



Todo o conteúdo do artigo, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons (CC BY 4.0). Fonte:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712003000200004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 4 jun. 2018.

REFERÊNCIA

TAVARES, Marcelo. Validade clínica. **Psico-USF**, Itatiba, v. 8, n. 2, p. 125-136, dez. 2003.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712003000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 jun. 2018. doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712003000200004>.

Validade Clínica

Marcelo Tavares¹

Resumo

Desenvolvemos o conceito de validade clínica, contextualizando as limitações de validade dos instrumentos e procedimentos de avaliação psicológica. Argumentamos que a validade de um indicador na abordagem nomotética é estabelecida no processo de atribuição de significados a ele, que são derivados de sua associação com as teorias e outros indicadores. Este processo de atribuição de significados é fundamentalmente qualitativo, semelhante ao processo de construção teórica. Demonstramos como a validade não é uma propriedade dos instrumentos ou procedimentos, mas do processo de associações qualitativas inferidas com base em relações observadas. Conceituamos a validade clínica mostrando a necessidade de buscar formas de estimar a validade das informações para cada sujeito singular. Apresentamos então critérios para validade clínica, fundamentando-os na articulação das informações que tomam o sujeito, seu contexto e sua história pessoal como parâmetros.

Palavras-Chave: Validade; Validade clínica; Avaliação psicológica; Psicometria; Nomotético; Idiográfico.

Clinical Validity

Abstract

This paper presents the concept of clinical validity in the context of the limitations in the validity of psychological assessment instruments and procedures. It argues that the validity of an indicator in the nomothetic approach is established in the process of attributing meanings to it, derived from its association with related indicators and theories. This process of attributing meanings is fundamentally qualitative, similar to the process of theoretical construction. It demonstrates that validity is not a property of instruments or procedures, but of the process of qualitative associations inferred from observed relationships. It presents a concept for clinical validity showing the need to search for ways to estimate the validity of information for each subject. The criteria for clinical validity are presented, based on the articulation of information that takes the subject and his or her personal context and history as reference.

Keywords: Validity; Clinical validity; Psychological assessment; Psychometrics; Nomothetic; Idiographic.

Validade Clínica

Não é uma tarefa fácil desenvolver atitudes e valores básicos necessários para se *compreender uma pessoa* e simultaneamente apreender técnicas diagnósticas ou psicoterapêuticas de se lidar com ela. Não seria exagero enfatizar a necessidade de manter o respeito, a compaixão em relação à pessoa avaliada e a disposição de admitir a falibilidade de nossos esforços durante a aplicação, análise e devolução de um procedimento de avaliação. Por vezes cometemos erros, sendo o pior deles a arrogância de acharmos que sabemos o que a pessoa é, fechando possibilidades ou desconsiderando seu contexto e sua continuidade histórica. Não podemos tomar as pessoas como um dado. Nossas inferências psicológicas sobre cada pessoa devem ser consubstanciadas a cada passo, mediante confirmações independentes, levando sempre em consideração a sua integridade enquanto pessoa em desenvolvimento. Para alcançar uma estratégia diagnóstica que mantenha um compromisso ético e humanitário, precisamos compreender as técnicas que utilizamos, suas funções,

vantagens e limitações, respeitando a complexidade de cada técnica, do processo de avaliação psicológica e do sujeito submetido a ele. A compreensão dessas complexidades, como parte da técnica, além do conhecimento dos procedimentos específicos de avaliação e da capacidade de integração destes, exige competência na observação clínica, nos procedimentos de entrevista, no emprego de conhecimentos em psicopatologia, psicodinâmica, teorias de desenvolvimento, etc., dentro de uma visão complexa da interação dessas competências no uso dos procedimentos e na relação com o sujeito.

O objetivo da avaliação psicológica não é rotular, mas descrever, por meio de técnicas reconhecidas e uma terminologia específica, a melhor compreensão possível dos aspectos relevantes de uma pessoa, consoantes com os objetivos específicos das técnicas utilizadas e de acordo com um conjunto de informações disponíveis no momento. Entender uma avaliação psicológica como *a melhor compreensão possível* e como *limitada* à informação disponível no momento apresenta uma visão mais realista de seu objetivo, implicando, com

Endereço para correspondência:

¹ Instituto de Psicologia, UnB; ICC Sul, Caixa Postal 4.500 –Brasília-DF –70910-970

E-mail: mtavares@unb.br

isso, que ela pode mudar e, em alguns casos, deve mudar de acordo com a evolução que se tem do quadro. Também é necessário reconhecer que a informação que se presta ao processo de avaliação psicológica é obtida no contexto relacional ou social e será sensível a este contexto. Devemos considerar ainda que o ser humano se modifica no tempo em razão de sua experiência, de seus relacionamentos significativos, do contexto no qual está inserido, etc. Temos evidências de que mudanças terapêuticas são possíveis já a partir do procedimento de avaliação. Uma formulação diagnóstica, seja por meio de categorias ou descrições dinâmicas, não pode ser tomada como definitiva: ela está aberta a modificações em virtude das limitações de nossas técnicas e de uma multiplicidade de fatores que afetam o sujeito no tempo. Mesmo quando uma interpretação parece ser confirmada por observações independentes, devemos estar abertos à idéia de que novas informações podem vir a modificar ou complementar nossa avaliação. Esta visão da avaliação também salienta a responsabilidade do psicólogo de buscar os melhores meios para levantar a informação relevante.

Com o desenvolvimento de questionamentos epistemológicos, sentimos a necessidade de reavaliar o conceito de validade que vem sendo aplicado aos instrumentos e procedimentos de avaliação psicológica. Estas visões de epistemologia têm questionado, primordialmente, a causalidade linear, a objetividade e a neutralidade científicas, e os conceitos de verdade e realidade (Gergen, 1985; Guattari, 1989; Ibañez, 1994; Kuhn, 1970; Lax, 1992; Morin, 1994a, 1994b). Nossas conclusões parecem se aplicar à avaliação psicológica em geral, mas o interesse que nos conduziu a essas reflexões refere-se principalmente aos procedimentos empregados no contexto da avaliação clínica. Utilizamos o termo *validade* para fazer referência ao processo que tem por fim compreender a função ou o objetivo, as vantagens e as limitações de um instrumento de avaliação. Faremos considerações especiais em relação aos modelos, tipos e critérios de validade associados a tipos diferentes de avaliação, com destaque para a integração clínica de diversas fontes, normativas e com base no próprio sujeito.

O conceito tradicional de validade

Uma apresentação em profundidade da visão tradicional da validade dos procedimentos de avaliação psicológica está além dos objetivos deste trabalho, porém uma breve revisão é necessária para se compreender a necessidade do conceito de validade clínica.

Na prática psicométrica, existe uma postura orientada por um positivismo clássico que sustenta que um instrumento de avaliação *está* validado simplesmente

porque ele atende a alguns requisitos estatísticos como estrutura fatorial, consistência interna ou estabilidade temporal, critérios usualmente chamados de *reliability*. Em nosso meio *reliability* tem sido traduzido em lugares diferentes por precisão, fidedignidade ou confiabilidade. Esses dois últimos termos são, a nosso ver, traduções mais adequadas, podendo ser utilizados como sinônimos. A conotação implícita no termo *precisão* trai a fundamentação probabilística da psicometria, dando a ela um tom muito facilmente associado a uma visão positivista ingênua de que há precisão na avaliação. Essa visão pode levar à crença ou atitude de que é a psicometria que dá à psicologia o seu estatuto de ciência. Se fosse assim, não seria necessário se preocupar em encontrar uma validade clínica *fora* dos parâmetros de um dado instrumento. Outra conclusão ingênua é a de que se algo é mensurável, é porque ele existe! Ora, se reconhecemos que o construto é um “*nome*” que damos a uma *idéia*, e não uma coisa em si, um instrumento ou um indicador se torna mais uma *representação* do que uma via de acesso direto a um real que pudesse ser diretamente observado.

Esta visão ingênua, mas presente, age como se estrutura fatorial e consistência interna, somados a validade aparente e de conteúdo, fossem critérios suficientes para nos permitir concluir que o instrumento “*mede*” o construto de interesse de modo coerente e consistente (entenda-se, “preciso”). Baseados nestes ou noutros índices de fidedignidade (por exemplo, estabilidade temporal para atributos teoricamente estáveis), esses autores concluem ter um instrumento válido para avaliação do construto que *supõem* estar associado a ele. Ou seja, inferem a validade com base na fidedignidade. Isso pode ser observado em muitos artigos publicados sobre a padronização e a validação de escalas psicológicas em nosso meio, e ocorre apesar da literatura em psicometria claramente distinguir fidedignidade de validade (Anastasi, 1988; APA, 1954, 1985; Briggs & Cheek, 1986; Campbell, 1960; Cronbach, 1951, 1988, 1990, 1991; Cronbach & Meehl, 1955; Ellis & Blustein, 1991a, 1991b; McIntire & Miller, 2000). Embora os critérios de fidedignidade sejam requisitos para se concluir pela validade de um instrumento, eles não são suficientes para tal. Os procedimentos relacionados à fidedignidade são necessários, uma vez que fornecem estimativas da consistência interna, das dimensões internas (estrutura fatorial), da estabilidade temporal, etc. Estas estimativas ajudam o clínico a avaliar risco de erro associado ao instrumento e fornecem indicadores de um limite máximo possível para a validade (nos termos que definimos). Em outras palavras, se não houver fidedignidade, não poderá haver validade.

Então podemos concluir que fidedignidade é o início, mas não o fim do processo de validação de um instrumento. Do ponto de vista da validade, uma sofisticação maior existe quando procuramos demonstrar a que um determinado instrumento se relaciona e a que ele não se relaciona. Não temos acesso direto à relação entre as coisas no mundo “real”, mas esta é inferida por meio das relações que estabelecemos em teoria, a partir do que observamos. Associar uma medida ou indicador a um construto é uma tarefa complexa, que envolve articulação de teorias e de informações empiricamente fundamentadas. O construto, enquanto um conceito, não existe na realidade; ele faz parte da teoria; ele é uma abstração do empírico e é, por isso, mais abrangente do que qualquer de suas medidas ou de seus indicadores empíricos. Por exemplo, as escalas de Exibicionismo e de Superioridade fornecem indicadores diferentes de um mesmo construto: o narcisismo. O narcisismo não se reduz a nenhuma dessas duas escalas, e estas terão relações com outras escalas, representando outros construtos. Esperamos que um instrumento tenha correlações altas com outros *supostamente* relacionados a construtos semelhantes e correlações baixas com instrumentos relacionadas a construtos distintos. Estudos que buscam demonstrar essas relações utilizam a validade concorrente e discriminante de instrumentos ou indicadores como meio de fundamentar a relação deles a construtos teóricos. *Enquanto a relação entre instrumentos é observada, a relação deles ao construto é inferida.* Apesar de esperarmos um paralelismo entre as relações observadas empiricamente e as preconizadas em teoria, isso nem sempre acontece. A matriz multitraço-multimétodo (*multitrait-multimethod matrix*) (Campbell & Fiske, 1979) e a análise fatorial são dois exemplos de procedimentos tradicionais utilizados para avaliar a relação entre instrumentos para inferir a relação deles a construtos.

A teoria da generalizabilidade (Cronbach, Gleser, Nanda & Rajaratnam, 1972; Brennan, 1983) procurou integrar os conceitos de fidedignidade e de validade. Esta teoria afirma que os procedimentos de fidedignidade e de validade se situam em pólos opostos de um contínuo, por empregarem técnicas correlacionais que associam instrumentos com o objetivo de avaliar um mesmo conceito, utilizando máxima semelhança ou máxima diferença em seus métodos. Assim, de um lado, a fidedignidade envolve a correlação de *métodos de máxima semelhança* (p. ex.: alfa de Cronbach, *split-half*, teste-reteste, formas alternativas, análise fatorial, etc.), ou seja, envolve a relação de um indicador com ele mesmo ou entre partes dele. De outro lado, a validade é concebida como o estudo das correlações de indicadores, instrumentos ou procedimentos que avaliam o mesmo conceito através de *métodos de máxima*

diferença – exemplo: a correlação de um método de avaliar a depressão utilizando o auto-relato (questionário) com outro utilizando a avaliação de profissionais (juizes) ou a observação direta de sinais e sintomas da depressão. Uma correlação de duas formas equivalentes de um mesmo instrumento, embora não tenham itens repetidos, é entendida como um dado de fidedignidade, pois é intenção dos autores que haja paralelismo entre os itens das formas alternativas. A correlação de duas escalas diferentes é entendida como um dado de validade, mesmo quando utilizam uma mesma via de acesso, por exemplo, um questionário. A escala clínica de depressão do MMPI e o Inventário de Depressão de Beck (BDI) são questionários que partem de suposições e estratégias diferentes na avaliação da depressão (no sentido amplo), mas não se referem a uma mesma concepção sobre a mesma, além de não haver suposição de equivalência entre os itens. Portanto, a correlação entre os dois se aproxima a um dado de validade.

A teoria da generalizabilidade afirmaria que a diferença entre fidedignidade e validade pode ser concebida em termos desse contínuo que se estabelece entre esses conceitos; de um lado, métodos de máxima semelhança, de outro, métodos de máxima diferença. Desse modo, a correlação entre duas escalas de depressão por auto-relato (questionários) fornece menos informação de validade dos instrumentos do que a correlação de um deles com o julgamento de profissionais treinados na avaliação da depressão ou com a avaliação dos familiares dos sujeitos: a correlação entre procedimentos com máxima diferença dos métodos fortalece a noção de validade dos mesmos. Um instrumento que não for capaz de estabelecer uma boa relação consigo mesmo ou partes de si mesmo (ser fidedigno) dificilmente irá estabelecer uma relação com outros instrumentos ou indicadores (ter validade), ou seja, validade de um instrumento é limitada pela sua fidedignidade, ou a fidedignidade é necessária para que se estabeleça a validade de um instrumento.

Uma visão alternativa

A validade de um instrumento é expressa pelas *qualidades* ou pelos *significados* que podem ser associados a ele, e depende da rede de relações que ele estabelece com outros indicadores relevantes. É esta rede de relações que nos permite apreciar o significado ou a qualidade que atribuímos ao instrumento. O seu significado emerge do contexto em que ele é aplicado e é sensível às manipulações de método (por exemplo, tipo de amostras, condições de aplicação, etc.). Portanto, a validade de um instrumento não é uma propriedade exclusiva dele, mas da situação total na qual

as *inferências* sobre *significados* são *produzidas*. Esta atribuição de significados inferidos é também sensível às articulações teóricas do modelo utilizado, ou seja, a validade de um instrumento ou procedimento não é propriedade exclusiva do contexto empírico. Ao definirmos a natureza da validade como *significado*, que é eminentemente inferencial e interpretativo, estamos afirmando que a validade se refere aos parâmetros estatísticos apenas indiretamente e está relacionada, mais especificamente, à articulação qualitativa do significado de um indicador. A rede associativa que permite tais inferências ou atribuição de significados está relacionada ao que foi referido como rede nomológica de um construto (Cronbach & Meehl, 1955; McIntire & Miller, 2000). O termo rede associativa coloca a ênfase nas relações qualitativas articuladas em teoria, enquanto o termo rede nomológica tem por foco relações observadas empiricamente. Em outras palavras, uma rede nomológica somente adquire valor quando articulada qualitativamente em teoria.

Retiramos, portanto, a validade do domínio do empírico para situá-lo como uma propriedade da articulação teórico-conceitual na qual o instrumento é apenas um dos indicadores. Nesta visão o resultado de um instrumento não se reduz ao valor numérico “obtido”; ele ganha seu *valor* nas relações de significado às quais podemos associá-lo. *Nesta perspectiva, um instrumento não é validado, mas fica em um contínuo processo de validação: o seu significado está aberto a novas possibilidades e pode ser ampliado ou modificado a partir de novas evidências, transformando e sendo transformado pelas redes associativas às quais o indicador está associado.* São as redes associativas e o seu contexto que sugerem novas qualidades a serem *abstruídas* das relações entre o instrumento e outros indicadores. Assim, o processo de avaliação do significado de um instrumento é coerente com o processo de construção teórica, e a este deve estar relacionado. Nessa perspectiva podemos apreciar uma vinculação histórica e contextual do significado de um instrumento, modificada através dos tempos pelas mudanças nas idéias psicológicas e na cultura que influenciam grupos e subgrupos em relação aos quais a validação é realizada e que afetam os objetos, os delineamentos de pesquisa e as redes associativas das quais o significado é derivado.

Na medida em que investigamos as relações de um determinado instrumento e passamos a conhecer seu funcionamento em contextos variados, seu significado vai sendo cada vez mais bem especificado, ou seja, podemos qualificá-lo melhor. O instrumento e os significados associados a ele estão em uma relação dialética na qual a questão que ele pretende avaliar não se esgota no próprio instrumento. Contudo, um instrumento pode ser estudado a ponto de produzir a

sensação, nas pessoas que o interpretam, de que ele possui uma “validade conhecida,” como se ele traduzisse uma “verdade natural.” O risco, neste caso, é a tentação de reificar o seu resultado, interpretando-o como coisa ou “essência” do sujeito avaliado (um resquício de um positivismo filosófico), como se o instrumento possuísse uma verdade sobre o sujeito. Esse problema resulta da tensão entre questões *nomotéticas* (relativas a grupos) e *idiográficas* (relativas ao indivíduo) e diz respeito diretamente ao conceito de validade clínica que discutiremos a seguir. Por enquanto apenas ressaltamos que a interpretação de um resultado como “verdade” sobre o sujeito é contrária ao conceito de validade que será proposto.

Essa *verdade relativa* dos indicadores na avaliação psicológica nos alerta para a importância da qualidade da informação, que implica a relevância dos procedimentos escolhidos para a questão que desejamos avaliar, de um lado e, de outro, o contexto e a validade do procedimento de coleta de informação. A validade da informação é relativa às amostras e aos procedimentos de validação, e é relativa ao sujeito específico a quem esta informação será aplicada. A relevância dos indicadores deve ser apreciada e fundamentada tanto relativamente ao indivíduo (validade clínica) como às amostras (validade de critério, por exemplo). Isso significa que devemos poder estabelecer uma ligação entre o significado que pode ser atribuído a uma amostra e aquele que pode ser atribuído a um indivíduo em particular. Se esta vinculação não puder ser estabelecida, o problema da validade clínica deverá ser resolvido (a tensão nomotético-idiográfica que discutiremos adiante). Ou seja, estamos interessados em saber por que o significado que pode ser atribuído a um sujeito, em um determinado procedimento, desvia do significado que é atribuído aos grupos de validação empírica. Um exemplo desse problema pode ocorrer na avaliação de pessoas da área rural ou de classes socioeconômicas desfavorecidas, comparando-as com amostras de pessoas brancas, urbanas com nível universitário. Mas nem sempre a razão desse desvio é facilmente explicável ou seu significado compreensível.

Avaliar significa atribuir um significado (independente do procedimento utilizado na avaliação). Ao apreciar a validade de uma informação estamos lhe atribuindo um *valor* e, em certo sentido, fazer afirmações sobre validade é fazer atribuições de valor a uma qualidade ou a um significado particular. Isso tem implicações de interesse para a avaliação psicológica em geral, mas tem interesse especial para certas áreas da psicologia nas quais o resultado terá repercussões para o sujeito. Para uma pessoa, terá um valor especial, podendo afetar sua vida de modo definitivo.

Abordagens de validade: dois modelos antitéticos

Existem duas maneiras de abordar a questão da validade dos procedimentos de avaliação psicológica em geral. Para examinar a validade e utilidade dos procedimentos, consideramos a sua capacidade de gerar informações articuladas em uma rede de significados.¹ Os critérios de investigação da validade de um procedimento de avaliação dependem da perspectiva adotada, que pode ser *nomotética* (relativa a grupos) ou *idiográfica* (relativa ao indivíduo). Contudo, seja qual for a perspectiva, os critérios de validação envolvem processos de relacionar e comparar. As perspectivas nomotéticas e idiográficas não são mutuamente exclusivas e, embora se oponham no método de abordagem, elas podem (e devem) ser aplicadas ao mesmo instrumento.

A abordagem nomotética

Nomos, em grego, refere-se a leis gerais ou universais e, portanto, opõe-se ao que é específico ou particular. O sufixo *-tético* refere-se ao que “é próprio de” ou o que “cria”. Portanto, nomotético significa, pela etimologia do termo, aquilo que cria ou que é próprio das leis universais. Na abordagem nomotética, estamos interessados na avaliação dos dados de grupos, que podem envolver grupos normativos (para avaliar características de uma população) ou grupos de critério (para avaliar grupos de pessoas portadoras de características especiais, como, por exemplo, um grupo de pacientes com transtornos de ansiedade). Os critérios deste modelo já foram suficientemente discutidos ao longo dos anos (American Psychological Association – APA, 1954, 1985; Anastasi, 1988; Cronbach, 1990; McIntire & Miller, 2000), e têm o seu mérito estabelecido, embora a maneira de proceder a sua articulação teórica e epistemológica possa ser colocada em questão (Cronbach, 1991; Ellis & Blustein, 1991a, 1991b; Schafer 1991; Sugarman, 1990).

Nesta abordagem, comparamos a performance das pessoas avaliadas com as médias e desvios nesses grupos. Por exemplo, uma pessoa tem um escore padrão $T=74$ na escala de depressão do MMPI. Sabendo que a média é de 50, e o desvio padrão é de 10, concluímos que ele está 2,4 desvios acima da média.

¹ Há um paralelismo entre a relação observada entre indicadores e relação entre conceitos na elaboração teórica, na medida em que exploramos a possibilidade de uma relação entre aspectos do fenômeno observado e a articulação teórica. Inconsistência neste paralelismo tende a ser considerada como um problema da teoria (inferências, elaboração, construção) ou um problema metodológico (acesso parcial ou enviesado ao fenômeno), ou ambos.

Olhando nas tabelas apropriadas podemos dizer que essa pessoa está mais deprimida do que 99% do grupo geral da amostra (de onde inferimos, generalizando, da população). Comparando este resultado com o da amostra de pacientes deprimidos (validade de critério), podemos dizer que esta pessoa *responde*² como aquelas na fase aguda de uma crise depressiva. Portanto, comparamos seu resultado com o de dois grupos específicos (geralmente o grupo normativo e um grupo de critério, neste caso, o de pessoas deprimidas).

Para avaliarmos um instrumento ou indicador nesta abordagem, suas características psicométricas precisam ser conhecidas, e a validade diagnóstica demonstrada (por exemplo, que seja capaz de distinguir grupos de pessoas deprimidas e não deprimidas). Ou seja, seu *significado* deve ter sido estabelecido. Por exemplo, a distorção de forma no movimento humano (MQ-) no método de Rorschach (Exner, 1993) ocorreu apenas dez vezes no grupo de normatização (que forneceu acima de 5.800 respostas), e ocorreu com frequência em pacientes com esquizofrenia – uma média de 2,4 com um desvio padrão de 2,5 e uma variação de zero a dez respostas por paciente com esquizofrenia. Portanto, um paciente que apresenta *uma* distorção desse tipo nos faz refletir sobre a possibilidade da presença de outros indicadores de esquizofrenia. Contudo, pacientes gravemente deprimidos também dão respostas desse tipo – uma média de 0,6 com um desvio padrão de 0,8 e uma variação de zero a quatro. Ou seja, a curva desse tipo de resposta em pacientes deprimidos é contida pela curva de resposta de pacientes com esquizofrenia. Pode-se facilmente perceber que a decisão sobre o significado de MQ- não é tão fácil, mesmo quando sabemos que dificilmente erramos ao classificar uma resposta como MQ- (96% de concordância entre codificadores).

Agora podemos considerar uma característica fundamental na abordagem nomotética, que exige maior consideração do ponto de vista clínico. *Os significados (redes de relações) atribuídos a um procedimento são generalizáveis a populações (a partir de amostras representativas), e não a indivíduos.* Não se pode dizer que um indivíduo de um grupo é igual à média daquele grupo (conclusão nomotética). A lógica das conclusões nomotéticas está fundamentada no conceito de traço ou no pressuposto de que uma mesma característica leva sujeitos diferentes a responderem de modo semelhante a um dado procedimento. Contudo, a prática clínica tem nos mostrado que, em um número significativo de casos, os procedimentos, nomoteticamente válidos, falham idiograficamente, ou seja, inferências fundamentadas

² Nossa preferência aqui pela expressão “*responde como deprimidos*”, ao invés de “*é deprimida*”, não é acidental.

em grupos não se aplicam ao indivíduo. Na média, acertamos, porque, na média, o instrumento é sensível ao traço supostamente associado a ele. Mas também podemos errar em um número significativo de casos, porque os indivíduos podem responder de modo semelhante a um procedimento por razões diferentes. Isto é uma questão idiográfica: é até possível que duas pessoas tenham o mesmo escore em um questionário, sem ter respondido a nenhum item do mesmo modo. Esta conclusão nos leva à constatação de que não podemos garantir a validade dos resultados para indivíduos exclusivamente baseados nos resultados de instrumentos, embora possamos dizer que há validade para grupos. Por exemplo, embora nem todos com distorção de forma no movimento humano (MQ-) tenham esquizofrenia, os que têm, na média, apresentarão um elevado número desse indicador (essa afirmação é válida, independente de sua validade para pacientes severamente deprimidos). O problema, então, quando nos voltamos para o indivíduo, não é psicométrico, mas eminentemente clínico. Por outro lado, a determinação da validade clínica para instrumentos ou procedimentos fundamentados na abordagem nomotética ainda dependerá da validade determinada no contexto nomotético.

No exemplo de uma pessoa que apresenta, em um protocolo de Rorschach, duas distorções de forma no movimento humano (MQ-), sendo rigoroso do ponto de vista metodológico (nomotético), a conclusão correta é: a *probabilidade* é alta de que essa pessoa não pertença ao grupo de normatização, mas que pertença ao grupo de pacientes, estando em questão a que grupo ela pertence. A solução para este dilema passa pelo exame da abordagem idiográfica.

A abordagem idiográfica

A abordagem idiográfica parte de uma outra premissa. *Idio* significa relativo ao próprio indivíduo. O significado da informação fundamenta-se, não na performance de um indivíduo relativa a grupos previamente estabelecidos como norma e critério, mas em sua própria performance em momentos diferentes ou em situações semelhantes, avaliadas por métodos independentes. Por exemplo, podemos pedir a uma pessoa para descrever a si mesmo e comparar isso com a sua descrição de como gostaria de ser. Podemos utilizar esse tipo de informação como meio de avaliar mudanças na auto-imagem e *self* ideal durante uma psicoterapia. No MMPI, podemos verificar a resposta a itens específicos, por exemplo, os itens críticos para suicídio no caso de um paciente deprimido. Podemos perguntar ao paciente o que o levou a concordar com tais itens. Podemos utilizar essa informação para avaliar

mudanças no potencial de risco de suicídio durante o tratamento, reavaliando esses itens posteriormente. Frequentemente empregamos este método intuitivamente na clínica.

Há uma noção enganosa de que os métodos qualitativos são essencialmente subjetivos e, portanto situam-se fora da possibilidade de serem apreciados com rigor metodológico. Os procedimentos qualitativos – como a entrevista clínica, a avaliação do psicoterapeuta, a opinião ou o julgamento de observadores – também podem ter sua validade demonstrada empiricamente. A validade de um procedimento qualitativo depende da capacidade do procedimento de gerar informações semelhantes independente de quem o aplica (Tavares, 2000a, 2000b). Portanto, depende da capacidade do avaliador em concordar consigo mesmo (consistência intra-avaliador) e com outros avaliadores (consistência interavaliador) ou com um padrão previamente estabelecido (validade de critério). Uma estatística apropriada para este propósito é o *kappa* de Cohen (1960, 1968). Contudo, a necessidade de demonstrar esse tipo de validade dependerá da situação. Por exemplo, é suficiente demonstrar que pessoas suficientemente treinadas em psicoterapia psicodinâmica breve concordarão, após uma entrevista inicial, com a determinação da queixa, do foco dinâmico (conflito) relacionado, e com a avaliação de outras características necessárias para indicar, ou não, uma pessoa para esta abordagem terapêutica. Não é necessário repetir esse procedimento para *todo* psicoterapeuta (a menos que se trate de um projeto de pesquisa). A conclusão sobre a validade do procedimento é que a maioria dos terapeutas suficientemente treinados serão válidos como avaliadores dessas características. Neste caso, é claro, resta definir o que significa “suficientemente”.

A abordagem idiográfica fundamenta-se em comparações intra-sujeito. A abordagem nomotética fundamenta-se em comparações intragrupo, pois depende de critérios de validade desenvolvidos fora do contexto do indivíduo, pela padronização baseada em amostras representativas, médias, desvios, correlações, etc. Sua validade depende da suposição de que o grupo normativo é representativo do sujeito para o qual a inferência está sendo estabelecida. A validade idiográfica supõe que comparações, coerências e contraposições de informações do próprio sujeito (intra-sujeito), considerando multiplicidade de meios de informação, constituem aspecto fundamental da avaliação do mesmo.

Alguns instrumentos são facilmente aplicados em uma abordagem nomotética, como o MMPI. Por outro lado, este pode ser avaliado idiograficamente quando comparamos as respostas do sujeito a itens críticos com outras informações, por exemplo,

avaliando suas respostas a itens cujo conteúdo sugere risco de suicídio com a prancha 3 (a crise) do TAT. O Rorschach facilmente permite a utilização simultânea das abordagens nomotéticas e idiográficas (Exner, 1993, Schafer, 1954). O WAIS permite os dois tratamentos (Sugarman, 1990). Este é tradicionalmente conhecido como instrumento de avaliação nomotética da inteligência. Contudo, ele pode ser entendido como muito mais do que isso. Certas configurações de personalidade ou condições psicológicas tendem a se apresentar de uma maneira particular na avaliação da inteligência. Por exemplo, pacientes deprimidos tendem a perder pontos por lentidão em subescalas de performance ou a mostrar um padrão inconsistente, com erros por desatenção ou falta de motivação em questões fáceis e acertando questões difíceis. Isso não significa prejuízo da inteligência, mas da performance. Pacientes com esquizofrenia perdem pontos por dar respostas ou muito concretas ou absurdamente abstratas, etc. Apesar dos esforços para dar um tratamento nomotético ao TAT, este continua sendo provavelmente o mais idiográfico de todos os instrumentos, somente não sendo mais idiográfico que a própria psicoterapia (Bellak, 1986). Mesmo assim, é possível estabelecer critérios de validade para procedimentos deste tipo.

Em defesa do conceito de validade em uma perspectiva clínica

Enfatizamos: mesmo os instrumentos que apresentam toda sofisticação psicométrica devem passar pelo crivo idiográfico quando se tem por objetivo utilizá-los na avaliação psicológica de uma pessoa específica. Isto porque, embora possamos supor que, *em média*, as pessoas terão características comparáveis ao grupo normativo ou ao grupo de critério, não podemos garantir isso caso a caso. Pessoas acostumadas a utilizar inventários de personalidade clinicamente conhecem a necessidade de fazer esta avaliação. Essa recomendação procede mesmo quando existem escalas de validade, como é o caso do MMPI. Estas escalas avaliam atitudes do sujeito ao fazer o teste, e podem resolver alguns dos problemas de interpretação do contexto e da atitude do sujeito ao responder ao instrumento. Mesmo assim, é possível que um indivíduo não seja comparável ao grupo normativo ou de critério no sentido previsto pelas escalas de validade, de modo que o teste (nomoteticamente válido) pode falhar idiograficamente.

Um exemplo real ilustrará este caso. Uma pessoa teve um resultado alto na escala *Pd* do MMPI. Esta escala clínica avalia o grau de desvio psicopático, e tem como grupo de critério pessoas previamente caracterizadas como tal. Ora, esse cliente não

apresentava as características comuns a esta condição, criando uma situação que reclamava explicação. Um exame das subescalas fatoriais mostrou que esse indivíduo tinha escore alto no fator “Conflitos Familiares”, que jogava o resultado final da escala muito acima da média do grupo de critério, embora ele não tivesse outras características desse grupo. Portanto, por um processo de avaliação clínica, a interpretação da subescala *Desvio Psicopático* é invalidada e a subescala *Conflitos Familiares* é validada, alterando a interpretação e as conseqüências para o sujeito.

Por outro lado, a abordagem idiográfica de um procedimento não garante a validade clínica das conclusões geradas por ele. Mesmo os instrumentos idiográficos como a entrevista, o TAT e outros podem falhar do ponto de vista clínico, conforme Bellak (1986) e nossa própria experiência. Por exemplo, a queixa, o foco terapêutico e a dinâmica de um paciente na primeira sessão de psicoterapia apresentavam conteúdos em torno de conflitos edípicos em relação ao pai. Na avaliação, o conteúdo do TAT sugeria uma estrutura claramente narcísica. A contradição entre estes dois modos de avaliação colocava ambos em questionamento. Um exame minucioso revelou que o paciente respondeu o TAT como se fosse um teste de criatividade ou de inteligência, esforçando-se por dar respostas únicas e incomuns. Seus personagens foram excessivamente embelezados e idealizados. Por outro lado, levando esta indagação à psicoterapia, verificou-se que a dificuldade na relação com o pai girava em torno da introjeção de uma imagem excessivamente idealizada de homem, contrária às características reais do pai. O paciente buscava identificar-se com essa imagem idealizada, transmitida por sua mãe, para obter o amor desta. Em conseqüência, o paciente apresentava uma dificuldade de consolidação de uma identidade de ordem narcísica, que tinha sua expressão nos conflitos com seu pai. As duas formas de avaliação idiográfica (TAT e entrevista clínica) forneciam informações complementares. Cada procedimento deslocava a ênfase em uma direção. A discrepância inicial aparente foi resolvida submetendo o caso a um exame cuidadoso, contextualizando melhor uma informação em relação à outra. Em conjunto, os dois procedimentos apresentavam uma compreensão melhor do caso.

Embora nesses exemplos a discrepância pôde ser explicada, existem casos nos quais não se pode explicar tão bem por que motivo um resultado não se aplica, quando sabemos que ele não se aplica. Intencionalmente ou não, características patológicas ou de personalidade podem ser omitidas ou exageradas. Conseqüentemente, é necessário o uso de critérios clínicos para estimar a validade das conclusões geradas por um procedimento, independente dos instrumentos

ou dos procedimentos de avaliação adotados (nomotéticos ou idiográficos).

O conceito de validade clínica

Os termos *validade nomotética* e *validade idiográfica* se aplicam ao procedimento de avaliação, à sua capacidade de produzir, *em geral*, informações válidas. Empregamos o termo *validade clínica* para caracterizar a adequação dessa informação (nomotética ou idiográfica) a um sujeito particular. A validade clínica enfatiza o significado singular de um indicador ou de um conjunto de indicadores para um sujeito e seu contexto específico, que inclui, naturalmente, contexto de vida e contexto da avaliação. A validade clínica depende de outras formas de validade e, como outras formas de validade, também não é uma propriedade exclusiva do instrumento ou procedimento. Ela é compartilhada com a totalidade do contexto no qual a informação é gerada, na tentativa de compreender o significado de uma constelação de indicadores (por exemplo: o resultado de um teste, um comportamento espontâneo, ou uma resposta projetiva ou transferencial), relativamente a um indivíduo *específico* e à situação *específica* na qual eles surgem.

Nosso argumento, relativo à validade dos instrumentos de avaliação discutida anteriormente, apóia-se na observação de que o significado de um indicador é *abstraido* com base nas relações que ele estabelece com outros indicadores, nos contextos em que são aplicados. Em termos epistemológicos, sua validade não é “obtida”, mas sim *produzida* no ato do pesquisador de estabelecer relações de sentido entre esses indicadores. Quando aplicados, esses significados passam a assumir o caráter de generalizações *fora* do contexto no qual foram gerados. Assim, quando abordamos a questão da validade, sem qualificá-la como validade clínica, estamos interessados na validade da informação produzida por um instrumento ou procedimento em termos gerais ou generalizáveis. Mesmo no caso de instrumentos de avaliação “qualitativos”, como o TAT ou a entrevista, temos expectativas generalizadoras fundamentadas na experiência clínica, anteriores a uma dada conclusão relativa à produção específica de um sujeito particular. Comparamos e relacionamos estas expectativas com o que encontramos em um caso novo para atribuir-lhe um sentido (por exemplo: a expectativa de interpretação de conteúdos relacionados à depressão, seja na entrevista, num questionário ou na prancha 3RH do TAT).

Ao apreciarmos a validade *clínica* de um indicador, ou seja, quando estamos interessados em aplicar a um sujeito uma qualidade associada a um indicador, estamos interessados em relacioná-lo, confrontá-lo e a integrá-lo a outros indicadores, a outras

qualidades ou a outros significados relativos ao que conhecemos do sujeito a quem pretendemos atribuir tais qualidades. Portanto o termo validade clínica integra um conjunto de informações relativas aos procedimentos e instrumentos utilizados, ao processo de avaliação, ao sujeito singular para quem desejamos generalizar as informações que foram produzidas em contextos que transcendem esse sujeito e que o excluem (as informações nomotéticas advindas do grupo normativo ou de critério, a teoria, a experiência do psicólogo com casos semelhantes, etc.). Estamos interessados na configuração, na integração dinâmica dos padrões de resposta de um sujeito, na diversidade das situações em que elas se apresentam.³

O significado que pode ser atribuído a um escore pode ser diferente conforme as características do sujeito em questão. Por exemplo, questionários confundem auto-estima e narcisismo, conceitos que apontam em direções contrárias, mas que apresentam correlações positivas moderadas. Como o significado derivado de um estudo de grupo não se aplica necessariamente a uma pessoa específica, quando estamos interessados no significado de indicadores no processo de avaliação de um sujeito específico, é necessário ir além dos números derivados de tabelas que denotem um resultado desviando abaixo ou acima de uma média. É necessário um exame da totalidade das informações disponíveis, que avalie o papel de um indicador dentro de uma estrutura de significados coerentes aplicados ao caso em questão. No Método de Rorschach, o processo que leva um sujeito com esquizofrenia ou depressão a dar respostas de distorção de forma no movimento humano (MQ-) é o mesmo? Pode-se atribuir o mesmo significado ao indicador em cada caso? A intenção não é apenas dar um diagnóstico, mas procurar esclarecer o significado desses indicadores e a sua relação com outros indicadores para esse sujeito.

Uma das críticas acerca da perspectiva clínica refere-se à subjetividade presente na formulação do paciente e na interpretação do psicólogo. Nosso entendimento do que faz um procedimento “objetivo” ou “subjetivo” (projetivo) difere do que se discute tradicionalmente. Sua objetividade não está na forma (por exemplo: questionário *versus* entrevista), mas no processo de verificação da validade da informação. Hoje existem muitos procedimentos de avaliação qualitativos

³ Um dos argumentos para a utilização de uma “bateria” clínica de instrumentos e procedimentos de avaliação (inclusive a entrevista clínica e a observação direta espontânea) é que estes representam *amostras* de respostas possíveis ao indivíduo, todas servindo para compreender seu modo de funcionamento em uma variedade de situações, passíveis de serem generalizadas a outros momentos ou situações passadas e futuras.

para os quais a validade é demonstrada, para conceitos como narcisismo (Harder, 1979; Shulman & Ferguson, 1988), mecanismos de defesa (Vaillant, 1992) e transferência (Luborsky e cols., 1996), entre muitos outros.

Também não concordamos com a expressão “objetivo” aplicada aos instrumentos de avaliação, considerando oito motivos principais. Primeiro, temos que considerar a natureza probabilística da resposta aos itens. Segundo, existe a necessidade do sujeito atribuir um significado à tarefa e a suas conseqüências. Terceiro, as interações durante a aplicação influenciam o modo de responder do sujeito na situação. Quarto, o ato de assinalar sim ou não, ou de indicar freqüências ou diversos graus de acordo ou desacordo em cada item depende da interpretação subjetiva do sujeito ao significado do item, de sua resposta, e do resultado que deseja ou teme receber, de modo que a resposta a cada item depende de motivações subjetivas, múltiplas e flutuantes. Quinto, problemas agudos e o estado afetivo do paciente interferem na maneira dele avaliar e relatar seu modo usual de ser e de responder. Sexto, o grau de *insight* que a pessoa tem interfere na sua capacidade de relatar adequadamente sentimentos, características de personalidade e problemas associados. Sétimo, a objetividade fica comprometida pela constatação de que o significado atribuído pelos profissionais a um instrumento é derivado de inferências dentro de um processo de construção teórica (como discutimos). Finalmente, a noção de “objetividade” é questionada quando aplicamos o conceito de validade clínica: a confrontação e a contextualização do significado particular dos resultados precisam relativizar um conjunto de informações normativas, estatisticamente derivadas, em face das observações no contato direto com o sujeito, com base no julgamento profissional especializado.

Vários estudos empíricos buscam compreender a relação dessas outras variáveis intervenientes que afetam o resultado da avaliação. Exemplos dessas múltiplas influências são apontados por pesquisas que avaliam a influência de características ou do estado do paciente e de quem é o informante (paciente ou familiar) na validade do diagnóstico, como, por exemplo, na avaliação de transtornos de personalidade em pacientes deprimidos e ansiosos (Hirschfeld e cols., 1983; Reich e cols., 1987; Zimmerman e cols., 1986; 1988). Esses autores apontam o impacto da diferença da natureza da informação diagnóstica, sendo algumas observacionais, outras dados da experiência subjetiva do paciente, e outras fundamentadas na inferência do avaliador. Sujeito, informante e avaliador interagem de formas diferentes com esses tipos de informação e os estados do sujeito ora exacerbam, ora mascaram, ora distorcem essas informações de modos diferentes.

A validade da entrevista clínica como técnica de avaliação ainda precisa ser mais estudada. Contudo, ela deve ser considerada um dos procedimentos clínicos mais fundamentais pelo potencial que tem de integrar outros procedimentos na avaliação. Não podemos esquecer do lugar privilegiado na clínica das avaliações “subjetivas” do psicólogo, que são avaliações qualitativas fora de situações padronizadas, mas que podem ser igualmente ou até mesmo, em muitos casos, mais válidas. Há uma máxima utilizada quando se defronta com inconsistências nas informações. Esta diz: “*A clínica é soberana!*” É pela atuação clínica, na entrevista e na observação, que esclarecemos dúvidas, resolvemos incompatibilidades na avaliação psicológica e fundamentamos a sua validade clínica. Podemos recorrer ao sujeito pela entrevista, consultar sua família ou informações clínicas prévias (prontuário, psiquiatria ou psicoterapeuta).

Uma das tarefas do psicólogo clínico é articular e determinar a validade relativa da informação gerada pelos procedimentos qualitativos e pelos instrumentos padronizados que ele utiliza na avaliação de uma pessoa. A confiança que podemos depositar em uma interpretação está diretamente ligada à qualidade dessa articulação. Essa demonstração está em nossa capacidade de circunstanciar o que afirmamos, por meio de exemplos e observações confirmatórias externas ao instrumento. O julgamento clínico deverá buscar, nas confirmações independentes, um meio de resolver as discrepâncias existentes e de sustentar as informações obtidas nos procedimentos de avaliação. Nenhum outro procedimento é capaz de validar a informação desse ponto de vista. Essa tarefa desloca a ênfase do conceito de validade dos parâmetros estatísticos dos procedimentos para colocar a perspectiva clínica no centro do processo. O papel da pessoa do psicólogo para a obtenção de informações de qualidade já vem sendo discutido em temas como o estabelecimento do *rapport* e o papel da transferência e da contratransferência na avaliação. Por outro lado, sua importância decisiva na produção das conclusões tem sido ofuscada por um objetivismo que deseja fazer pensar que só é válido o que é padronizável, atitude esta que deseja reduzir o julgamento da validade da inferência diagnóstica aos parâmetros estatísticos do procedimento, a ponto de querer fazer julgar que não são válidos os procedimentos para os quais os parâmetros estatísticos não existem ou não são possíveis.

No entanto, é importante que a interpretação seja mais do que uma opinião do psicólogo. Para que ela represente um julgamento profissional especializado, é necessário que ela faça referência a características que possam ser atribuídas à pessoa avaliada com

propriedade, de modo justificável e comprovável. Cada informação diagnóstica relevante pode ser avaliada quanto à qualidade de suas inferências. Isso procede tanto para instrumentos padronizados quanto para os procedimentos qualitativos que envolvem a interpretação, além da simples referência a normas.

Meios de confirmação da validade clínica de indicadores

A qualidade das inferências clínicas está limitada pela habilidade clínica do psicólogo. Esta habilidade pode ser avaliada pelos parâmetros gerais de confiabilidade (ou fidedignidade). A confiabilidade *da técnica* pode ser estimada pela concordância na avaliação feita por avaliadores independentes, suficientemente treinados para isso. A confiabilidade *do avaliador* pode ser estimada pela sua capacidade de concordar consigo mesmo, de chegar a conclusões semelhantes em casos semelhantes, de concordar com outros avaliadores suficientemente treinados e de concordar com critérios estabelecidos. Considerando que o avaliador que emite um julgamento tenha estas capacidades, a *validade clínica* de uma informação está vinculada a confirmações independentes sobre o mesmo sujeito, variando-se o método de coleta de informações (ou seja, independente da fonte da informação, deve haver concordância). Existem três meios de averiguar a qualidade das interpretações e de assegurar a validade clínica: pela congruência interna, externa e teórica. Uma boa avaliação deverá articular essas informações de validade interna, externa e teórica para integrar e fundamentar o significado das conclusões e de suas implicações.

O aspecto *interno* da validade clínica se refere à congruência, complementariedade ou integração de uma informação obtida de um mesmo sujeito em momentos diversos, mas em situações análogas (pouca variação de contexto). Por exemplo, no WAIS, uma pessoa que perde pontos em uma atividade verbal que requer atenção, também perde pontos em uma atividade de performance que requer atenção. No Rorschach, um paciente que apresenta distorção de forma no movimento também apresenta distorção de forma pura. Na figura 1 do TAT, uma pessoa conta uma estória de um menino triste que desiste de perseguir seu sonho e, na figura 3RH, relata o caso de uma pessoa que, diante de uma grande decepção, sente-se confrontado com o desejo de tirar a sua própria vida. Num questionário, as subescalas ou fatores coerentemente assinalam a presença do conceito expresso pela escala como um todo. A complementariedade e integração em situações análogas se sustentam mutuamente e reforçam as conclusões derivadas de cada indicador por fornecerem elementos articuladores para uma compreensão mais

abrangente do quadro.

A congruência *externa* refere-se às confirmações obtidas via fontes ou métodos diferentes de coleta de informações atuais e passadas. Há maior diferença de contexto nessas situações, o que fortalece a validade clínica, por sustentar a mesma inferência em situações ou vias de acesso distintas. Sugere a existência de uma tendência dominante ou a estabilidade de uma característica que emerge em situações independentes e assim sustenta a generalização da informação fora do contexto da avaliação. As situações favoráveis ao exame da congruência externa não devem se restringir a instrumentos nomotéticos; devem incluir também a convergência de situações não estruturadas, como a entrevista, relatos subjetivos e da história de vida, relatos de familiares ou profissionais, observações diretas espontâneas pelo psicólogo, dentro e fora da situação de avaliação, prontuários clínicos prévios, etc. Quando a consistência se mantém, mesmo com a diversidade dos métodos e em face de variadas fontes de informação, tanto mais podemos inferir a validade clínica desses indicadores. Isso representa a força generalizadora de nossas inferências clínicas. Nesses casos, temos mais segurança em utilizar as produções subjetivas dos pacientes e as inferências do avaliador para prever⁴ situações futuras, aplicar uma decisão ou recomendar uma conduta.

A congruência *teórica* focaliza o paralelismo entre eventos relacionados na observação clínica e na rede associativa de conceitos que se encontram teoricamente articulados e podem ser aplicados a um caso particular. Este paralelismo ocorre por associação ou por exclusão: assim como certos eventos estão associados, alguns eventos se excluem mutuamente, na observação e na teoria. Por exemplo, pessoas com transtorno de personalidade narcisista tendem a desqualificar o outro (uma associação) e têm dificuldade de experimentar culpa ou remorso (uma exclusão). Tal articulação da teoria sustenta a validade da concepção acerca dos eventos observados no mesmo sujeito e favorece a conclusão de validade da informação. Quando uma determinada situação não parece funcionar de acordo com a nossa experiência ou com a teoria (que são modelos representativos da experiência acumulada e compartilhada), o clínico deve avaliar se os dados são inválidos ou estão incompletos, ou se há uma falha no procedimento ou em nossa avaliação da situação (em alguns casos somos levados a repensar a teoria). Quando uma discrepância é encontrada, o que não se pode fazer é ignorá-la. Resumindo, avaliamos primeiro a consistência interna de um prontuário, do

⁴ Utilizamos o termo *prever* no sentido clínico, de uma expectativa de manifestação de tendências dominantes e não no sentido de um determinismo ou uma causalidade linear.

ponto de vista da coerência no conjunto das informações produzidas em situações análogas. Depois avaliamos a coerência entre as características dominantes que se configuram em situações diversas. Então, contrapomos essas observações à nossa experiência e às teorias disponíveis. Pensar a teoria em cada caso é importante para nos ajudar a “alinhar”, de um modo dinamicamente estruturado, uma quantidade às vezes desconexa de informações para chegar a uma configuração que faça sentido e seja coerente com o funcionamento do sujeito.

Conclusão

Este texto foi desenvolvido com base na crença de que a interlocução, a flexibilidade e a colaboração na interação entre as diversas facetas da psicologia nos permitirão vencer as muitas barreiras que são colocadas diante da avaliação psicológica e de sua aplicabilidade na atualidade, do ponto de vista técnico, ético, jurídico e institucional.

Procuramos mostrar a insuficiência epistemológica, metodológica e operacional dos conceitos de validade em uso corrente e a necessidade de uma concepção contextualizadora dos resultados dos procedimentos de avaliação psicológica, a qual chamamos de *validade clínica*, por colocar no centro do processo as figuras do psicólogo e do sujeito avaliado, em uma abordagem clínica do sujeito, do seu contexto e de sua história. Procuramos mostrar a possibilidade e a necessidade de integrar, na avaliação psicológica, informações que venham de fontes distintas na determinação da validade da informação. Central ao nosso argumento está o reconhecimento de que a atribuição de significado aos indicadores psicológicos é um processo complexo que deriva sua validade de fontes múltiplas, onde, todas elas, inclusive as de fundamento quantitativo, estão atreladas a formulações qualitativas que tangem e estão limitadas pelos processos inferenciais de atribuição de significado e de construção teórica (eminentemente qualitativos). Esses processos estão também limitados pela experiência do psicólogo e pelas teorias a ele acessíveis. Dentro da perspectiva clínica, buscamos mecanismos para a compreender o significado da interação entre os procedimentos utilizados e o sujeito avaliado, uma compreensão mediada, é claro, por essa nossa atividade reflexiva de vincular experiência, observação, dados empíricos e construção teórica. A validade de nossas formulações sobre o sujeito depende de nossa capacidade de integrar, circunstanciar e consubstanciar essa compreensão de modo a lhe atribuir um *valor* útil ou adequado à situação

em questão.⁵ Esta é uma atividade verdadeiramente clínica e, portanto, o conceito validade clínica.

Referências

- American Psychological Association (1954). Technical recommendations for psychological tests and diagnostic techniques. *Psychological Bulletin*, 51, 201-238.
- American Psychological Association (1985). *Standards for psychological and educational testing*. Washington, DC: APA.
- Anastasi, A. (1988). *Psychological testing*. 6th ed. New York: Macmillan.
- Bellak, L. (1986). *The TAT, CAT and SAT in Clinical Use*. 4th ed. New York: Grune & Stratton.
- Brennan, R. L. (1983). *Elements of generalizability theory*. Iowa City: ACT Publications.
- Briggs, S. R. & Cheek, J. M. (1986). The role of factor analysis in the development and evaluation of personality scales. *Journal of Personality*, 54, 106-148.
- Campbell, D. T. (1960). Recommendations for APA test standards regarding construct, trait, and discriminant validity. *American Psychologist*, 15, 546-553.
- Campbell D. T. & Fiske, D. W. (1979). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56, 81-105.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.
- Cohen, J. (1968). Weighted kappa: Nominal scale agreement with provisions for scaled disagreement or partial credit. *Psychological Bulletin*, 70, 213-220.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Cronbach, L. J. (1988). Internal consistency of tests: Analysis of old and new. *Psychometrika*, 53, 63-70.
- Cronbach, L. J. (1990). *Essentials of psychological testing*. 4th ed. New York: Harper & Row.
- Cronbach, L. J. (1991). A moderate view: Response to Ellis and Blustein. *Journal of Counseling and Development*, 69.

⁵ Por questão de espaço, mencionamos, mas não discutimos aqui, as implicações éticas dessa atribuição de valor e das concepções de utilidade ou de adequação. Sobre a noção de utilidade pesa toda a reflexão acerca de a quem a avaliação atende e de quais são as consequências para o sujeito, entre outras.

- Cronbach, L. J. & Meehl, P. E. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*, 52, 281-302.
- Cronbach, L. J., Gleser, G. C., Nanda H., & Rajaratnam, N. (1972). *The dependability of behavioral measurements*. New York: Wiley.
- Ellis, M. V. & Blustein, D. L. (1991a). Developing and using educational and psychological tests and measures: The unificationist perspective. *Journal of Counseling and Development*, 69, 550-555.
- Ellis, M. V. & Blustein, D. L. (1991b). The unificationist view: A context for validity. *Journal of Counseling and Development*, 69, 561-563.
- Exner, J. E. (1993). *The Rorschach: A comprehensive system*. 3rd ed. New York: Wiley & Sons.
- Gergen, K. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40(3), 266-275.
- Guattari, F. (1989). *Cartografia do desejo*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Harder, D. W. (1979). The assessment of ambitious-narcissistic character style with three projective tests: The Early Memories, T. A. T., and Rorschach. *Journal of Personality Assessment*, 43, 23-33.
- Hirschfeld, R. M. A., Klerman, G. L., Clayton, P. J., Keller, M. B., McDonald-Scott, P. & Larkin, B. H. (1983). Assessing personality: Effects of the depressive state on trait measurement. *American Journal of Psychiatry*, 140, 695-699.
- Ibañez, T. (1994). La construcción del conocimiento desde una perspectiva socioconstruccionista. Em Maritza Montero (Org.). *Conocimiento, realidad e ideología*. Caracas: AVEPSO.
- Kuhn, T. (1970). *The structure of scientific revolutions*. 2nd ed. Chicago: The University of Chicago Press.
- Lax, W. D. (1992). Post-modern thinking in clinical practice. Em S. McNamee & K. Gergen (Eds.). *Therapy as social construction*. Londres: Sage Publications.
- Luborsky, L., Barber, J. P., Bimder, J. & cols. (1996). Transference-related measures: A new class based on psychotherapy sessions. Em N. Miller, L. Luborsky, J. P. Barber & J. P. Docherty. *Psychodynamic treatment research: A handbook for clinical practice*. New York: BasicBooks.
- McIntire, S. A. & Miller, L. A. (2000). *Foundations of psychological testing*. New York: McGraw-Hill.
- Morin, E. (1994a). A noção de sujeito. Em Dora Fried Schnitman (Org.). *Novos paradigmas, cultura e subjetividade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Morin, E. (1994b). Epistemologia da complexidade. Em Dora Fried Schnitman (Org.). *Novos paradigmas, cultura e subjetividade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Reich, J., Noyes, R., Hirschfeld, R. Coryell, W. & O'Gorman, T. (1987). State and personality in depressed and panic patients. *American Journal of Psychiatry*, 144, 181-187.
- Schafer, R. (1954). *Psychoanalytic interpretation in the Rorschach*. New York: Grune & Stratton.
- Schafer, W. D. (1991). Validity and inference: A reaction to the unificationist perspective. *Journal of Counseling and Development*, 69, 558-560.
- Shulman, D. & Ferguson, G. (1988). Two methods of assessing narcissism: Comparison of the Narcissism-Projective (N-P) and the Narcissistic Personality Inventory (NPI). *Journal of Clinical Psychology*, 44, 857-866.
- Sugarman, A. (1990). The psychoanalytic approach to inference making during diagnostic testing. *British Journal of Projective Psychology*, 37, 34-49.
- Tavares, M. (2000a). A entrevista clínica. Em Jurema Alcides Cunha (Org.). *Psicodiagnóstico V*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Tavares, M. (2000b). A entrevista estruturada para o DSM-IV. Em Jurema Alcides Cunha (Org.). *Psicodiagnóstico V*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Vaillant, G. E. (1992). *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers*. Washington: American Psychiatric Press.
- Zimmerman, M., Pfohl, B., Coryell, W., Stangl, D. & Corenthal, C. (1986). Assessment of DSM-III personality disorders: The importance of interviewing an informant. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 261-263.
- Zimmerman, M., Pfohl, B., Coryell, W., Stangl, D. & Corenthal, C. (1988). Diagnosing personality disorder in depressed patients. *Archives Gen. Psychiatry*, 45, 733-737.

Recebido em junho de 2003
 Reformulado em novembro de 2003
 Aprovado em dezembro de 2003

Sobre o autor:

Marcelo Tavares é psicólogo, mestre e doutor em Psicologia Clínica, com formação clínica em psicanálise e professor do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.