensão mais profunda, dentro de uma perspectiva histórica, na qual são considerados os aspectos psicodinâmicos (28,7%);
- 3º) Formular recomendações e encaminhamentos adequados às particularidades do caso (26%);
- 4º) Prevenção, identificando problemas precocemente (22,8%);
- 5º) Obter um prognóstico do caso (18,3%);
- 6º) Favorecer modificações na dinâmica das relações do cliente, através de intervenções efetivas por parte do psicólogo (12,1%)

Os outros objetivos mencionados, que ficaram em últimas colocações são 38,1%: classificação simples, diagnóstico diferencial e perícia médica.

QUESTÃO Nº 22: QUAL O REFERENCIAL TEÓRICO EM QUE VOCÊ SE APÓIA PARA ORIENTAR SEU *JULGAMENTO CLÍNICO* SOBRE O CASO INVESTIGADO NO PSICODIAGNÓSTICO ?

<i>Referencial teórico</i>	%
Compreensivo	17.8%
Fenomenológico-Existencial	36.9%
Psicanalítico	37.2%
Outros	10%
Alternativas nº: 1 + 3	0.6%
Não Respondeu	3.5%
Total	100%

<i>Outros referenciais teóricos</i>	%
Teorias relacionais familiares	0.8%
Análise Transacional - Compreensivo	0.7%
Carl Jung - Psicanálise/Existencial	0.7%
Fenomenológico-Existencial	0.7%
Modelo Médico	0.7%
Newman - Junguiano	0.7%
Programa de Neuropsiquiatria	0.7%
Psicodrama	0.7%
Rogersiana	0.7%
Teoria Junguiana	2.2%
Terapêutica	0.7%
Sigmund Freud	0.7%
Total	10%

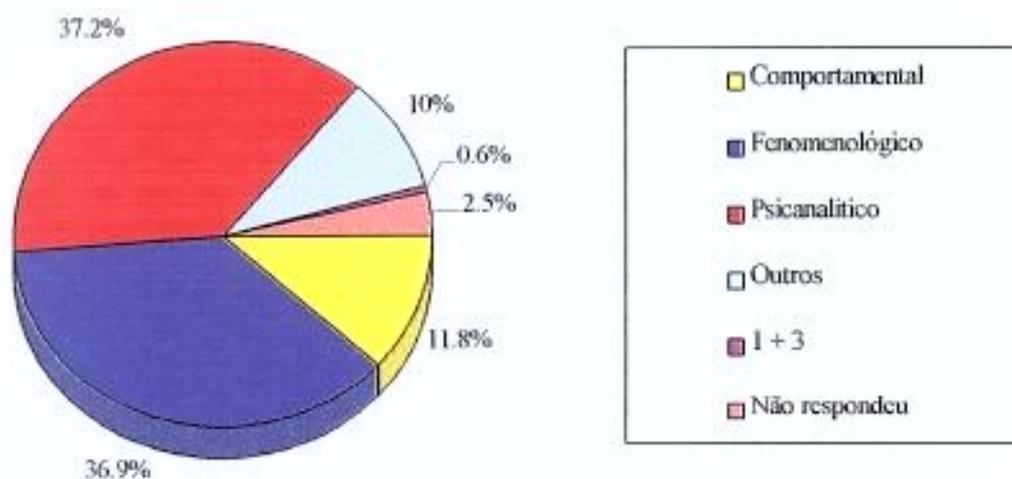


Quanto ao referencial teórico no qual baseia seu trabalho, a abordagem psicanalítica foi a que apresentou maior índice (37,2%). Bem próximo a ela encontramos a linha fenomenológica

Como outras abordagens teóricas (9,7%) destacam-se, a abordagem Junguiana (2,2%) e as teorias relacionais familiares, (0,8%) em que onde a visão Sistêmica (0,7%) tem tido uma crescente atuação.

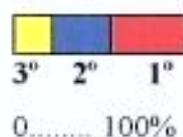
As outras abordagens possuem porcentagens similares (0,6%).

Referencial teórico



QUESTÃO Nº23: EM TERMOS DE UTILIDADE, O MOMENTO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA SERIA :

<i>Utilidade do Psicodiagnóstico</i>	
Atende plenamente às necessidades do cliente e psicólogo	13.5%
Atende plenamente o psicólogo e moderadamente o cliente	10%
Atende plenamente o psicólogo e insatisfatório o cliente	1.3%
Atende moderadamente o psicólogo e o cliente	56.4%
Moderadamente o psicólogo e insatisfatório p/ cliente	5.7%
Atende insatisfatoriamente cliente e psicólogo	10.4%
Não respondeu	2.7%
Total	100%



Buscando investigar de que forma o psicólogo compreende a utilidade do psicodiagnóstico tanto para o cliente quanto para seu próprio trabalho, encontramos que este tende a considerá-lo como um recurso que atende moderadamente às necessidades do psicólogo e do cliente (56,4%).

Do total, 13,5% ressaltam que ele atende plenamente às necessidades do cliente e do psicólogo; 10% que atende plenamente às necessidades do psicólogo e moderadamente do cliente e 10,4% que ele atende insatisfatoriamente o cliente e o psicólogo.

Utilidade do psicodiagnóstico



QUESTÃO Nº 24: CONCORDE (C) OU DISCORDE (D) COM AS AFIRMAÇÕES ABAIXO, REFLETINDO SE ELAS SÃO APLICÁVEIS À SUA MANEIRA DE COMPREENDER O PSICODIAGNÓSTICO

<i>Posicionamento frente ao Psicodiagnóstico</i>	<i>Concorda</i>	<i>Discorda</i>
1) Observador neutro e imparcial	2,8%	4,8%
2) Investigação, avaliação, seleção	6,8%	0,8%
3) Prática que favorece mudanças e novas perspectivas	5,8%	1,7%
4) Cliente como participante ativo no processo	6,7%	1%
5) Evitar instalação da transferência	3,5%	4%
6) Postura do psicólogo deve ser ativa	5,4%	2,2%
7) Devolutiva ao final do processo	5,7%	2%
8) Reforçar objetivos terapêuticos	5,7%	1,9%
9) A relação terapêutica torna-se instrumento de mudanças	7,2%	0,5%
10) Devolutiva durante o processo	4,9%	2,8%
11) Prática limitada comparando-se à psicoterapia	3,2%	4,4%
12) Utilizar assinalamentos e interpretações	5,4%	2,3%
13) Sua principal finalidade é o encaminhamento terapêutico	1,2%	6,3%
Total	64,3%	35,7%



2º 1º

0..... 100%

Para análise da questão estabeleceu-se previamente um gabarito, definindo-se uma categoria de respostas que aproximariam o psicólogo de uma postura interventiva frente ao psicodiagnóstico.

Esta categoria foi constituída a partir dos autores que discutem o psicodiagnóstico interventivo, nos quais nos baseamos neste trabalho.

Como tal ela seria considerada da seguinte forma:

CONCORDÂNCIA com as alternativas nº 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12.

DISCORDÂNCIA com as alternativas nº 1, 5, 7, 11, 13.

Assim o psicólogo estaria se direcionando a uma postura interventiva em função de:

a) CONCORDAR com as seguintes alternativas:

- Defender mudanças e novas perspectivas ao cliente, durante o processo de avaliação (nº 3);
- Reposicionar o cliente como participante ativo na busca de soluções para o problema apresentado (nº 4);
- A postura do psicólogo deve ser ativa, discutindo objetivamente suas percepções sobre o problema, motivando-o a buscar soluções para o mesmo (nº 6);
- Os efeitos terapêuticos intrínsecos ao psicodiagnóstico devem ser reforçados, tomando-se uma meta a ser alcançada (nº 8)
- A relação terapêutica torna-se um instrumento para a intervenção, gerando transformações e novas possibilidades (nº 9);
- O psicólogo deve realizar as devolutivas de suas opiniões e pareceres, acerca do material investigado, durante todo o processo de investigação (nº 10);

- São utilizados assinalamentos e interpretações durante o psicodiagnóstico, para favorecer o cliente à compreensão do material discutido (nº 12).
- b) Não se contentar com uma postura tradicional frente ao psicodiagnóstico, DISCORDANDO delas no que se refere:
- Atuar como observador neutro e imparcial (nº 1);
 - Evitar o desenvolvimento da relação transferencial, considerada instrumento facilitador de mudanças (nº 5);
 - A que o psicodiagnóstico seja considerado um processo limitado, visto acreditar que o cliente só poderá realmente tomar contato com suas dificuldades e modificá-las, através de uma psicoterapia (nº 11);
 - A ser um processo de utilidade apenas para o encaminhamento terapêutico (nº 13).

Configurou-se que, quanto maior a divergência entre o gabarito por nós considerado, mais o psicólogo estaria se aproximando de uma atuação tradicional frente ao psicodiagnóstico.

No que se refere à opção nº 2, constatamos que não foi bem construída. Ao concordar, o psicólogo é direcionado a uma atuação tradicional, visto que, seu enunciado limita as opções do profissional, prejudicando a sondagem de uma ação interventiva. Reconhecemos, portanto, se tratar de uma alternativa neutra, por se mostrar tendenciosa.

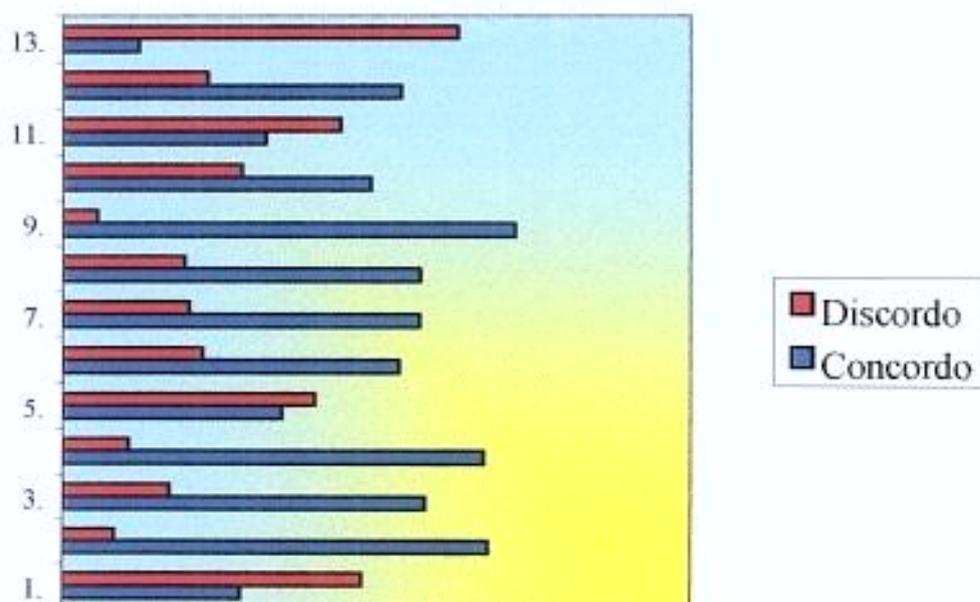
Considerando a maior frequência para cada opção, observamos que apenas a alternativa nº 7 — Devolutiva ao final do processo— obteve um índice maior de concordância por parte dos psicólogos (5,7%). Não se enquadrando desta forma ao gabarito apresentado.

CONCORDÂNCIA com as alternativas nº: 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 12.

DISCORDÂNCIA com as alternativas nº: 1, 5, 11, 13.

Notamos assim, que os psicólogos tendem a compreender o psicodiagnóstico através de uma perspectiva participativa e interventiva. Entretanto, um dos principais preceitos deste tipo de diagnóstico continua a ser rejeitado pelos profissionais, a devolução das informações realizada ao longo do processo, confirmando-se assim as informações colhidas na questão número 16.

Posicionamento que o psicólogo assume frente ao psicodiagnóstico

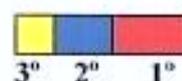


- 1) Observador neutro e imparcial
- 2) Investigação, avaliação, seleção
- 3) Prática que favorece mudanças e novas perspectivas
- 4) Cliente como participante ativo no processo
- 5) Evitar instalação da transferência
- 6) Postura do psicólogo deve ser ativa
- 7) Devolutiva ao final do processo
- 8) Reforçar objetivos terapêuticos
- 9) A relação terapêutica torna-se instrumento de mudanças
- 10) Devolutiva durante o processo
- 11) Prática limitada comparando-se à psicoterapia
- 12) Utilizar assinalamentos e interpretações
- 13) Sua principal finalidade é o encaminhamento terapêutico

QUESTÃO Nº 25: DE MODO GERAL, AO FINAL DO PSICODIAGNÓSTICO VOCÊ OBSERVA QUE:

<i>Resultados adquiridos pelo cliente</i>	%
Cliente apenas recebeu informações	35%
Cliente recebeu e assimilou informações	25.8%
Receber, assimilar e modificar atitudes de devolutiva	29%
Outros	8.7%
Não respondeu	6.5%
Total	100%

<i>Outras constatações</i>	%
Cliente reage à dificuldade, dependendo da sua situação emocional	0.7%
Cliente recebeu informações	1.3%
Dificuldade dos pais em assimilar	0.7%
Expectativa de retorno	0.7%
Informa, mas só o psicólogo ajuda a elaborar	0.0%
Modificar é mais difícil	0.7%
Orientar a forma de escuta do paciente	0.7%
Recebe a informação faz "rapport"	0.7%
Receber ou assimilar, dependendo do cliente	2.3%
Total	8.7%

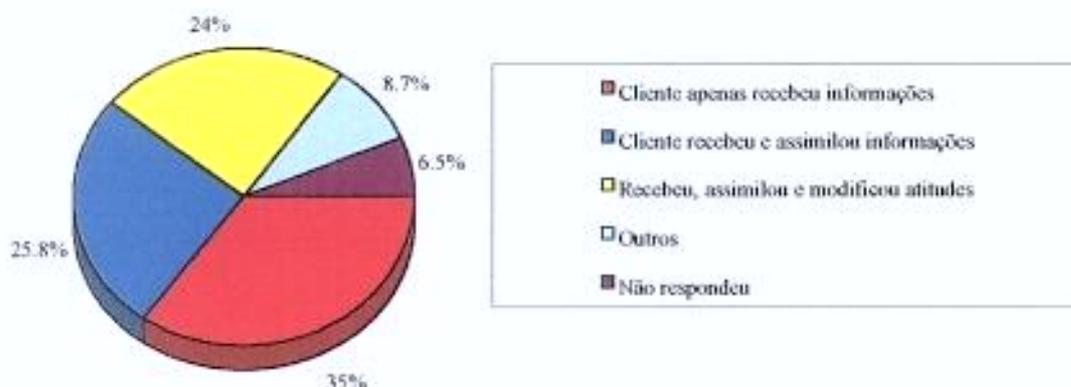


0 100%

Trinta e cinco por cento (35%) dos psicólogos consideram que, ao final do processo, o cliente apenas recebeu informações; 25,8% que o cliente, além de recebê-las, assimila-as e 24% que além de recebê-las e assimilá-las, consegue modificar suas atitudes e sentimentos frente à situação problema.

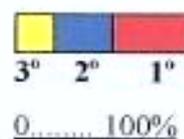
Como outras observações encontramos que a possibilidade de receber ou assimilar informações está na dependência do cliente (2,3%), tanto no que se refere ao seu equilíbrio emocional (0,7%) bem como das próprias dificuldades dos pais (0,7%).

Resultados adquiridos pelo cliente



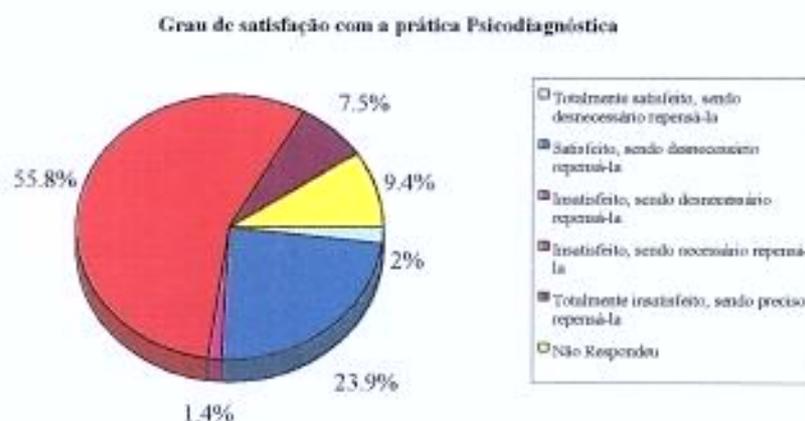
QUESTÃO Nº 26: EM RELAÇÃO À SUA MANEIRA PARTICULAR DE DESENVOLVER A PRÁTICA PSICODIAGNÓSTICA VOCÊ DIRIA QUE:

<i>Grau de satisfação</i>	%
Totalmente satisfeito, sendo desnecessário repensá-la	2%
Satisfeito, sendo desnecessário repensá-la	23.9%
Insatisfeito, sendo desnecessário repensá-la	1.4%
Insatisfeito, sendo necessário repensá-la	55.8%
Totalmente insatisfeito, sendo necessário repensá-la	0
Satisfeito, mas repensar sempre	8.7%
Não respondeu	8.2
Total	100%



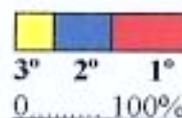
A respeito do grau de satisfação dos psicólogos em relação ao psicodiagnóstico encontramos que 55,8% mostram-se insatisfeitos com o psicodiagnóstico, considerando a possibilidade de modificá-lo; 23,9% mostram-se satisfeitos, e não consideram a necessidade de repensá-lo.

Do total, 8,7% apesar de se considerarem satisfeitos, reforçam a importância de continuar repensando sempre a prática psicodiagnóstica.



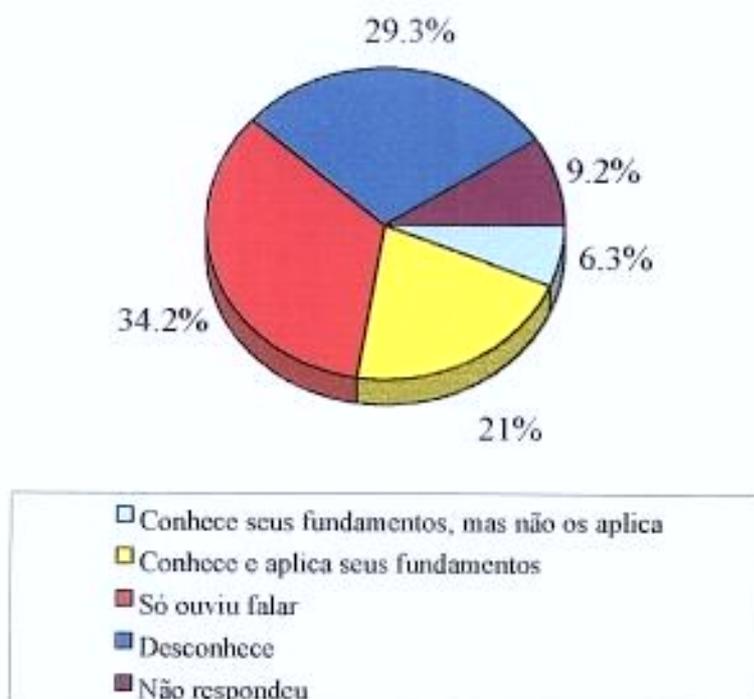
QUESTÃO Nº 27: A DENOMINAÇÃO 'PSICODIAGNÓSTICO DE INTERVENÇÃO' É PARA VOCÊ :

<i>Conhecimento do Psicodiagnóstico Interventivo</i>	%
Conhece seus fundamentos, mas não os aplica	6.3%
Conhece e aplica seus fundamentos	21%
Só ouviu falar, portanto não os aplica	34.2%
Desconhece totalmente o termo	29.3%
Não respondeu	9.2%
Total	100%



Observamos que 34,2% dos psicólogos dizem que possuem informações superficiais sobre o modelo interventivo e, portanto, não o aplicam; 29,3% desconhecem totalmente o termo; 21% não só conhecem como aplicam seus fundamentos; 9,2% não responderam e 6,3% embora conheçam seus fundamentos não os aplicam.

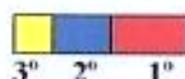
Conhecimentos relacionados ao Psicodiagnóstico interventivo



ALGUNS CRUZAMENTOS DE INTERESSE

1ª) Como cada linha teórica tende a conceituar o psicodiagnóstico?

REFERENCIAL TEÓRICO	MODELO MÉDICO %	INTER- VENTIVO %	PSICOMÉ- TRICO %	PSICANA- LÍTICO %	COMPRE- ENSIVO %	COMPOR- TAMENTAL %	Total
Comportamental	0,00	7,42	1,44	0,00	0,75	2,26	11,87
Fenomenológico- Existencial	0,70	16,52	2,16	4,37	13,73	1,48	38,96
Psicanalítico	1,57	14,85	3,69	10,41	7,24	0,00	37,76
Outros	0,00	4,01	1,44	2,23	3,00	0,00	10,68
Alternativa 1+3	0,00	0,00	0,00	0,00	0,73	0,00	0,73
Total	2,27	42,80	8,73	17,01	25,45	3,74	100,00



0..... 100%

Observamos que o modelo interventivo obteve o maior percentual em todos os referenciais teóricos (42,80%) obtendo de cada um deles as seguintes porcentagens: Comportamental 7,42%; Fenomenológico-Existencial 16,52%; Psicanalítico 14,85%; 4,01% relacionam-se aos 'outros referenciais' apresentados na tabela da questão nº 22.

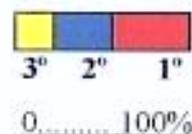
O referencial Comportamental, associado ao Psicanalítico mostrou-se uma exceção, optando pelo modelo compreensivo (0,73%). Remetendo-nos entretanto, ao percentual de profissionais que atuam nesta perspectiva teórica, observamos que esse não se mostra muito representativo.

Como segunda escolha, encontramos o referencial Comportamental optando pelo modelo comportamental (2,26%); o Fenomenológico-Existencial pelo modelo

compreensivo (13,73%); o Psicanalítico pelo modelo psicanalítico (10,41%); e 'outros referenciais' pelo compreensivo (3,0%).

2ª) Qual a importância do psicodiagnóstico para cada linha teórica?

REFERENCIAL TEÓRICO	Alternativa nº1 - %	Alternativa nº2 - %	Alternativa nº3 - %	Total
Comportamental	5,87	6,26	0,74	12,87
Fenomenológico- Existencial	17,13	16,31	3,26	36,70
Psicanalítico	25,94	12,38	0,74	39,06
Outros	5,77	4,86	0,00	10,64
Alternativa 1+3	0,73	0,00	0,00	0,73
Total	55,44	39,82	4,74	100,00



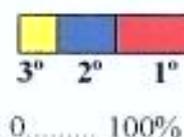
Alternativas	Importância
nº1	Um recurso de extrema importância para a prática psicológica, igualando-se a outros tipos de processo.
nº2	Recurso importante, mas limitado, se comparado aos outros processos.
nº3	Recurso que pode ser facilmente prescindido.

Os referenciais Fenomenológico-Existencial (17,13%); Psicanalítico (25,94%); ‘outros’ (5,77%) tendem a considerar o psicodiagnóstico um recurso de extrema importância para a prática psicológica como um todo, igualando-se a vários outros recursos e modalidades de atendimento que compõem a prática psicológica. Entre estes, a corrente psicanalítica apresentou maior percentual.

A corrente comportamental, por sua vez, considera-o um recurso importante mas limitado que se torna, por consequência, menos valorizado quando comparado a outros processos.

3ª) Conhecimento de cada linha teórica sobre o psicodiagnóstico de intervenção.

<i>REFERENCIAL TEÓRC</i>	<i>Alternativa nº1 %</i>	<i>Alternativa nº2 %</i>	<i>Alternativa nº3 %</i>	<i>Alternativa nº4 %</i>	Total
Comportamental	1,65	1,53	5,55	3,04	11,77
Fenomenológico- Existencial	2,30	10,65	15,99	7,75	36,70
Psicanalítico	1,66	7,89	13,42	16,48	39,45
Outros	1,53	3,51	1,53	4,75	11,30
Alternativa 1+3	0,00	0,00	0,77	0,00	0,77
Total	7,14	23,58	37,26	32,02	100,00



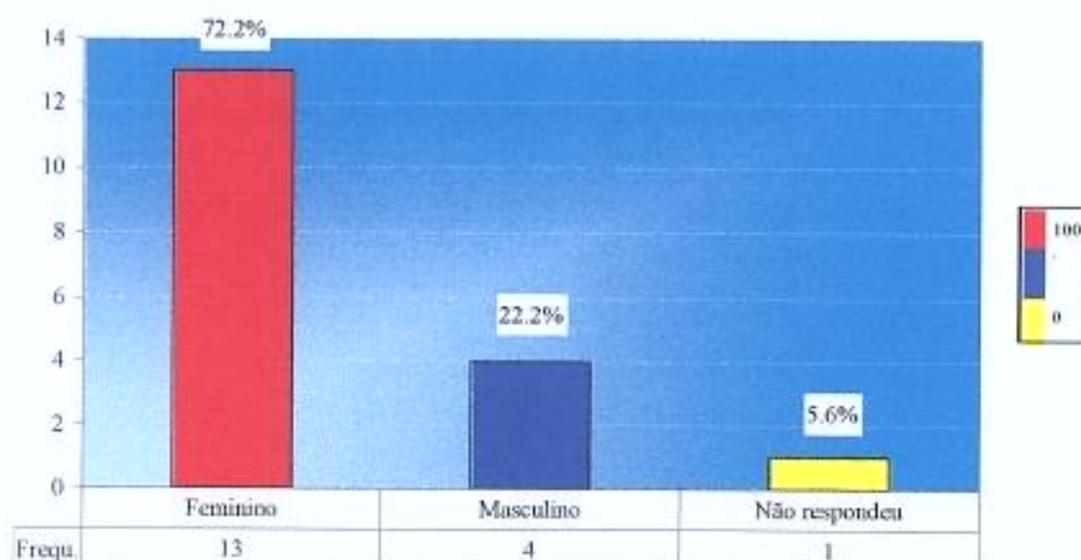
Alternativas	Conhecimento
nº1	Conhece os fundamentos do psicodiagnóstico interventivo, mas não os aplica.
nº2	Conhece e aplica seus fundamentos.
nº3	Possui poucas informações a respeito do psicodiagnóstico interventivo e portanto não os aplica.
nº4	Desconhece totalmente o termo.

O referencial Comportamental (5,55%) e o Fenomenológico (15,99%) tendem a não aplicar o psicodiagnóstico interventivo visto possuírem poucas informações a respeito deste modelo. O Psicanalítico (16,48%) e "outros referenciais" (4,75%) alegam desconhecer totalmente o termo.

4.2. ANÁLISE DOS RESULTADOS DA AMOSTRA DE PROFESSORES QUE LECIONAM EM UNIVERSIDADES QUE FORMAM PSICÓLOGOS, NO VALE DO PARAÍBA

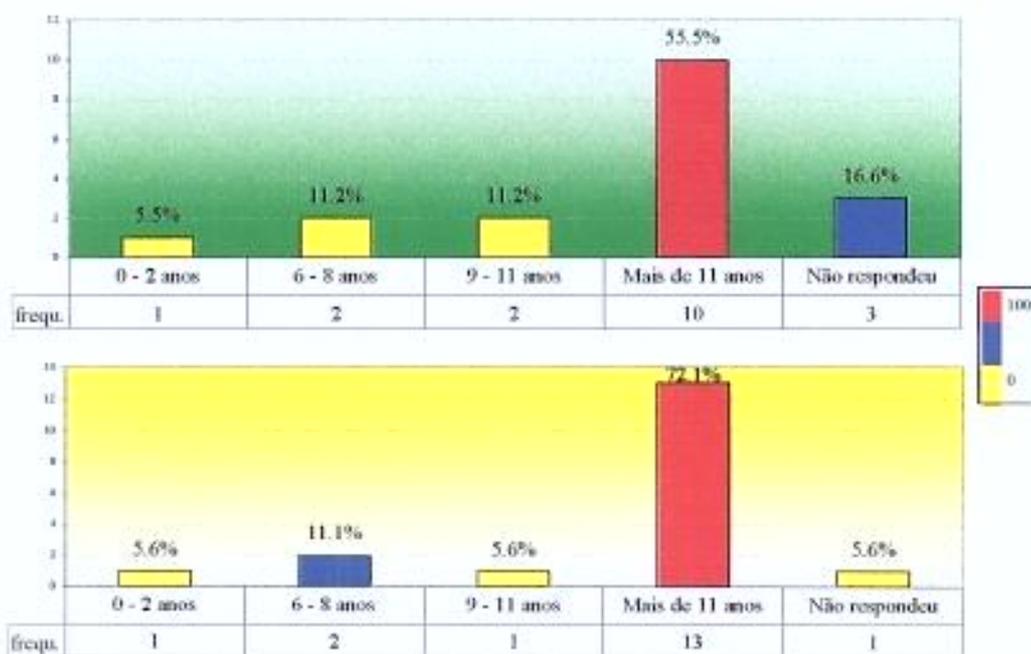
Dos professores atuantes nas quatro universidades pesquisadas, 18 (dezoito) responderam ao questionário. Remeter-nos-emos apenas às informações mais significativas para a complementação dos resultados relacionados à variável 'Formação Acadêmica'. Entretanto, como especificado anteriormente, não nos proporemos a qualquer tipo de generalização em relação a esta categoria de profissionais.

1) Divisão amostral por sexo



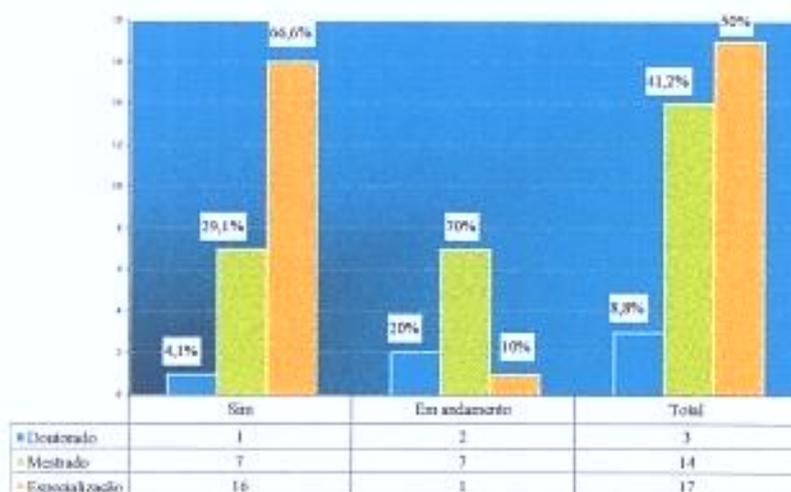
São em sua maioria do sexo feminino 72,2% (f= 13)

2 e 3) Tempo de formado e atuação efetiva



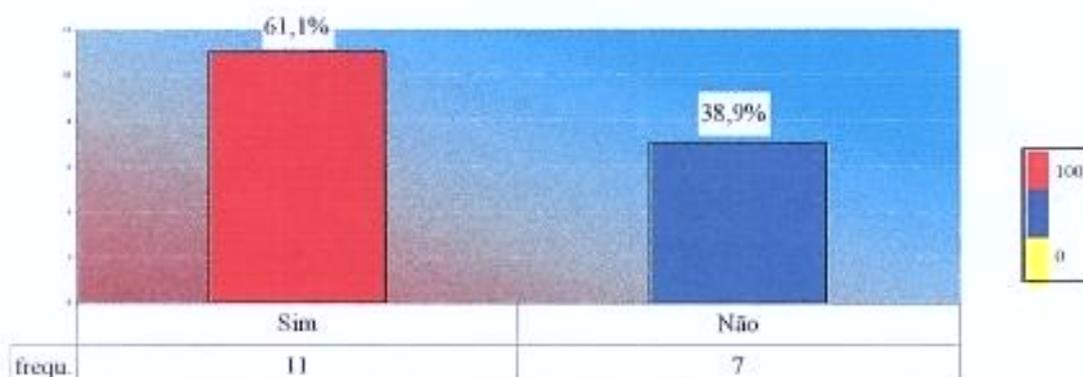
São profissionais com mais de 11 anos de formação (55,5%) e de atuação efetiva (72,1%), apresentando nestas duas categorias um período nunca inferior a 6 anos.

4) Possui curso de Pós-Graduação?



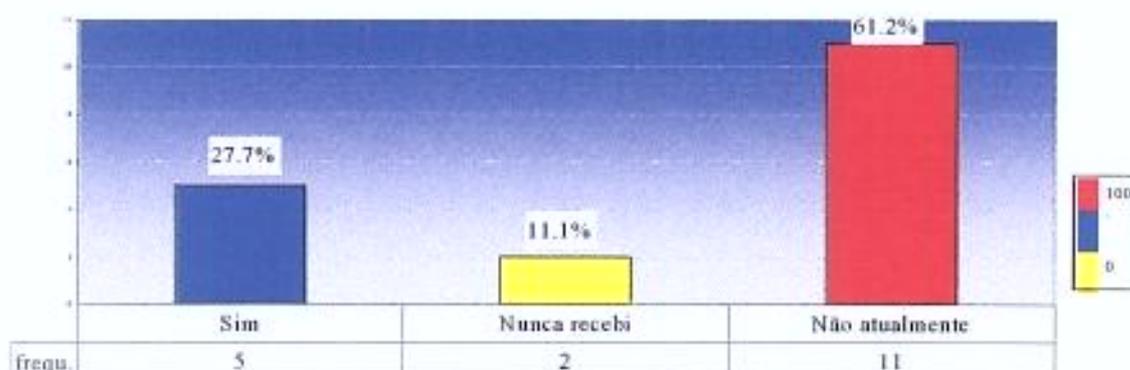
No que se refere ao seu investimento em cursos de pós-graduação, 4,1% concluíram o doutorado ($f=1$) e 20% estão com ele em andamento ($f=2$). Em nível de mestrado, 29,1% o concluíram ($f= 7$) e 70% ainda estão em andamento ($f= 7$). A especialização é o curso mais procurado, apresentado por 50% dos professores. Temos ainda uma considerável representatividade dos cursos de aperfeiçoamento ($f= 7$) e de extensão ($f= 5$).

5) Algum desses cursos foi específico à prática psicodiagnóstica



Neste estudo, 61,1% dos professores realizaram estes cursos relacionando-os à prática psicodiagnóstica; 38,9% informam terem sido cursos desvinculados desta prática.

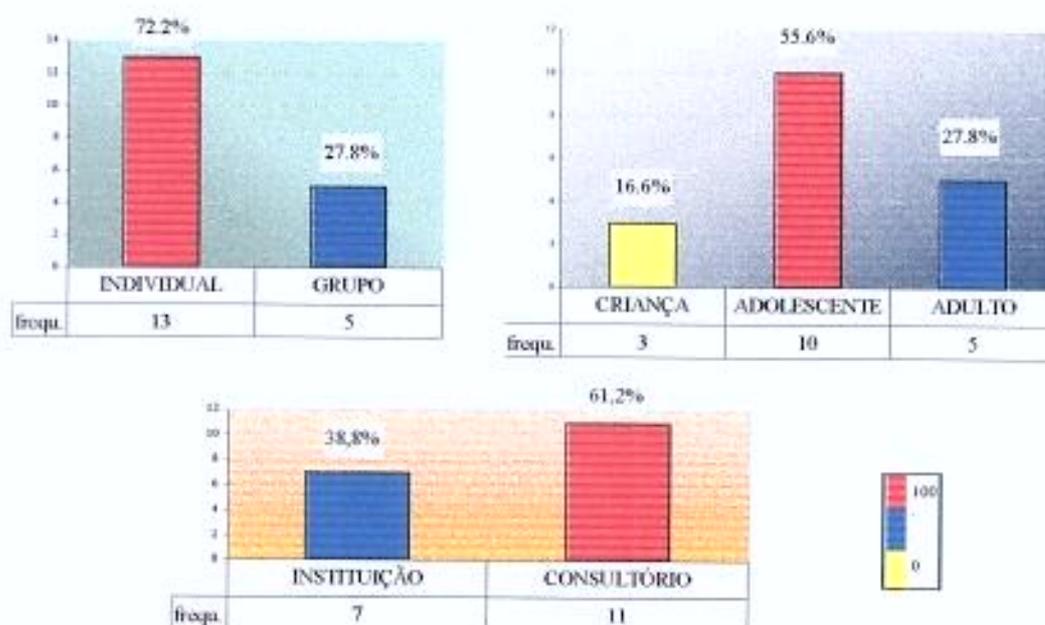
6) Você recebe supervisão de outro profissional ?



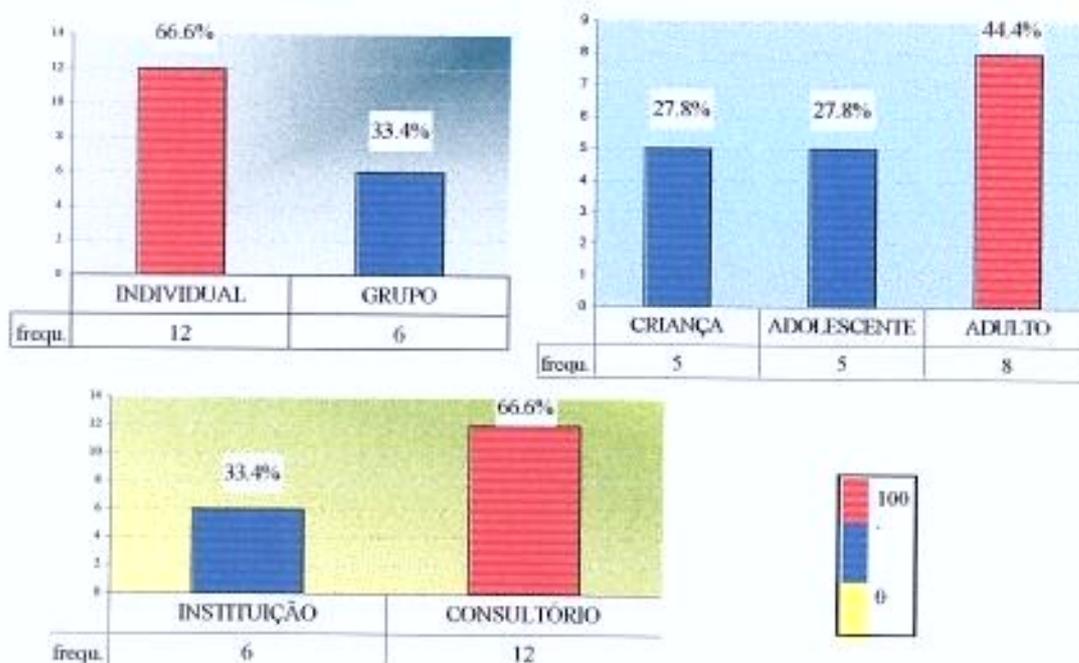
Dos professores analisados, 61,2% informam não estarem recebendo supervisão atualmente, 27,7% afirmam ainda recebê-la e 11,1% dizem nunca terem recorrido à supervisão.

7) A supervisão está (estava) voltada para quais modalidades ?

A) Psicodiagnóstico



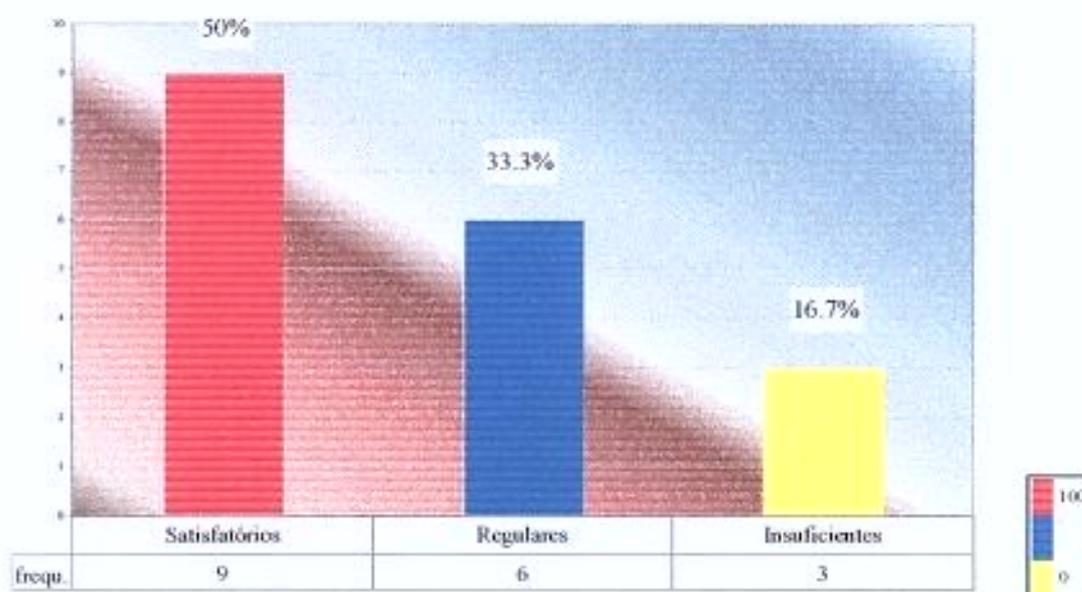
B) Psicoterapia



Quanto às supervisões relacionadas ao psicodiagnóstico, 72,2% eram voltadas ao psicodiagnóstico individual e 27,8% ao psicodiagnóstico em grupo. Destacando-se a faixa etária, 55,6% direcionavam-se ao psicodiagnóstico de adolescentes, 27,8% ao de adultos e 16,6% ao e crianças. Estes atendimentos eram desenvolvidos primeiramente em consultórios (61,2%) ficando o psicodiagnóstico desenvolvido em instituições com 38,8%.

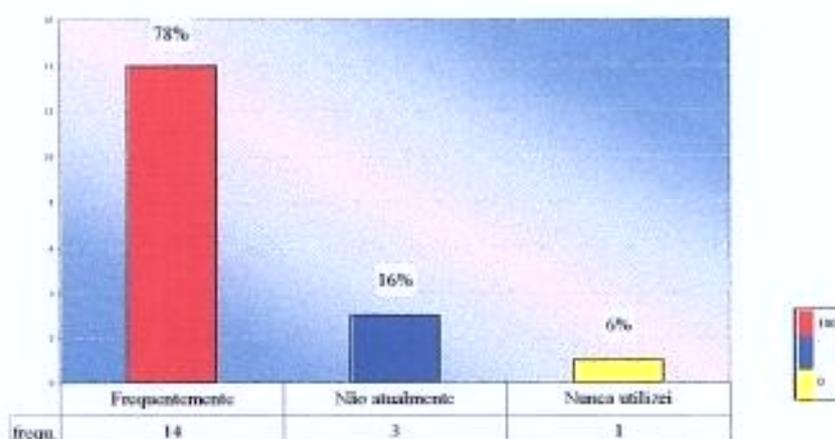
No que se refere a supervisões voltadas à psicoterapia, 66,6% eram relacionadas ao atendimento individual e 33,4% ao atendimento em grupo; 44,4% direcionavam-se à psicoterapia de adultos. No caso de crianças e adolescentes, o percentual apresentou-se o mesmo (27,8%). Quanto ao local de desenvolvimento, 66,6% realizavam-se em consultórios e 33,4% em instituições.

8) No que concerne a prática psicodiagnóstica, você diria que os conhecimentos fornecidos em seu curso de graduação foram:



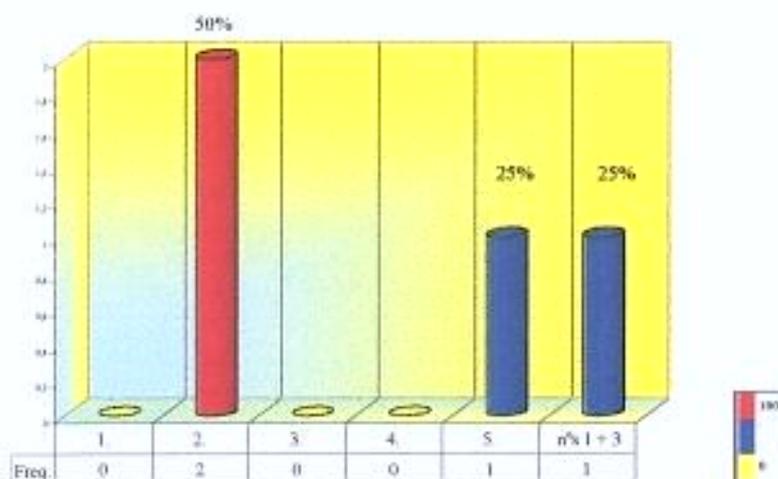
Quanto aos conhecimentos da prática psicodiagnóstica fornecidos pela graduação, 50% dos professores os consideraram satisfatórios; 33,3% como regulares e 16,7% como insuficientes.

9) Você utiliza (ou utilizou) a avaliação psicodiagnóstica em sua prática clínica ?



A utilização do psicodiagnóstico é realizada frequentemente por 78% dos profissionais, 16% não o utilizam atualmente e apenas 6% (f= 1) informam nunca tê-lo utilizado.

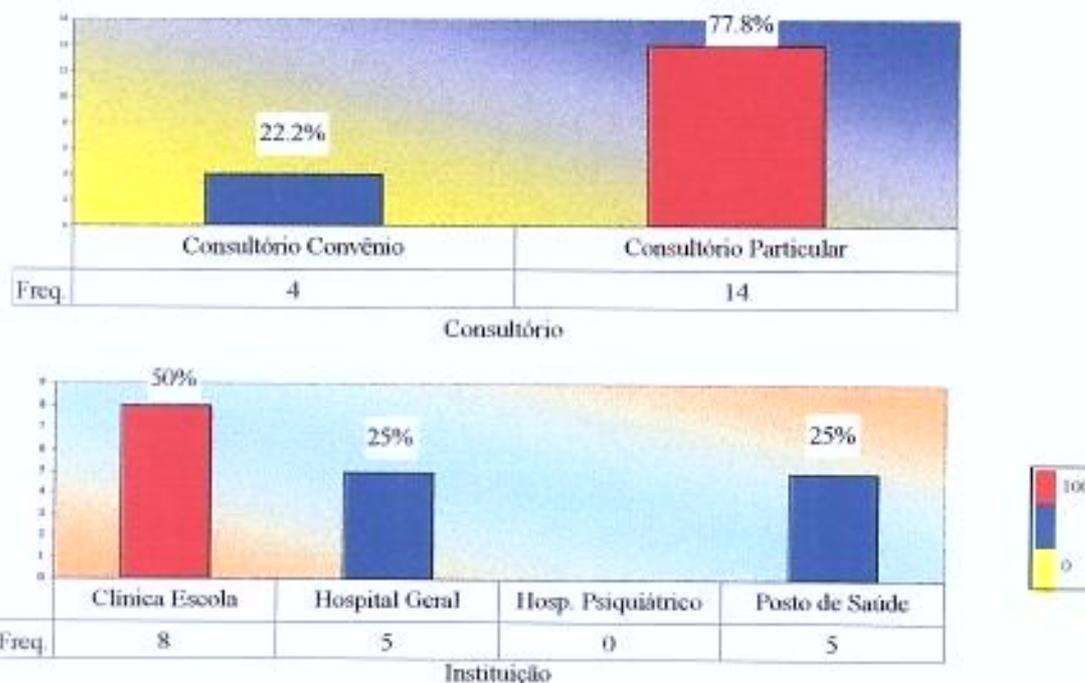
10) Se você não utiliza atualmente ou nunca utilizou, apresente as razões por não fazer uso deste recurso



1. Acha a prática relevante, mas devido a experiência não a utiliza mais
 2. O Referencial em que se apoia não vê relevância nesta prática
 3. As características da clientela não justificam seu uso
 4. Não considera a prática Psicodiagnóstica relevante
 5. Outros
- Alternativas nº: 1 + 3

As razões pelas quais os professores não utilizam o psicodiagnóstico centram-se, principalmente, no referencial teórico em que baseiam sua prática. (50%). Como 'outras justificativas' apesar de termos encontrado apenas uma menção ($f=1$), esta não foi especificada pelo professor.

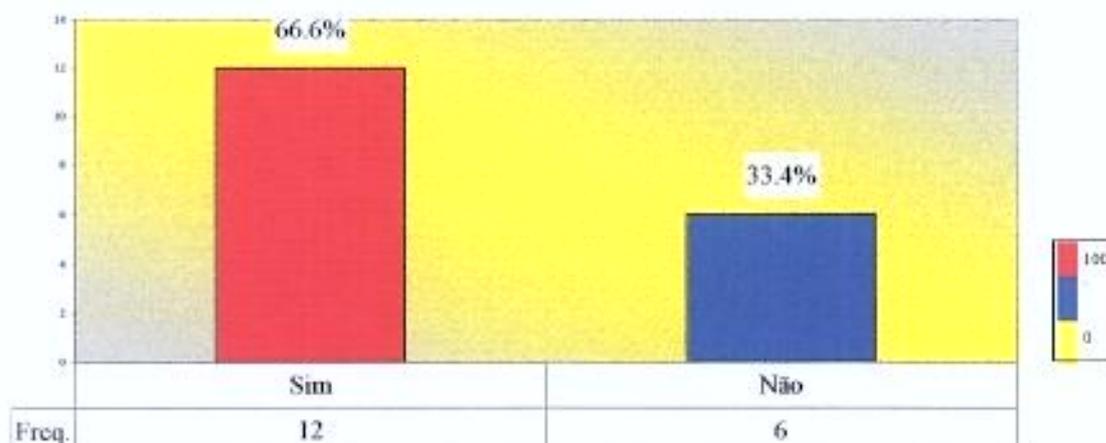
11) Em que local esse tipo de prática é (ou era) desenvolvida ?



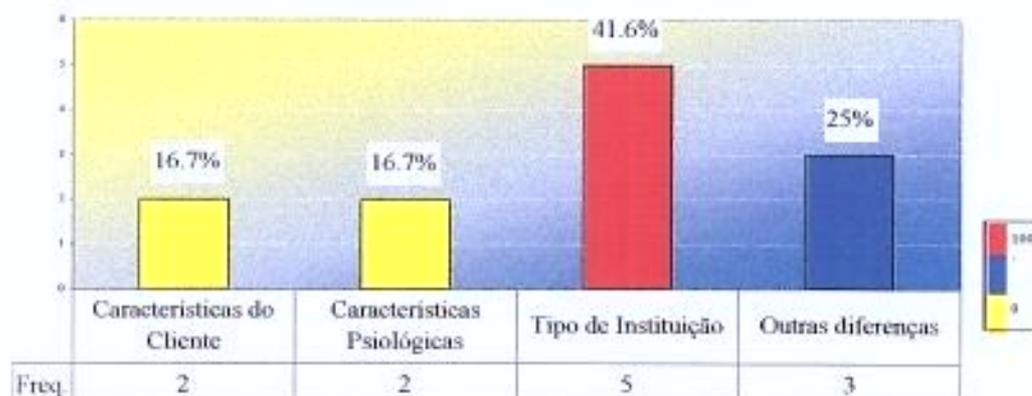
No que se refere ao local de desenvolvimento, o consultório particular obteve o percentual de 77,8%, contra 22,2% dos atendimentos realizados através de convênios.

Atuando em instituições, a Clínica-Escola aparece como primeira indicação 50%; Hospitais Gerais e Psiquiátricos possuem porcentagens semelhantes (25%). Como 'outras instituições' encontramos instituições para crianças excepcionais (33,3%); creches (33,3%); escolas (16,7%) e Juizado de Menores (16,7%).

12) No caso de ter atuado em instituição e em consultório, você apontaria diferenças no psicodiagnóstico desenvolvido em cada um desses locais ?



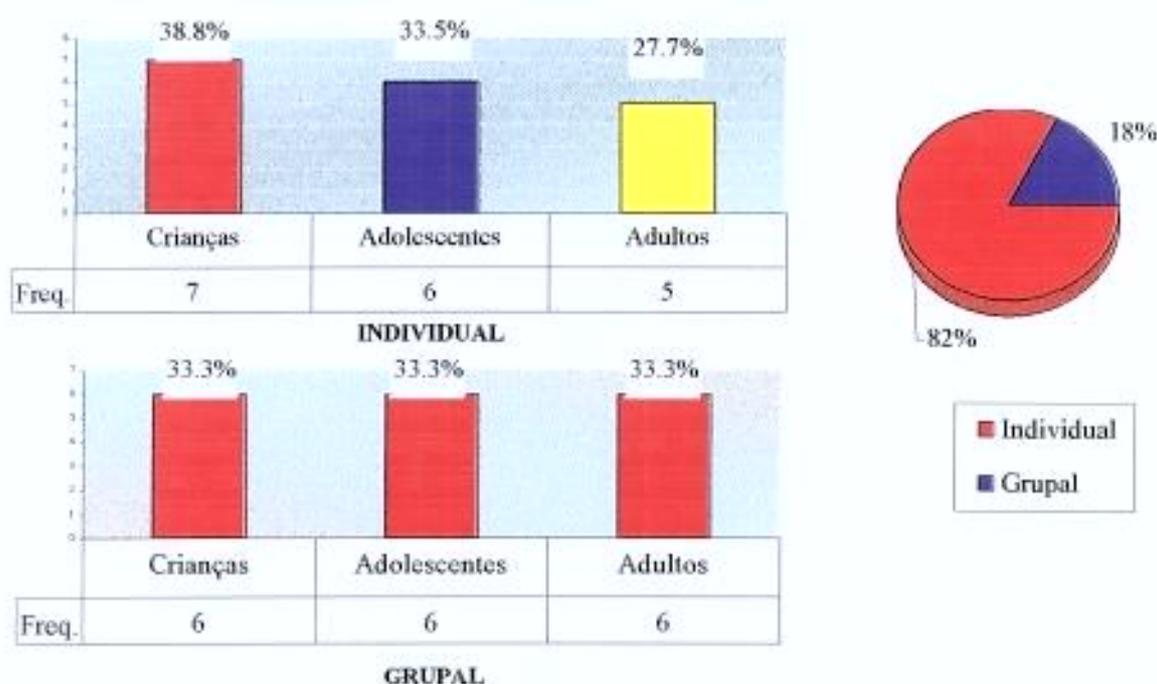
13) Em caso de resposta afirmativa: A que se devem estas diferenças?



Outras diferenças percebidas	Freq	%
Objetivos e condições de trabalho	01	33.3%
Setting, tempo para avaliação	01	33.3%
Tempo de realização	01	33.3%

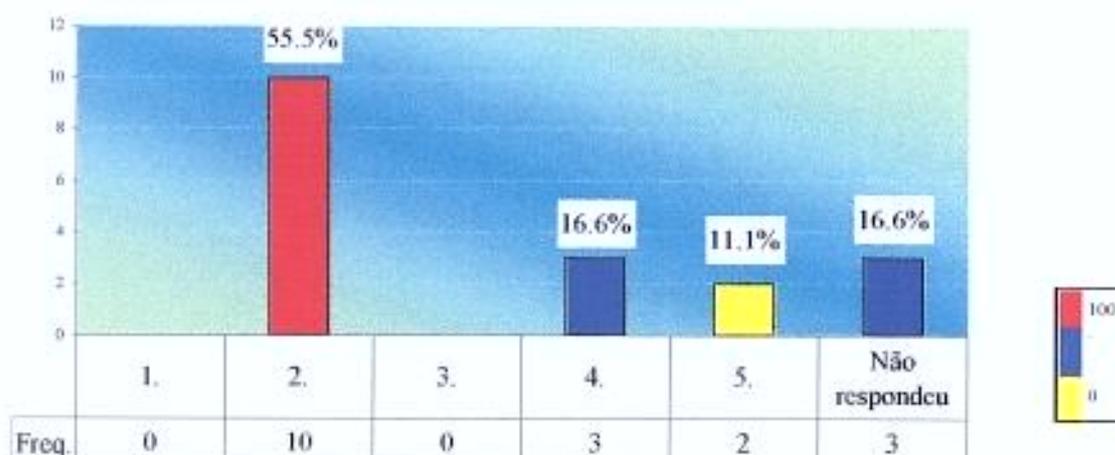
Nesta questão, 66,6% dos professores reconhecem haver diferenças entre o psicodiagnóstico desenvolvido em consultório e instituições e associam estas diferenças às particularidades da instituição em que atuam (41,6%); 'outras diferenças' (25%) são entretanto mencionadas como objetivos e condições de trabalho, *setting* e o tempo de realização. Entretanto, as características psicopatológicas do caso, bem como as características do cliente são também mencionadas (16,7%).

14) Quais as modalidades de psicodiagnóstico que você desenvolve (desenvolveu) ?



Quanto aos modelos de psicodiagnóstico desenvolvidos, os relacionados ao atendimento individual (82%) mostram-se bem mais utilizados que o grupal (18%). No primeiro, o atendimento de crianças apresenta um índice de 38,8%; o de adolescentes com 33,5% e o de adultos com 27,7%. No psicodiagnóstico grupal, crianças, adolescentes e adultos mantiveram índices semelhantes (33,3%).

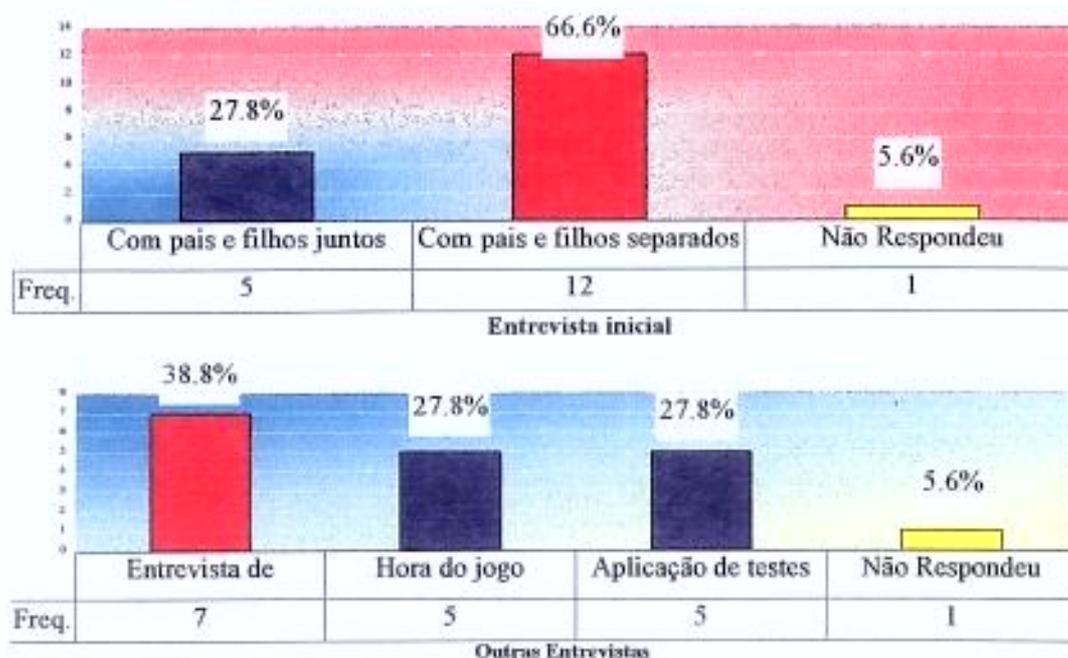
15) Geralmente você se decide por realizar um psicodiagnóstico em que situações ?



- 1- A pedido de outro profissional.
- 2- Sempre que recebe um novo cliente.
- 3- A pedido do próprio cliente.
- 4- Complexidade do caso.
- 5- Quando realizado em instituições.

Os professores, 55,5% afirmam que fazem uso do psicodiagnóstico sempre que recebem um novo cliente. No entanto, 16,6% utilizam-no apenas quando o caso mostra-se complexo, deixando dúvidas quanto à sua compreensão e 11,1% realizam-no apenas em instituições quando este é um momento obrigatório, dentro de sua rotina de atendimento.

16) O psicodiagnóstico é composto por quais etapas

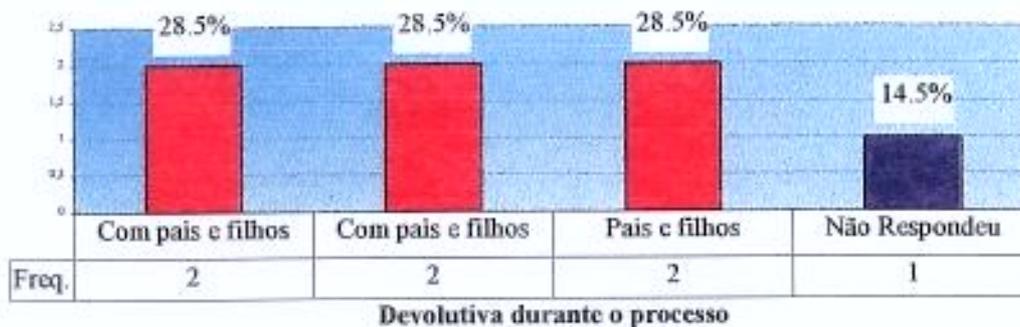


Sobre as etapas do psicodiagnóstico, 66,6% realizam a entrevista inicial com pais e filhos separados e 27,8% preferem realizá-la com pais e filhos juntos.

No desenvolvimento das entrevistas posteriores, 38,8% referem-se à anamnese, 27,8% à Hora de Jogo Diagnóstica; 27,8% aplicam testes e similares.

No que se refere às devolutivas, a maioria dos professores prefere realizá-las ao final do psicodiagnóstico ($f=12$) ao contrário de desenvolvê-las durante o processo ($f=7$).

Quando realizadas ao final do psicodiagnóstico, 41,6% dos professores desenvolvem-na com pais e filhos separados e posteriormente juntos; 33,4% com pais e filhos separados e 16,6% com pais e filhos juntos. Encontramos, entretanto, percentuais idênticos (28,5%), quando desenvolvida durante o processo.

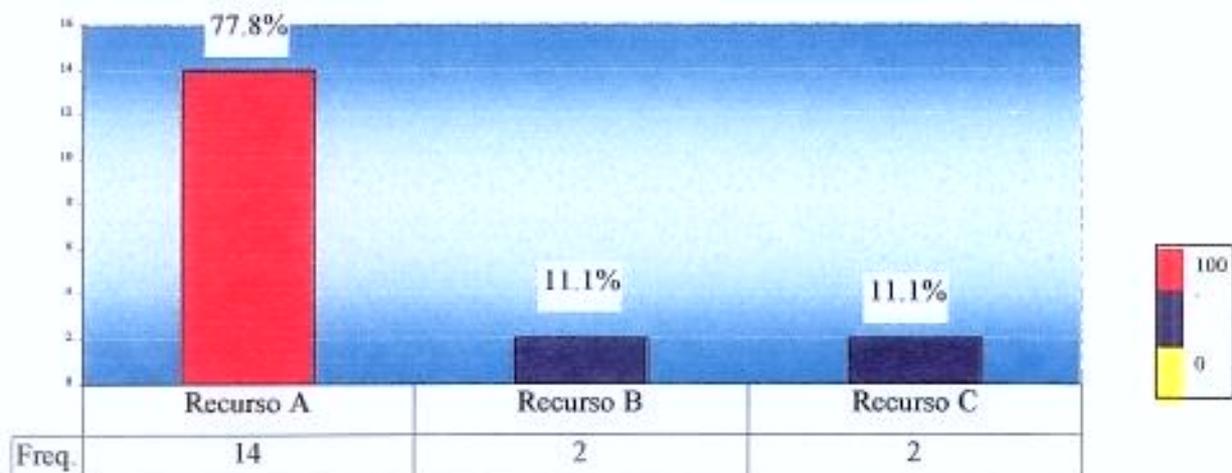


Devolutiva durante o processo



Devolutiva no fim do Processo

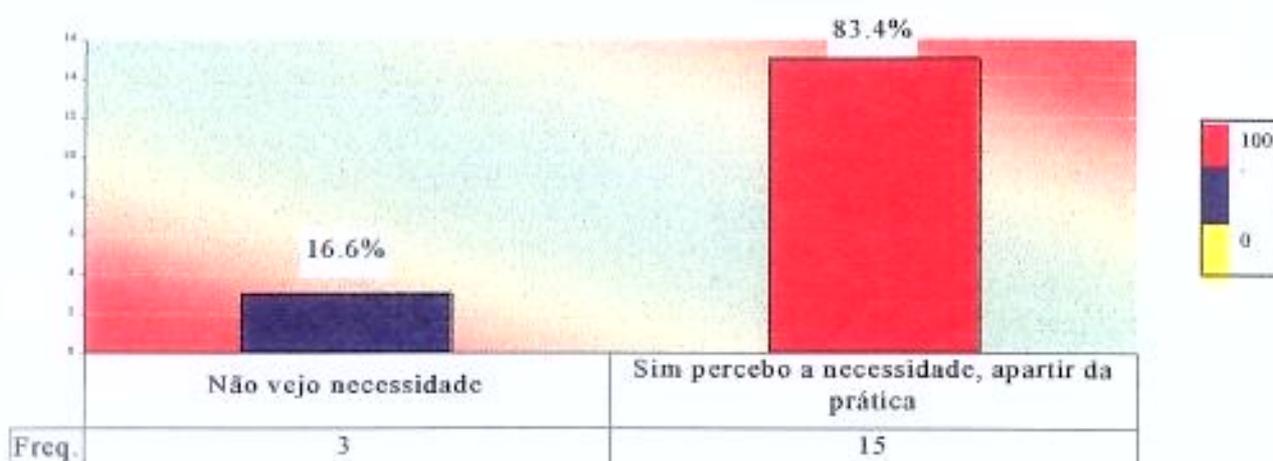
17) Você diria que o psicodiagnóstico é ?



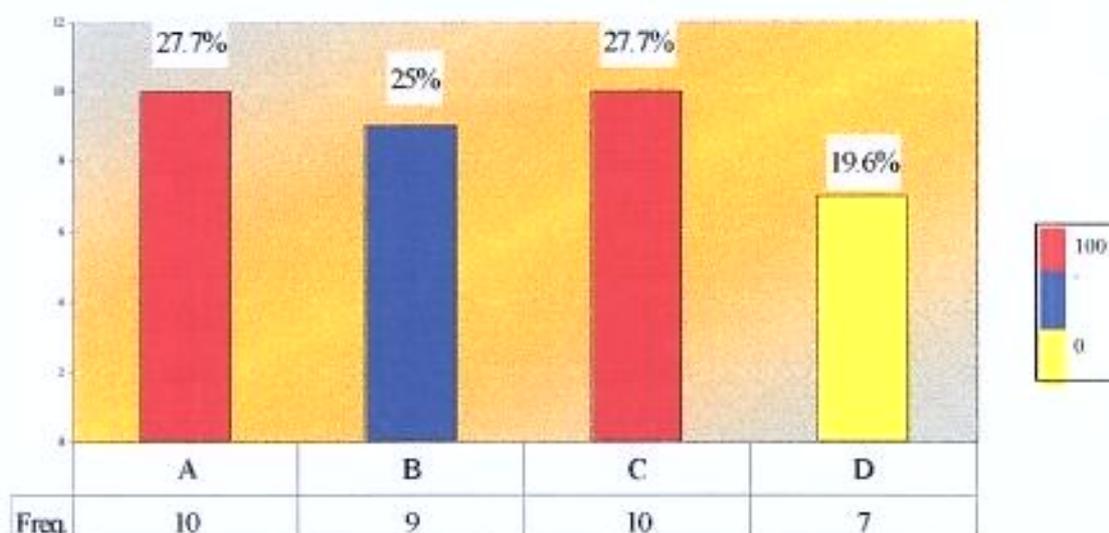
- A - Um Recurso de extrema importância para a prática psicológica
 B - Um Recurso importante mas limitado comparado a outros processos
 C - Um Recurso que pode ser facilmente prescindido

Observamos que 77,8% dos professores consideram o psicodiagnóstico um recurso de extrema importância para a prática psicológica como um todo e 11,1% referem-se a ele tanto como um recurso importante, mas limitado, como um recurso que pode ser facilmente prescindido.

18) Várias são as práticas psicológicas que tem sofrido novas discussões suscitando modificações e novos modelos de atuação. Você diria que o mesmo deveria acontecer ao processo psicodiagnóstico ?



19) Em caso de resposta afirmativa: Que aspectos dessa prática precisariam se revistos e aprimorados ?



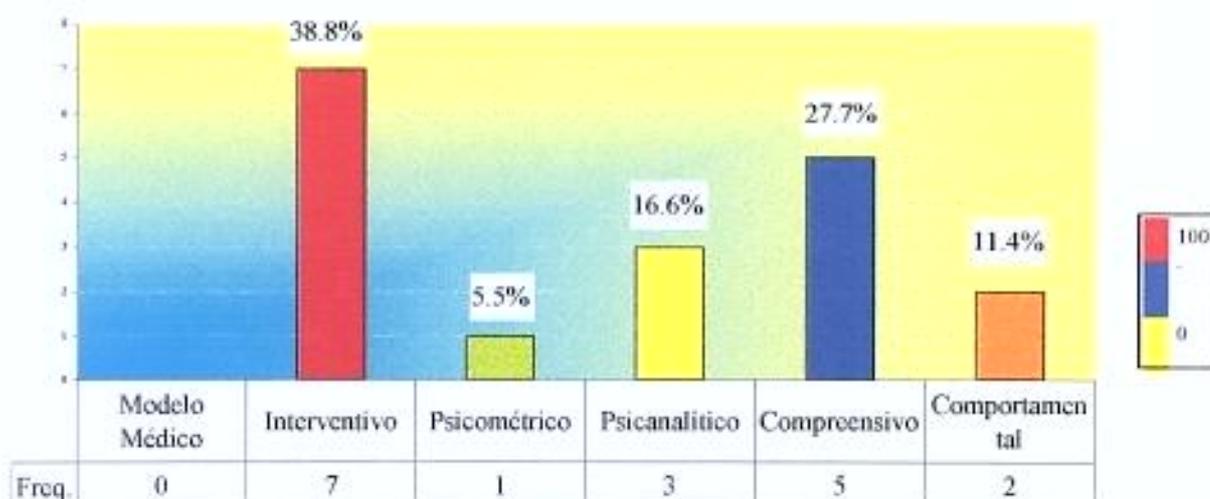
- A - Forma de utilização dos testes
 B - Os objetivos ampliados, além de avaliação e acompanhamento
 C - A relação cliente psicólogo deveria ser melhor explorada
 D - Outros

Outras modificações	%
Dar mais ênfase no Psicodiagnóstico interventivo	14.3%
Melhorar a formação	14.3%
Atualizar a metodologia de Psicodiagnóstico	14.3%
Mobilizar pais e responsáveis sobre seu papel	14.3%
Privilegiar a escuta	14.3%
Reduzir o tempo	14.3%

Considerando-se ambas as questões, observamos que 83,4% consideram que o psicodiagnóstico deve ser discutido, suscitando modificações e novos modelos, defendendo como primeiras modificações a forma de utilização dos testes e a melhor exploração da relação psicólogo-cliente (27,7%); defendem ainda que os objetivos deveriam ser ampliados, indo além da avaliação e encaminhamento (25%).

Como 'outras modificações' encontramos percentuais semelhantes (14,3%), destacando-se como principais: dar mais ênfase ao psicodiagnóstico interventivo, melhor formação dos profissionais e mobilizar pais e responsáveis sobre o seu papel.

20) Conceitos teóricos que expressam a maneira particular do profissional compreender o psicodiagnóstico ?



Neste item, 38,88% dos professores conceituam o psicodiagnóstico segundo o modelo interventivo; 27,7% utilizam-se do modelo compreensivo; 16,6% do modelo psicanalítico; 11,4% do modelo comportamental; 5,5% do psicométrico.

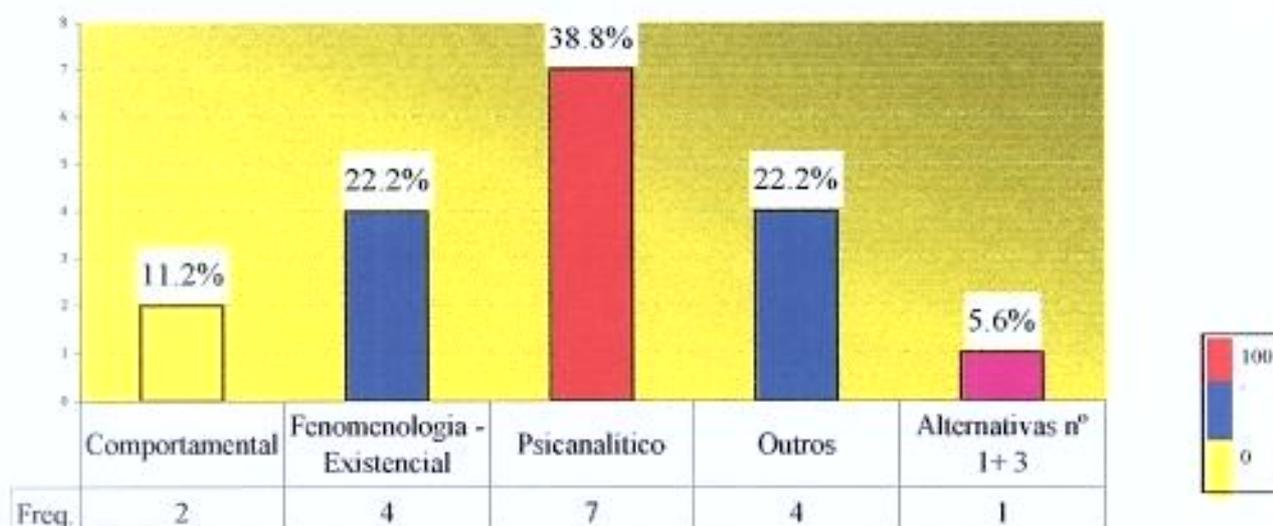
21) Que objetivos você busca alcançar ao realizar um psicodiagnóstico ? (marcar seis alternativas por ordem de importância)

ordem	Objetivos	1°	2°	3°	4°	5°	6°
	Classificação simples	13.2%					7.1%
2°	Descrição e compreensão da personalidade numa perspectiva global	15.8%	40%				7.1%
5°	Diagnóstico diferencial	15.8%	10%			60%	7.1%
6°	Avaliar andamento do tratamento	10.5%				20%	14.4%
1°	Avaliar considerando aspectos psicodinâmicos	18.4%	30%				7.1%
	Prognóstico	5.3%		11.1%			14.3%
3°	Favorecer modificações na dinâmica do cliente	5.3%		4.4%	20%		7.1%
4°	Formular encaminhamentos	10.5%	20%	33.4%	40%		14.4%
	Identificar problemas precocemente	2.6%		11.1%	20%	20%	7.1%
	Perícia	2.6%			20%		14.3%
	Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Entre os objetivos a serem alcançados, destacam-se seis principais, por ordem de importância:

- 1º) Avaliar a problemática do sujeito numa dimensão mais profunda, considerando os aspectos psicodinâmicos;
- 2º) Descrição e compreensão da personalidade, numa perspectiva global;
- 3º) Favorecer modificações na dinâmica do cliente, através de intervenções efetivas por parte do psicólogo;
- 4º) Formular encaminhamentos;
- 5º) Estabelecer diagnóstico diferencial;
- 6º) Avaliar andamento do tratamento

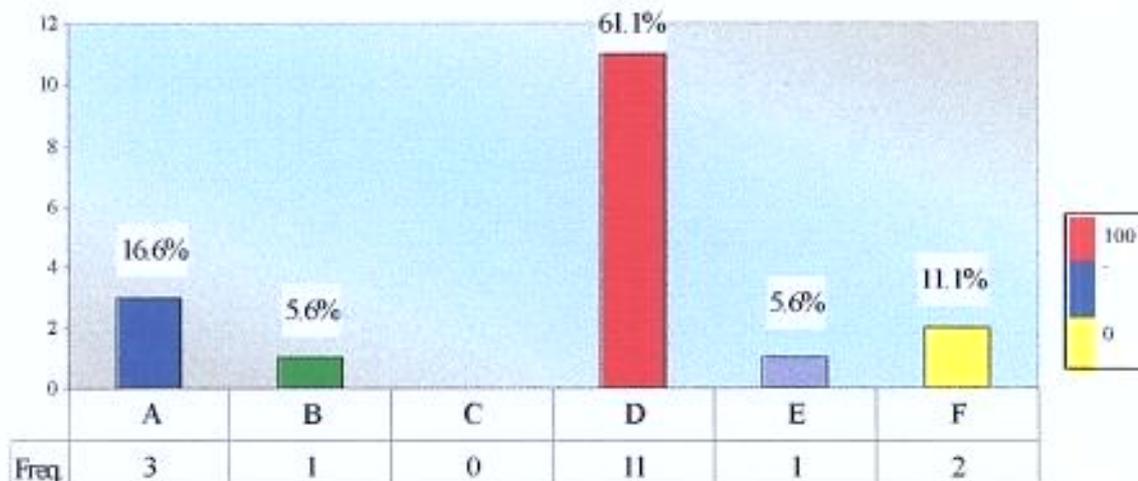
22) Qual o referencial teórico em que você se apóia para orientar seu julgamento clínico sobre o caso investigado no psicodiagnóstico ?



Outros	%
Newmann - Junguiano	25%
Psicodrama	25%
Psicopedagógico	25%
Análise Transacional	25%

O referencial psicanalítico, mostrou-se o de maior aplicação na amostra de professores (38,8%), apresentando porcentagens semelhantes, (22,2%) encontramos como segunda opção a corrente fenomenológica e 'outras abordagens'. A comportamental (11,2%) aparece como uma terceira escolha, e a junção entre as vertentes comportamental e psicanalítica com (5,6%).

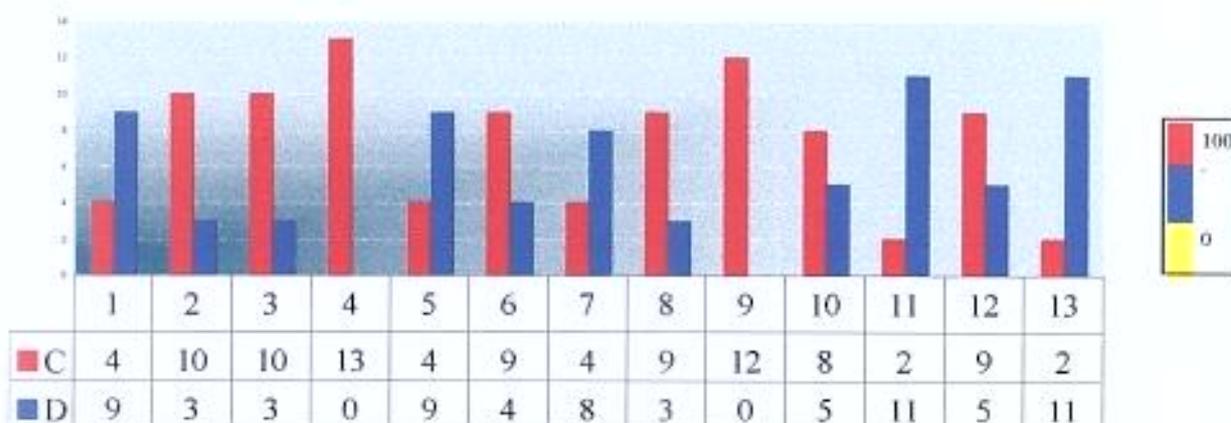
23) Em termos de utilidade, o momento da avaliação diagnóstica seria ?



- A - Atende plenamente às necessidades do cliente e psicólogo
- B - Plenamente o psicólogo e moderadamente o cliente
- C - Atende plenamente o psicólogo e insatisfatório o cliente
- D - Atende moderadamente o psicólogo e o cliente
- E - Moderadamente o psicólogo e insatisfatório o cliente
- F - Atende insatisfatoriamente cliente e psicólogo

Enquanto utilidade frente à aplicação do psicodiagnóstico, encontramos que 61,1% dos professores consideram que este recurso atende moderadamente às necessidades do psicólogo e do cliente; 16,6% são atendidas plenamente; 11,1% são atendidas insatisfatoriamente e 5,6% atende plenamente às necessidades do psicólogo, mas moderadamente às do cliente.

24) Concorde (C) ou Discorde (D) com as afirmações abaixo, refletindo se elas são aplicáveis a sua maneira de compreender o psicodiagnóstico ?



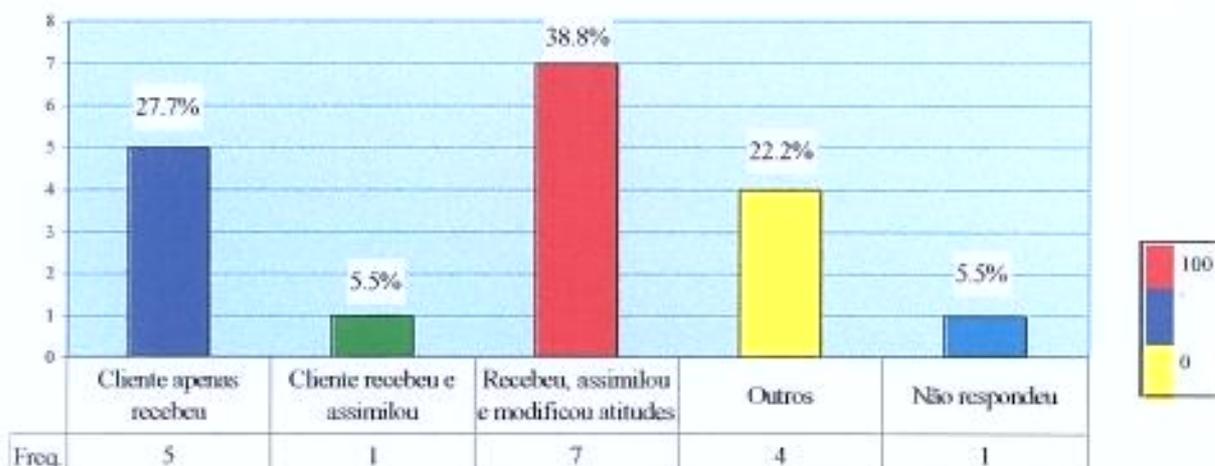
- 1 - Observador neutro e imparcial
- 2 - Investigação, avaliação, seleção
- 3 - Prática que favorece mudanças e novas perspectivas
- 4 - Cliente como participante ativo no processo
- 5 - Evitar a instalação da transferência
- 6 - Postura do psicólogo deve ser ativa
- 7 - Devolutiva ao final do processo
- 8 - Reforçar objetivos terapêuticos
- 9 - A relação terapêutica torna-se instrumento de mudanças
- 10 - Devolutiva durante o processo
- 11 - Prática limitada comparando-se a psicoterapia
- 12 - Utilizar assinalamentos e interpretações
- 13 - Sua principal finalidade é o encaminhamento terapêutico

Seguindo o mesmo gabarito utilizado na amostra de psicólogos, observamos que os professores defendem uma postura interventiva frente ao psicodiagnóstico, pois apresentam os seguintes resultados para esta questão:

CONCORDÂNCIA com as alternativas nº: 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12.

DISCORDÂNCIA com as alternativas nº: 1, 5, 7, 11, 13.

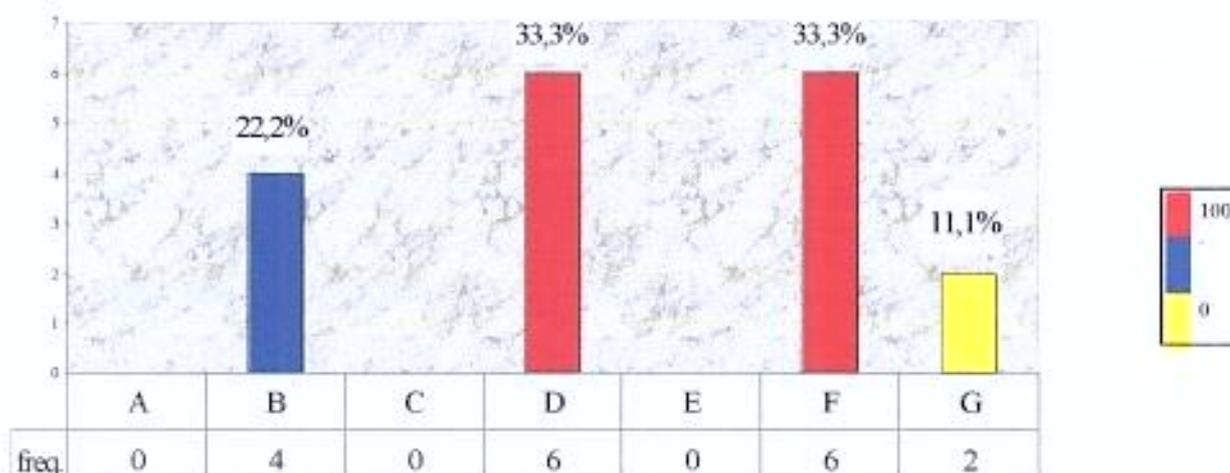
25) De modo geral ao final do psicodiagnóstico você observa que :



Outras constatações	%
Crianças excepcionais têm dificuldade em saber assimilar	25%
Depende da dinâmica do paciente	25%
Dificuldade dos pais em assimilar	25%
Recebem as informações e as vezes ocorrem mudanças	25%

Geralmente, ao final do psicodiagnóstico que desenvolvem, os professores observaram que o cliente recebeu, assimilou e modificou atitudes, sentimentos e comportamentos relacionados à situação problema (38,8%); o cliente apenas recebeu informações (27,7%); como 'outras' observações (22,2%) encontramos que a capacidade de apreensão das devolutivas ficam na dependência da 'dinâmica do paciente' e das 'dificuldades dos pais em assimilar' as informações das devolutivas.

26) Em relação à sua maneira particular de desenvolver a prática psicodiagnóstico
você diria que está:

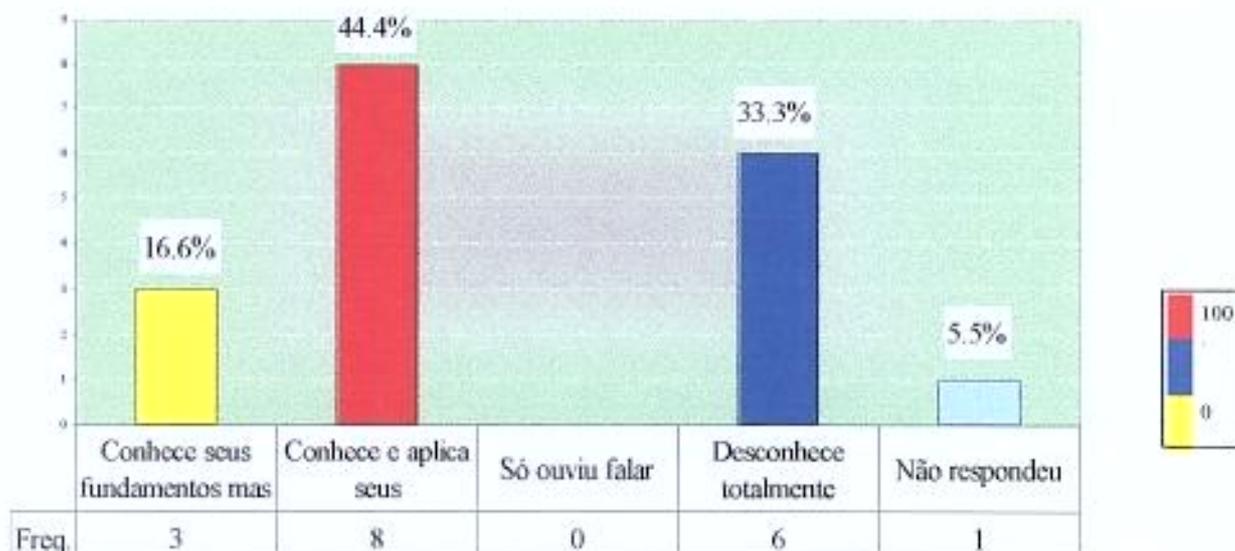


- A - Totalmente satisfeito, sendo desnecessário repensá-la
- B - Satisfeito, sendo desnecessário repensá-la
- C - Insatisfeito, sendo desnecessário repensá-la
- D - Insatisfeito, sendo necessário repensá-lo
- E - Totalmente insatisfeito, sendo necessário repensá-la
- F - Satisfeito mas é preciso repensar sempre
- G - Não Respondeu

Os professores defendem a necessidade de repensar sempre a prática psicodiagnóstica, estando ou não satisfeitos com os seus resultados: 33,3% mostram-se insatisfeitos, vendo a necessidade de repensá-la; o mesmo percentual posiciona-se como estando satisfeitos, mas ainda defendem a importância de continuarem refletindo esta prática.

Referem-se como satisfeitos com seus resultados 22,2%, não considerando, entretanto, qualquer necessidade de repensá-la.

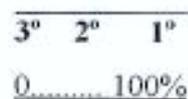
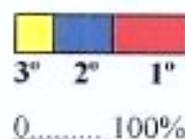
27) A denominação "psicodiagnóstico de intervenção" é para você :



No que se refere ao psicodiagnóstico de intervenção, 44,4% dos professores informam que conhecem e aplicam seus fundamentos; 33,3% desconhecem totalmente o termo e 16,6% conhecem seus fundamentos, mas não os aplicam.

TEMPO DE DEDICAÇÃO AO MAGISTÉRIO DE NÍVEL SUPERIOR

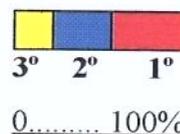
<i>Magistério Superior</i>	%
0 - 3 anos	22,2%
4 - 7 anos	16,7%
8 - 11 anos	27,8%
mais de 11 anos	33,3%
Total	100%



No que se refere ao tempo em que vêm se dedicando ao magistério de nível superior, encontramos 33,3% dos profissionais com mais de 11 anos de atuação; 27,8% com 8-11 anos; 22,2% com 0-3 anos e 16,7% com 4-7 anos.

DISCIPLINAS DE ATUAÇÃO

<i>Disciplinas e Estágios</i>	%
Psicodiagnóstico	14,3%
Teorias Técnicas Psicoterápicas	14,3%
Técnicas Exame Psicológico	14,3%
Técnicas Exame Aconselhamento Psicológico	20%
Estágio em Psicologia Clínica	34,3%
Estágio em Psicologia Escolar	0
Estágio em Psicologia do Trabalho	5,5%
Total	100%



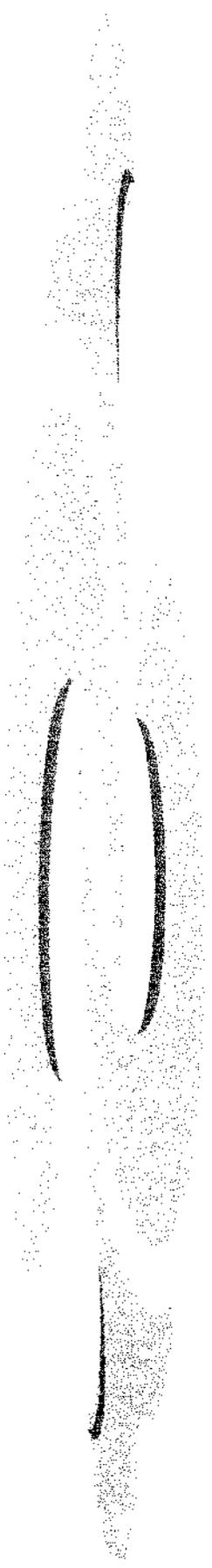
Em relação às disciplinas, observa-se grande engajamento dos professores em estágios da área clínica (34,3%). Encontramos uma porcentagem semelhante de professores envolvida com as disciplinas Psicodiagnóstico, Teorias e Técnicas Psicoterápicas e Técnicas de Exame Psicológico.

Na questão organizada de forma aberta, de forma a acolher reflexões tanto por parte dos professores como dos psicólogos, foram coletadas algumas sugestões que reforçam as discussões apresentadas.

<i>RELEVÂNCIA DO PSICODIAGNÓSTICO.</i>	<i>ATUALIZAÇÕES.</i>
<ul style="list-style-type: none"> - O psicodiagnóstico faz parte da escuta psicológica. - O psicodiagnóstico não deve ser visto como um recurso separado da prática terapêutica. - Toma-se um recurso importante para o início da atuação clínica. - Considera que o psicodiagnóstico não é imprescindível em todas as situações. - Avalia que o preconceito quanto à prática começa na graduação. - Preocupação que o psicodiagnóstico crie rotulações para o cliente. 	<ul style="list-style-type: none"> - A pós-graduação favorece novas articulações teórico-práticas acerca do psicodiagnóstico. - Necessidade de técnicas e objetivos mais claros. - Métodos e instrumentos precisam desenvolver-se. - A escolha do psicodiagnóstico interventivo ou tradicional fica na dependência do caso. - Proposta de que as fases sejam tradicionais mas realizadas de maneira interventiva.

<i>LOCAL DE ATUAÇÃO</i>	<i>FASES</i>
<ul style="list-style-type: none"> - As instituições precisam repensar as práticas utilizadas, incluindo intervenções breves. - No atendimento de consultório pode-se fazer mais pelo cliente. Em instituições, o cliente só toma contato com suas dificuldades, sendo difícil dar continuidade ao processo. 	<ul style="list-style-type: none"> - As devolutivas concluem reflexões feitas durante as entrevistas. - Com o tempo, o psicólogo desenvolve uma metodologia própria. - Desenvolver anamnese de forma mais completa.

Ainda que, de modo geral, se reconheça a relevância do psicodiagnóstico, a ele ainda direcionam-se críticas relativas à forma de aplicação de seus instrumentos, bem como o alcance e os efeitos dos mesmos para a clientela. Reforça-se assim, responsabilidade dos cursos de formação, na preparação de profissionais mais habilitados para o desenvolvimento de práticas adequadas à realidade da população e das instituições às quais recorrem.



5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Acreditamos que os dados coletados puderam contribuir para uma melhor delimitação da prática psicodiagnóstica desenvolvida no Vale do Paraíba, ampliando informações frente aos seguintes aspectos:

A) Índices de psicólogos que recorrem ao psicodiagnóstico

Através do percentual de profissionais que responderam à pesquisa, constatamos que o psicodiagnóstico é um recurso freqüentemente utilizado pela maioria dos psicólogos da região.

Entretanto, mesmo que tenhamos constatado que 13% da nossa amostra não tenha efetivamente respondido ao questionário, as justificativas apresentadas favoreceram algumas observações quanto aos motivos pelos quais não o utilizam, além de sugerir algumas perspectivas do mercado de trabalho para o psicólogo do Vale.

A atuação no campo da Psicologia do Trabalho configurou-se como a principal razão para o psicólogo não recorrer ao psicodiagnóstico. Representando a região um importante pólo industrial, confirmamos uma tendência já observada pela categoria em geral, quanto ao crescente número de psicólogos atuando nesta área, situando-a como uma segunda opção para o exercício da profissão.

Encontramos ainda o interesse por outros campos de atuação que igualmente afastam o psicólogo da prática psicodiagnóstica, como a Psicologia Escolar, a Psicologia Comunitária e a Psicologia do Trânsito. Mesmo que as duas últimas possuam ainda uma pequena participação, sugerem, entretanto, que o trabalho comunitário ganha interesse na região, superando na amostra, o lugar já tradicional do psicólogo frente à aplicação de exames psicotécnicos.

Extrapolando a área de atuação profissional, o modelo teórico no qual o profissional se apóia para o desenvolvimento do seu trabalho, coloca-se como outra justificativa que interfere na aplicabilidade desta prática.

B) Identificação, formação acadêmica, desenvolvimento profissional

Confirmando na amostra, um grande número de profissionais do sexo feminino, observamos que tendem a investir, em sua formação, em Universidades da própria região, possuindo em sua maioria mais de 11 (onze) anos tanto de formação como de atuação efetiva.

Ainda no que se refere ao mercado de trabalho, observamos que, sendo uma região de grandes e importantes empresas, o Vale do Paraíba, a despeito de todas as dificuldades do mercado, ainda oferece perspectivas de trabalho, visto que mesmo psicólogos com formação mais recente (3-5 anos) afirmaram estar atuando na profissão.

Com referência aos ensinamentos, sobre o psicodiagnóstico, oferecidos pela graduação, estes são avaliados como regulares. Esta constatação, no entanto, não parece ter sido suficiente para mobilizá-los a procurar aprimorar seus conhecimentos sobre este recurso específico. O principal investimento em cursos de pós-graduação encontra-se em nível de especialização e extensão, e estes não estavam direcionados à prática psicodiagnóstica.

O mestrado e o doutorado mostraram-se portanto, uma categoria de cursos que não mobiliza grande interesse, visto que, a julgar pelo tempo de formação, característico deste estudo (mais de 11 anos) possuíram um tempo hábil para aprimorar sua formação em cursos mais complexos, o que não foi verificado.

Considerando a busca pelo aprimoramento profissional através do trabalho supervisionado, a maioria dos psicólogos informou que atualmente não se utiliza mais desse recurso o que se torna compreensível devido aos vários anos de formação. Quando, entretanto, a ele recorria era direcionado preferencialmente ao psicodiagnóstico ou à psicoterapia individual e em consultório.

No que concerne à supervisão em psicodiagnóstico, encontramos, como preferência, o trabalho direcionado a crianças, o que por tradição torna-se praticamente sinônimo da avaliação psicodiagnóstica. No caso da supervisão em psicoterapia, o atendimento a adultos torna-se a principal preocupação, seguido de perto pelo atendimento infantil.

Observa-se que o atendimento, ao adolescente em ambas as modalidades, foi o menos solicitado. Podemos constatar assim uma baixa mobilização deste psicólogo no atendimento a esta faixa etária.

A julgar pelos graves problemas sociais com que somos atualmente confrontados, álcool, drogas, AIDS, etc, a atuação junto ao adolescente torna-se uma urgência; não só pelo aspecto preventivo, mas também pela tendência das famílias em buscar orientações quanto à forma de lidar com seu filho.

C) Representatividade do psicodiagnóstico para a prática psicológica

Como afirmado anteriormente, os psicólogos do Vale do Paraíba tendem a realizar o psicodiagnóstico de forma freqüente, visto que se propõem a desenvolvê-lo sempre que recebem um novo cliente para atendimento. Confirma-se assim, como um recurso de extrema importância para a prática psicológica como um todo, igualando-se a vários outros recursos e modalidades de atendimento psicológico.

No entanto, quando prescindido, o referencial teórico torna-se a principal justificativa para que não seja aplicado, fazendo-se ainda menção às características da clientela com a qual o psicólogo se confronta.

Não nos foi possível fazer afirmações quanto ao modelo teórico que mais desconsidera a aplicabilidade do psicodiagnóstico. Buscando alguns indícios, voltamos às discussões anteriormente desenvolvidas sobre as críticas que a avaliação psicológica sofreu pelas correntes psicanalíticas, humanistas e mesmo behavioristas. Nestas é diretamente questionado o papel dos testes psicológicos, tanto no que se refere às limitações do pretense poder preditivo dos testes, como também no estigma que podem favorecer, categorizando, de forma superficial, os comportamentos em quadros psicopatológicos.

D) Perfil do psicodiagnóstico desenvolvido no Vale do Paraíba

D.1) Objetivos a serem alcançados

Enquanto propostas de desenvolvimento, os psicólogos acreditam que o psicodiagnóstico possa suprir as seguintes necessidades no atendimento psicológico:

- 1) Obter uma descrição e compreensão da personalidade do cliente, considerando-a numa perspectiva global;
- 2) Avaliar a problemática do sujeito numa dimensão mais profunda, dentro de uma perspectiva histórica, em que são considerados os aspectos psicodinâmicos;
- 3) Formular recomendações e encaminhamentos adequados às particularidades do caso;
- 4) Prevenção, identificando problemas precocemente;
- 5) Obter um prognóstico do caso;
- 6) Favorecer modificações na dinâmica das relações do cliente, através de intervenções efetivas por parte do psicólogo;

Entre tais objetivos, encontramos um que nos remete a uma nova forma de posicionar-nos frente ao psicodiagnóstico: além de obter uma compreensão global da personalidade do paciente, de modo a formular recomendações e encaminhamentos, preocupa-se o psicólogo em favorecer mudanças de atitudes frente ao problema, mesmo durante o processo de avaliação.

Resta-nos saber se estes profissionais encontram-se preparados e reestruturando sua prática clínica de forma a favorecer o alcance desses novos objetivos, frente ao psicodiagnóstico.

D.2) Modalidades e etapas do psicodiagnóstico

A modalidade de psicodiagnóstico mais desenvolvida pelos psicólogos da região refere-se ao psicodiagnóstico individual de crianças.

Remetendo-nos aos modelos de avaliação diagnóstica por nós mencionados, encontramos que todos se encontram relacionados ao atendimento infantil. Ressalta-se assim, o papel desta faixa etária para a aplicação e desenvolvimento de novos modelos de diagnóstico, colocando inclusive a avaliação psicológica de crianças como praticamente sinônimo da prática psicodiagnóstica.

O psicodiagnóstico grupal apresenta índices pouco expressivos, reforçando assim um aspecto já observado no item relacionado à prática supervisionada: o modelo de atendimento individual é o mais investido nesta região.

Enquanto etapas que compõem o processo, encontramos certa variabilidade em cada um desses momentos. Com relação à entrevista inicial, preferem realizá-las, priorizando um momento individualizado, tanto para os pais como para os filhos. Além desta tendência repetir-se nas devolutivas, estas são realizadas principalmente ao final do processo de investigação o que, de certa forma, dificulta o alcance do novo objetivo anteriormente mencionado: o de favorecer mudanças na dinâmica do cliente, durante o processo de avaliação. Reforça-se assim a tendência a uma postura mais tradicional frente ao psicodiagnóstico.

Nas demais fases, encontramos um menor investimento na aplicação dos testes psicológicos e similares. Considerando-se ter sido o instrumento em torno do qual o psicodiagnóstico se estrutura, esta situação poderia causar estranheza não fosse a constatação das várias críticas que essa prática vem sofrendo ao longo dos anos.

D.3) Local de desenvolvimento

Observamos que psicodiagnóstico é preferencialmente desenvolvido em consultório particular (sem convênios), ficando as instituições como segunda opção. No último caso, as Clínicas Escola, principal recurso de estágio clínico durante a graduação,

tornam-se o contexto de atuação mais mencionado, seguido dos Postos de Saúde (UBS). Esta característica ajuda-nos a inferir a importância dos estágios durante o período da formação, sendo responsáveis pelo incentivo a novos posicionamentos sobre a prática psicológica como um todo.

Como 'outras instituições', onde se aplica este recurso, estão as instituições para atendimentos de pessoas excepcionais, bem como creches e escolas. Abordamos desta maneira, o tradicional papel da avaliação psicológica, para delimitação das chamadas dificuldades de aprendizagem e do diagnóstico de deficiências, campos que, como vimos, ajudaram a demarcar o psicodiagnóstico, como prática de valor dentro da psicologia.

Reconhecem os psicólogos que, ao ser desenvolvido em contextos diferenciados, o psicodiagnóstico ganha contornos particularizados, identificados principalmente pelas características da clientela (forma de comunicação, nível sócio-cultural, expectativas frente ao atendimento, etc.), da própria instituição e das características psicopatológicas do caso.

Ressaltamos no entanto, que a tendência ao modelo de atendimento individualizado por nós verificada, não se mostra adequada ao contexto institucional. Como já frisamos, o grande montante de clientes que procuram tais serviços, confronta o profissional com a necessidade de trabalhos em grupo e com propostas terapêuticas que objetivem oferecer um maior número de oportunidades à clientela, sem que para isto seja investido um período prolongado de atendimento.

Entendemos portanto que, pelo menos no que se refere ao psicodiagnóstico, mesmo ao atuar no contexto institucional, o psicólogo do Vale do Paraíba reproduz o modelo de atendimento individualizado de consultório.

D.4) Tipos de processo psicodiagnóstico e referencial teórico

O modelo interventivo é o que melhor define o psicodiagnóstico para os psicólogos da região e conquanto a psicanálise seja mencionada como o campo teórico de preferência para a organização dos dados coletados, é seguida, muito de perto, pelo referencial fenomenológico-existencial.

Esta característica poderia indicar que, embora a atuação interventiva seja discutida inicialmente sob os auspícios da corrente fenomenológica, esta parece não se colocar como uma exclusividade desta proposta teórica, visto que mesmo os que se apóiam em outros pressupostos teóricos a ela fazem menção.

Por outro lado, a escolha majoritária do conceito interventivo frente ao psicodiagnóstico evidencia a importância desta maneira particular de desenvolver a avaliação psicológica, sugerindo a relevância de considerá-la como um novo tipo de processo, dentre os já tradicionalmente considerados, capaz de promover uma maior inserção e utilidade do psicodiagnóstico para a população.

E) Produtividade e posicionamento crítico

De modo geral, os psicólogos defendem a necessidade de que o psicodiagnóstico sofra novas discussões e modificações quanto à maneira de ser empreendido. Argumentam assim, a importância de que os objetivos desta prática sejam ampliados, visando mais do que a avaliação e o encaminhamento, além de revisar a forma de utilização dos testes, de modo a atualizar seus conteúdos à realidade brasileira. Como outras exigências menciona-se além disso, uma melhor exploração da relação cliente-psicólogo, mobilizando uma maior participação dos pais no processo de avaliação.

Observamos assim, que os psicólogos mostram-se insatisfeitos com o psicodiagnóstico que desenvolvem, buscando formas de repensá-lo, pois constatam ser um recurso que atende moderadamente às necessidades do psicólogo e do cliente, visto que ao final do mesmo o cliente apenas recebeu informações a respeito dos fatores desencadeantes da situação-problema. Quanto à possibilidade de que vá mais além, assimilando e modificando sentimentos e atitudes relacionadas ao problema, acreditam ficar na dependência das particularidades do cliente, favorecendo que apenas a psicoterapia propicie modificações, ficando o psicodiagnóstico em nível de informação.

Estas modificações exigem entretanto, mudanças quanto a posturas mais tradicionais frente ao processo de avaliação, o que lança dúvidas quanto ao preparo da categoria para novas atuações, o que talvez justifique termos encontrado sugestões para que se incentive melhorias no ensino do psicodiagnóstico.

E) Atuação interventiva (implícita e explícita)

Talvez mobilizados por estas inquietações, os psicólogos tendem a defender uma postura interventiva, na qual destacamos a concordância em defender mudanças e novas perspectivas ao cliente durante o processo de avaliação. Reposicionar o cliente e o próprio psicólogo como participantes ativos do processo, discutindo objetivamente sua percepção sobre o problema, de modo a motivá-lo na busca de soluções para o mesmo.

Desta maneira, solicitam que os efeitos terapêuticos intrínsecos ao psicodiagnóstico devam ser reforçados, tornando-se uma meta a ser alcançada. Nesta perspectiva, defendem uma maior exploração da relação terapêutica, de modo a favorecer a realização de devolutivas acerca do material investigado durante todo o processo, recorrendo inclusive a assinalamentos e interpretações para instalar uma melhor compreensão acerca do material discutido.

Por conseguinte, parecem questionar uma postura tradicional frente ao psicodiagnóstico, discordando dela no que se refere a que o psicólogo se contente em atuar como observador neutro e imparcial; a que ele evite o desenvolvimento da relação transferencial, considerada instrumento facilitador de mudanças; a que o psicodiagnóstico seja considerado um processo limitado, visto acreditar que o cliente só poderá realmente tomar contato com suas dificuldades e modificá-las através de uma psicoterapia, tornando-o um processo de utilidade apenas para o encaminhamento terapêutico.

Destacamos entretanto, a presença de uma incongruência: embora os psicólogos declarem-se mais identificados com o modelo interventivo, em outras questões demonstraram estruturar o psicodiagnóstico de forma mais tradicional, como por exemplo, devolutivas ao final do processo e o desconhecimento dos pressupostos do psicodiagnóstico interventivo.

Assim podemos inferir que, conquanto o psicólogo do Vale do Paraíba reconheça a necessidade de modificação da prática psicodiagnóstica, sendo inclusive crítico quanto aos aspectos que deveriam sofrer modificações, ele ainda possui uma atuação mais tradicional frente à prática, não possuindo conhecimentos suficientes para que adquira uma postura atualizada para este tipo de atendimento psicológico.

F) Universidades que formam os psicólogos do Vale do Paraíba

Os professores que responderam à pesquisa caracterizaram-se por ser psicólogos com mais de 11 anos de formação e de atuação efetiva, sendo em sua maioria do sexo feminino.

Formados por Universidades, fora da região do Vale do Paraíba, dedicam-se ao magistério superior por mais de 11 anos, atuando frente ao ensino do psicodiagnóstico principalmente através dos estágios supervisionados da área clínica. Cumprindo requisitos mínimos para o exercício acadêmico, possuem como maior investimento no aprimoramento de sua formação, cursos de pós-graduação de mestrado e especialização que, segundo eles, foram relacionados à prática psicodiagnóstica.

São profissionais que não submetem mais seu trabalho à supervisão e que se referem aos conhecimentos, sobre o psicodiagnóstico, oferecidos pela graduação como satisfatórios.

Investigando a representatividade do diagnóstico psicológico, constatamos que o utilizam frequentemente, visto recorrerem a ele sempre que recebem um novo cliente, considerando-o portanto um recurso de extrema importância para a prática psicológica. Quando prescindido, avaliam este recurso como irrelevante, devido à considerações próprias do referencial teórico em que se apoiam.

Enquanto contexto de atuação, priorizam o desenvolvimento da avaliação em consultório particular, ficando as Clínicas-escola seguidas dos Hospitais Gerais e Psiquiátrico, como principais locais de sua aplicação em instituições. Ao atuar nestes locais reconhecem que existem diferenças delimitadas, mormente pelas particularidades de cada um desses contextos.

O principal modelo diagnóstico que desenvolvem é o individual, voltado ao atendimento infantil. Utilizam para isto entrevistas iniciais com pais em filhos separados, entrevistas de anamnese, Hora de Jogo Diagnóstica e aplicação de testes e similares, em que notamos um investimento menor, comparando com outras fases. As devolutivas são reservadas apenas para o final do processo com a participação de pais e filhos em momentos distintos.

Como principais objetivos a serem alcançadas, buscam uma descrição e compreensão global da personalidade do cliente, avaliando-a numa dimensão mais ampla, onde são considerados os aspectos históricos e psicodinâmicos. Em adicional, defendem modificações na dinâmica das relações do cliente, através de intervenções efetivas por parte do psicólogo, não se contentando apenas em formular encaminhamentos, estabelecer diagnóstico diferencial ou avaliar andamento do tratamento.

Tendo como principal referência teórica a psicanálise, os psicólogos entretanto, conceituam o psicodiagnóstico através do modelo interventivo, seguido pelo compreensivo.

Os psicólogos do Vale tendem a se mostrar insatisfeitos com o psicodiagnóstico, porque o reconhecem como um recurso que atende moderadamente às necessidades do psicólogo e do cliente. Defendem modificações e novos modelos de atuação, sugerindo atualizações, quanto à forma de utilização dos testes e a melhor exploração da relação psicólogo-cliente.

Além de afirmarem conhecer e aplicar os fundamentos do psicodiagnóstico interventivo, reforçam esta perspectiva apresentando uma postura interventiva na qual são enfocados objetivos mais amplos, relacionados à busca de modificações na dinâmica do cliente, mesmo durante o processo de avaliação. Talvez por esta razão declaram que, ao final do atendimento, o cliente não apenas recebeu e assimilou informações, mas também modificou atitudes, sentimentos e comportamentos relacionados à situação problema.

Embora nos oferecendo informações limitadas, esta pequena amostra de professores, sugere que a qualificação apresentada por estes profissionais contribui para uma formação mais atualizada frente ao atendimento psicodiagnóstico, constatados através do seu aprimoramento profissional e aos conhecimentos relacionados ao psicodiagnóstico interventivo. Não nos é possível afirmar entretanto, se o que defendem teoricamente é realmente desenvolvido na prática. Remetemo-nos assim, ao aspecto das devolutivas, que ao serem desenvolvidas, ao final do processo, vão de encontro a um dos principais requisitos do psicodiagnóstico interventivo, visto que, dessa forma, dificultariam uma adequada apreensão, pelo cliente, dos conteúdos suscitados ao longo do atendimento.

6. CONCLUSÃO

Através de amplo levantamento na população de psicólogos ativos do Vale do Paraíba, foi-nos possível delimitar a maneira como a prática psicodiagnóstica vem sendo desenvolvida nesta região, averiguando a mobilização destes profissionais em buscar formas mais atualizadas de empreender o diagnóstico psicológico.

Priorizando a representatividade dos dados coletados na amostra, nos foi possível, através de recursos estatísticos, delimitar um perfil desta prática, caracterizando a maneira particular do psicólogo atuante na área clínica, conceituar, estruturar e desenvolver o psicodiagnóstico perante sua clientela.

Neste sentido, demarcamos como primeiras conclusões acerca das variáveis estudadas, as seguintes afirmações:

A) Os psicólogos do Vale do Paraíba tendem a considerar o psicodiagnóstico como um recurso de extrema importância para a prática psicológica, igualando-o a várias outras modalidades de atendimento psicológico. Reforçando este posicionamento, declaram utilizar esta prática de modo freqüente, recorrendo geralmente a ela sempre que recebem um novo cliente.

B) O modelo diagnóstico de maior aplicação nestes casos, refere-se ao individual voltado ao atendimento infantil, tendo como local de preferência para a sua realização os consultórios particulares, ficando o contexto institucional relegado a segundo plano.

C) No desenvolvimento do processo, recorrem às fases tradicionais da avaliação, nas quais encontramos entrevistas para o acolhimento da queixa (entrevistas iniciais), informações sobre o histórico do paciente (anamnese), observação de atividades lúdicas (Hora de Jogo Diagnóstica), e aplicação de testes e similares. As entrevistas devolutivas, relacionadas às conclusões diagnósticas, tendem a ser desenvolvidas apenas ao final do processo, confirmando assim uma postura mais tradicional frente ao atendimento.

D) Ao recorrerem a este recurso, pretendem basicamente obter uma descrição e compreensão ampla da personalidade do cliente, avaliando os problemas por ele apresentados numa perspectiva histórica e psicodinâmica. Buscam assim, não só formular

recomendações e encaminhamentos terapêuticos, possibilitando uma ação preventiva e prognóstica, como também favorecer modificações na dinâmica do cliente, através de intervenções efetivas por parte do psicólogo.

E) Consideram que o psicodiagnóstico mais representativo para o alcance de tais objetivos é aquele definido através do modelo interventivo de atuação que, embora, em grande parte seja discutido pela corrente fenomenológica, tornou-se também uma primeira opção dos profissionais que recorrem à teoria psicanalítica.

Observamos assim que as características que lhe são peculiares, a ênfase no aspecto relacional, a divisão de papéis, o momento de devolução do material coletado criam contornos e identidade próprias para esse tipo de atendimento, devendo mesmo, sob nosso ponto de vista, ser considerado como um outro tipo de processo psicodiagnóstico, dentre os já discutidos anteriormente.

F) Embora defendam a aplicabilidade deste recurso, mostram-se críticos em relação a ele, informando estarem insatisfeitos quanto aos seus resultados, por constatarem que, ao final do processo, o cliente apenas recebeu informações acerca dos fatores que originam a situação-problema.

Visto que, dessa forma, os objetivos ao qual se propõem não são todos alcançados, acreditam que o psicodiagnóstico seja um recurso que atende moderadamente às necessidades do psicólogo e do cliente, precisando ser rediscutido a fim de gerar modificações e maneiras mais atualizadas de atuação.

G) Na busca de modificações do processo, reforçam que os objetivos devam ser ampliados, visando mais do que a avaliação e o encaminhamento. Conforme descrito anteriormente, este aspecto relaciona-se diretamente com o psicodiagnóstico de intervenção, tendo sido inclusive selecionado pelos psicólogos como a definição mais representativa na maneira particular de compreenderem esta prática.

H) No entanto, o que se mostra uma aspiração parece não ter aplicabilidade na prática. A maioria dos psicólogos informa desconhecer os pressupostos teórico-práticos do psicodiagnóstico interventivo, tendo apenas obtido algumas informações superficiais sobre

este modelo. Em adicional, ao especificarem as fases da avaliação, observamos que se apóiam em posturas mais tradicionais, nas quais predomina a crença de que as devolutivas devam ser realizadas apenas ao final do processo, indo de encontro a um dos principais preceitos do modelo interventivo de atuação.

I) Buscando explicações para esta incongruência, voltamos nossas atenções para questões relacionada à formação, experiência e aprimoramento profissional, procurando investigar se estas variáveis poderiam interferir na busca de maneiras mais objetivas do psicólogo operacionalizar suas críticas, organizando novas formas de atuação frente a este tipo de atendimento.

Delimitamos assim, que os psicólogos da região são profissionais com vários anos de formação e de atuação efetiva (mais de 11 anos), que investiram em sua formação em universidades localizadas na própria região. Considerando que os ensinamentos adquiridos na graduação, acerca do psicodiagnóstico, tenham sido regulares, investiram em seu aprimoramento profissional, basicamente, em cursos de especialização que não eram direcionados ao diagnóstico psicológico.

Investigando os professores envolvidos no ensino desta prática, em universidades do Vale do Paraíba, averiguamos que são profissionais com vários anos de experiência clínica e acadêmica, com titulação adequada às suas atividades docentes. Ao demonstrar conhecer e aplicar os fundamentos do psicodiagnóstico interventivo, sugerem ter condições de contribuir para uma formação mais atualizada desta prática.

J) Dessa forma, ao defender o modelo interventivo como um recurso atualizado que engloba todos os aspectos necessários ao aprimoramento da prática psicodiagnóstica, concluímos neste trabalho que:

Os psicólogos organizam, de maneira crítica, posicionamentos que se aproximam das propostas de uma prática interventiva, em que se destacam a transformação do psicodiagnóstico numa prática com objetivos terapêuticos; inclusão do cliente na tarefa diagnóstica como participante ativo; utilização da relação psicólogo-cliente como instrumento de trabalho, revisão do conteúdo dos testes, adequando-os às necessidades da clientela.

Estes conhecimentos, entretanto, parecem situar-se apenas na esfera teórica, visto que não fazem investimentos necessários para transferi-los à prática clínica, e os que possuem são insuficientes para realizá-la. Dessa forma, o psicodiagnóstico desenvolvido pelos psicólogos do Vale do Paraíba, torna-se uma prática ainda calcada em posturas tradicionais de atuação, nas quais se reforçam os atendimentos individualizados, em consultórios privados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo um dos intuitos deste trabalho, estimular o psicólogo a reposicionar o psicodiagnóstico como prática de valor na psicologia, registramos que as informações com o qual fomos confrontados mostram-se ilustrativas para o atendimento psicológico como um todo.

Se antes considerada como prática absoluta, sinônimo de atuação em Psicologia, o psicodiagnóstico, como vimos, vai perdendo gradativamente esta posição privilegiada para a psicoterapia, que, a partir de então, torna-se prática de elite, na qual todos os profissionais investem seu aprendizado e sua ação, não desejando ver seu trabalho associado a um tipo arcaico de atendimento que, segundo certas teorias, rotulam mais do que auxilia o cliente a superar seu sofrimento emocional.

Ora, sabemos que o diagnóstico psicológico construiu-se primando pelo rigor científico, por isso seria um grande erro não reconhecer sua importância e utilidade para a Psicologia. As críticas pelas quais passou, serviram para conter seus abusos, sua má utilização e o auxiliou a superar seus pontos falhos. Funcionou como um momento de reciclagem e de alerta, lembrando a necessidade de repensar constantemente toda e qualquer prática psicológica.

Observamos que os psicólogos hesitam em rever velhas crenças sobre o psicodiagnóstico, de forma a reconsiderá-lo como um recurso que favorece a ampliação da investigação terapêutica.

A resistência a esta constatação deixou consequências que repercutem não só na prática diagnóstica, mas na atuação global do psicólogo.

Ao prescindir do psicodiagnóstico, o psicólogo tende a banalizar a primeira etapa básica de todo e qualquer projeto psicoterápico que pretenda desenvolver: a investigação de uma questão colocada pelo paciente como um problema que o acompanha por vários momentos de sua vida.

Frente a tal situação, não é raro encontrarmos psicólogos que desenvolvem seus trabalhos sem um planejamento prévio que lhes permita delimitar claramente hipóteses diagnósticas da sintomatologia (o que não significa o mesmo que rotulação), de forma a orientá-los quanto aos objetivos que pretende alcançar no seu trabalho, bem como avaliar, posteriormente, os efeitos de sua ação para o cliente.

Protegidos por suas convicções 'libertadoras' preferem realizar inferências sobre o caso, calcados exclusivamente em percepções subjetivas que, quando isoladas das informações colhidas por outros instrumentos, perdem sua coerência, conduzindo a resultados pouco representativos.

Buscando justificar sua postura, na grande maioria das vezes apóiam-se em intelectualizações de conteúdo técnico que, na verdade, tendem a encobrir um grande despreparo do profissional em utilizar o psicodiagnóstico, não conhecendo seus fundamentos, não acompanhando sua evolução e não atualizando seus conceitos.

Conscientes das possibilidades que essa prática pode nos oferecer, acreditamos que ela contribui em muito, para uma questão na qual toda e qualquer modalidade de atendimento psicológico está sendo confrontada: a necessidade de que o trabalho terapêutico que planejamos seja compatível às particularidades do caso, às características da clientela e ao tipo de serviço que a instituição está habilitada a oferecer.

Se antes afirmamos que uma nova metodologia diagnóstica torna-se a principal reivindicação do atendimento institucional, não podemos esquecer que as transformações históricas e sociais modificaram também o perfil da clientela que frequenta nossos consultórios particulares. Mesmo neste contexto tão privilegiado, nem sempre é aceita a orientação profissional de um atendimento mais longo. Longe foi o tempo em que podíamos compreender a desistência do cliente ao atendimento apenas sob a ótica da defesa e da resistência.

Todos os trabalhos pesquisados lembram-nos que as práticas que possuem melhor aderência à população são os que oferecem atendimentos abreviados e focais, onde o pólo de discussão remete-se a temas de seu interesse, coerentes com a sua realidade. Estaremos reforçando a presença de uma Psicologia de elite se não considerarmos esta reivindicação, seja qual for o referencial teórico em que atuamos.

Quanto aos psicólogos por nós estudados, observamos que muito do seu descontentamento, com os resultados do psicodiagnóstico, estaria diretamente relacionado à forma com que estariam conduzindo o processo: atendimentos individualizados e espera desnecessária para a partilha de impressões sobre o caso.

Enfocando a atuação do psicólogo em instituições, alertamos que os resultados podem ser ainda mais agravantes visto a tendência, confirmada em nossa amostra, de que o modelo de atendimento privado seja também reproduzido neste contexto.

Principal alternativa para a população de baixa renda, o atendimento psicológico em instituições não permite mais ao profissional uma atuação em que não se leve em consideração nem as particularidades da instituição (filas de espera, diferentes demandas, recursos humanos e materiais de que dispõe), nem os da clientela (modelos de representação saúde-doença, formas de comunicação, característica sócio-econômica).

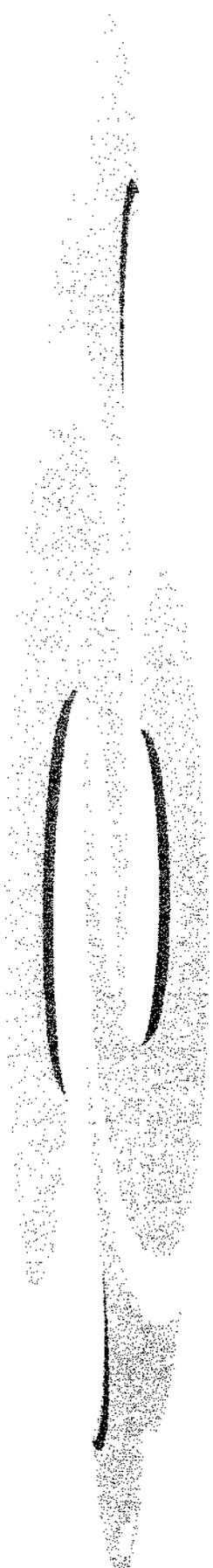
Favorece-se, assim, que as práticas desenvolvidas estreitem sua eficácia perante a população, aumentando a possibilidade de que os resultados obtidos sejam mais abrangentes, mostrando-se congruentes com aqueles que a clientela espera encontrar.

Reconhecemos desta forma que, toda tentativa de aprimorar o atendimento à população assalariada, seja ela assistida em instituição pública ou clínica privada, deva apoiar-se em vários aspectos: pela reflexão crítica dos pressupostos teórico-técnicos utilizados pelo profissional; pelo conhecimento do campo institucional onde atua; pelas particularidades psicossociais da clientela e pela preparação recebida pelo profissional.

No caso do psicodiagnóstico, esta confrontação direciona-o para uma nova perspectiva expressa pelo modelo interventivo: o psicodiagnóstico precisa ser melhor aproveitado em suas finalidades terapêuticas.

Novamente salientamos que não pretendemos defender que o processo psicodiagnóstico possa substituir o psicoterápico. Este torna-se um processo único, em que a complexidade de alguns conteúdos só poderá ser trabalhada através de técnicas mais amplas.

No entanto, defendemos, com tal afirmação, que o psicodiagnóstico desenvolvido nesta perspectiva, está bem mais próximo das expectativas da clientela. O acolhimento imediato da queixa, o oferecimento de informações quanto ao funcionamento e origens da situação-problema, o favorecimento de modificações num breve espaço de tempo, são necessidades básicas de todos aqueles que buscam ajuda psicológica, em que o nome técnico, psicoterapia ou psicodiagnóstico pouco importam, mas sim os resultados frente ao seu sofrimento psíquico.



7. SUMMARY

This paper intends to investigate the psychodiagnosis done for psychologists from Vale do Paraíba in São Paulo state. We aim to characterize the way this is developed in the area as regards the model used, the target to its realization, theoretical reference to base, places of development, training offered for the graduation courses here and the level of the knowledge and the engagement of the professionals in the search for new discussion and models of performance with the objective to improve this experience for their clients.

As a descriptive research, we worked with 767 (seven hundred, sixty-seven) psychologists in 28 (twenty-eight) cities from the area, selected by probabilistic and systematic sample. Data was gathered using a questionnaire, using the same model for psychologists and psychologist-professors.

The data gathered was analyzed in quantitative and qualitative way using statistics methods, trying to characterize what typical is in the population, observing the distribution of the element in relation of some variable. The results characterize the psychodiagnosis and the psychologist who develop it as the following:

- The great part is women, with more than eleven years of graduation and professional experience. They invest in improving their graduation through specialization courses, generally not directed to psychodiagnosis.
- The model of the psychodiagnosis, which is developed is characterized to be individual form private offices more than Institutions. In this context, it is applied in individual form mainly directed to the infatible public.
- The psychodiagnosis is frequently used for this professional, applying it generally when he receives a new client, considering it a very important resource to the psychological practice.
- We aim with this resource application: get description and comprehension of the client's personality, evaluate the problem in a deeper dimension, formulate recommendation an guiding, prevention, prognostic and promote changes in the client's dynamics.

The psychologist feels discontented with the diagnosis practice to observe that at the end of the work, the client just received information about the problem but doesn't assimilate them. For this reason, the psychologist defends modifications in the diagnosis practice, delimitating the aspects that need to be reviewed: the objectives of the work, the way of the relationship psychologist-client. We conclude that, although the psychologists from Vale do Paraíba learned about the newest models of psychodiagnosis —mainly the one studied during the research: the interventive psychodiagnosis— and delimitate in a this knowledge is just the theoretical sphere once they don't do the investments needed to turn into clinic practice. This way, the psychodiagnosis developed for the psychologist from Vale do Paraíba is still based on traditions models of acting.



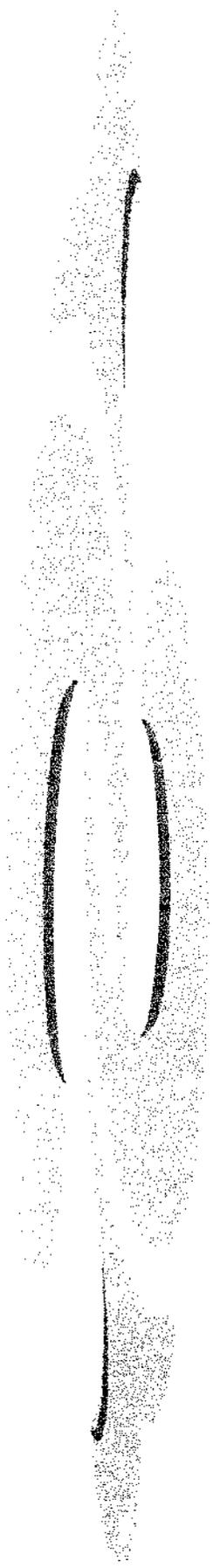
***8. REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS***

- AFFONSO, R. M. L. — Ludodiagnóstico: a teoria de J. Piaget em entrevistas lúdicas para o diagnóstico infantil. Taubaté, Cabral Editora, 1998.
- ANCONA-LOPES, M.— Contexto geral do psicodiagnóstico psicológico. In: TRINCA, W. (org.) – Diagnóstico psicológico: a prática clínica. São Paulo, EPU, 1984. pág. 1-13.
- ANCONA-LOPES, M. — Atendimento psicológico em Clínicas-escola. In: MACEDO, R. M. (org.) - Psicologia e instituição: novas formas de atendimento. 2ª edição. São Paulo, Cortez, 1986., pág. 47-62.
- ANCONA-LOPES, M.— Atendimento a pais no processo psicodiagnóstico infantil: uma abordagem fenomenológica. São Paulo, 1987, Tese de Doutorado, PUC-SP.
- ANCONA-LOPES, S. — Psicodiagnóstico: processo de intervenção? In: ANCONA-LOPES, M. (org.) – Psicodiagnóstico: processo de intervenção. São Paulo, Cortez, 1995. pág. 26-36.
- ARZENO, M.E.G. – Psicodiagnóstico clínico: novas contribuições. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.
- BARROS, D. T. R. — A utilização do CAT-A como instrumento facilitador nas entrevistas devolutivas no psicodiagnóstico infantil. São Paulo, 1996, Dissertação de Mestrado, PUC-SP.
- BASTOS, A.V.B., & ACHCAR, R. - Dinâmica profissional e formação do psicólogo: uma perspectiva de integração. In: ACHCAR, R. (coord.) - Psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1994. pág. 244-271.
- BEZERRA JR, B. – Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: TUNDIS, S.A.; COSTA, N.R. (org.) – Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis, Vozes/Abrasco, 1987. pág. 134-169.
- CABRAL, A. & NIK, E. — Dicionário Técnico de Psicologia. São Paulo, Cultrix, 1974.

- CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA-6ª REGIÃO - Uma profissão chamada Psicologia (CRP-06, 20 anos), 1994.
- COUTINHO, M. T. C. e MOREIRA, M. - Psicologia da Educação. Belo Horizonte, Editora Lê, 1989.
- COSTA, J. F. – Psicanálise e contexto cultural; imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias. Rio de Janeiro, Campus, 1989.
- CUNHA, J. A. – Psicodiagnóstico-R. 4ª ed. rev. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.
- DEL PRETTE, Z. A. P. & DEL PRETTE, A. - Notas Sobre o Pensamento e Linguagem em Skinner e Vygotsky. Psicologia: Reflexão e Crítica. Porto Alegre, 1995, v.8. p.147-164.
- EL-ID, K. – Psicodiagnóstico de crianças em grupo: análise de uma experiência. São Paulo, 1985, Dissertação de Mestrado, PUC-SP.
- FORGHIERI, Y C - Psicologia fenomenológica: fundamentos, métodos e pesquisa. São Paulo, Pioneira, 1993.
- GIL, A. C. — O psicólogo e sua ideologia. Psicologia Ciência e Profissão., ano 5, nº1, 1985. pág.13-17.
- GOUGH, H. – Some reflections on the meaning of psychodiagnosis. Journal of the American Psychological Association. v.26: 160-167, 1971.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. – Censo demográfico 1991: resultados preliminares. Rio de Janeiro, IBGE, 1992.
- KORCHIN, S. J. & SCHULDBERG, D. The Future of Clinical Assessment. American Psychologist., October, 1981, Vol. 36, Nº 10, 1147-1158.
- LARRABURE, S. – Grupos de Espera: uma contribuição para atendimento psicológico em instituição. São Paulo, 1982, Dissertação de Mestrado, PUC-SP.

- LARRABURE, S. — Grupos de Espera em Instituição. In: MACEDO, R. M. (org.) - Psicologia e instituição: novas formas de atendimento. 2ª edição, São Paulo, Cortez, 1986. pág. 63-85.
- LINHARES, M. B.M. Avaliação Assistida: fundamentos, definição, características e implicações para a avaliação psicológica. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Vol. 11, nº 1, Jan-Abr 1995. pág. 23-31.
- LO BIANCO, A. C., BASTOS, A. V. B., NUNES, M. L. T., SILVA, R. C. — Concepções e atividades emergentes na Psicologia Clínica: implicações para a formação. In: ACHCAR, R. (coord.) - Psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1994. pág. 7-79.
- LOURENÇO FILHO, M. B A, — Visão histórica de Lourenço Filho sobre a Psicologia no Brasil. Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada, 23 (3): 113-142, jul./set. 1971.
- MANCEBO, D. — Formação do psicólogo: uma breve análise dos modelos de intervenção. Psicologia Ciência e Profissão., ano 17, Nº 1, 1997. pág. 20-27.
- MARQUES, Y. M. – Utilização dos elementos do psicodiagnóstico na psicoterapia infantil em instituições de atendimento psicológico. São Paulo, 1989, Dissertação de Mestrado, PUC-SP.
- MONACHESI, Y. – Reflexões sobre o uso do psicodiagnóstico em instituições. In: ANCONA-LOPES, M. (org.) – Psicodiagnóstico: processo de intervenção. São Paulo, Cortez, 1995. pág. 196-215.
- NERI, A. L. (org.) — Modificação do comportamento infantil: estudos de caso em treino de toalete, encoprese e autismo. Campinas, Papyrus Editora, 1987.
- OCAMPO, M.L.; ARZENO, M. E., PICCOLO, E.G. e colaboradores. – O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas. São Paulo, Martins Fontes, 1981.
- PIAGET, J. — A construção do real na criança. Rio de Janeiro, Zahar, 1975.

- SAGAWA, R.Y. — O psicodiagnóstico e seus usos clínicos: do classificatório ao psicanalítico. Perfil - Revista de Psicologia do Departamento de Psicologia Clínica - UNESP - Assis. Nº 10, 1997. pág. 7-15.
- SANTIAGO, M.D.E. & JUBELINI, S.R. — Uma modalidade de atendimento. In: MACEDO, R. M. (org.) - Psicologia e instituição: novas formas de atendimento. 2ª edição, São Paulo, Cortez, 1986. pág. 86-98.
- SANTIAGO, M.D.E. — Psicodiagnóstico: uma prática em crise ou uma prática na crise? In: ANCONA-LOPES, M. (org.) — Psicodiagnóstico: processo de intervenção. São Paulo, Cortez, 1995. pág. 9-36.
- SEMINÉRIO, F.P., BASSANI, F.M., LOPES, L.C.C., ALMEIDA, N.F., SOUZA, Y.M.F. - Currículo de Graduação em Psicologia. Reforma ou Implosão? Uma polêmica atual. Cadernos do ISOP, nº 9, Rio de Janeiro, 1987.
- SILVA, O.V.M. — Grupo estruturado de vivência para pais. In: MACEDO, R. M. (org.) — Psicologia e instituição: novas formas de atendimento. 2ª edição, São Paulo, Cortez, 1986. p. 99-127.
- TRINCA, W. — O pensamento clínico em diagnóstico da personalidade. Petrópolis, Vozes, 1983.
- TRINCA, W.— Diagnóstico psicológico: a prática clínica. São Paulo, EPU, 1984.
- VILLAR, A. A.— Psicodiagnóstico Clínico: las técnicas de la exploración psicológica. Aguillar Ediciones, Madrid, 1967.
- VYGOTSKY, L. S.— A formação social da mente - o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. São Paulo, Martins Fontes, 1988.
- WEINER, I. B.— Does psychodiagnosis have a future? Journal of Personality Assessment. v. 36, nº 6: 535-545, december 1972.
- WEINER, I. B.— The future of psychodiagnosis revisited. Journal of Personality Assessment, 47, 5:451- 461, 1983.
- YEHIA, Y. G.— Psicodiagnóstico fenomenológico existencial: espaço de participação e mudança. São Paulo, 1994, Tese de Doutorado, PUC-SP.



9. ANEXOS

Nº do questionário: _____

1) Sexo.

01 () Feminino

02 () Masculino.

2) Universidade onde cursou sua graduação.

() Faculdades Salesianas - Lorena.

() Universidade Brás Cubas.

() Universidade de Mogi das Cruzes

() Universidade de Taubaté.

() Outra. Qual? _____

3) Tempo de formado (a).

01 () 0-2 anos.

02 () 3-5 anos

03 () 6-8 anos.

04 () 9-11 anos.

05 () mais de 11 anos.

4) Possui curso (s) de pós-graduação ?

() doutorado

() concluído

() em andamento.

() mestrado

() concluído.

() em andamento.

() especialização

() concluído.

() em andamento.

() aperfeiçoamento.

() extensão.

() não possui nenhum curso.

5) Algum desses cursos foi específico à prática psicodiagnóstica?

01 () Sim.

02 () Não.

6) Você recebe supervisão de outro profissional?

01 () Sim

02 () Não. Nunca recebi.

03 () Não atualmente, embora já tenha recebido

7) Se você recebe ou já recebeu anteriormente supervisão, esta é (ou era) voltada para que modalidades práticas?

() psicodiagnóstico.

() individual.

() grupo.

() psicoterapia

() individual.

() grupo.

() crianças.

() adolescentes.

() adultos.

() em instituições. () consultório

() outros. _____

14) Quais as modalidades de psicodiagnóstico que você desenvolve(eu)?

- psicodiagnóstico individual de crianças.
- psicodiagnóstico individual de adolescentes.
- psicodiagnóstico individual de adultos.
- psicodiagnóstico grupal com crianças.
- psicodiagnóstico grupal com adolescentes.
- psicodiagnóstico grupal com adultos.
- outros. _____

15) Geralmente você se decide por realizar um psicodiagnóstico em que situações?

- 01 apenas quando existe um pedido formal de outro profissional.
- 02 sempre que recebo um novo cliente.
- 03 quando existe um pedido explícito do cliente para esse fim.
- 04 quando o caso mostra-se complexo, deixando dúvidas quanto a sua compreensão.
- 05 apenas em instituições, quando este é um momento obrigatório dentro de sua rotina de atendimento.

16) Que etapas o compõem?

- entrevista inicial. ⁴ com pais e filhos juntos.
 com pais e filhos separadamente.
- entrevista(s) de anamnese.
- Hora de Jogo diagnóstica. (no caso de crianças).
- Entrevistas para aplicação de testes e técnicas projetivas.
- Devolução. ocorre durante o processo. com pais e filhos juntos.
 ocorre ao fim do processo. com os pais separadamente.
 com pais e filhos em separado e posteriormente juntos.

17) Você diria que o psicodiagnóstico é:

- 01 um recurso de extrema importância para a prática psicológica como um todo, igualando-se a vários outros recursos e modalidades de atendimento que a compõe.
- 02 um recurso importante mas limitado, que torna-se, por consequência, menos valorizado quando comparado a outros processos (ex. psicoterapia)
- 03 um recurso que pode ser facilmente prescindido, visto ser possível chegar a uma compreensão do problema através de outros meios.

18) Várias são as práticas psicológicas que tem sofrido novas discussões, suscitando modificações e novos modelos de atuação. Você diria que o mesmo deveria acontecer ao processo psicodiagnóstico?

- 01 Não vejo nenhuma necessidade neste sentido.
- 02 Sim, percebo esta necessidade em função de minha prática.

⁴ No caso de atendimento de crianças e adolescentes.

- 19) Em caso de resposta afirmativa: que aspectos dessa prática precisariam ser revistos e aprimorados? (*marque quantos achar necessário*)
- a forma de utilização dos testes.
 - os objetivos poderiam ser ampliados, visando mais do que a avaliação e o encaminhamento.
 - a relação cliente-psicólogo deveria ser melhor explorada.
 - nenhum desses.
 - outros. _____
-

20) Dentre os conceitos abaixo, escolha aquele que mais se aproxime da sua visão particular de compreender o psicodiagnóstico. (*apenas uma única opção*)

01 () “Toma a via emocional em termos similares àqueles empregados para o organismo, ou seja, um objeto concebido como doente, próprio para ser manipulado e desvendado através do psicodiagnóstico.”

02 () “Processo onde todas as impressões e conhecimentos que ocorrem ao psicólogo durante os encontros são compartilhados imediatamente com o cliente, utilizando-se de todos os meios possíveis, inclusive assinalamentos e interpretações, de modo que novas perspectivas e a ampliação do autoconhecimento possam se instalar. Pretende-se assim, levar o cliente a participar o processo e a abandonar a postura passiva frente ao atendimento.”

03 () O psicólogo coloca-se na posição de “...aplicador e avaliador de testes psicológicos, cuja finalidade é auxiliar o trabalho de outros profissionais. O psicólogo entra em contato somente com aspectos parciais da personalidade do paciente, de modo “objetivo”, evitando maiores compromissos profissionais com a vida pessoal e afetiva do mesmo”.

04 (...) “O diagnóstico coloca-se como uma forma especial de interpretação da história do sujeito e de comportamentos obtidos através de entrevistas e métodos indiretos, projetivos. Essa interpretação permite conhecer os processos inconscientes e organizá-los ao redor de um nível descritivo da personalidade, um nível dinâmico causal e um nível estrutural ...”

05 () “Processo que abarca a multiplicidade de fatores em jogo na realização do estudo de caso. Considera uma série de situações que inclui, entre outros aspectos o de encontrar um sentido para o conjunto das informações disponíveis, tomar aquilo que é relevante e significativo na personalidade, entrar empaticamente em contato emocional e, também conhecer os motivos profundos da vida emocional de alguém.”

06 (...) “Os comportamentos problemáticos e os objetivos desejados têm que ser definidos com referenciais comportamentais claros. Em seguida é necessário descrever as circunstâncias exatas que provocam os comportamentos problemáticos e identificar as condições que os mantêm. Sob a luz dessa informação precisa-se selecionar as operações específicas de modificação de comportamento que melhor se ajustem aos objetivos desejados”.

21) Que objetivos você busca alcançar ao realizar um psicodiagnóstico (*marque até 6 (seis) alternativas, numerando-as por ordem de importância.*)

- classificação simples: levantamento de uma capacidade, traço ou estado emocional)
- obter uma descrição e compreensão da personalidade do cliente, considerando-a numa perspectiva global.
- obter diagnóstico diferencial.
- para avaliar o andamento do tratamento.
- avaliar a problemática do sujeito numa dimensão mais profunda dentro de uma perspectiva histórica, onde são considerados os aspectos psicodinâmicos.
- prognóstico.
- favorecer modificações na dinâmica relacional do cliente, através de intervenções efetivas por parte do psicólogo.
- formular recomendações e encaminhamento adequado as particularidades do caso estudado.
- prevenção: identificar problemas precocemente.
- realizar perícia (médica, trabalhista, forense.)

22) Qual o referencial teórico em que você se apoia para orientar seu *juízo clínico*⁵ sobre o caso investigado no psicodiagnóstico?

- 01 comportamental.
- 02 fenomenológico-existencial.
- 03 psicanalítico.
- 04 outro. Qual? _____

23) Em termos de utilidade, o momento de avaliação diagnóstica seria:

- 01 um recurso que atende plenamente as necessidades particulares do cliente e as profissionais do psicólogo.
- 02 um recurso que atende plenamente as necessidades do psicólogo mas moderadamente as do cliente.
- 03 atende plenamente as necessidades do psicólogo mas insatisfatoriamente as do cliente.
- 04 atende moderadamente as necessidades do psicólogo e do cliente
- 05 atende moderadamente as necessidades do psicólogo mas insatisfatoriamente as do cliente.
- 06 um recurso insatisfatório tanto para o psicólogo como para o cliente.

24) Concorde (C) ou discorde (D) com as afirmações abaixo, refletindo se elas são aplicáveis a sua maneira de compreender o psicodiagnóstico.

- o psicólogo deve se posicionar como um observador neutro e imparcial.
- é uma prática utilizada para investigação, avaliação ou seleção.
- momento passível de abrir perspectivas novas ou possibilitar mudanças positivas para o cliente.

⁵ Defini-se como **juízo clínico** a “consequência natural da permissão que o psicólogo se concede de usar os recursos de sua mente para avaliar os dados de um caso, e é o que decide, em última instância, sobre a importância e significado dos dados”. (TRINCA, W. Diagnóstico psicológico: prática clínica. São Paulo, EPU, 1984, p. 20-1)

- deve-se favorecer a inclusão do cliente no processo, vinculando-o a tarefa como participante ativo e não como simples mediador de dados sobre sua história.
- deve-se evitar o desenvolvimento de relação transferencial.
- o psicólogo deve adquirir uma postura mais ativa.
- deve-se realizar a devolutiva das impressões observadas no fim do processo.
- devemos nos empenhar por transformar o psicodiagnóstico numa prática com objetivos terapêuticos.
- a relação deve ser usada como instrumento de trabalho, gerando transformações e novas possibilidades.
- deve-se evitar que os contatos não se estendam além do necessário.
- o psicólogo discute, devolve e organiza conjuntamente com o cliente, durante todo o processo, suas opiniões e pareceres acerca do material investigado.
- é um processo limitado, onde o cliente só poderá realmente tomar contato com suas dificuldades e tratar de seus problemas posteriormente em uma psicoterapia.
- devemos usar assinalamentos e interpretações durante o processo, de modo favorecer ao cliente a compreensão do material discutido.
- processo de utilidade apenas para o encaminhamento terapêutico.

25) De modo geral ao final do psicodiagnóstico você observa que:

- 01 o cliente recebeu informações a respeito dos fatores desencadeantes da situação problema.
- 02 o cliente recebeu e assimilou estas informações.
- 03 o cliente recebeu, assimilou e modificou atitudes, sentimentos e comportamentos relacionados a situação problema.
- 04 outro. _____

26) Em relação a sua maneira particular de desenvolver a prática psicodiagnóstica você diria que:

- 01 estou totalmente, satisfeito não vendo necessidade de repensá-la.
- 02 estou satisfeito, não vendo necessidade de repensá-la.
- 03 estou insatisfeito, mas não vejo a necessidade de repensá-la.
- 04 estou insatisfeito e vejo a necessidade de repensá-la
- 05 estou totalmente insatisfeito, vendo a necessidade urgente de repensá-la.

27) A denominação “psicodiagnóstico de intervenção” é para você:

- 01 uma forma específica de pensar e desenvolver a prática psicodiagnóstica a qual conheço os fundamentos teóricos e práticos mas **não** os aplico.
- 02 não só conheço plenamente seus fundamentos como também os aplico.
- 03 uma forma específica de pensar e desenvolver a prática psicodiagnóstica da qual só ouvi falar e portanto não aplico.
- 04 desconheço totalmente o termo.

28) Apenas para professores universitários atuando em disciplinas ou estágios *específicos ao tema*.

28.1) Há quanto tempo vem se dedicando ao magistério de nível superior?

01 () 0-3 anos.

02 () 4-7 anos.

03 () 8-11 anos.

04 () mais de 11 anos.

28.2) Universidade em que lesiona ou lesionou:

() Faculdades Salesianas- Lorena.

() Universidade Brás Cubas.

() Universidade de Mogi das Cruzes.

() Universidade de Taubaté.

() Outra. Qual? _____

28.3) Quais as disciplinas ou estágios que desenvolve?

() Psicodiagnóstico.

() Teorias e Técnicas Psicoterápicas.

() Técnicas de Exame Psicológico.

() Técnicas de Exame e Aconselhamento Psicológico.

() Estágio Supervisionado.

() em Psicologia Clínica.

() em Psicologia Escolar.

() em Psicologia do Trabalho.

() outra _____

29) Caso deseje, acrescente qualquer tipo de comentário ou reflexão sobre sua prática em psicodiagnóstico, mobilizada por esse questionário.

INTRODUÇÃO DO QUESTIONÁRIO A SER REMETIDO PARA A AMOSTRA DE PSICÓLOGOS.

São José dos Campos, agosto de 1996.

Prezado(a) colega,

O questionário que você está recebendo procura colher dados para a dissertação de mestrado que desenvolvo no Curso de pós-graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Minha pesquisa objetiva investigar o perfil da prática psicodiagnóstica desenvolvida pelos psicólogos da região do Vale do Paraíba. Para esse fim, estaremos recolhendo informações quanto ao posicionamento dos profissionais frente a esse processo, formas de o desenvolverem, suas aplicações e formação acadêmica recebida para atuar nessa prática específica.

A avaliação psicológica tem sofrido questionamentos ao longo dos anos, no que concerne a sua utilidade e aplicabilidade frente ao processo de investigação e tratamento da “situação problema” trazida pelo cliente. Em função disso, inúmeros trabalhos tem surgido na tentativa de abrir novas reflexões e perspectivas de realização frente a essa modalidade específica de atendimento.

Esse trabalho procura investigar tais aspectos na região onde a pesquisadora vem desenvolvendo ela mesma essa prática, não só como psicóloga clínica atuando em consultório e instituições públicas, mas também como docente em uma universidade da mesma região.

Pedimos assim, que responda a esse questionário de forma bastante sincera, encarando-o como uma espécie de “balanço” particular sobre sua forma de desenvolver a prática diagnóstica através dos anos.

O questionário em anexo é composto por 29 (vinte e nove) perguntas organizadas da seguinte forma:

- a) Questões que admitem uma única opção: 01, 03, 05, 06, 08, 09, 10, 12, 13, 15, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28.1.
- B) Questões que admitem várias opções: 02, 04, 07, 11, 14, 16, 19, 21, 28.2, 28.3.
- c) Questão optativa: 29.
- d) Questões destinadas *apenas* a professores universitários envolvidos no ensino do psicodiagnóstico: 28.1, 28.2, 28.3.

Salientamos que a possibilidade de concluir o trabalho, dependerá da sua colaboração em participar da pesquisa, por isso pedimos que a devolução do questionário ocorra no prazo de 20 (vinte) dias após a data do seu recebimento. Isto não implicará em nenhum ônus de sua parte, visto que já anexamos um envelope endereçado e devidamente selado.

Como de costume, em situações de pesquisa, será garantido o anonimato das informações, não havendo inclusive a necessidade de identificação do profissional.

Finalizando, caso seja do seu desejo, a pesquisadora poderá enviar-lhe cópia das conclusões da pesquisa. Para tal basta que faça a solicitação através do seguinte telefone:

Ana Cristina Nascimento: (012) 221-1051.

Certa de poder contar com seu apoio e compreensão, agradeço antecipadamente sua atenção e boa vontade.

Atenciosamente,

ANA CRISTINA A. NASCIMENTO
Psicóloga. CRP 06/40444-8.

INTRODUÇÃO DO QUESTIONÁRIO A SER ENCAMINHADO PARA POPULAÇÃO DE PROFESSORES/PSICÓLOGOS.

São José dos Campos, agosto de 1996.

Prezado(a) colega,

O questionário que você está recebendo procura colher dados para a dissertação de mestrado que desenvolvo no Curso de pós-graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Minha pesquisa objetiva investigar o perfil da prática psicodiagnóstica desenvolvida pelos psicólogos da região do Vale do Paraíba. Para esse fim, estaremos recolhendo informações quanto ao posicionamento dos profissionais frente a esse processo, formas de o desenvolverem, suas aplicações e formação acadêmica recebida para atuar nessa prática específica.

É buscando uma melhor delimitação desse último item que pedimos sua contribuição enquanto psicólogo e professor, envolvido em disciplinas que embasam o aprendizado dessa prática.

A avaliação psicológica tem sofrido questionamentos ao longo dos anos, no que concerne a sua utilidade e aplicabilidade frente ao processo de investigação e tratamento da “situação problema” trazida pelo cliente. Em função disso, inúmeros trabalhos tem surgido na tentativa de abrir novas reflexões e perspectivas de realização frente a essa modalidade específica de atendimento.

Esse trabalho procura investigar tais aspectos na região onde a pesquisadora vem desenvolvendo ela mesma essa prática, não só como psicóloga clínica atuando em consultório e instituições públicas, mas também como docente em uma universidade da mesma região.

Pedimos assim, que responda a esse questionário de forma bastante sincera, encarando-o como uma espécie de “balanço” particular sobre sua forma de desenvolver a prática diagnóstica através dos anos.

O questionário em anexo é composto por 29 (vinte e nove) perguntas organizadas da seguinte forma:

- a) Questões que admitem uma única opção: 01, 03, 05, 06, 08, 09, 10, 12, 13, 15, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28.1.

B) Questões que admitem várias opções: 02, 04, 07, 11, 14, 16, 19, 21, 28.2, 28.3.

c) Questão optativa: 29.

d) Questões destinadas apenas a professores universitários envolvidos no ensino do psicodiagnóstico: 28.1, 28.2, 28.3.

Salientamos que a possibilidade de concluir o trabalho, dependerá da sua colaboração em participar da pesquisa, por isso pedimos que a devolução do questionário ocorra no prazo de 20 (vinte) dias após a data do seu recebimento. Isto não implicará em nenhum ônus de sua parte visto que, você poderá deixá-lo na secretaria do seu Departamento onde iremos recuperá-lo pessoalmente após o prazo limite estabelecido.

Como de costume, em situações de pesquisa, será garantido o anonimato das informações, entretanto em virtude de parte da pesquisa se desenvolver diretamente na instituição onde atua, pedimos que nos forneça *por escrito* sua autorização em dela participar, para isto basta assinar o termo situado ao final do questionário. Salientamos que já contatamos a Chefia de Departamento onde após apresentar os objetivos da pesquisa e sua metodologia, obtivemos a permissão para incluí-lo em nossa população.

Finalizando, caso seja do seu desejo, a pesquisadora poderá enviar-lhe cópia das conclusões da pesquisa. Para tal basta que faça a solicitação através do seguinte telefone:

Ana Cristina Nascimento: (012) 221-1051.

Certa de poder contar com seu apoio e compreensão, agradeço antecipadamente sua atenção e boa vontade.

Atenciosamente,

LIDIA STRAUS.

Profª Doutora da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

ANA CRISTINA A. NASCIMENTO

Psicóloga/ CRP 06/40444-8.

**TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO CONTIDO NO FORMULÁRIO
A SER ENCAMINHADO AOS PROFESSORES/PSICÓLOGOS.**

28.2) Universidade em que lesiona ou lesionou:

- Faculdades Salesianas- Lorena.
- Universidade Brás Cubas.
- Universidade de Mogi das Cruzes.
- Universidade de Taubaté.
- Outra. Qual? _____

28.3) Quais as disciplinas ou estágios que desenvolve?

- Psicodiagnóstico.
- Teorias e Técnicas Psicoterápicas.
- Técnicas de Exame Psicológico.
- Técnicas de Exame e Aconselhamento Psicológico.
- Estágio Supervisionado. em Psicologia Clínica.
- em Psicologia Escolar.
- em Psicologia do Trabalho.
- outra _____

29) Caso deseje, acrescente qualquer tipo de comentário ou reflexão sobre sua prática em psicodiagnóstico, mobilizada por esse questionário.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO.

Aceito participar da pesquisa e que os dados que forneci sejam divulgados e utilizados em suas conclusões, de acordo com o que foi estabelecido entre a Chefia do Departamento de Psicologia e a pesquisadora.

Assinatura do professor.

Data:/...../ 1996.

CARTA DE APRESENTAÇÃO PARA AS UNIVERSIDADES.

São José dos Campos, agosto de 1996.

Prezado (a) Senhor (a),

Sou aluna regularmente matriculada no Curso de pós-graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP onde desenvolvo dissertação de mestrado relacionada ao estudo da prática psicodiagnóstica.

A avaliação psicológica tem sofrido questionamentos ao longo dos anos, no que concerne a sua utilidade e aplicabilidade frente ao processo de investigação e tratamento da "situação problema" trazida pelo cliente. Em função disso, inúmeros trabalhos tem surgido na tentativa de abrir novas reflexões e perspectivas de realização frente a essa modalidade específica de atendimento.

Esse trabalho se originou pelo interesse da pesquisadora por investigar tais aspectos na região onde vem desenvolvendo ela mesma essa prática, não só como psicóloga clínica atuando em consultório e instituições públicas, mas também como docente em uma universidade da mesma região.

A pesquisa objetiva investigar o perfil da prática psicodiagnóstica desenvolvida pelos psicólogos da região do Vale do Paraíba. Para esse fim, estaremos recolhendo informações quanto ao posicionamento dos profissionais frente a esse processo, formas de o desenvolverem, suas aplicações e formação acadêmica recebida para atuar nessa prática específica.

Buscando coletar dados mais precisos sobre o aspecto formação acadêmica, vimos a necessidade de realizar um censo com professores das 4 (quatro) principais Universidades que formam os psicólogos da região. Os professores a serem considerados no estudo serão aqueles que estejam atuando em *disciplinas envolvidas direta e indiretamente no ensino do psicodiagnóstico*. Delimitamos como tais, as seguintes disciplinas: Psicodiagnóstico, Teorias e Técnicas Psicoterápicas, Técnicas de Exame Psicológico, Técnicas de Exame e Aconselhamento Psicológico e Estágio Supervisionado.

Dessa forma, viemos por meio desta solicitar autorização para incluir professores do seu Departamento como fonte de dados para o estudo que realizo.

Informamos que instituição poderá optar por manter-se anônima ou ser citada diretamente na apresentação dos resultados, comprometendo-se a pesquisadora a respeitar qualquer decisão discutida previamente sobre o assunto.

Adicionamos ainda que ao final do trabalho, será remetida cópia completa da dissertação e, caso seja desejo da instituição, os resultados poderão ser pessoalmente apresentados ao Departamento e seus professores.

Atenciosamente,

LIDIA STRAUS.

Prof^a Doutora da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

ANA CRISTINA A. NASCIMENTO

Psicóloga/ CRP 06/40444-8.

R.A: 955398.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO APRESENTADO NOS DEPARTAMENTOS DE PSICOLOGIA.

AUTORIZAÇÃO E CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO.

Autorizo realização da referida pesquisa neste Departamento, permitindo assim que os professores das disciplinas anteriormente mencionadas sejam contatados.

No que se refere a apresentação dos resultados solicito que as especificações abaixo sejam respeitadas pela pesquisadora:

Chefe do Departamento de Psicologia
da Universidade de

Ana Cristina A. Nascimento.
pesquisadora.

..... de 1996.

TABELA DEMONSTRATIVA DAS CIDADES E MICRORREGIÕES QUE COMPÕEM O VALE DO PARAÍBA COM A RESPECTIVA DISTRIBUIÇÃO DE PSICÓLOGOS ATIVOS NA REGIÃO.⁶

MICRORREGIÃO / CIDADE	Nº DE PSICÓLOGOS ATIVOS
A) MICRORREGIAO DE CAMPOS DO JORDÃO.	
Campos do Jordão.	17
São Bento do Sapucaí.	03
Monteiro Lobato.	01
Santo Antonio do Pinhal.	01
SUB-TOTAL	22
B) MICRORREGIAO DE SAO JOSÉ DOS CAMPOS.	
São José dos Campos.	533
Taubaté.	251
Jacareí.	152
Pindamonhangaba.	62
Caçapava.	45
Tremembé.	30
Santa Branca.	04
Igaratá.	03
SUB-TOTAL	1080

⁶ A ordem das microrregiões é a mesma contida em publicação do IBGE (1992). As cidades no entanto foram ordenadas segundo o número de psicólogos ativos que possuía (dados fornecidos pelo CRP-6ª região). Seguiremos essa mesma distribuição para a seleção dos elementos que comporão a amostra de psicólogos. Embora contemos com 6 (seis) microrregiões e 38 (trinta e oito) cidades, trabalharemos com **5 (cinco) microrregiões e 28 (vinte e oito) cidades**, visto as demais não possuírem psicólogos ativos.

C) MICRORREGIAO DE GUARATINGUETÁ.	
Guaratinguetá.	107
Lorena.	105
Cruzeiro.	67
Cachoeira Paulista.	26
Aparecida.	20
Piquete.	07
Queluz.	03
Lavrinhas.	01
Roseira.	01
SUB-TOTAL	337
D) MICRORREGIAO DE PARAIBUNA / PARAITINGA.	
Cunha.	03
Paraibuna.	03
São Luiz do Paraitinga.	01
SUB-TOTAL	08
E) MICRORREGIAO DE CARAGUATATUBA.	
Ubatuba.	24
Caraguatatuba.	20
São Sebastião.	20
Ilhabela.	07
SUB-TOTAL	71
TOTAL DE PSICOLOGOS ATIVOS.	1518