

AVALIAÇÃO PARA A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Neste capítulo, examinamos os processos de avaliação na terapia cognitivo-comportamental com a intenção de oferecer ferramentas úteis para a sua prática. Quando há tais ferramentas, também apresentamos a base empírica para tomar decisões clínicas, coerentes com a meta geral deste texto, que é a de preencher as lacunas entre ciência e prática. Embora muitos textos tenham examinado as avaliações psicológicas e psiquiátricas detalhadamente, poucos examinaram os aspectos práticos desse processo. E muito poucos diferenciaram as ferramentas úteis para o clínico cognitivo-comportamental.

Há muitos livros relacionados à avaliação psicológica (por exemplo, Groth-Marnat, 2003; Antony e Barlow, 2002) e entrevistas diagnósticas (por exemplo, Othmer e Othmer, 1994). Esses textos são excelentes fontes para as questões conceituais envolvidas na avaliação e oferecem recursos para a gama de medidas de avaliação que existem, bem como as propriedades psicométricas. Dada a existência desses recursos, não fornecemos informações gerais sobre a avaliação diagnóstica ou psicológica. Boa parte dos clínicos conhece bem o DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000), e os princípios básicos e práticas para a condução de avaliação psicológica, tais como a aplicação e a interpretação de testes psicológicos. A boa conceituação de casos e o planejamento do tratamento repousam sobre um fundamento de avaliação válida e adequada. Assim, se você estiver interessado em treinamento para essas áreas, recomendamos as referências anteriormente mencionadas como ponto de partida.

A avaliação psicológica pode servir a uma série de propósitos, inclusive a avalia-

ção intelectual ou cognitiva, a avaliação de deficiências de aprendizagem ou do funcionamento da personalidade e a diagnose dos transtornos psicológicos. As ferramentas de avaliação e as práticas discutidas neste capítulo têm como objetivo a avaliação na terapia cognitivo-comportamental, e não outros tipos de avaliação psicológica. As metas de avaliação para o tratamento cognitivo-comportamental incluem colher informações sobre as diagnoses e os problemas que o cliente possa estar trazendo para a terapia, determinar os pontos fortes e os fracos do cliente relacionados ao planejamento do tratamento, começar a orientar o cliente ao modelo e engajá-lo nos primeiros passos do tratamento. As entrevistas iniciais também ajudam a começar a desenvolver um *rapport* interpessoal com o cliente, a desenvolver a lista de problemas conjuntamente e a começar a formulação cognitivo-comportamental do caso. Antes da discussão relativa à própria avaliação, voltamos brevemente a um exame da base de evidências para a avaliação de base empírica, especialmente na terapia cognitivo-comportamental.

♦ CONHEÇA SUA BASE DE EVIDÊNCIAS: AVALIAÇÃO DE BASE EMPÍRICA

A avaliação de base empírica tem ficado para trás em relação à ênfase da área aos tratamentos e relações de base empírica, apesar do fato de que todos os tratamentos terapêuticos e relações se iniciem com a avaliação (Hunsley, Crabb e Mash, 2004). Também é surpreendente o fato de que esse atraso tenha ocorrido, dada a longa história de pesquisa psicométrica nas avaliações. A avaliação de base empírica, contudo, inclui não apenas a confiabilidade e a validade da entrevista, do autorrelato e outros tipos de mensurações usadas na avaliação, mas também a utilidade do diagnóstico e do tratamento dessas mensurações, melhorias na tomada de decisões para os clínicos e considerações de ordem prática, tais como custo e facilidade de administração (Hunsley e Mash, 2005). Meyer e colaboradores (2001) e Hunsley (2002) fizeram uma diferenciação entre teste psicológico e avaliação psicológica. A *avaliação psicológica* é um conceito mais amplo do que o do teste, e tipicamente depende de múltiplas fontes de informações, da integração dessas informações, bem como do uso da apreciação clínica e da tomada de decisões. Assim, embora o teste psicológico seja geralmente feito em apoio à avaliação e seja tipicamente um componente essencial dela, é apenas parte de uma avaliação de base empírica.

O Psychological Assessment Work Group (PAWG) recebeu o aval da Diretoria de Assuntos Profissionais da American Psychological Association em 1996. Seu relatório (Meyer et al., 2001) concluiu que (1) a validade dos testes é forte e impositiva; (2) a validade dos testes psicológicos é comparável à validade dos testes médicos; (3) os métodos de avaliação distintos oferecem fontes únicas de informação e (4) os clínicos que fazem uso exclusivo de entrevistas estão sujeitos a uma compreensão inadequada ou incompleta da avaliação.

Uma constatação notável do relatório de Meyer e colaboradores (2001) foi o de que os indicativos dos coeficientes de va-

lidade para vários testes psicológicos são comparáveis àqueles usados para os testes médicos, às vezes os suplantando. Por exemplo, exames rotineiros de ultrassom não se relacionavam ao resultado de sucesso na gravidez ($r = .01$), como foi a relação entre a Beck Hopelessness Scale e o suicídio subsequente ($r = .08$). Em contraposição, a emoção expressa foi moderada e significativamente relacionada à recaída posterior para indivíduos com esquizofrenia e transtornos do humor ($r = .32$). Consequentemente, os testes psicológicos podem ampliar nossa capacidade de fazer predições.

Infelizmente, o relatório de Meyer e colaboradores (2001) não examinou quaisquer escalas que pudessem prever resultados para intervenções cognitivo-comportamentais; tampouco houve qualquer mensuração específica de distorções cognitivas, ou de qualquer outro fator, que fosse exclusiva da terapia cognitivo-comportamental. Uma razão pela qual as mensurações cognitivo-comportamentais e sua relação com os resultados não estejam incluídas é a linha divisória histórica entre as práticas de avaliação e do tratamento. Uma determinada medida pode ter boas propriedades psicométricas, mas as avaliações de base empírica têm como meta considerar a validade científica do processo de avaliação em si, não apenas as propriedades de uma simples mensuração. Os instrumentos são apenas partes de um processo de avaliação geral, e o processo em si precisa ter sustentação empírica.

Hunsley e Mash (2005) incluem tanto a utilidade do diagnóstico quanto a utilidade do tratamento em sua definição de avaliação de base empírica. A *utilidade do diagnóstico* define-se como o grau segundo o qual os dados da avaliação ajudam a formular um diagnóstico. A *utilidade do tratamento* foi definida por Hayes, Nelson e Jarrett (1987) como o grau segundo o qual a avaliação contribui para um resultado benéfico no tratamento. Em essência, Hayes e colaboradores perguntavam se a avaliação contribuía para um resultado de sucesso no tratamento. Nelson-Gray (2003) também levantou

a questão da utilidade do tratamento da avaliação psicológica. A autora descreveu entrevistas padronizadas de diagnóstico e observou que, embora a validade incremental dessas ferramentas pudesse ser examinada em termos de resultados, tal pesquisa em geral não ocorria. Assim, embora boa parte dos clínicos estabeleça um diagnóstico para seus clientes, esse processo, argumenta Nelson-Gray, é especialmente útil para escolher um tratamento, mais do que para prever seu resultado. Tem havido poucas pesquisas sobre a utilidade do diagnóstico. A pesquisa nessa área envolveria a avaliação dos resultados para os clientes por meio do uso do mesmo tratamento no qual o diagnóstico foi determinado, usando-se uma entrevista de diagnóstico padronizada, em oposição a uma entrevista não padronizada ou outras ferramentas, tais como a análise funcional.

Em contraste à avaliação diagnóstica, a análise funcional tem sido a estratégia tradicional que liga a avaliação comportamental e o tratamento. Em uma análise funcional comportamental tradicional, as variáveis do ambiente sobre as quais se cria a hipótese de controlar o alvo ou comportamento problemático são identificadas na avaliação, e depois são buscadas novamente para a mudança do tratamento. Vários estudos têm demonstrado a utilidade do tratamento da análise funcional, especialmente com problemas mais severos (por exemplo, Carr e Durand, 1985).

Em resumo, está claro que o movimento em direção à avaliação baseada em evidências ou de sustentação empírica está no começo. Achenbach (2005) descreveu o incentivo aos tratamentos baseados em evidências, sem atenção à avaliação baseada em evidências, como sendo algo similar a uma bela casa sem a construção de suas fundações ou alicerces. É importante estarmos cientes da iniciativa voltada à avaliação baseada em evidências, especialmente pelo fato de já terem sido desenvolvidos tanto as orientações de avaliação quanto os processos recomendados. No futuro, poderemos ter mais condições de ligar os resultados da avaliação aos resultados do

tratamento no âmbito da prática cognitivo-comportamental.

♦ FERRAMENTAS PARA A AVALIAÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Um grande número de testes específicos, ferramentas e medidas foi desenvolvido para a avaliação psicológica. Pode ser difícil acompanhar a literatura ao escolhermos as ferramentas mais úteis e com maior sustentação empírica para nossas práticas. Muitas mensurações populares não têm boas propriedades psicométricas (Hunsley et al., 2004), e a maior parte delas não é exclusiva da prática cognitivo-comportamental. Por exemplo, um teste psicológico que avalie as características da personalidade provavelmente não será útil quando as características não são o foco da intervenção. Uma mensuração dos sintomas gerais, tais como a Symptom Checklist-90 revisada (SCL-90-R; Derogatis, 1994), pode identificar o sofrimento e os sintomas específicos de uma série de áreas, mas pode não acrescentar informações a uma avaliação cognitivo-comportamental que estejam além de uma lista de problemas do cliente.

A boa prática é usar métodos e mensurações múltiplas para ampliar ao máximo a validade em todas as avaliações. Também é importante que esses métodos múltiplos tenham boas propriedades psicométricas e acrescentem informações novas suficientes para a avaliação ser útil. Simplesmente acrescentar mais mensurações não necessariamente indica melhorar a validade. Uma entrevista de diagnóstico é frequentemente o ponto de partida para a avaliação cognitivo-comportamental, mas o planejamento do bom tratamento em geral depende de uma avaliação mais abrangente das variáveis cognitivas e comportamentais. Há vários compêndios de mensurações sustentadas empiricamente para diferentes problemas, tais como a ansiedade (Antony, Orsillo e Roemer, 2001) e a depressão (Nezu, Ronan, Meadows e McClure, 2000). As me-

didadas incluídas nesses textos têm propriedades psicométricas corretas, são facilmente disponíveis para o uso clínico e visam ao uso na terapia cognitivo-comportamental. A maior parte foi desenvolvida em ambientes de pesquisa e por isso a utilidade do tratamento ou a aplicabilidade em diferentes ambientes ou populações ainda não foram necessariamente estabelecidas. Nos subcapítulos a seguir, examinaremos alguns dos métodos mais comumente empregados na avaliação psicométrica correta utilizada na terapia cognitivo-comportamental.

A entrevista

As avaliações começam com uma entrevista. Dos muitos tipos de entrevistas de avaliação, várias entrevistas estruturadas e semiestruturadas foram desenvolvidas. Algumas delas estão disponíveis comercialmente a profissionais qualificados. A maior parte das entrevistas tem como objetivo ajudar o entrevistador a determinar o *diagnóstico* que o cliente apresenta, em vez dos *problemas* que este queira focar durante a terapia. Exemplos de entrevistas de diagnóstico são: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID; First, Spitzer, Gibbon e Williams, 1997), Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS; Endicott e Spitzer, 1978), Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD; Spitzer et al., 1994), Diagnostic Interview Schedule (DIS; Robins, Cottler, Bucholz e Compton, 1995) e Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV; Brown, DiNardo e Barlow, 1994).

Esses instrumentos diagnósticos variam de entrevistas semiestruturadas a entrevistas altamente estruturadas. Com exceção da PRIME-MD, que toma apenas de 10 a 20 minutos para se realizar, as demais duram entre 45 e 120 minutos. A PRIME-MD foi desenvolvida como uma ferramenta de varredura para os médicos dos primeiros cuidados usarem com os clientes com suspeita de problemas psiquiátricos, ainda não identificados. Assim, é um bom primeiro diagnós-

tico, mas não alcança os demais em termos de abrangência e de minúcia. De todas essas entrevistas, a ADIS-IV pode melhor identificar as situações e reações que são úteis para a terapia cognitivo-comportamental, especialmente se o problema maior parecer um transtorno de ansiedade ou de humor. Por exemplo, ela lista as situações potencialmente temidas para os vários transtornos da ansiedade e pode ajudar a começar-se a conceituação do problema, mais do que simplesmente elaborar um diagnóstico.

Se o teste diagnóstico for importante na sua prática, considere usar a Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI), versão 5.0 (Sheehan et al., 1998). Essa ferramenta é uma entrevista diagnóstica estruturada ministrada pelo clínico com uma razoavelmente boa amplitude de cobertura, apesar de ser mais curta do que muitas das outras entrevistas estruturadas (aproximadamente 15 minutos). A MINI está disponível em 30 línguas e pode ser acessada em www.medical-outcomes.com. Não há custo para profissionais qualificados.

As entrevistas estruturadas e semiestruturadas exigem um treinamento extensivo e podem não ser práticas ou úteis em todos os ambientes clínicos. Além de focar o diagnóstico, a maioria delas foi desenvolvida para a pesquisa, e utilizada principalmente em ambientes de pesquisa. As entrevistas de pesquisa enfocam os sintomas e seu desenvolvimento, e tendem a ser métodos confiáveis e válidos para garantir que os sintomas apresentados atendam aos critérios do DSM-IV para determinados diagnósticos. Embora essas entrevistas sejam muito úteis para o diagnóstico, não ajudam tanto na determinação de informações úteis para os estágios iniciais da terapia cognitivo-comportamental, porque esse não é o objetivo delas. Elas não ajudam a identificar os padrões de pensamento, nem a conduzir uma análise funcional do comportamento. Se a obtenção de um diagnóstico formal é importante para a sua prática, considere a possibilidade de incorporar as questões diagnósticas na avaliação geral (ver Quadro 2.1). Além da determinação dos diagnós-

cos, outras informações são necessárias para avaliar a adequação da terapia cognitivo-comportamental e para começar a conceituar o problema de um cliente.

Conforme sugerimos antes, a terapia cognitivo-comportamental requer informações consideráveis além da avaliação do diagnóstico. Infelizmente, nenhum formato padronizado ou entrevista estruturada está disponível para a avaliação cognitivo-comportamental. Essas informações, contudo, são necessárias para entender os problemas do cliente a partir de uma conceituação cognitivo-comportamental. Obter essas informações é algo que começa tipicamente na primeira entrevista, embora a avaliação continue ao longo do caso e possa ser suplementada a qualquer momento. De acordo com nossa perspectiva, uma avaliação compreensiva para começar a terapia cognitivo-comportamental inclui as seguintes informações:

- ♦ *O problema ou os problemas* que trazem o cliente à terapia neste momento. O maior problema indicado pela maior parte dos clientes está em geral relacionado ao diagnóstico, mas criar uma lista de problemas não é a mesma coisa que simplesmente listar os sintomas relacionados ao diagnóstico do cliente (se ele tiver um). Por exemplo, um cliente do sexo masculino com depressão maior pode estar desempregado. Seus problemas podem incluir humor deprimido, baixa energia, perturbação do sono e perda de motivação, que interferem na busca de um emprego. Contudo, sua lista de problemas pode incluir tanto questões financeiras quanto conflitos familiares, que não são sintomas de depressão em si.

- ♦ Os *gatilhos* (antecedentes) e as *consequências* do problema ou dos problemas. Este processo geralmente requer um questionamento cuidadoso de parte do entrevistador para determinar os antecedentes hipotéticos que controlam ou disparam os comportamentos problemáticos e as emoções. É útil ser bastante preciso no questionamento. Por exemplo: “Que situação faz com que você se sinta _____?”, “Por favor, descreva sua situação detalhadamente”, “Descreva seu humor durante um dia co-

um”, “Descreva com exatidão o que aconteceu ontem e como estava seu humor”, “Quem você mais/menos gosta de ter a seu lado?”, “O que ocorreu depois que seu humor piorou?”, “Como você responde a essa mudança de humor?”, “O que aconteceu a seguir?”. Essas questões ajudam a descrever a topografia do problema, e também ajudam o entrevistador a começar a entender os gatilhos e suas consequências na vida cotidiana do cliente. O objetivo dessas questões é desenvolver um mapa da relação funcional entre o cliente e os muitos acontecimentos que estão ocorrendo em sua vida.

- ♦ As *reações* do cliente quando está experimentando os sintomas. É útil distinguir entre essas reações de *afeto* (sentimentos ou emoções e reações fisiológicas), as *cognições* (pensamentos, ideias, imagens) e os *comportamentos* (ações ou tendências de ação). De um lado, a maior parte dos clientes sabe fazer a distinção entre os sentimentos, pensamentos e ações, e essas distinções começam a orientar os clientes para um modelo cognitivo-comportamental de terapia. Por outro lado, nessas três áreas de avaliação, embora seja relativamente fácil para os clientes notar seus sentimentos e o que estão fazendo (ou o que não estão fazendo), pode ser mais difícil para eles “pegar” seus pensamentos. Em tais casos, algo que ajuda é pedir para os clientes identificarem uma situação específica, recente e difícil, a fim de ajudá-los a diminuir o ritmo do processo e a atender a suas várias reações nas três áreas. É também possível construir situações hipotéticas na entrevista de avaliação para ver se o cliente sabe usar a imaginação e para sugerir quais seriam suas prováveis reações. Alguns clientes inicialmente sofrem para fazer a diferença entre pensamentos e sentimentos. Outros, que carecem de vocabulário para termos emocionais, beneficiam-se das instruções relativas a como falar sobre os sentimentos ou listar palavras relativas aos sentimentos que eles possam usar para fazer a distinção entre pensamentos e sentimentos. Ao ajudar os clientes a entender essas diferenças nas entrevistas iniciais, o terapeuta os orienta para o modelo usado na terapia.

QUADRO 2.1 Exemplo de entrevista inicial para a terapia cognitivo-comportamental

Nome: _____ Data: _____

Converse com o cliente para determinar o consentimento da entrevista, sua confidencialidade e os limites de tal confidencialidade, a intenção da avaliação, o sistema do que será relatado e quaisquer intenções de treinamento da avaliação e da observação. Obtenha o consentimento. Informe que você tomará notas durante a entrevista.

Informações gerais:

1. Idade e data de nascimento.
2. Estado civil (se solteiro, indicar relacionamentos recentes). Filhos? Nomes e idades, se adequado.
3. Situação de vida atual. Com quem você vive? Como é o local?
4. Como você está se sustentando hoje?
5. Breve história dos empregos/trabalhos realizados.
6. Qual é seu nível de instrução? Qual a última série concluída e quando?
7. Razões para indicação de tratamento e descrição do(s) problema(s) atual(is).
 - ♦ Situações em que o problema ocorre (obter lista detalhada).
 - ♦ Situações que são evitadas por causa do problema.
 - ♦ Índice do funcionamento atual (de 1 = melhor possível a 10 = pior possível).
 - ♦ Impacto do problema sobre o funcionamento atual (0 a 100% de impacto).
 - ♦ Que área ou áreas de sua vida são mais afetadas pelo problema (por exemplo, escola, trabalho, amizades, família)? E as menos afetadas?
 - ♦ Qual é a coisa mais difícil para você fazer por causa do problema?
 - ♦ Quais são suas reações típicas quando você está passando pelo problema?
 - ♦ Reações físicas (incluem ataques de pânico).
 - ♦ Reações emocionais.
 - ♦ Quais são os seus pensamentos antes, durante e depois da situação? (Questões iniciais incluem "O que você imagina que vai acontecer se...?". É útil dispor de exemplos específicos ou imagens para identificar pensamentos.)
 - ♦ O que você em geral faz quando isso acontece?
 - ♦ Você notou algum padrão nessas reações (por exemplo, os momentos em que as coisas melhoram ou pioram, horário do dia, dia da semana, estação)?
 - ♦ Que outros fatores afetam o modo como você se sente nessas situações (por exemplo, outras pessoas, fatores ambientais, duração da situação, suas próprias expectativas ou dos outros)?
 - ♦ O que você já constatou ajudar a reduzir o problema (por exemplo, pode ser dividido em enfrentamento positivo e negativo, uso de medicações, estratégias aprendidas na terapia anterior, métodos aprendidos por conta própria)?
 - ♦ Há maneiras de você tentar se proteger quando estiver passando pelo problema? Há pequenas coisas que você faz para ajudá-lo a superar as situações (por exemplo, fazer determinadas preparações, tomar algum remédio, contar com outras pessoas, evitar certos aspectos da situação)?
 - ♦ Você pode citar alguma habilidade que poderia desenvolver para diminuir o problema (por exemplo, habilidades sociais, resolução de conflitos, habilidades de trabalho/emprego)?
8. Além do problema que acabamos de discutir, há outros estressores em sua vida no momento? Quais são?
9. Como você descreveria seu humor atual? (1 = melhor possível a 10 = pior possível)
 - ♦ Se você se sente deprimido, há quanto tempo vem se sentindo assim?
 - ♦ Você já perdeu o interesse pelas coisas de que antes gostava?
 - ♦ Como você se sente em relação ao futuro?

(continua)

QUADRO 2.1 (continuação)

- ♦ Como você tem dormido ultimamente? Como está seu apetite?
 - ♦ Você já pensou em mutilar a si mesmo (diferenciar comportamento suicida de comportamento em que a pessoa mutila a si mesma).
 - ♦ Em caso positivo, quando, com que frequência, o método, a história de tentativas e o histórico de suicídios na família.
 - ♦ O que faz com que você não machuque a si mesmo?
 - ♦ Você já fez tratamentos para a depressão? Em caso positivo, quando? Qual foi a eficácia desses tratamentos?
10. Você tem alguma outra preocupação de ordem psicológica?
 11. Situação física atual – alguma preocupação? Medicações atuais (tipo e dosagem)?
 12. Uso atual de drogas e álcool, incluindo cafeína. Você já teve problemas nos passado com o abuso de substâncias? Algum histórico de tratamento de uso de substâncias?
 13. Você está atualmente envolvido em algum programa comunitário ou voluntário?
 14. O que você gosta de fazer nas horas de lazer?
 15. Histórico de problemas atuais – quando seus problemas começaram? Você se lembra de algum incidente específico que você acredita ter causado o problema?
 - ♦ Como você era quando criança e adolescente? Você se lembra de algum problema de desenvolvimento? Como foram suas experiências na escola e na família enquanto você crescia?
 - ♦ Você enfrentou algum problema familiar enquanto crescia? Alguma história de abuso?
 - ♦ Você já buscou ajuda para algum problema psicológico ou psiquiátrico no passado?
 - ♦ Há alguém na sua família que tenha um histórico de transtornos da ansiedade, depressão, abuso de substâncias e assim por diante? Há alguém na sua família que você considere ter problemas similares aos seus? Há algum histórico psiquiátrico na família?
 16. Quem faz parte de sua família? Dê o nome de seus pais e irmãos; diga quais são suas idades e onde eles moram.
 17. De quem você está mais perto e mais longe em sua família? Quem você procuraria se precisasse de apoio? Quem você procuraria no caso de uma crise ou emergência?
 18. Esqueci alguma coisa?
 19. Use três ou quatro adjetivos para descrever-se como pessoa (inclua pontos fracos e fortes). (Se o cliente não conseguir descrever-se, peça a alguém que o conheça bem para fazê-lo.)
 20. Quais são suas expectativas e metas relativas a estar aqui? Cite uma ou duas coisas que você gostaria que mudassem em relação ao(s) problema(s) que discutimos.
 21. Você tem alguma pergunta? (Explique ao cliente o que vai acontecer a seguir.)

♦ *Padrões atuais de enfrentamento e de evitação de abordagens.* O enfrentamento pode ser positivo, quando, por exemplo, se aborda uma situação problemática ou se fala com alguém sobre um problema, evitando certas situações ou o uso de substâncias (como o álcool e as drogas) para tal enfrentamento. A avaliação dos padrões de evitação de abordagens envolve compreender os modos pelos quais os clientes “gerenciam”

seus sintomas e problemas. Por exemplo, um cliente ansioso pode evitar a ansiedade afastando-se de situações nas quais tenha experimentado a ansiedade. Exemplos de evitação incluem ser excessivamente passivo ou evitar conflitos quando se está ansioso, retirar-se da convivência com as pessoas quando se está deprimido ou evitar situações desafiadoras quando a autoeficácia é baixa. A evitação também pode tomar a for-

ma de comportamentos de segurança (por exemplo, fazer coisas para manter-se “a salvo”), evitação de emoções negativas, proteger-se da excitação (por exemplo, evitação de esforço ou de excitação), minimizar a estimulação ou compulsivamente verificar as circunstâncias que se teme. Tais padrões tendem a ser únicos tanto para o cliente quanto para os seus padrões de evitação. A avaliação desses padrões requer sensibilidade e um questionamento cuidadoso de parte do clínico.

♦ *Déficits de habilidades, falta de conhecimento* ou outras questões que podem estar associadas com o problema. Nem todos os clientes exibem déficits de habilidades ou falta de conhecimento. Também, mesmo que pareça que o cliente careça de habilidades, é importante distinguir esses déficits aparentes do sofrimento que o cliente expressa. Por exemplo, um cliente deprimido e evitativo pode parecer carecer de habilidades sociais, mas seu humor baixo e a evitação ansiosa podem estar mascarando suas habilidades. É instrutivo observar que alguns déficits aparentes podem não ser psicológicos por natureza. Por exemplo, um de nós (D. D.) tratou um cliente com uma fobia de altura, mas cujo trabalho era o de, ocasionalmente, construir pontes sobre grandes extensões de água. Ele estava experimentando vários sintomas de ansiedade, juntamente com vertigem. Uma avaliação visual, porém, revelou que o cliente carecia completamente de percepção de profundidade e que sua fobia provavelmente havia se desenvolvido em resposta a seu problema de visão. Sob tais circunstâncias, ele não se sentia seguro trabalhando na ponte. Em vez de superar sua fobia, precisou conversar com seu empregador sobre a minimização do risco no trabalho. Finalmente, alguns clientes de fato têm déficits de habilidades ou carência de conhecimento. Em nossa experiência, muitos desses clientes vêm de famílias social, emocional ou intelectualmente empobrecidas. Por exemplo, um cliente com baixa autoestima e um histórico de abuso pode carecer de informações sobre as relações sociais, ou do que é comportamen-

to “normal” e “anormal” na vida familiar. Em tais casos, pode ser necessário incluir no plano do tratamento uma prática educacional e de habilidades para garantir uma bem-sucedida resolução de problemas. Afinal de contas, um cliente com fobia de dirigir precisa ter habilidades relativas ao ato de dirigir, a fim de tornar-se um motorista seguro, independentemente de ter medo ou não de dirigir.

♦ *O suporte social, as preocupações da família e os problemas interpessoais ou sexuais correntes.* Reconhece-se que, embora a oferta de suporte social adequado possa mitigar os problemas, a presença de problemas familiares, interpessoais ou sexuais pode exacerbá-los. Nossa orientação em relação a essa área é lidar com ela assim como lidamos com qualquer outra área, e perguntar abertamente sobre essas áreas de funcionamento. As questões que nós perguntaríamos seriam: “Quem você procuraria se tivesse um problema sério?”, “De quem você está mais perto na sua família?”, “Com que frequência você passa algum tempo com _____?”, “Com que frequência você fala com _____?”, “Há alguém com quem você em geral discute?” ou “Você tem alguma preocupação em relação ao sexo?”.

♦ *Outros problemas atuais.* Independentemente do problema apresentado, é sempre uma boa ideia perguntar sobre alguns problemas comuns. Embora seja bastante incomum ter esses problemas e não mencioná-los, às vezes os clientes não conectam seus problemas atuais com outras questões que ocorrem em suas vidas. Fatores possíveis que podem ser avaliados são os problemas psicológicos comuns, tais como ansiedade, depressão, falta de esperança e risco de suicídio. Se a pessoa estiver em qualquer situação de vida conjunta, abusos psicológicos, sexuais e domésticos devem ser considerados. As condições médicas devem ser examinadas, especialmente aquelas que são crônicas ou persistentes. O uso de álcool e de drogas (inclusive de drogas prescritas e de outras psicoativas não prescritas) deve ser avaliado, sob a perspectiva de determinar abuso de substâncias ou dependência.

Finalmente, questões da vida prática, como preocupações financeiras ou legais, devem ser consideradas.

♦ *O desenvolvimento e a trajetória dos problemas.* Tendo-se estabelecido o espectro amplo de possíveis problemas que o cliente está experimentando, vale a pena tentar estabelecer as linhas do tempo associadas aos problemas. Nossa impressão é de que não vale a pena fazer uma linha do tempo detalhada de todo e qualquer problema, mas determinar o início e a trajetória dos problemas maiores. Tentamos determinar se qualquer evento independentemente parece acionar os sintomas. Um conjunto de perguntas úteis a fazer em relação ao conhecimento do cliente é “O que estava acontecendo na sua vida quando esses problemas começaram?”, “Você faz alguma conexão entre esses eventos e seus problemas?” ou “Qual é sua ideia sobre o desenvolvimento desse problema?”. As respostas dos clientes ajudam a determinar se eles já formaram um teoria e o quanto o modelo é conducente de intervenções cognitivo-comportamentais. Pelo fato de muitos clientes terem ouvido, por exemplo, que seus sintomas depressivos são “causados por um desequilíbrio bioquímico”, alguma reorientação pode ser necessária. Por outro lado, se os clientes já tiverem uma ideia rudimentar que seus problemas são o resultado de alguma vulnerabilidade pessoal e de estressores da vida, então você poderá usar esse conhecimento para dar ênfase a como essa maneira de pensar é bastante compatível com o seu trabalho na terapia.

♦ *Histórico do tratamento,* incluindo os esforços passados para autogerenciar os problemas, os tratamentos anteriores (tanto farmacológicos quanto psicoterapêuticos), o conhecimento sobre o problema e a resposta ao tratamento. Incluídas nas informações úteis estão questões sobre com que frequência o cliente recebeu tratamento, o tipo e a provável adequação do tratamento e sobre quem eram os provedores do serviço (ou quem são; às vezes é necessário comunicar-se com outros terapeutas para coordenar o tratamento). É muito útil avaliar os esforços

do cliente para lidar com os problemas. Essas últimas informações indicam-lhe o modelo do problema do cliente, sua capacidade de resolver problemas e de implementar soluções, a determinação e a consistência da solução dos problemas e como ele provavelmente lida com a falta de sucesso nessas estratégias.

O Quadro 2.1 apresenta uma entrevista estruturada, com uma sequência específica e possíveis questões. Essa entrevista pode ser facilmente adaptada para o uso em diferentes práticas ou com diferentes populações. Outras questões podem ser acrescentadas. A entrevista não pretende substituir uma avaliação diagnóstica, mas pode ser suficiente para muitas práticas cognitivo-comportamentais nas quais um diagnóstico muito detalhado e preciso não seja necessário ou útil. O Quadro 2.1 apresenta uma lista de outras questões a serem consideradas no desenvolvimento de uma entrevista semiestruturada para a sua prática.

Na sua prática, pode ser útil comprar uma ou duas entrevistas estruturadas e adaptá-las aos problemas do cliente com que você em geral lida. Embora a confiabilidade e a validade da entrevista provavelmente sofram com tal adaptação, o resultado é em geral uma avaliação mais abrangente e clinicamente apropriada do que a de uma entrevista não estruturada. Tipicamente, o resultado é mais prático e curto do que a versão mais abrangente, tornando-a mais fácil de usar e mais agradável para o cliente. Recomendamos a MINI quando o objetivo é fazer um levantamento geral. Também recomendamos dispor de cópias de uma entrevista cognitivo-comportamental semiestruturada, tal como a do Quadro 2.1, enquanto você realiza sua entrevista inicial. Se você tiver muitos clientes com problemas similares, essa entrevista pode ser adaptada, listando-se as situações típicas que seus clientes apresentam. Muitos clínicos incorporam uma avaliação diagnóstica e cognitivo-comportamental à mesma entrevista. Embora haja diferenças entre as duas, há também uma sobreposição considerável.

QUADRO 2.2 Questões de avaliação preferidas pelos clínicos**Antes de começar a entrevista**

- ♦ Você tem alguma restrição ou questões sobre _____ observar a sessão (além do formulário de consentimento)?
- ♦ Você tem alguma restrição sobre o relatório ser enviado para _____ (além do formulário de consentimento)?

Quando começar a entrevista

- ♦ O que lhe traz aqui hoje? Por que você veio agora?
- ♦ Por que você está buscando ajuda neste momento?
- ♦ O que traz você aqui?
- ♦ Que tipos de dificuldade você tem experimentado?
- ♦ Você tem passado por algum estresse incomum ou que tenha aumentado neste momento?

Para a avaliação do problema

- ♦ Por favor, descreva os problemas que lhe trazem aqui hoje.
- ♦ Pode ser útil dividir os problemas em pensamentos, sentimentos e comportamentos. Quando você passa por _____, em que você está pensando/ o que está sentindo/ o que está fazendo?
- ♦ Qual é o controle que você tem desse problema (use uma escala de 1 a 10, em que 10 é *controle total* e 1, *nenhum controle*)?

Para o funcionamento atual

- ♦ Como você tem dormido e comido ultimamente? Quantas horas de sono você dorme por noite? O que você comeu até agora hoje? E em um dia normal?
- ♦ Por favor, descreva um dia típico em detalhes, começando pelo momento em que você acorda.
- ♦ Qual é a sua fonte de renda? Você tem algum problema financeiro?
- ♦ Você está usando medicação? Qual? Você sabe a dosagem?
- ♦ Você bebe ou usa drogas? Quais e em que quantidade?

Para a avaliação de risco e instilação de esperança

- ♦ Em dias ruins, você às vezes acha que a vida não vale a pena?
- ♦ O que faz com que você continue em frente em um dia ruim? Há pessoas em que você pensa quando tem vontade de mutilar a si mesmo?
- ♦ Você fere a si próprio, além de pensar em suicídio? (Use exemplos.)

Para avaliação do conceito próprio e da autoestima

- ♦ Como você se descreveria?
- ♦ Como uma pessoa que o conheça bem (por exemplo, _____) o descreveria?
- ♦ Como você se descreveria para outra pessoa (por exemplo, para alguém que você não conheça, um empregador, um amigo)?

Para avaliar o histórico familiar e o suporte social

- ♦ Você é como alguém de sua família? Alguém mais em sua família tem problemas similares aos seus?
- ♦ Há algum histórico familiar de _____?
- ♦ Como você descreveria seu cônjuge? Sua mãe? Seu pai?
- ♦ De quem você se sente mais próximo no mundo? Se houvesse uma emergência, quem você chamaria?
- ♦ Com que frequência você fala ou vê as pessoas de quem se sente perto? (Obtenha informações específicas.)
- ♦ Que sistema de apoio você tem neste momento?

QUADRO 2.1 (continuação)**Para avaliação de hábitos, uso de substâncias e abuso de substâncias**

- ♦ Você usa recompensas quando está lutando com problemas? Elas incluem _____? (drogas, atividades, alimentos, álcool, jogo de apostas, compras)
- ♦ Para que serve esse comportamento para você?
- ♦ Você já notou que usar álcool ou outras drogas ajuda você a lidar com essa situação ou isso impediu você de enfrentá-la?

Para avaliação de tentativas passadas de mudança e tratamentos

- ♦ Que intervenções/tratamentos você teve no passado?
- ♦ O que foi útil e o que não foi útil neles?
- ♦ O que você já tentou fazer para administrar seus problemas? Qual foi o resultado?
- ♦ Você superou problemas no passado? Como?

Para finalizar a entrevista e instilar a esperança de mudança

- ♦ O que você faria caso não tivesse esse problema em sua vida?
- ♦ Há mais alguma coisa sobre a qual podemos falar hoje?
- ♦ Deixamos de abordar alguma coisa?
- ♦ O que mais preciso saber para compreender você e suas preocupações?
- ♦ Conte-me alguma coisa importante que você gostaria que eu soubesse sobre você e sobre a qual nós ainda não tivemos oportunidade de falar aqui.
- ♦ Você tem alguma pergunta para mim?
- ♦ Há alguma outra coisa que você gostaria de saber sobre esse processo?
- ♦ O que você gostaria de conseguir com estas sessões?
- ♦ Quais são as suas esperanças para esse processo?
- ♦ Quais são as suas esperanças e metas para a terapia?
- ♦ Você tem alguma meta de mudança?

Nota: Essas perguntas foram desenvolvidas e modificadas a partir das respostas dos participantes durante dois *workshops* de avaliação clínica patrocinados pela Associação dos Psicólogos de Alberta (novembro de 2004 e janeiro de 2005).

Medidas de autorrelato

Embora exista uma ampla gama de testes de autorrelato, os mais úteis para a prática cognitivo-comportamental podem ser divididos em medidas de sintomas e medidas cognitivas e comportamentais. Muitos desses testes foram desenvolvidos para a pesquisa e não para a clínica.

Existem muitas medidas úteis de severidade dos sintomas, e algumas são amplamente usadas na prática clínica. Pode ser difícil determinar quais são as medidas mais úteis para a sua prática, porque há muitas. Duas revisões muito úteis e abrangentes avaliam as medidas de base empírica e que são acessíveis para adultos ansiosos (Antony

et al., 2001) e com transtornos depressivos (Nexu et al., 2000). Antony e Barlow (2002) também examinam detalhadamente as abordagens de avaliação para muitos problemas psicológicos diferentes. Uma lista completa de testes psicológicos em todas as áreas de avaliação, juntamente com referências para a pesquisa relevante, pode ser encontrada em *The Sixteenth Mental Measurements Yearbook* (Spies e Plake, 2005; www.unl.edu/buros/bimm/index.html).

Muitas medidas presentes nesses textos estão disponíveis para uso clínico gratuitamente. Algumas medidas, porém, tais como o Beck Anxiety Inventory (BAI; A. T. Beck e Steer, 1993) ou o Beck Depression Inventory-II (BDI-II; A. T. Beck, Steer e Brown,

1996), devem ser adquiridas por meio de uma empresa de testes psicológicos. Para maiores informações sobre essas ferramentas, acessar www.harcourtassessment.com.

É muito útil manter várias mensurações diferentes à mão para problemas que você tipicamente vê na sua prática. As muitas medidas gerais de ansiedade incluem o BAI (A. T. Beck e Steer, 1993) e o State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg e Jacobs, 1983), embora tendam a ser bastante globais. Medidas mais específicas de sintomas de ansiedade, tais como a Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman et al., 1989a, 1989b) ou a Social Phobia Scale (Mattick e Clarke, 1998), podem ser levadas em consideração se você trabalhar com formas específicas de transtornos da ansiedade. Escalas úteis para trabalhar com a depressão são a BDI-II (A. T. Beck et al., 1996) e a Beck Hopelessness Scale (BHS; A. T. Beck e Steer, 1988). Todas essas mensurações são adequadas para a avaliação repetida e podem, portanto, ser empregadas como índice de sucesso do tratamento. Embora algumas delas devam ser adquiridas por meio de um centro comercial de testes, muitas são reimpressas para uso clínico nos textos de Antony e colaboradores (2001) e de Nezu e colaboradores (2000).

Apesar de as escalas previamente mencionadas medirem principalmente os sintomas e poderem ser usadas para avaliar mudanças nos sintomas ao longo do tempo, é também útil empregar mensurações comportamentais e cognitivas relacionadas a seu trabalho. Por exemplo, o Mobility Inventory for Agoraphobia (Chambless, Caputo, Gracely, Jasin e Williams, 1985) é uma escala rápida e de fácil uso, relacionada à capacidade do cliente de sair de casa e à sua mobilidade fora de casa. O Fear Questionnaire (Marks e Mathews, 1979) avalia vários tipos diferentes de fobias e as evitações potenciais dos clientes a diferentes situações ou estímulos. A Cognitive-Behavioral Avoidance Scale (Ottenbreit e Dobson, 2004) pode ser usada para avaliar a tendência a evitar situações sociais e não sociais. O Young Schema

Questionnaire (YSQ; Young e Brown, 2001) é uma escala abrangente de esquemas desadaptativos potenciais que podem estar presentes em expressões mais sintomáticas dos problemas. Todas essas mensurações, com a possível exceção do YSQ, são adaptáveis à avaliação repetida; definir quais podem ser aplicáveis à sua prática dependerá de seus clientes e dos tipos de problemas que eles apresentarem.

O auxílio da observação

O clínico é treinado para observar o cliente, começando pelo primeiro telefonema ou contato. Dados muito úteis são obtidos por meio de observação cuidadosa do cliente, incluindo a comunicação verbal e não verbal, e tanto o conteúdo quanto os aspectos não verbais das respostas às questões e mensurações usadas na avaliação. Tradicionalmente, o comportamento durante a avaliação é visto como uma “amostra” do comportamento geral do cliente e pode-se criar a hipótese de generalização para situações similares. Anotar as observações sobre o comportamento do cliente, bem como selecionar frases ditas durante e imediatamente depois da entrevista, é útil. Notar a extensão de tempo que o cliente leva para completar os questionários e seu comportamento durante os testes é também útil.

Além das habilidades de observação, as mensurações dos déficits de habilidade e das dificuldades interpessoais, tais como o Inventory of Interpersonal Problems (Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno e Villasenor, 1988), podem ser consideradas na integração do processo de avaliação. Incentivamos, em especial, a consideração de ferramentas práticas, tais como um cronômetro (para medir a duração dos comportamentos), um contador (para medir a frequência dos comportamentos), um espelho (para observação feita por outros clínicos ou alunos) e equipamento de áudio ou vídeo, de modo que as entrevistas possam ser observadas depois da avaliação. Embora o áudio seja de preparação mais simples, é muito mais fácil com-

pletar e fazer verificações de confiabilidade com sessões gravadas em vídeo, se alguma escala de índice de comportamento for usada pelos observadores.

A observação mais formal pode ser construída como parte de uma avaliação de habilidades comportamentais ou de evitação. Por exemplo, considere a possibilidade de manter cópias de situações padronizadas para *role plays* a fim de avaliar as habilidades comunicacionais. Os testes de evitação comportamental podem ser realizados para avaliar fobias específicas ou sociais.

Automonitoramento

“O automonitoramento envolve a auto-observação sistemática e o registro de ocorrências (ou não ocorrências) de determinados comportamentos e eventos” (Haynes, 1984, p. 381). Existem vários métodos para automonitoramento. Geralmente, é mais útil adaptar os métodos de automonitoramento ao cliente e aos problemas específicos que ele traz para a avaliação. É útil ter vários formulários diferentes e padronizados de automonitoramento que possam então ser adaptados para o uso com diferentes problemas e clientes durante a avaliação. Formulários básicos são o Behavioral Activity Schedule, para os clientes registrarem suas atividades durante uma semana, o Panic Attack Log, o Dysfunctional Thoughts Record e o Simple Frequency Record, para os clientes acompanharem comportamentos diferentes, incluindo atividades distintas, tais como puxar os cabelos, comer, fumar, discutir, ou dar início a conversas. É comum modificar esses formulários de acordo com o cliente: por exemplo, um cliente que apresente tricotilomania pode monitorar o número de cabelos que arrancou em resposta a diferentes ativadores ou o período de tempo que passou arrancando seus cabelos, ou fazer amostragens da atividade em diferentes momentos do dia. Pode ser útil desenvolver modelos de formulários que possam ser facilmente modificados. Com frequência é necessário ser criativo no que diz respeito a obter as informações de automonitoramen-

to. Possíveis métodos incluem registros em simples folhas de papel, formulários adaptados, ou mesmo programas para *palm-tops*, dos quais se pode fazer o *download*, e que ajudam a examinar a relação entre gatilhos, humor e pensamentos. Pergunte pela preferência do cliente em relação ao automonitoramento e respeite-a, pois isso aumentará as chances de adesão do cliente ao plano de automonitoramento.

Outras fontes de informação

Família e cônjuges/companheiros

É em geral útil obter informações sobre os membros da família ou sobre os companheiros do cliente, especialmente se estes vivem com ele e têm podido observar mudanças ao longo do tempo. Naturalmente, é necessário obter o consentimento do cliente para conversar com outras pessoas e, em geral, é bom entrevistar essas pessoas na presença do cliente. A reação do cliente à entrevista e também os padrões de comunicação entre os indivíduos na entrevista podem também ser observados. Em certas situações, especialmente quando os problemas principais são relacionados ao trabalho, pode ser útil entrevistar o empregador do cliente, seu supervisor direto ou um colega, novamente com o consentimento e diante do cliente, se possível. Um formato semiestruturado pode facilmente ser usado para entrevistar o cônjuge/companheiro do cliente para obter informações similares àquelas obtidas com o cliente, mas a partir de outro ponto de vista.

Documentação prévia

A documentação prévia pode ser muito útil para estabelecer os resultados de avaliações passadas, diagnósticos e tratamentos ou recomendações, se disponíveis. Alguns clientes têm dificuldade em lembrar-se de detalhes dos tratamentos e podem relatar ter passado por um tipo de tratamento quando não há, na verdade, evidências que sustentem tal declaração. Os clientes às vezes também relatam ter passado por algum aconselhamento ou terapia, mas não

são capazes de descrever aspectos específicos da abordagem. Um exame dos registros passados pode esclarecer os tratamentos oferecidos e também prevenir a repetição de procedimentos de avaliação ou permitir a avaliação longitudinal dos clientes que tenham tido problemas de longo prazo. O alcance da documentação que pode ser considerada no exame inclui relatos psicológicos e psiquiátricos passados e observações do progresso realizado, além de registros hospitalares, escolares e do trabalho. Em alguns casos, pode também haver registros gerados pelo cliente, tais como notas pessoais, diários ou automonitoramento, que podem ser usados como parte do plano de avaliação.

Outras considerações acerca da seleção de ferramentas para a sua biblioteca

Além do *status* empírico das ferramentas de avaliação, há uma série de considerações a fazer na seleção de tais instrumentos. Essas considerações incluem o custo, a disponibilidade, a facilidade de administração, o nível de linguagem e a facilidade de leitura e a aceitabilidade dos clientes. A ferramenta mais adequada e sensível em termos psicométricos provavelmente ficará intacta nos arquivos se for demasiadamente longa, tediosa e complicada no que diz respeito ao uso e à pontuação. Se os clientes reclamarem ao realizarem a tarefa, ou se tiverem dificuldade em entender a medida, então sua precisão está comprometida. Os níveis de leitura, a linguagem e a adequação cultural das ferramentas de avaliação são considerações importantes. Outra consideração na escolha da avaliação é se o sistema no qual você trabalha sustenta o uso das medidas que seleciona. Idealmente, outros profissionais estarão usando as mesmas ferramentas ou ferramentas similares, e os dados podem ser coletados entre os clientes e ao longo do tempo para avaliar os padrões e resultados do ambiente. As ferramentas serão mais provavelmente utilizadas se houver entusiasmo no grupo de profissionais.

♦ AVALIAÇÃO COMO PROCESSO CONTÍNUO

Todos os profissionais clínicos conduzem algum tipo de avaliação inicial para todos os clientes, mas é muito menos comum realizar a mensuração contínua ou de resultado, de modo rotineiro. Com efeito, muitos ambientes conferem uma espécie de prêmio à avaliação inicial, mas ignoram a importância das avaliações repetidas ou de saída. Pelo fato de a avaliação ser um processo contínuo na terapia cognitivo-comportamental, e não um processo estático ou que ocorra uma só vez, outra consideração importante é ter algumas medidas que sejam adequadas para a repetição ao longo do tempo. As ferramentas de avaliação repetidas são geralmente mais curtas em extensão do que as outras medidas e tendem a enfatizar problemas mais específicos, que são o foco do tratamento. A sensibilidade à mudança é um fator importante na escolha dessas medidas, porque algumas delas avaliam variáveis que levam muito tempo para mudar (por exemplo, as mudanças de qualidade de vida do YSQ). O propósito da avaliação contínua é avaliar o progresso e os resultados.

Tipos diferentes de avaliação contínua podem ser muito úteis não apenas para avaliar os resultados, mas também para influenciar o processo ou o curso da terapia. Discutimos em outros capítulos a mensuração contínua durante o curso do tratamento, mas essas avaliações incluem:

Avaliações feitas na sessão

Essas avaliações frequentemente informais, tais como pedir a resposta do cliente à entrevista inicial, ocorrem ao final de uma sessão de tratamento. As avaliações incluem perguntar por índices verbais ou escritos de várias experiências ou ideias (por exemplo, “Qual é a intensidade de sua raiva em uma escala de 1 a 10?”; “O quanto você acreditou em um determinado pensamento em uma escala de 0 a 100%?”; ou “O quanto você se sente ansioso por ter de usar uma escala que avalia seu sofrimento?”), ou fazer com que o

cliente complete um formulário de satisfação ou lista de sintomas.

Reavaliação periódica das metas

Quando estabelecer metas durante as sessões iniciais de terapia, é útil reavaliá-las em um determinado momento (por exemplo, depois de seis ou oito semanas de tratamento). Essa avaliação pode ser formal ou informal. Um método para fazer essa espécie de avaliação é o Goal Attainment Scaling (GAS; Hurn, Kneebone e Cropley, 2006; Kiresuk, Stelmachers e Schultz, 1982), que consiste em nomear o problema da criança na primeira sessão e em obter um índice de gravidade dos problemas (por exemplo, em uma escala de 0 a 100%). Esse índice básico pode então ser comparado a índices posteriores da gravidade dos mesmos problemas, para ver se a meta de redução desses problemas foi atendida. Deve-se observar que o método GAS pode também ser usado para indicar o quanto determinadas metas foram atendidas na terapia; sua avaliação repetida em uma escala percentual pode ser usada como índice de uma melhora específica no tratamento, e pode até figurar em decisões para terminar ou para dar continuidade a ele.

Medidas contínuas de resultado

Pode ser útil usar medidas sintomáticas, comportamentais ou cognitivas em determinados momentos do tratamento, como depois da sexta, décima ou décima quinta sessão, dependendo da extensão do tratamento. As medidas dos resultados podem incluir os registros de automonitoramento do cliente ou índices que podem então ser transformados em *feedback* para ele. Nossa perspectiva geral é compartilhar os resultados das avaliações repetidas com o cliente, a não ser que haja alguma razão para não fazê-lo. Tal processo de *feedback* pode esti-

mular a discussão sobre a velocidade do progresso, os obstáculos ao tratamento de sucesso e a necessidade de tratamento contínuo. Esse *feedback* também envolve o cliente mais profundamente no processo, porque sua percepção da mudança pode ser comparada aos métodos formais de avaliação, e suas ideias sobre por que a terapia está ou não indo bem podem ser discutidas. Algo que reforça, com frequência, a dedicação do cliente é ver dados reais de resultados que indicam mudança.

Finalização do tratamento e avaliação do seguimento

É comum avaliar o progresso em relação às metas estabelecidas no começo e durante o tratamento. Uma reavaliação dos problemas que trouxeram o cliente à terapia é muito adequada, bem como a discussão de outros recursos de tratamento, caso eles requeiram mais ajuda. É muito útil e também reforça a mudança do cliente oferecer um *feedback* claro sobre os resultados de quaisquer medidas que tenham sido completadas. Os clientes ficam em geral surpresos com o progresso que fazem. Considere oferecer aos clientes um resumo de seus resultados nos testes. Se for adequado, considere enviar uma cópia dos resultados da avaliação ao médico da família do cliente ou a outros profissionais. Embora a avaliação do seguimento seja talvez menos comum na psicoterapia (ver Capítulo 9 deste livro), tal avaliação pode incluir um telefonema ou listas de verificação, ou de sintomas, enviadas por *e-mail*.

O próximo capítulo examina a integração dos resultados da avaliação e o desenvolvimento da lista de problemas para uma formulação do caso inicial. Há também uma revisão de como comunicar os resultados da avaliação aos clientes, fontes de indicações (encaminhamento) de tratamento e outros participantes no processo de tratamento.