

ADEQUAÇÃO METODOLÓGICA NO ESTUDO QUANTITATIVO DOS CRITÉRIOS E ATIVIDADES DE SELEÇÃO EM CLÍNICAS PSIQUIÁTRICAS AMBULATORIAIS*

Estudos quantitativos que descrevem como as pessoas são selecionadas para o tratamento em clínicas psiquiátricas ambulatoriais concordam que as chances de que um candidato venha a receber tratamento clínico dependem de muitos fatores, além do fato de que ele pode necessitar disso. Schaffer e Myers¹ compararam os candidatos com aqueles admitidos para tratamento na Clínica Psiquiátrica Ambulatorial do Hospital Grace New Haven e decidiram que a posição sócio-econômica do candidato era um critério de seleção relevante. Hollingshead e Redlich² compararam a composição de classe dos pacientes afiliados a várias agências de tratamento e atribuíram aos processos de seleção a super-representação, no tratamento nas clínicas psiquiátricas de pacientes de classe média e a sub-representação de pacientes de classe baixa. Rosenthal e Frank³ compararam uma população de todos os pacientes que contataram a Clínica Psiquiátrica Henry Phipps pela primeira vez com aqueles encaminhados para o tratamento. Descobriram que a idade, a raça, a educação, a renda anual, fontes de encaminhamento, o diagnóstico e a motivação discriminavam as duas populações. Storrow e Brill⁴ compararam uma população de todos os pacientes que fizeram uma pesquisa pessoalmente na Clínica Psiquiátrica Ambulatorial da U.C.L.A. com a população remanescente que compareceu ao menos a uma entrevista de tratamento. Psiconeuroses, menor duração da doença, deterioração leve nas “adaptações ocupacionais”, o desejo do paciente de se tratar, os benefícios requeridos pelo paciente, o benefício secundário, o status econômico, a religião, o sexo, a idade, a reação do entrevistador, a avaliação do terapeuta da possibilidade de tratamento e a evasividade do paciente discriminavam as duas populações. Reportaram uma lista extensa de “variáveis” que não discriminavam ou discriminavam mal as duas populações. Weiss e Schaie⁵ compararam uma população de todos os pacientes que tiveram alta depois de completar a avaliação, ou o tratamento na Clínica Psiquiátrica Malcolm Bliss, com todos que não retornaram para a avaliação, ou para o tratamento adicional agendado. Eles reportam que o sexo, o estado civil, a fonte de encaminhamento e o diagnóstico discriminaram as duas populações. Nenhuma das diferenças entre as duas foi encontrada por causa da idade, da religião, do local de nascimento, do local de nascimento dos pais, da profissão, do histórico de admissão anterior para um hospital psiquiátrico, da posição do primeiro entrevistador profissional, da duração da terapia, do número de entrevistas, ou número de trocas de terapeutas. Katz e Solomon⁶ compararam três populações de todos os pacientes, aos quais foi oferecido tratamento após uma entrevista de admissão na clínica psiquiátrica da Escola de Medicina da Universidade de Yale e que não retornaram depois da visita inicial, depois de mais de uma, mas menos de cinco visitas, e depois de cinco ou mais visitas. Eles reportaram que a idade, o estado civil, a educação, a psicoterapia anterior, a fonte de encaminhamento, a atitude do terapeuta diante dos pacientes, e os interesses e expectativas deles de tratamento discriminavam as diferentes durações de contato com a clínica.

Uma comparação de estudos anteriores⁷ revela várias idéias categóricas que são pressupostas nas descrições do processo de descrição como um fenômeno empírico. Essas idéias são constitutivas do problema de seleção em si. Por causa de seu caráter constitutivo, a referência a cada uma delas é necessária para a formulação adequada do problema de seleção. Para simplificar sua exposição, devemos chamar essas idéias constituintes dos “parâmetros”⁸ do problema de seleção. Devemos nos referir a essas idéias com os termos “seqüência”, “operações de seleção”, “uma população de demanda inicial”, “a composição de uma população resultante” e “uma teoria relacionando o trabalho de seleção e a carga de trabalho da clínica”.

Os estudos, não só trataram desses parâmetros diferentemente, mas cada estudo deixou de tratar de pelo menos um. O resultado é que, a despeito do cuidado, com o qual os estudos foram feitos, não é possível decidir o que é realmente conhecido até então sobre os critérios de seleção. Tampouco é possível, para o pesquisador, decidir, a partir dos resultados publicados, que os pacientes eram selecionados com base nos critérios relatados, exceto que eram selecionados por longas correntes de inferências plausíveis, que requerem que o pesquisador *presuponha um conhecimento das estruturas sociais que estão presumivelmente sendo descritas no primeiro exemplo*.

Quais são esses parâmetros? Como são eles necessariamente pressupostos? Como os estudos lidavam com eles?

1. “Seqüência”. A primeira ideia essencial que informa os estudos de seleção de pacientes é que os grupos de paciente, cujas características são comparadas aparecem em dois ou mais passos consecutivos.

tivos em um processo de seleção. Cada estudo concebe um conjunto de populações como uma sucessão, com cada população relacionada com uma anterior como uma população selecionada a partir dela.

Esse parâmetro está necessariamente envolvido nos estudos relatados, porque cada estudo, não só usa os atributos por ele examinados como discriminadores possíveis das populações de pacientes comparadas, mas em cada estudo uma das populações comparadas é explicitamente relacionada à outra como o resultado de algum conjunto de atividades de seleção⁹.

2. “Operações de seleção”. A ideia constituinte de operações de seleção aparece, quando uma população resultante em uma sucessão é vista em relação aos processos, pelos quais ela está reunida. Esse parâmetro consiste em *algum* conjunto de operações sucessivas, que são desempenhadas sobre uma população inicial. A população resultante é, por definição, um produto de algumas operações desempenhadas sobre a população anterior por meio das quais a população anterior é transformada. Mesmo se a operação que transforma a população inicial em sua sucessora permanecer não especificada, o reconhecimento de que é um termo necessário do problema torna dela pelo menos possível declarar o que necessariamente é válido para investigações futuras¹⁰. Weiss e Schaie¹¹ falam sobre isso, quando, ao concluir seu artigo, escrevem:

Temos a impressão de que aquelas diferenças percebidas como estatisticamente significantes em relação à falha para retornar são de alguma importância para prever as taxas de retorno... Esse tipo de estudo de corte transversal, contudo, não gera qualquer percepção da dinâmica de “interrupção de terapia”...

A maioria dos outros estudos presta a devida atenção às “operações de seleção” em uma mistura de conjectura e interpretações clínicas.

3. “Uma população de demanda inicial”. O parâmetro de uma “população inicial” é necessário em virtude do fato de que qualquer programa de seleção sequencial necessariamente exige uma referência a uma população inicialmente dada. Dada tal referência, deve-se perguntar que tipo de população inicial é mais apropriado para o estudo de atividades e critérios de seleção da clínica.

Não é possível restringir a concepção de população inicial a *uma* população com atributos como idade, sexo e assim por diante, cujo status procura-se avaliar como critérios de seleção. A despeito de quais atributos são designados à população inicial, uma referência ao seu caráter *legítimo* é necessariamente subentendida. Isso deve ser visto no fato de que a clínica recebe continuamente solicitações sobre seus serviços, para as quais nenhum registro oficial é feito: por exemplo, pessoas que ligam para perguntar se podem ser hipnotizadas ou receber ácido lisérgico para saber como é. O caráter legítimo desses atributos deriva do fato de que qualquer população inicial deve ser caracterizada pela natureza das reivindicações que têm sobre serviços clínicos. O trabalho de seleção é, em todos os casos, portanto, ao menos tacitamente, concebido para ocorrer através de atividades que são governadas por considerações médico-legais. Do ponto de vista, não só da equipe da clínica, mas de maneira recíproca, do ponto de vista dos pacientes, os critérios devem ser capazes de justificar-se em relação aos mandatos médico-legais dentro dos quais a clínica opera. Do ponto de vista dos pacientes e da equipe da clínica, as populações não são meramente aceitas, ou recusadas - *i.e.*, “selecionadas” - com base em “sexo” ou “idade” ou “status sócio-econômico” ou “motivação” ou “diagnóstico”. São aceitas ou recusadas nesses termos como “boas razões”.

Porque não é suficiente, do ponto de vista da pessoa, dizer que uma população inicial é “distribuída com base em algum atributo”, não é suficiente do ponto de vista do pesquisador. Ao invés disso, a população inicial é aquela que é distribuída com base em algum atributo em relação ao qual o resultado da seleção é justificável pela clínica, se ele puder assegurar a aprovação de suas operações. A “população inicial” apropriada para o problema de seleção dentro da clínica, concebida como uma operação governada por uma ordem médico-legal é, portanto, e necessariamente, uma *população inicial legítima*.

Mas isso não encerra o problema de decidir a população inicial apropriada. Deve-se ainda escolher se a população inicial é mais apropriadamente considerada elegível, ou uma população de demanda.

De acordo com a doutrina de responsabilidade médico-legal, todos os membros da sociedade constituem uma população potencialmente elegível. Estudos epidemiológicos tipicamente voltando-se para a tarefa

de definir populações elegíveis. Uma população elegível, contudo, não pode ser a população inicial que é apropriada para o estudo de processos clínicos de seleção de pacientes. Isso pode ser observado no fato de que pessoas que são tanto elegíveis, quanto necessitadas de tratamento, devem, de alguma maneira, conseguir a atenção dos serviços psiquiátricos. O teórico deve prever isso, se ele quer evitar a suposição de que as populações necessitadas de tratamento as populações que comparecem para tratamento são idênticas. As pesquisas bem conhecidas de Clausen e Yarrow e outros¹² demonstraram os “caminhos” para o tratamento. Tais “caminhos” consistem em um conjunto de operações, pelo qual uma população de demanda é produzida, a partir de uma população de elegíveis. Portanto, se comparamos uma população de comunidade com uma população clínica, como Hollingshead e Redlich¹³ o fazem, sabemos somente como as pessoas que aquela clínica aceitou diferem daquelas que poderiam potencialmente exercer o direito ao tratamento.

Somos levados à conclusão de que se deseja comparar uma população que é produzida a partir das operações clínicas com outra população que está em contato com a clínica anteriormente. Essa população anterior consistiria em uma população elegível que foi modificada em virtude de já ter buscado serviços clínicos. De forma simplificada, é uma população de demanda.

Isso vale para qualquer população que está em contato com a clínica em qualquer lugar no processo de seleção. Mas, quando se quer estudar o efeito das operações clínicas sobre essa população de demanda, então é desejável uma população de demanda anterior, uma vez que, quanto mais tarde na sequência de operações clínicas a população de demanda for primeiramente selecionada, mais as operações clínicas confundem os resultados de seleção sobre a população de demanda. Assim, por exemplo, na experiência da Clínica Psiquiátrica Ambulatorial da U.C.L.A., 67 % de todas as pesquisas foram feitas por telefone. Aproximadamente, três quartos destas pesquisas por telefone nunca acompanharam esse contato. Considerar a população de demanda sem levá-las em conta contabiliza uma população que já havia sido reduzida a quase metade (48 %).

Omitir de um estudo de seleção, como Schaffer e Myers¹⁴ fizeram em seu estudo, (a) pacientes que foram encaminhados apenas para consulta, (b) pacientes que são considerados portadores de síndromes não-psiquiátricas, (c) pacientes que necessitam de hospitalização, (d) pacientes cujos encaminhamentos nunca foram seguidos de seu aparecimento na clínica, e (e) pacientes que, “segundo triagem inadequada”, descobriu-se serem aptos a custear clínicas privadas, fornece uma população de demanda sobre a qual os processos de seleção já haviam operado. As dificuldades de avaliar os resultados de Schaffer e Myers são percebidas se se pergunta como essa porção da população de demanda - que pensamos que deve ter sido considerável - se comparada quanto à composição de sexo, idade, classe, etc., com aquela que eles usaram como a população inicial. Somente se as duas populações fossem idênticas que poderíamos atribuir a seleção de critérios que Schaffer e Myers citam. Se as duas populações diferissem, teríamos que concluir que idade ou sexo, ou classe, ou seja, lá o que for, tinha algo a ver com a história. Em todos os estudos anteriores¹⁵, exceto em um, as populações iniciais que foram usadas estão sujeitas a ressalvas similares.

Concluimos que, se o problema de seleção deve ser adequadamente enquadrado, a legítima população de demanda deveria consistir da demanda, tão logo ela seja primeiramente encontrada. *Senão, as próprias operações de seleção da clínica podem tornar confusa a tarefa de descrever esses procedimentos de seleção por usar como uma população de comparação aquela que já havia sido selecionada de maneira desconhecida.*¹⁶

4. “Composição de uma população resultante”. Esse parâmetro estipula que cada população resultante é composta por duas subpopulações: (a) um conjunto de pessoas que estão “dentro”, em relação à qual há (b) uma população complementar de “foras”. A soma das duas reproduz a população precedente. Esse parâmetro dita as escolhas de populações que devem ser comparadas, se o pesquisador deve decidir os critérios que eram usados na seleção. Para o problema de seleção, as populações necessariamente apropriadas são as “dentro” e as “fora” em cada passo do processo.

Com a exceção dos estudos de Weiss e Schaie, e Kadushin, e sem considerar comparações¹⁷ entre elegível/dentro, estudos prévios compararam uma população “dentro” com uma população “dentro” posterior, ou uma população “fora” com uma população “fora” posterior. A razão pareceria ser que, se uma população sobrevivente posterior mostrasse diferentes características de uma população anterior, então a seleção deve ser atribuída às características que discriminam as duas.

Dada a ideia constituinte de seleção a partir de populações sucessivas, ambas as comparações “dentro-dentro” e “fora-fora” são processualmente incorretas. Como é isso então?

Comparações “dentro-dentro”

Para os estudos que usaram um procedimento “dentro-dentro”, um momento de reflexão mostrará (a) que, embora uma comparação dentro-dentro era usada, o propósito da comparação era “dentro-fora”, com o resultado de que as comparações reais pretendidas não coincidem. Além disso, (b) se as estatísticas associativas usuais, por exemplo, qui-quadrado¹⁸, são usadas para avaliar a presença de uma associação entre critérios e sobrevivência, então somente a comparação pretendida é a correta.

Considere-se o ponto (a). A própria argumentação e o método usado no procedimento dentro-dentro envolvem a comparação de uma população sobrevivente com uma que não sobreviveu. A prova dessa afirmação consiste no fato de que a população anterior consiste de dois grupos: aqueles que são “dentro” no passo inicial e que serão “dentro” mais tarde, e aqueles que são “dentro” no passo inicial, mas que serão “fora” mais tarde, quando as características dos “dentro” são consultadas. Uma comparação direcionada para sucessivas populações “dentro” confunde o propósito da comparação que é direcionada para os critérios, pelos quais a atribuição de uma população original foi produzida. Porque nós estamos necessariamente lidando com a atribuição progressiva de uma população inicial, os critérios de seleção devem operar em qualquer “ponto” dado para discriminar aqueles que permanecem daqueles que se afastam naquele ponto. Portanto, mesmo se os passos são indiferenciados, ao menos um passo é necessariamente considerado nos termos do problema em si, e para esse passo a comparação é necessariamente de uma população “dentro” com uma população “fora”.

Considere-se o ponto (b). Porque ambas as populações “dentro” e “fora” de algum passo posterior são constituintes da população no passo precedente, as “dentro” e “fora”, em qualquer passo, são complementares em sua composição. Se o pesquisador usa o quadrado para decidir os critérios de seleção, é preciso cuidado ao comparar uma população “dentro” com uma população “dentro” posterior para evitar comparar uma grande parte da população anterior com ela própria. Além disso, para tratar as populações anteriores e posteriores como distribuições independentes, uma condição que deve ser satisfeita para o uso correto do qui-quadrado, a população inicial em uma população de um passo teria de constituir os marginais. Os sobreviventes seriam, então, comparados com seu complemento, que são os “fora” em um passo posterior. Os estatísticos¹⁹ que consultamos concordaram que o uso de qui-quadrado para comparar sucessivas populações “dentro” é incorreto, mas a opinião estava dividida sobre a relação a considerar este procedimento é incorreto, porque a correlação depreciaria o resultado, ou porque uma comparação qui-quadrado de sucessivas populações-dentro em um caso envolvendo frequências condicionais não tem nenhum sentido claro. Em qualquer caso, a consequência é que a comparação de sucessivas “dentro” deixaria obscuro o julgamento sobre a presença de atributos discriminatórios. Todos os estudos prévios que usaram comparações dentro-dentro usaram qui-quadrado para comparar as duas populações, mas nenhum mencionou esse problema.

Comparações “fora-fora”

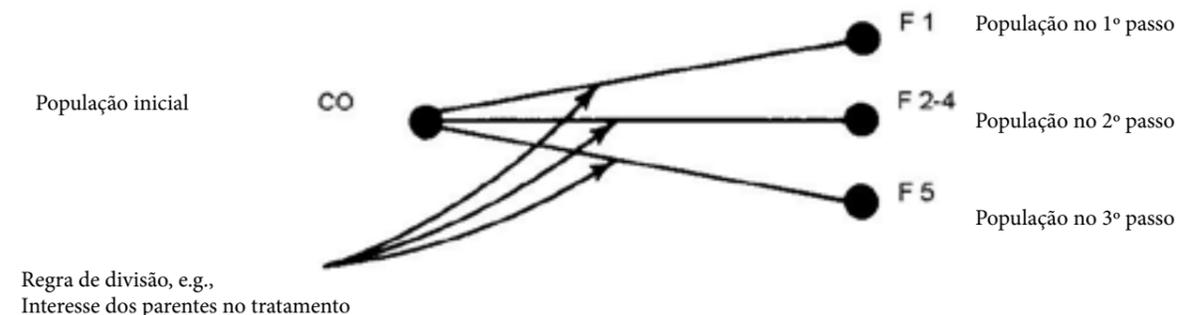
Dado que a tarefa de decidir a presença dos critérios de seleção é resolvida ao se empregar um esquema de inferência que deve suprir a atribuição de uma população inicial, uma comparação fora-fora é incorreta, porque emprega um esquema inapropriado de inferência. A diferença entre o esquema de inferência que uma comparação fora-fora usa e o esquema que é apropriado para o problema de seleção pode ser demonstrado no estudo de Katz e Solomon²⁰, que usou comparações fora-fora.

Katz e Solomon usaram uma coorte original de 353 pacientes. Três coisas possíveis poderiam acontecer a esta coorte original (CO): alguma parte dele poderia estar fora depois de uma visita (Fora₁); outra parte dele poderia estar fora depois de duas ou quatro visitas (Fora₂₋₄); uma terceira parte poderia estar fora depois de cinco ou mais visitas (Fora₅). Dito de forma mais formal, podemos afirmar que a coorte original (CO) foi dividida em três possibilidades de ocorrência: Fora₁, Fora₂₋₄ e Fora₅. Qualquer “ruptura” como o atributo, “o interesse do paciente no tratamento clínico” representa uma regra de divisão. Por exemplo, uma regra de divisão que Katz e Solomon testaram era: dê alta a pacientes de baixo interesse cedo; dê alta a pacientes de alto interesse tarde. Uma regra de divisão alternativa era: dispense os pacientes cedo ou tarde a

despeito do interesse no tratamento. As populações esperadas Fora₁, Fora₂₋₄, Fora₅ eram comparadas com as populações observadas, a fim de se estabelecer a extensão do desvio entre a população observada e a população esperada. Foi decidido que os critérios de seleção haviam operado, quando as distribuições desviaram de forma significativa das distribuições que eram esperadas de acordo com a regra de divisão de não-associação.

Para demonstrar a inapropriação desse procedimento para o problema de seleção, é necessário mostrar que ele não permite inferências sobre os critérios de seleção sem referência gratuita aos termos do problema de seleção²¹.

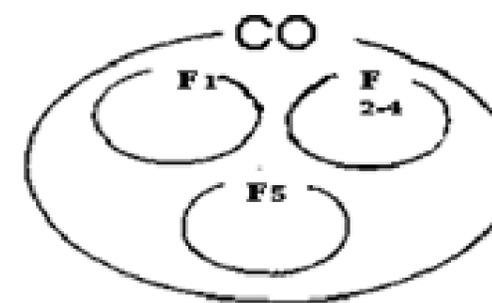
O procedimento que Katz e Solomon usaram para dividir a coorte original pode ser representado pelo seguinte diagrama. Ela descreve a relação entre o grupo original e as populações sucessivas que uma regra de divisão produz:



Uma análise desse diagrama revela (a) que o domínio de ocorrências possíveis consiste de Fora₁, Fora₂₋₄, Fora₅; (b) que a coorte original é reproduzida como a soma de Fora₁ + Fora₂₋₄ + Fora₅; e (c) que o significado da sucessão é gratuito desde que, a respeito da coorte original como a “iniciante”, os ramos podem ser alternados e as populações podem ser substituídas entre si sem alternar o significado do diagrama. Portanto, embora Fora₁, Fora₂₋₄ e Fora₅ signifiquem, cada um, diferentes durações de tratamento, a referência às suas sucessões não é parte de seu significado necessário. Pode-se arranjá-las na “ordem natural” de magnitude crescente de duração, mas não há mais necessidade para este arranjo do que há para qualquer arranjo que esteja de acordo com o significado que a duração do tratamento tem dentro desse diagrama, *i.e.*, que cada uma das três durações seja uma duração diferente. Se o pesquisador, no entanto, se refere à sucessão, ele pode fazê-lo somente ao conceder a ela uma propriedade gratuita.

Corresponde à cada diagrama um esquema de inferência²², que é construído/ordenando-se o domínio de eventos possíveis de acordo com a regra de inclusão. O conjunto de inferências necessárias consiste daquelas que esgotam o domínio de eventos possíveis. Essas inferências são obtidas, comparando-se todos os subdomínios que esgotam o domínio super-ordenado que os subdomínios dividem.

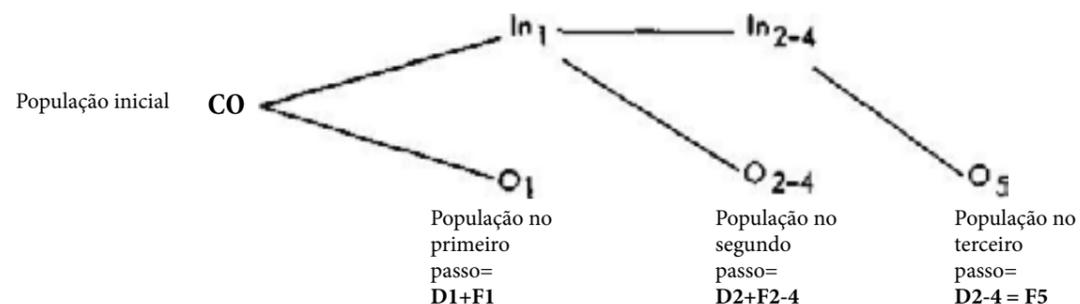
O esquema de inferência que corresponde ao diagrama usado por Katz e Solomon é como se segue:



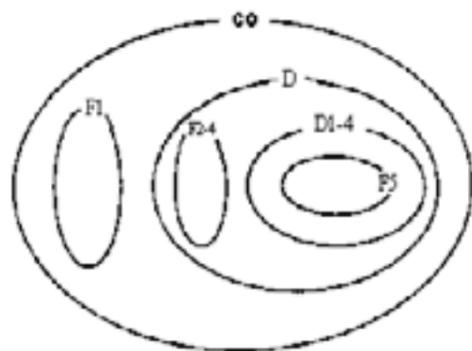
Nesse esquema, os subdomínios são Fora₁, Fora₂₋₄, e Fora₅. Novamente notaremos que essas possibilidades serão ordenadas de acordo com a duração do contato, mas o significado das populações sucessivas não é, nem em um aspecto fundamental do domínio de ocorrências possíveis, nem há qualquer comparação dentro desse esquema, pela qual o significado de sucessivas populações esteja necessariamente contido. Em vez disso,

todas as inferências desse esquema são controladas pela necessidade de que sejam compatíveis com a suposição que nenhum desses três resultados inclui os outros resultados em seus significados. Seja lá o que for que o pesquisador diga sobre essas três populações deve ser compatível com a suposição de que não há nenhuma relação de sentido necessária entre o quanto uma população sobreviveu e quanto tempo sobreviveria.

Uma coorte original que foi dividida enquanto fornecia o significado das populações sucessivas como um aspecto fundamental do domínio de possíveis ocorrências apareceria o seguinte diagrama:



Veremos que o conjunto de resultados possíveis agora consiste em Dentro₁; Fora₂; Dentro₁-seguido-de-Dentro₂₋₄; Dentro₁-seguido-de-Fora₂₋₄; Dentro₁-seguido-de-Dentro₂₋₄-seguido-de-Fora₅. Quando esse diagrama de possíveis resultados é ordenado de acordo com a regra da inclusão, o seguinte esquema de inferência resulta:



Veremos que qualquer arranjo de populações no diagrama muda seus significados. Duração e sucessão estão necessariamente relacionadas.

Enquanto o grupo original de Katz e Solomon é descrito como CO (100%) = Fora₁ + Fora₂₋₄ + Fora₅, o grupo original demandado pelo parâmetro de sequência é descrito como CO (100%)²³ = Fora₁ + (Dentro₁-seguido-de-Fora₂₋₄) + (Dentro₁-seguido-de-Dentro₂₋₄-seguido-de-Fora₅).

O esquema de inferência no estudo de Katz e Solomon envolve uma comparação dos subdomínios de Fora₁, Fora₂₋₄, e Fora₅ para CO. Ao seguir a interpretação de Katz e Solomon do problema de seleção, as chances de sobrevivência são descritas, comparando-se os dispensados em cada passo como uma fração da *coorte original*.

O esquema de inferência que resulta da construção do parâmetro de sequência na concepção do problema de seleção envolve uma comparação dos subdomínios de Dentro₁ e Fora₁ para CO; Dentro₂₋₄ e Fora₂₋₄ para Dentro₁; e Fora₅ para Dentro₂₋₄. Seguindo esse procedimento, as chances de sobrevivência são descritas pela comparação de admitidos e dispensados, em cada passo, como frações daqueles que sobreviveram ao *passo precedente*.

O fato de que essas diferenças fazem diferença para as descobertas de Katz e Solomon é ilustrado nas seguintes tabelas, que foram recalculadas a partir da Tabela 7²⁴ no artigo de Katz e Solomon. Sua tabela pretendia descrever a relação entre a fonte de encaminhamento, a duração do tratamento e o interesse do paciente no tratamento.

De acordo com o procedimento de Katz e Solomon, descobrimos o seguinte:

Interesse do paciente no tratamento	Pacientes submetidos à "clínica aberta" de alas hospitalares, clínicas e salas de emergência que encerraram o tratamento depois				Pacientes submetidos à "clínica regular" através de auto-submissão ou através de médicos que encerraram o tratamento depois			
	Coorte original(N)	1 visita%	2 até 4 visitas%	5 ou mais visitas%	Coorte original(N)	1 visita%	2 até 4 visitas%	5 ou mais visitas%
Claramente expresso	(22)	31,8	45,4	22,8	(132)	8,3	4,5	87,2
Teve de ser encorajado	(28)	35,8	42,9	21,3	(43)	20,9	20,9	58,2
Pouco ou nenhum interesse	(64)	67,2	23,5	9,3	(28)	42,8	39,3	17,9
Total	(114)				(203)			

Quando os dados de Katz e Solomon foram recalculados para fornecer o significado necessário para a sucessão, suas descobertas tomaram um rumo diferente:

Claramente expresso	(22)	31,8	66,7	*	(132)	8,3	4,9	*
Teve de ser encorajado	(28)	35,8	66,7	*	(43)	20,9	26,5	*
Pouco ou nenhum interesse	(64)	67,2	71,5	*	(28)	42,8	68,8	*

* Todas as porcentagens nesta coluna são 100%, uma vez que todas as pessoas que tenham feito cinco ou mais visitas são aquelas que sobreviveram a duas ou mais visitas.

A tabela original de Katz e Solomon afirma o seguinte: quando foi assumido que quanto tempo uma pessoa esteve em contato com a clínica ambulatorial e quanto tempo essa pessoa permaneceria podem ocorrer independentemente entre si, a descoberta era que depois de uma visita, as pessoas com pouco, ou nenhum, interesse no tratamento psiquiátrico se afastaram em uma taxa proporcionalmente mais alta do que aquelas com maior interesse no tratamento. Daí em diante, as pessoas com pouco ou nenhum interesse desistiram em uma taxa proporcionalmente mais baixa do que aquelas com interesse mais forte. Pessoas com pouco ou nenhum interesse desistiram depois da primeira visita; pessoas com interesse mais forte desistiram mais tarde.

A tabela recalculada é baseada na suposição de que o tempo que uma pessoa, encaminhada à clínica ambulatorial, teria permanecido inclui, como uma condição dependente, o tempo que essa pessoa esteve em contato. A descoberta é que as pessoas com pouco ou nenhum interesse no tratamento se afastaram depois de uma visita em um grau desproporcionalmente alto, ao passo que o interesse no tratamento não discriminava afastamentos depois de duas a quatro visitas.

Para as pessoas que foram encaminhadas à "clínica regular", Katz e Solomon descobriram que as taxas de frequências com que pessoas com diferentes graus de interesse desistiram não mudaram entre a primeira visita e a segunda, até à quarta visita. Os dados recalculados declaram que essas taxas mudaram: a taxa de afastamentos cresceu acentuadamente depois de duas ou mais visitas para as pessoas que tinham pouco ou nenhum interesse no tratamento.²⁵

Em todos os casos, nos quais há uma relação necessária entre quanto tempo uma pessoa seguiu no tratamento e quanto tempo permanecerá, nos quais o pesquisador trata essas possibilidades como se elas ocorressem independentemente entre si - o que ele faz ao usar comparações fora-fora - se o pesquisador descreve suas descobertas literalmente, ele as terá reportado incorretamente. O pesquisador deveria, no entanto, tratar suas descobertas

obtidas por comparações fora-fora como se elas envolvessem um conjunto de populações sucessivamente selecionadas, suas descobertas não podem ser demonstradas a partir dos dados em si, mas, em vez disso, vão requerer que ele vá para fora de seu estudo para designar aos seus dados seus status de descobertas do estudo.

As críticas precedentes dos estudos que usaram comparações dentro-dentro e fora-fora não se aplicam ao estudo de Weiss e Schaie, visto que, nesse estudo, o conjunto de pessoas que não conseguiram encontrar serviços programados é, por definição, uma população “fora”; as pessoas que finalizaram serviços programados constituem a população “dentro”. Essas críticas também não se aplicam onde somente duas populações foram comparadas. Nesse caso, comparações dentro-fora e fora-fora produzem resultados idênticos²⁶.

5. A discussão do quinto “parâmetro” será adiada. Ela diz respeito à necessidade da escolha que o pesquisador deve fazer para decidir como ele irá conceber a relação entre o trabalho²⁷ que produz uma população “dentro” e uma população “fora” e a carga de trabalho da clínica naquele passo ou em passos futuros. As aspas são usadas para referir-se a essa consideração como um parâmetro de um problema de seleção adequadamente definido, visto que, corretamente falando, ele consiste em uma proposição sobre o caráter relatado dos quatro parâmetros prévios de “sequência”, “operações de seleção”, “população de demanda inicial” e “composição de populações comparadas”. Seu caráter relacionado é fornecido pela seleção que o pesquisador faz de alguma teoria que conceba a relação entre o trabalho que produz uma população “dentro” e uma população “fora” e a carga de trabalho da clínica. Essa escolha teórica irá necessariamente determinar o sentido das descobertas que ele designa aos resultados de seus métodos estatísticos. O caráter crítico da escolha é particular aos estudos de seleção social. A necessidade dessa escolha será discutida mais tarde no artigo quando o seu caráter puder ser mais facilmente demonstrado.

TABELA 1 Comparação das decisões metodológicas sobre os parâmetros do problema de seleção em estudos anteriores

Estudo	Seleção de critérios considerada	Sequência	Operações de seleção	População de demanda inicial consistia de	Composição de populações comparadas	Teoria relacionada às atividades de seleção e carga de trabalho da clínica	
						Populações relacionadas para propósitos de inferência como conjuntos independentes	Teoria que justifica a escolha da estatística
Futterman, Kirkner e Meyer (1947)	18 atributos da pasta de reivindicações de VA	Dados de baixa do exército → Internação na clínica VAMH	Comentários ad hoc	Admitidos que terminaram após o tratamento. N = 483	Elegível/dentro	Conjuntos independentes	Nenhuma menção
Ginsburg e Arrington (1948)	Atributos de registros de caso. Não-especificados exceto por aqueles que foram citados como “descobertas”	Todos os pacientes para os quais existia um registro em 4 clínicas → Vários números de visitas de cinco-ou-mais. Passos específicos não-especificados.	Comentários ad hoc	Registros de “todos os pacientes observados durante um período de 2 meses por 3 clínicas e por um período de 12 meses em uma 4ª clínica “para obter uma amostra comparável”. N = 288	Dentro/fora	Refere-se a populações sucessivas, mas não são especificadas numericamente.	Possibilidades de efeitos sequenciais “testadas”
Tissenbaum e Harter (1950)	Diagnósticos, consultas, melhora e disposição médica. Nenhum atributo de “folha de rosto” considerado	Todas as admissões para tratamento → fora depois de 1 mês ou menos → 1-3 meses → 3-6 meses → 6-12 meses → 1-2 anos → depois de 2 anos ou mais	Comentários ad hoc	Todos os veteranos “com os quais a clínica tinha contato para propósitos de tratamento”. Chamados “admissões”. N = 5655	Fora/fora	Conjuntos independentes	Nenhuma menção
Mensch e Golden (1951)	23 atributos de registros de caso	Aceitos para terapia → fora após 1-4 → 5-9 → 10-19 → 20 ou mais sessões terapêuticas	Comentários ad hoc	Amostra total de veteranos do sexo masculino observados terapêuticamente por um período de 2 anos “em uma Clínica de Contrato VAMH”. Omite todos os passos anteriores do contato clínico. N = 575	Fora/fora	Conjuntos independentes	Nenhuma menção
Garfield e Kurz (1952)	Duração do tratamento, fonte de encaminhamento, tipos de casos, responsabilidade pelo término, avaliação de melhorias pelos médicos. Informação de registros de caso	Tratamento oferecido → fora depois de menos que 5 → 5-9 → 10-14 → 15-19 → 20-24 → 25 ou mais entrevistas	Comentários ad hoc	Todos os registros de caso para casos fechados de veteranos que apareceram e foram entrevistados pelos psiquiatras. N = 1216	Fora/fora	Conjuntos independentes	Nenhuma menção
Katkov e Meadow (1953)	Símbolos de Rorschach	Todos os pacientes com registros de teste → pararam de manter compromissos sem o consentimento do terapeuta antes da 9ª sessão terapêutica → compareceu às 9 primeiras sessões terapêuticas	Nenhuma menção	Todos os pacientes com registros de Rorschach em arquivos de teste → pararam de teste. N = 52	Fora/fora	Conjuntos independentes	Nenhuma menção
Auld e Eron (1953)	Símbolos de Rorschach	Todos os pacientes com registros em seus arquivos de teste → fora após menos de 9 sessões	Nenhuma menção	Todos os pacientes com registros de Rorschach em arquivos de teste que eram tratados pelo pessoal efetivo.	Fora/fora	Conjuntos independentes	Nenhuma menção

entrevistas→fora depois de mais de 9 entrevistas ou encerraram antes de 9 entrevistas com o consentimento do terapeuta

Classe social (Hollingshead)

Myers e Schaffer (1954)

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Psiquiátrica Ambulatorial, New Heaven, Conn. A análise dentro/fora produz diferentes descobertas. Ver a nota de rodapé 25.

(I) Aceito pelo entrevistador de admisso para apresentação em conferência de admisso→fora depois de menos que uma semana→fora depois de 1-9→fora depois de 10 ou mais semanas.

(II) Aceitos→fora depois de serem vistos →2-9→10 ou mais vezes

Classe social (Hollingshead)

Schaffer e Myers (1954)

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

apresentação em conferência de admisso→fora depois de uma semana ou menos→fora depois de 2-4→5-9→10-24→25 semanas outmais.

(II) O mesmo primeiro passo que em(I) →aceito para tratamento → encaminhado a outras agências →rejeição (III) Elegível→Fora

Classe social (Hollingshead)

Auld e Myers (1954)

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

Usou esses dados como hipótese de que "no processo de interação... há mais recompensas tanto para o paciente quanto para o terapeuta quando o paciente pertence à classe média."

Uso esses dados como hipótese de que "no processo de interação... há mais recompensas tanto para o paciente quanto para o terapeuta quando o paciente pertence à classe média."

Classe social (Hollingshead)

Myers e Auld (1955)

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

Operações de seleção

Nenhuma menção

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

População de demanda inicial consistia de registros de caso de seleção aleatória da população total de pacientes que receberam ou estavam recebendo psicoterapia. N = 100. População = 1250

Os mesmos casos que aqueles estudados por Schaffer e Myers (1954), mas com casos designados a médicos estudantes omitidos. N = 126

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

Operações de seleção

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

Operações de seleção

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

Operações de seleção

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

Auld e Myers (1954)

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

Operações de seleção

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

Auld e Myers (1954)

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

Auld e Myers (1954)

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

Auld e Myers (1954)

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

Auld e Myers (1954)

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

Auld e Myers (1954)

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

Auld e Myers (1954)

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

Auld e Myers (1954)

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

Auld e Myers (1954)

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

Auld e Myers (1954)

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

Auld e Myers (1954)

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

Auld e Myers (1954)

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

Auld e Myers (1954)

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

Auld e Myers (1954)

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

Auld e Myers (1954)

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

Auld e Myers (1954)

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

Auld e Myers (1954)

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

Auld e Myers (1954)

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

Auld e Myers (1954)

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

Auld e Myers (1954)

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

Auld e Myers (1954)

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

Auld e Myers (1954)

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

Auld e Myers (1954)

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

Auld e Myers (1954)

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

Auld e Myers (1954)

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

Auld e Myers (1954)

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

Auld e Myers (1954)

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

Auld e Myers (1954)

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

Auld e Myers (1954)

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

Auld e Myers (1954)

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

Auld e Myers (1954)

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

Auld e Myers (1954)

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

Auld e Myers (1954)

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Nenhuma menção

Clinica Ambulatorial Psiquiátrica, New Heaven, Connecticut.

Auld e Myers (1954)

Comentários ad hoc

Fora/fora

Conjuntos independentes

Kaduskin (1958)	Tipos de decisões dos pacientes Re: origem do seu problema; diagnóstico, rendimentos, profissão	Comparecimento à clínica → não retidos → retidos e mantidos	A maneira pela qual a origem do problema foi sentida pelo cliente, foi comparada com outros fatores situacionais, tais como prognósticos, dores de cabeça, A ênfase recai sobre a relevância deles para o paciente como fatores em sua situação.	Amostra de "uma população clínica maior" consistindo de pessoas esperando entrevista de admisão, das quais 1/3 foram entrevista- das após esperarem e terem a entrevista de admisão. N = 110	Três tipos de carreiras (1) Comparcimento – fora (2) Comparcimento – retido – fora (3) Comparcimento – retido – mantido Dentro/ fora	Ideia de sucessão mantida na comparação	Fiscalização da porcentagem	Nenhuma menção	Clinica Religioso-psiquiátrica da Fundação Americana de Religião e Psiquiatria, cidade de Nova York
-----------------	--	---	--	--	--	---	-----------------------------	----------------	---

Myers e Schaffer (1954)

Katz e Solomon (1958)	Itens de folha de rosto, fonte de encaminhamento, queixas sobre o diagnóstico; a atitude do terapeuta perante o paciente, o interesse do paciente no tratamento, as características do terapeuta, uso de medicamentos	Pessoas que ofereceram tratamento → fora depois de 1 → depois de 2 4 – fora após 5 ou mais visitas	Comentários ad hoc	Diagramas de todos os pacientes observados na clínica excluindo aqueles submetidos a outras agências após a entrevista de admisão. N = 353	Fora/fora	Conjuntos independentes	"Diferenças significativas" citadas, mas sem nenhuma menção da estatística	Nenhuma menção	Clinica Psiquiátrica Ambulatorial, Escola de Medicina da Universidade de Yale. O procedimento dentro/ fora produz diferentes descobertas
-----------------------	---	--	--------------------	--	-----------	-------------------------	--	----------------	--

Weiss e Schaefer (1958)	Itens de folha de rosto, fonte de encaminhamento, diagnóstico, hospitalização anterior, pessoal da clínica, duração da terapia e número de entrevistas	Sequência funcional de conclusão ou não dos serviços clínicos	Levantada como uma questão crítica	Registros de caso fechado consecutivos de pessoas agendadas para um programa de serviços clínicos. N = 603	Dentro/fora	Conjuntos independentes	X ²	Nenhuma menção	Clinica Psiquiátrica Malcolm Bliss, St. Louis, Missouri.
-------------------------	--	---	------------------------------------	--	-------------	-------------------------	----------------	----------------	--

Rogers (1958)	Itens de folha de rosto, fonte de encaminhamento, diagnóstico, motivação do paciente, status da alta, duração da terapia	(I) Visita inicial → em tratamento (II) Tratamento oferecido → fora após 5 ou menos horas → fora após 6 ou mais horas	Comentários ad hoc	I Formulário informativo projetado para o estudo e preenchido pelo pessoal clínico para registrar a avaliação, os passos e os serviços do tratamento. N = 3413 II Formulários informativos para o tratamento oferecido às pessoas. N = 384	Dentro/dentro	Conjuntos independentes	X ²	Nenhuma menção	Clinica Psiquiátrica Henry Phipps, Universidade Johns Hopkins, Escola de Medicina.
---------------	--	---	--------------------	---	---------------	-------------------------	----------------	----------------	--

Fora/fora
Conjuntos independentes

TABELA 1 (cont.) Comparação das decisões metodológicas sobre os parâmetros do problema de seleção em estudos anteriores

Estudo	Seleção de critérios considerada	Sequência	Operações de seleção	População de demanda inicial consistia de	Compos. de populações comparadas	Teoria relacionada às atividades de seleção e ingresso clínico			
						Populações relacionadas para propósitos de inferência como	Teoria que justifica a escolha da estatística		
Hollingshead e Redlich (1959)	Classe social (Hollingshead)	População do New Heaven elegível → em tratamento	Descrição parcial	População elegível dos E.U.A., censo de New Heaven. População internada do censo de pessoas em tratamento conduzidas pelos investigadores. N = 155.	Elegível/dentro	Conjuntos independentes	X ²	Nenhuma menção	Pessoas da área de New Haven em Tratamento em "Clínicas Públicas" em New Haven, Connecticut, e estados vizinhos
Rogers (1960)	Somente as taxas de abandono foram consideradas	Encaminhamentos → (número de entrevistas no momento da finalização tratadas como uma série contínua de 1 a 144)	Formulou várias questões	O autor combinou todos os encaminhamentos de relatórios fornecidos por 5 departamentos estaduais de saúde mental e uma clínica VA. N = 904 pacientes de 53 clínicas separadas.	Fora/fora	Conjuntos independentes	Fiscalização de porcentagens	Nenhuma menção	Departamentos Estaduais de Saúde Mental; Califórnia, 1957; Iowa, 1954; Kansas, 1956; Texas, 1956; Wisconsin, 1956; VA Denver, 1957
Storrow e Brill (não publicado, 1959)	44 itens dos formulários informativos projetados como registros "estatísticos" aplicados na entrevista inicial	Primeiro comparecimento real → segue tratamento	Comentários ad hoc	Todos os candidatos em pessoa, para os quais o formulário informativo padrão para pessoas de 18 anos ou mais velhas foi finalizado. N = 433	Dentro/dentro	Conjuntos independentes	X ²	Nenhuma menção	Unidades Psiquiátricas de internação ambulatoriais, Centro Médico da U.C.L.A.
Brill e Storrow (não publicado, 1959)	Idade, sexo, religião, estado civil, educação, área de nascimento, rendimento, classe social (Hollingshead)	População geral do condado de Los Angeles → "buscando tratamento"	Comentários ad hoc	Candidatos em pessoa consecutivos para os quais o formulário informativo padrão para pessoas de 18 anos ou mais velhas foi finalizado. N = 620	Elegível/dentro	Conjuntos independentes	X ²	Nenhuma menção	Clinica psiquiátrico-ambulatorial, Centro Médico da U.C.L.A.

A Tabela 1 resume as decisões metodológicas que os estudos prévios fizeram a respeito dos parâmetros de um problema de procedimentos de seleção adequadamente definidos.

Devemos agora mostrar que um estudo de critérios de seleção que satisfaz todas as condições dessa revisão produz resultados diferentes daqueles de estudos prévios, ao mesmo tempo em que levanta questões adicionais a respeito da adequação metodológica.

Os dados

Realizou-se um estudo na Clínica Psiquiátrica Ambulatorial da Escola de Medicina na Universidade da Califórnia, Los Angeles, usando quaisquer dados que estivessem disponíveis nos arquivos para pacientes que tinham contado e finalizado o contato com a clínica de 1º de julho de 1955, quando a clínica começou seu funcionamento, até 31 de dezembro de 1957. Uma contabilização de todos os casos foi realizada, contando-se todas as pastas de arquivo, dados telefônicos e cartas de pesquisa. Houve 3.305 casos.²⁸ Estes eram tratados como a população de demanda inicial. Todo quinto registro foi selecionado, o que produziu uma amostra de 661 casos. Os conteúdos desses registros eram codificados²⁹ em relação aos itens listados na Tabela 4. Para a informação que ele era capaz de obter, o codificador registrava se havia obtido a informação através do exame dos registros, através de inferência certa ou através de inferência incerta. Os resultados são apresentados nas Tabelas 2 a 4. Foram utilizados todos os casos nos quais havia informação sobre um dado item sem levar em conta o grau de confiabilidade na informação que o decodificador havia indicado. Dentro dessa condição os materiais reportados nesse artigo são baseados nas melhores³⁰ informações que estavam disponíveis. É difícil dizer se os casos de não-informação sobre os itens particulares que são reportados teriam dado resultados diferentes. Para tirar-se o melhor proveito de uma situação ruim, a distribuição dos itens, para os quais havia qualquer caso de falta de informação, foi comparada com a composição sexual daquele item, uma vez que não tivemos informação sobre o sexo em apenas um dos casos. Infelizmente, tivemos nossa informação mais completa somente sobre sexo. Em 21 comparações, todos os qui-quadrados foram não-significativos.³¹ Portanto, devemos prosseguir como se os casos com ou sem informação sobre um dado atributo não fossem discrimináveis e que a experiência de sobrevivência de casos com informação sobre um atributo descreve as experiências da coorte inteira.

TABELA 2
Frequência de não-informação em cada item

	Todos os casos	Casos com informação	Casos sem nenhuma informação	
			Número	Percentual
Ponto de alta	661	661	0	0,0
Sexo	661	660	1	0,2
Fonte de encaminhamento	661	639	22	3,3
Idade	661	624	37	5,6
Grupos masculinos por idade	284	272	12	4,2
Grupos femininos por idade	376	352	24	6,4
Como o primeiro contato foi feito	661	613	48	7,3
Estado civil	661	583	78	11,8
experiência psiquiátrica anterior	661	535	126	19,1
de acordo com o formulário de recenseamento residencial	661	519	142	21,5

TABELA 3
Frequência de não-informação depois de vários pontos de alta

	Todos os casos que podem ser usados	Após o primeiro contato		Após a entrevista de admissão		Após o primeiro contato		Após o primeiro contato	
		Fora	Dentro	Fora	Dentro	Fora	Dentro	Fora	Dentro
Todos os casos	661	419	242	54	188	92	96	16	80
Sexo:									
Masculino	284	187	97	19	78	33	45	4	41
Feminino	376	231	145	35	110	59	51	12	39
Total	660	418	242	54	188	92	96	16	80
Fonte de encaminhamento	639	408*	231*	50*	181*	89*	92*	16	76*
Grupo masculino por idade	272	176*	96	19	77	32	45	4	41
Idade	624	383*	241	54	187	91	96	16	80
Grupo feminino por idade	352	207*	145	35	110	59	51	12	39
Como o primeiro contato foi feito	613	402*	211*	46*	165*	83*	82*	16	66*
Estado civil	583	343*	240*	53	187	91	96	16	80
Experiência psiquiátrica anterior	535	304*	231*	52*	179*	86	93*	16	77*
Nível social do recenseamento residencial	519	289*	230*	51*	179*	85	94*	15	79

* marca as ocasiões em que 2 ou mais casos carecem de informação.

A concepção

Durante um intervalo de tempo, um número de pessoas, através de telefonemas, cartas, e comparecimento em pessoa, apresentou-se a equipe da clínica como “pacientes” em potencial. Chamemos qualquer conjunto dessas pessoas com uma característica comum, como idade, sexo, e semelhantes, uma coorte. Os membros de cada coorte prosseguem por um número de passos sucessivos, e todos começam, por definição, com o primeiro contato. A cada passo sucessivo eles interessam a eles próprios e a várias equipes da clínica, de diferentes formas. A equipe da clínica da U.C.L.A. referia-se a esses tipos sucessivos de interesse em pacientes em potencial como “primeiro contato”, “entrevista de admissão”, “testes psicológicos”, “conferência de admissão”, “lista de espera”, “internação”, e “alta”. Para os propósitos desse trabalho, devemos considerar apenas “primeiro contato”, “entrevista de admissão”, “conferência de admissão”, “internação”, e “alta”. Após um período de tempo, todos os membros de uma coorte têm alta. Esses passos podem ser representados com o seguinte diagrama:

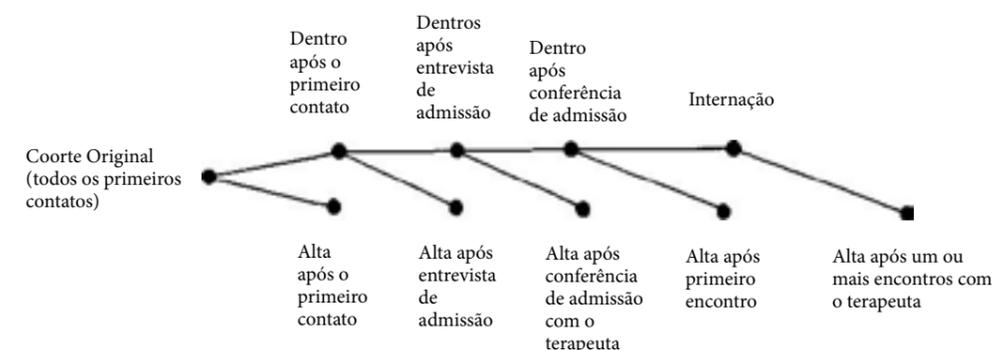


FIGURA 1

TABELA 4

Disponibilidade de informação e como foi obtida nos 661 casos

Item de informação	Porcentagem dos 661 casos obtidos, para os quais			
	Não houve informação	Informação foi obtida por inferência incerta	Informação foi obtida por inferência certa	Informação foi obtida por investigação
(A) Características "de capa" do paciente				
Sexo	0,2	-	0,3	99,5
Idade	5,5	2,9	0,4	91,2
Estado civil	11,8	5,4	3,9	78,9
Área social	21,4	0,4	3,6	74,6
Raça	59,5	0,2	0,6	39,7
Profissão	55,6	0,4	5,0	39,0
Religião	51,7	9,5	2,3	36,5
Escolaridade	60,7	1,4	2,6	35,3
Eliminado por falta de informação				
Histórico profissional				
Duração do casamento				
Casado pela primeira vez ou casado novamente				
Ascendência étnica				
Renda				
Distribuição dos afazeres domésticos				
Principal contribuinte para o sustento do paciente				
local de nascimento				
Tempo de residência na Califórnia				
(B) Primeiro contato				
Como o contato foi feito	7,2	0,4	2,3	90,1
Se o paciente foi acompanhado, por quem	-	2,0	2,0	96,0
Tipo de encaminhamento	3,5	0,4	7,8	88,3
Pessoas de fora envolvidas no encaminhamento	2,5	0,2	3,0	94,3
Pessoa da clínica envolvida no primeiro contato	3,6	-	-	96,4
Número de pessoas da clínica contatadas	4,8	-	2,0	93,2
Disposição após o primeiro contato	5,0	0,3	11,9	82,8
(C) Entrevista de admissão e testes psicológicos				
Aparência do paciente na entrevista de admissão	0,4	0,5	2,1	97,0
Pessoa da clínica envolvida na entrevista de admissão	0,3	-	-	99,7
Resultado do teste psicológico	0,2	0,3	1,5	98,0
Se não houve testes psicológicos, motivo	16,3	2,5	17,5	63,7
(D) Conferência de admissão e Tratamento				
Conferência de admissão agendada ou improvisada	44,6	10,9	34,9	9,6
Membro da equipe responsável pela conferência de admissão	50,3	-	-	49,7

TABELA 4 (cont.)

Disponibilidade de informação e como foi obtida nos 661 casos

Item de informação	Porcentagem dos 661 casos obtidos, para os quais			
	Não houve informação	Informação foi obtida por inferência incerta	Informação foi obtida por inferência certa	Informação foi obtida por investigação
Decisão da conferência	8,0	9,7	10,3	72,0
Se o paciente foi designado a um terapeuta, nome do terapeuta	8,3	-	-	91,7
Nome do primeiro terapeuta	3,8	-	-	96,2
Se o paciente estava na lista de espera, resultado	-	0,3	9,6	90,1
Se o paciente não foi aceito, motivo	19,7	1,2	7,7	71,4
Se o paciente não foi aceito, como foi notificado	31,5	2,7	6,8	59,0
Eliminado por falta de informação				
Composição da conferência de admissão				
Número de admissões anteriores				
Casos colaterais				
Agendamento dos testes psicológicos				
Agendamento das entrevistas de admissão				
Número de encontros para a entrevista de admissão				
Notificação de alta pendente após a entrevista de admissão				
Testes psicológicos administrados				
Tipo de tratamento recomendado				
Número de sessões de tratamento agendadas				
Número de encontros perdidos				
Número de entrevistas com cônjuges, pais, familiares, amigos, etc.				
Supervisor do tratamento				
Regime de visitas planejado				
Frequência real das visitas				
Razões para alta após o tratamento				
(E) Características Psiquiátricas				
Natureza das reclamações dos pacientes	7,0	0,2	1,9	90,9
Diagnósticos psiquiátricos	17,2	-	-	82,8
Experiência psiquiátrica anterior	19,0	1,7	46,5	32,8
Motivação para a terapia	32,0	11,3	28,3	28,4
"Propensão psicológica"	40,2	14,0	23,9	21,9
(F) Carreira Clínica				
Ponto de alta	-	0,9	6,2	92,9
Circunstâncias da alta	2,6	1,1	5,6	90,7
Para aonde o paciente foi encaminhado	3,5	0,3	7,6	88,6
Tipo de carreira clínica	0,2	0,8	5,1	93,9
Número de dias em contato com a clínica	1,5	3,0	3,5	92,0
Número de dias fora do status de internação	2,0	3,8	3,9	90,3
Número de dias em tratamento	8,8	0,4	0,4	90,4

Chamemos cada ponto de um “status”. Chamemos quaisquer dois pontos unidos de um “passo”. Chame qualquer conjunto de dois ou mais pontos unidos, que começam com o primeiro contato e terminam com a alta de um paciente, de “carreira”. Chamemos as linhas que conectam de “atividades de seleção”. Chamemos o conjunto de pontos conectados de “árvore”.

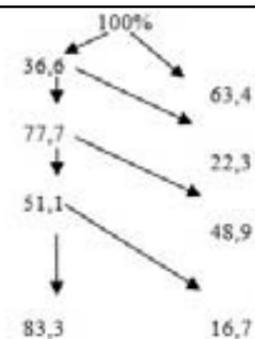
O ponto de primeiro contato é fixado por definição. Após isso, qualquer ligação concebível dos pontos restantes é possível. A figura 1 é um exemplo de uma árvore. Ela representa as atividades de seleção sucessivas, o status relacionado, e as possíveis carreiras descritas no Manual de Procedimentos Clínicos da Clínica Psiquiátrica Ambulatorial da U.C.L.A. Ela pode ser devidamente vista como o procedimento de seleção oficialmente entendido da clínica. A árvore que as coortes descrevem por seus movimentos reais deveria diferir do retrato oficial de “procedimentos de seleção adequados”. Por exemplo, apesar de o retrato oficial representar os passos como a sequência rígida, o Primeiro-Contato-para-Entrevista-de-Admissão-para-Conferência-de-Admissão-para-Internação, com a alta possível após cada passo, o real grupo de 661 casos descreveu diferentes caminhos. Setenta dos 661 casos seguiram caminhos, em quais os passos foram, ou omitidos, ou transpostos. Por causa de todos os 70 casos terem ocorrido após o primeiro contato, e porque 419 dos 661 casos tiveram alta após o primeiro contato, as 70 carreiras “anômalas” representam 29% de todos que poderiam demonstrar desvios das carreiras prescritas pelo Manual de Procedimentos. Cinquenta e uma das 70 carreiras anômalas omitiram testes psicológicos ou reverteram a sequência, Teste Psicológico-para-Conferência-de-Admissão. Através do colapso dos passos de Testes Psicológicos e de Conferência de Admissão, foi possível tratar a maior parte dos casos como se as carreiras reais seguissem uma sequência rígida. A distorção introduzida por esse método é representada por 27% das carreiras anômalas; 3% de todos os casos.

Para os propósitos desse artigo, a árvore delinea as características essenciais de transações clínica-paciente, concebidas como uma sequência de operações que transformam a população³². A árvore representa as atividades sucessivas de seleção que produzem duas populações a partir da população de pessoas que estão em contato com a clínica em um ponto anterior: uma população “dentro” e uma “fora” no passo posterior. A árvore, assim, permite quatro conjuntos de comparações de pessoas que ainda estão em contato e pessoas em alta após cada lugar sucessivo, em que atividades de seleção ocorreram. Esses quatro pontos de comparação sucessivos estão listados na Tabela 5, que também descreve as sucessivas experiências de “dentro” e “fora” da coorte original de 661 pessoas.

TABELA 5

Passos na árvore	Número		IPercentual cumulativo do grupo original		Percentual de sobreviventes no enésimo passo que eram “dentro” e “fora” no passo n+1	
	Dentro	Fora	Dentro	Fora	Dentro	Fora
Grupo original	661		100,0			
Após primeiro contato	242	419	36,6	63,4	36,6	63,4
Após entrevista de admissão	188	54	28,4	71,6	77,7	22,3
Após conferência de admissão	96	92	14,5	85,5	51,1	48,9
Para o primeiro encontro com o terapeuta	80	16	12,1	87,9	83,3	16,7

Nota: setas indicam a divisão de porcentagem entre “dentro” e “fora” em passos sucessivos de todos os sobreviventes do passo anterior.



Ascoortesdeidade,sexo,estado civil,etc.,diferiram-seemrelaçãoàs chancesdesobreviveraoenésimo passo?A ideia da clínica como uma operação de transformação da população será usada como um método para conceber essa questão e suas respostas apropriadas, especificamente e porque ambas tocam no problema de critérios de seleção.

O método é este. Conceber as transações entre pacientes e a equipe da clínica, descrita em alguma das árvores, como uma operação de transformação da população. Uma coorte inicial, que é uma população de demanda, é distribuída entre alguns conjuntos de categorias, e.g., entre homens e mulheres, entre faixas etárias, entre estados civis e coisas do tipo. Chamemos qualquer distribuição como essa, onde quer que ocorra na árvore, de uma população. Uma operação é realizada na coorte inicial, que envia alguma fração dele ao passo posterior e dá alta à fração restante. Assim, as atividades dos três alteram as propriedades de tamanho e composição das sucessivas populações “dentro”. No enésimo passo, há uma população-dentro e uma população-fora. Transações paciente-clínica, após cada enésimo passo, são operadores desconhecidos que produzem, a partir da população-dentro precedente, uma divisão posterior de “dentro” e “fora” no enésimo-mais-um passo (n+1). O processo continua até todos os membros do grupo inicial terem recebido alta. Esse processo consiste essencialmente na atrição progressiva de uma população de demanda inicial.

De acordo com essa concepção, a pergunta, “As coortes de idade, sexo, estado civil, etc., diferiram-se em relação às chances de sobreviver ao enésimo passo?” é idêntica à questão, “As populações dentro e fora de cada passo eram distinguíveis no atributo específico?” Se essa questão, entretanto, *que outros estudos, assim como o presente estudo, responde*, é idêntica à questão, “Quais critérios foram usados para selecionar pessoas para o tratamento?” permanece como algo a ser respondido posteriormente.

Uma operação pode ser descrita de acordo com ou uma ou a outra das seguintes regras, mas não as ambas:

Regra 1: reduza os sobreviventes do enésimo passo por alguma fração, mantendo as proporções de pessoas em função das características invariáveis ao tamanho da redução. Passe adiante uma parte do enésimo-mais-um passo e dê alta para o restante.

Regra 2: reduza os sobreviventes do enésimo passo, mantendo as proporções de pessoas e características. Passe uma parte adiante para o enésimo-mais-um passo e dê alta para o restante.

Se as sucessivas populações “dentro” e “fora” observadas *não* forem discrimináveis estatisticamente das populações sucessivas esperadas, geradas pela Regra 1, então devemos dizer que a Regra 1 descreve as populações “dentro” e “fora” observadas em relação aos processos para reuni-las. Se as populações “dentro” e “fora” observadas *forem* discrimináveis estatisticamente das populações sucessivas esperadas, geradas pela Regra 1, então devemos dizer que a Regra 2 descreve as populações “dentro” e “fora” acima em relação aos processos para reuni-las.

Assim, a questão de se os grupos de idade, sexo, etc. tiveram diferentes experiências em relação à seleção é respondida pela eleição de uma regra ou a outra como a aplicável. Uma vez que há quatro³³ passos, há quatro ocasiões, nas quais uma decisão precisa ser tomada entre uma regra ou a outra como a aplicável. Desta forma, as quatro regras podem ser combinadas de várias formas. Chamemos qualquer combinação possível das regras 1 e 2 para o conjunto de quatro passos sucessivos de um “programa de seleção”.

O método para decidir entre as duas regras em qualquer passo ou conjunto de passos é fornecido no Apêndice I. A Tabela 5, que descreve as chances de sobrevivência e alta³⁴ para a coorte não-diferenciada nos passos sucessivos na árvore também especifica a Regra 1 por produzir um conjunto de carreiras, nas quais as pessoas passaram adiante na cadeia inteira de demanda, candidatura, e tratamento, a despeito de suas características, tanto em um passo específico, como em uma sucessão deles.

Descobertas

Programa de Seleção 1: a regra 1 descreve os resultados do processamento das coortes de (a) idade, (b) sexo, (c) nível social da região de acordo com o recenseamento residencial³⁵, (d) estado civil, e (e) grupos de idade femininos pelos quatro passos. Populações em contato ou desligadas em cada passo foram reproduzíveis de acordo com os seguintes procedimentos: Desligar dois terços dos candidatos originais

após a pesquisa inicial; desligar aproximadamente um quinto dos sobreviventes após a entrevista de admissão; desligar na conferência de abertura metade daqueles que foram admitidos; e desligar um sexto daqueles aceitos para tratamento antes de aparecerem para o primeiro tratamento com o terapeuta. A cada redução, desconsiderado o fato de as pessoas serem homens ou mulheres, ou mesmo crianças, adolescentes, adultos jovens, ou já mais velhos, ou de idade, ou virem de áreas socialmente categorizadas como baixa, média, ou alta do setor oeste de Los Angeles, ou estarem abaixo de dezesseis anos de idade e, portanto, serem ineligíveis para casamento, ou serem solteiros, casados, ou separados, divorciados, ou viúvos.

Programa de Seleção 2: um segundo procedimento é necessário para reproduzir as populações “dentro” e “fora” em relação a (a) faixa etária masculina dos candidatos, (b) como as pessoas contataram a clínica pela primeira vez, e (c) como as pessoas foram encaminhadas à clínica. O programa para reproduzir cada desses grupos estabelece: desligar seletivamente cada uma dessas coortes sem relação a cada um dessas três características, mas fazê-lo somente no primeiro contato. Após o primeiro contato, desconsiderar essas características: passar ou desligar os sobreviventes de acordo com a Regra 1.

As experiências específicas dessas coortes foram como se segue:

(a) *Faixa etária masculina:* como um exame da Tabela 6 revela, após o primeiro contato, homens adolescentes e adultos foram desligados em maior número do que o esperado. Crianças e adultos jovens ou medianos foram desligados em números aproximadamente esperados. Homens de idade foram desligados menos frequentemente que o esperado. Três quintos do qui-quadrado para a tabela inteira foi composta por essas comparações. As diferenças restantes foram distribuídas ao longo do processo. Discriminações em relação à faixa etária masculina ocorreram no primeiro passo e diziam respeito ali a apenas 27% de todas as faixas etárias masculinas que contataram a clínica. Discriminações posteriores, apesar de terem ocorrido, foram de pequeno valor preditivo, tanto com respeito ao tamanho proporcionado ou composição.

(b) *Como o primeiro contato foi feito:* seleções em relação à natureza dos primeiros contatos foram grandemente concentradas no primeiro contato. 70% das pessoas que se candidataram por carta ou telefone, ou por quem outra pessoa apareceu em seu lugar, desligaram-se após a pesquisa inicial. Quase 98% do qui-quadrado para o processo inteiro foi composto pela diferença entre as pessoas nesse passo. Após esse passo, as populações de sobreviventes e que foram desligadas eram indistinguíveis.

(c) *Fonte de encaminhamento:* pessoas que eram tanto auto-encaminhadas ou eram encaminhadas por pessoas leigas não eram distinguíveis em suas taxas de desistências em primeiro contato, e ambos os grupos desistiram em números maiores do que o esperado. Em contraste, pessoas que eram encaminhadas por fontes médicas ou psiquiátricas profissionais desistiram muito abaixo dos números esperados. Esse efeito foi impressionantemente limitado ao contato inicial. Sobreviventes do contato inicial prosseguiram pelo restante de suas carreiras sem que a forma de encaminhamento aparecesse novamente. A maioria das diferenças entre esses grupos ocorreu neste passo: 85% do qui-quadrado da tabela foi composta aqui.

Programa de Seleção 3: Um terceiro programa é necessário para reproduzir as populações “dentro” e “fora” que correspondem ao tipo de experiência prévia com soluções psiquiátricas. Tipo de experiência psiquiátrica prévia foi associado com chances de sobrevivência no contato inicial e novamente na conferência de admissão. As chances de sobrevivência ao primeiro contato das pessoas que tiveram um histórico de contato com uma instituição mental pública foram abaixo do esperado. As chances de sobrevivência eram de alguma forma melhores que as esperadas para aqueles com experiência prévia com clínicas psiquiátricas públicas. Esse padrão foi repetido após a conferência de admissão. A Regra 1 reproduz os de dentro e os de fora na conferência de admissão e internação.

O problema da seleção

Os três programas que foram descritos respondem à questão: “As sucessivas populações, dentro e fora, foram discrimináveis nos atributos específicos?” Seria essa questão idêntica à questão, para a qual um estudo de seleção de paciente realmente procura uma resposta, por exemplo: “Quais critérios foram usados para selecionar pessoas para tratamento?” O fato de que as populações dentro e fora para a coorte de mesma idade são programáveis de acordo com a regra 1 significa que o trabalho de seleção pela equipe da clínica é descrito pela

Regra 1? A Regra 1 afirma que a população de demanda inicial, após o primeiro contato, seja proporcionalmente reduzida em tamanho por dois terços, de forma a reproduzir as proporções iniciais de homens e mulheres. A regra é claramente uma instrução ao programador. A Regra 1 descreve o uso do critério de idade de forma que nos permita dizer como o critério é realmente administrado no curso das atividades de seleção?

Uma resposta inequívoca a essas questões não é possível até que o pesquisador decida sobre uma teoria para conceber o relacionamento entre o trabalho de seleção e o carga de trabalho da clínica. Que alguma teoria é necessariamente escolhida nos remete ao quinto “parâmetro”³⁶ de um problema de seleção adequadamente definido

Como respondemos a essas questões depende de como escolhemos conceber os relacionamentos entre o trabalho de seleção e o carga de trabalho da clínica. A escolha de uma teoria não apenas é inevitável, mas é crítica para a tarefa de decidir o que contará como uma descoberta. Essa escolha de teoria fornece ao pesquisador os fundamentos para decidir o que os resultados de suas avaliações estatísticas significarão enquanto descobertas. *Testes estatísticos que produzem resultados idênticos³⁷ produzirão descobertas incompatíveis de acordo com o uso de diferentes decisões teóricas que sejam feitas com respeito ao relacionamento de trabalho de seleção para o carga de trabalho da clínica.*

Idealmente, é desejável um método que corresponda, em sua estrutura lógica, aos aspectos pretendidos dos eventos em estudo. Assume-se que as observações reais e as observações pretendidas são idênticas em significado. Os resultados de aplicar-se o método de qui-quadrado adquirem o status de uma descoberta apenas e exclusivamente de acordo com as regras que o pesquisador usa da definição da correspondência entre a estrutura lógica dos eventos do teste e a estrutura lógica dos eventos que ele sustenta observar. Isso tudo é óbvio e dificilmente requer que seja apontado. Como essa regra é relevante para os propósitos do pesquisador de decidir como as pessoas foram selecionadas?

Pode-se ilustrar que descobertas diferentes corresponderiam a resultados estatisticamente idênticos considerando-se alguns dos resultados acima. O qui-quadrado foi não-significante para as populações dentro e fora sucessivas para a coorte de idade. Esse resultado poderia ser tratado como a descoberta de que, quando as pessoas foram passadas para os próximos passos, o critério de idade foi desconsiderado. Por outro lado, o qui-quadrado idêntico não-significante poderia ser tratado como uma descoberta contrastante *i.e.*, que a equipe da clínica fez as seleções em relação à distribuição de idade da coorte original, o que lhes serviu como uma norma que governa suas seleções. A distribuição de idade da coorte original definiu para eles uma composição desejável da população que as pessoas que selecionam, por meio de suas decisões, procuravam produzir em passos posteriores. De acordo com esse conceito do relacionamento entre o trabalho de seleção e a carga de trabalho da clínica, um qui-quadrado não-significante é uma medida da extensão na qual as atividades de seleção da equipe da clínica estavam de acordo com as práticas desejadas. Assim, usando o resultado do qui-quadrado idêntico, nada poderia ser *menos* relevante do que a idade do participante no primeiro caso, nada poderia ser *mais* relevante que a idade do participante no segundo.

Dos casos em que um qui-quadrado significativo ocorreu-considerare, por exemplo, fontes de encaminhamento-uma descoberta é a de que discriminação operava no primeiro contato; posteriormente, fontes de encaminhamento foram desconsideradas. Uma descoberta alternativa seria a de que atenção especial foi dada à encaminhamentos profissionais de acordo com a tentativa da clínica de encorajar encaminhamentos profissionais e manter seus laços com agências profissionais. Essa obrigação foi liberada após o primeiro contato. Daí em diante, uma distribuição simples estabelece que para que as pessoas sejam aceitas em relação proporcional à frequência com a qual elas parecem perseguir seus interesses na avaliação clínica e terapia. No último caso, a fonte de encaminhamento continuaria, em todos os passos sucessivos, a ser uma questão relevante que governa o trabalho de seleção, através do qual populações dentro e fora sucessivas foram geradas, ao passo que, no primeiro caso, a fonte do encaminhamento era irrelevante após o primeiro contato.

Esses exemplos deveriam bastar para o seguinte ponto: a escolha do conceito é inevitável se o pesquisador quiser designar um sentido a um resultado estatístico, como uma descoberta sobre o trabalho de seleção e as populações que ele produz.

Não apenas é inevitável a escolha de um conceito; a escolha é crítica também porque *um resultado estatístico idêntico corresponderá, em todo caso teórico diferente, a uma descoberta específica diferente.*

Essa variação depende inteiramente da teoria dos próprios procedimentos da seleção que o pesquisador elege usar. De fato, sem a escolha do pesquisador de uma teoria, ele não pode nem decidir qual teste empregar, ou decidir as operações apropriadas para conduzi-los. Se os testes forem feitos mesmo assim, os resultados serão a favor das descobertas de forma lógica idêntica à que o pelo do urso se coloca para o urso, ou coloca-se para qualquer outro objeto que o pesquisador, em nome de qualquer pequeno exercício de perspicácia clínica, pode conceber ou pode, através de raciocínio plausível, justificar. Resumindo, então, resultados estatísticos idênticos produzirão descobertas diferentes sobre os critérios de seleção.

Obviamente, estamos interessados em decidir as *descobertas* sobre os critérios de seleção. Se, de forma comparativa, repensarmos várias escolhas que estão disponíveis em relação a esse “parâmetro,” considerações adicionais de adequação podem ser demonstradas.

Uma escolha é conceber a relação entre trabalho de seleção e a carga de trabalho da clínica como uma sequência linear causal com populações sucessivas concebidas como uma série de eventos independentes. Chamemos isso de um *modelo qui-quadrado*. Outra escolha é conceber a relação como uma sequência linear causal, mas tratar essa sequência como um processo finito de Markov com probabilidades de transição fixas. Chamemos isso de um *modelo de Markov*. Em ambos os casos, a distribuição provável de características em uma população resultante é governada apenas por (a) as características da população no passo precedente e (b) por uma operação na população que envia uma parte dela para “dentro” e envia o restante para “fora” no passo posterior. Uma terceira concepção relaciona o trabalho de seleção e a carga de trabalho da clínica como um processo, através do qual as seleções dos selecionadores são governadas em suas ocorrências pela desejada, ou talvez justificável composição que os processos de seleção que os selecionadores esperam que produzam em algum passo posterior. Chamemos essa teoria de um *modelo de “condução”*.

Um teórico que tenha usado um *modelo qui-quadrado* junto com o método qui-quadrado para decidir uma descoberta estaria obrigado a relatar as seguintes descobertas sob a ocorrência de um qui-quadrado não-significante considerando-se às coortes separadas por sexo. O qui-quadrado não-significante descreve as duas populações como o resultado do conjunto total de decisões de seleção, cada decisão tendo ocorrido independentemente das outras, nas quais o sexo foi uma consideração irrelevante na decisão. A condição de independência fornece as características adicionais que as seleções foram feitas pelos selecionadores, que trataram também como irrelevante a composição da população inteira, a ocasião da seleção, e a disposição antecipada destes que permaneceriam “dentro” nos passos posteriores.

Se o teórico usou um *modelo de Markov*, o qui-quadrado não-significante descreve as últimas duas populações dentro e fora, conforme o resultado do conjunto total de decisões de seleção, nos quais as pessoas eram enviadas para dentro ou para fora sem considerar o sexo. Mas está, adicionado aos resultados, que as seleções foram feitas pelos selecionadores que levaram o tamanho e a composição proporcional da população no passo imediatamente anterior em consideração, mas apenas no passo anterior, e que considera a ocasião da seleção como relevante, mas apenas em seu sentido como a ocasião que seguiu o passo precedente. No restante das situações, desconsideraram a disposição final antecipada, mas administraram, ao invés disso, uma regra de porcentagem fixada para selecionar os dentro e os fora que era apropriada aos números proporcionados que tinham que ocorrer como dentro e fora no passo posterior³⁸.

Se o *modelo de “condução”* é usado, um qui-quadrado não-significante descreve as duas populações como os resultados de decisões de seleção individual, cada uma sendo feita considerando tanto os produtos disponíveis, quanto os acumulados, sendo o produto acumulado governado por aquilo que o resultado final para aquele conjunto teria se tornado, assim como pelo objetivo terminal do conjunto inteiro de passos remanescentes, e com o objetivo no curso de seleções sendo o de produzir uma distribuição dos dentro e dos fora que *corresponde à regra de irrelevância* como um modo de comportamento de seleção sancionado. Um qui-quadrado não-significante significaria que sexo havia sido definitivamente levado em consideração pelos selecionadores e que sexo foi tão levado em consideração por eles a ponto de produzir uma população que condiz com uma composição de sexo e tamanho justificáveis da última carga de trabalho da clínica.

De forma alguma são esses os únicos modelos disponíveis. E obviamente não existe regra, através da qual o número de escolhas disponíveis pode ser limitado. Como alguém faz uma escolha?

Devido ao fato de que a escolha dirigirá o sentido a ser feito do resultado estatístico, e devido ao fato de que iriam querer que o método correspondesse às atividades de seleção reais, a regra óbvia é selecionar uma concepção que corresponda o mais próximo às atividades reais, através das quais as pessoas são selecionadas na clínica. Problemas de adequação acompanham essa regra.

Se tivéssemos que basear nossa escolha nessa regra, havia características das atividades de seleção na U.C.L.A. que poderiam ser citadas como fundamentos para preferir o *modelo de “condução”* aos outros dois. Primeiramente, a equipe da clínica tinha ideias definidas sobre as propriedades que a carga de trabalho da clínica deveria apresentar. Suas ideias estavam relacionadas à carga de trabalho em cada passo, começando com a composição da população de demanda, mas essas ideias foram bem definidas em relação à carga da internação. Além disso, havia o fenômeno na clínica da U.C.L.A. da lista de espera não-existente. Pedia-se às pessoas para “esperar”. Dizia-se a elas que haviam sido aceitas para tratamento e seriam contatadas assim que um local estivesse disponível. O grupo foi estabelecido para satisfazer contingências antecipadas, mas indefinidas. Seleções foram feitas a partir do grupo para consertar as “deficiências” na carga de trabalho dos residentes conforme os residentes momentaneamente decidiam as faltas e os excessos. A garantia adicional mais aproximada do caráter realista do modelo do *modelo de “condução”* é obtida do fato de que a equipe da clínica reclamou aos pesquisadores que seu trabalho não estava sendo representado precisamente e justamente quando as seleções foram retratadas a eles como sendo feitas ignorando-se o tamanho e a composição legítimos da carga de trabalho que esperava-se que eles produzissem.

A despeito de sua plausibilidade, há várias falhas óbvias do *modelo de “navegação”*. Primeiramente, muitos critérios foram usados nas seleções, de que a equipe da clínica da U.C.L.A. não estava ciente. Por exemplo, residentes psiquiátricos insistiram na relevância de considerações técnicas dos psiquiatras na seleção de pacientes, e descontaram a relevância dos critérios que minimizaram os riscos de uma diminuição ou perda de reputação profissional. A título de outro exemplo, a equipe da clínica geralmente enfatizava que o tempo era desperdiçado em personalidades psicopatas, porque tais pessoas são muito resistentes ao tratamento. Mas a equipe da clínica geralmente falhava em mencionar a importância organizacional de ser capaz de contar com sessões de tratamento regularmente agendadas; psicopatas são para eles “pestilentos”, da mesma forma que são “pestilentos” quaisquer outros, cujas demandas complicam e obstruem rotinas estabelecidas e respeitadas. Se o *modelo de “condução”* deve ser usado, métodos teriam que ser desenvolvidos para demonstrar a ocorrência de eventos que ele representa.

Uma segunda desvantagem do *modelo de “condução”* consiste no controle que ele implica que a equipe da clínica exerça sobre a composição de populações sucessivas. Nem o *modelo qui-quadrado* nem o *modelo de Markov* requerem que o pesquisador responda a esse ponto, apesar de ser um bem difícil de conceber-se para os propósitos de rigorosa demonstração empírica. É fácil o bastante mostrar, para a clínica da U.C.L.A., que se a equipe da clínica, de fato controlar a composição de uma população resultante, eles o fazem ao primeiro contato e novamente na conferência de admissão. Mas, mesmo nesses passos, não há melhor associação do que aquela marcada entre o passo no processo e a divisão de responsabilidade entre o paciente e a clínica para a decisão de continuar ou não. Bastante do resultado depende do paciente e aspectos desconhecidos da interação paciente-equipe da clínica para mudar-se consideravelmente o tamanho e a composição das últimas populações dos dentro e dos fora. Nos outros passos, os operadores da seleção estão complicados ao extremo. Na melhor hipótese, então, o *modelo de “condução”* é meramente plausível, e permaneceria assim contanto que não seja factualmente conhecido, sem mencionar ser conceitualmente claro, em relação à forma como os critérios operam nas transações entre pacientes e a equipe da clínica.

Uma discussão do enquadramento adequado dos problemas de seleção não estaria completa sem mencionar a observação de Weiss e Schaie de que o método de “cortes transversais” é suficiente para os propósitos “limitados, mas importantes, da predição.” Weiss e Schaie falam pela opinião aceita, quando dizem que apesar de o método de “cortes transversais” ter nada a dizer sobre “dinâmicas”, ele ainda possui valor preditivo. O que Weiss e Schaie chamam de valor preditivo é idêntico em sentido com nossa afirmação de que populações sucessivas dos dentro e dos fora são programáveis. Com total reconhecimento do cuidado e modéstia, com os quais a afirmação foi formulada, julgamos necessário, todavia, considerar algumas qualificações desse “valor preditivo”.

(1) Não é uma virtude possuída exclusivamente pelo método de “cortes transversais” que as

chances de sobrevivência podem ser programadas. A decisão do pesquisador de restringir um estudo ao método de “cortes transversais” não constitui uma vantagem sobre os estudos que observam a tarefa de programar as chances de sobrevivência ao mesmo tempo em que fornecem explicitamente os cinco parâmetros. De fato, vimos que a virtude das afirmações “preditivas” baseadas no método de “cortes transversais” podem ser inundadas pela indeterminação dos resultados.

(2) Um programa para a clínica da U.C.L.A. pode acabar não descrevendo as populações em outras clínicas. Se restringirmo-nos ao conselho Weiss-Schaie, seríamos incapazes de decidir, mesmo a partir das diferenças relatadas, se os critérios de seleção diferentes estariam ou não sendo usados nas diferentes clínicas.

(3) Um programa como esse, descrito nas tabelas 5, 6 e 7, é válido contanto que os critérios para o processo de encaminhar pessoas para dentro e fora da clínica não sejam alterados por tais fatores como decisões administrativas, tamanho e composição da equipe da clínica, as relações da clínica com grupos externos - resumindo, os aspectos das transações paciente-clínica como um sistema socialmente organizado de atividades.

(4) Mas, mesmo essa formulação pressupõe que os critérios preditivos sejam idênticos aos critérios de seleção. Essa identidade, no entanto, não é em qualquer sentido necessária. Usar a identidade, todavia, pode obstruir a pesquisa que é necessária para clarificar a relação entre os dois. Considere-se, por exemplo, que um critério preditivo pode sempre ser dividido entre as decisões de seleção dos selecionadores. O critério preditivo idêntico pode ser reunido por vários conjuntos de decisões diferentes, cujos fundamentos mostraram uma variabilidade que o caráter unificado do critério preditivo mascarou. O remédio não é, como Weiss e Schaie sugerem, que a atenção seja voltada para a prever o resultado para casos individuais. Em vez disso, o remédio é mostrar a correspondência entre os critérios que operam em decisões individuais e os critérios preditivos, através da descrição dos critérios preditivos como uma reunião das decisões feitas nos casos individuais. Essa crítica é idêntica à crítica que Robinson fez do uso de correlações ecológicas³⁹.

(5) Onde os pesquisadores usam cronogramas preparados para obter informação de programação, e mais particularmente onde esses cronogramas são administrados fazendo-se com que a equipe clínica os preencha para relatar aos pesquisadores seu próprio comportamento, os cronogramas necessariamente, através disso, o importante senso de regras governando a conduta de relatar dos relatores da clínica. Ambos, a confiabilidade das descrições, assim como a validade dos eventos que lhes são requeridos descrever, tornam-se, através disso, inseparáveis das rotinas diárias organizadas de operação da clínica que essas mesmas pessoas gerenciam e tornam mandatórios umas às outras. Logo, as alegações de valor preditivo presumido permanecem circunstanciais. O valor delas como predições depende de precisamente as mesmas condições que são dependentes das chances de sobrevivência e das formas que essas chances são produzidas. Tais condições, na verdade, devem ser pressupostas pelo pesquisador, se o “valor” for designado a essas alegações preditivas. Logo, um fenômeno crítico que deve necessariamente ser levado em consideração, juntamente com as experiências com critérios na decisão da questão do valor preditivo, consiste no fato de que os critérios são compreensíveis apenas em relação a um processo socialmente controlado para reunir populações de “dentro” e de “fora”. A questão, portanto, não é se as populações podem ser programadas, mas se as regras de programação são invariantes à ocasião particular, na qual estão sendo estudadas.

TABELA 6

Atributos	Grupo original 100%	Porcentagem do grupo original remanescente após				Atrição da coorte original em passos sucessivos da árvore por atributos selecionados da coorte				Percentual dos sobreviventes do enésimo passo remanescente após o passo n + 1			
		Primeiro contato	Entrevista de admissão	Conferência de admissão	Tratamento	Primeiro contato	Entrevista de admissão	Conferência de admissão	Tratamento	Primeiro contato	Entrevista de admissão	Conferência de admissão	Tratamento
Sexo													
Masculino	284	34,2	27,5	15,9	14,5	34,2	80,4	57,7	91,1	34,2	80,4	57,7	91,1
Feminino	376	38,6	29,3	13,6	10,4	38,6	75,9	46,4	76,5	38,6	75,9	46,4	76,5
Total	660					36,7	77,7	51,1	83,3				83,3
Idade													
0-15	108	40,7	33,3	15,7	13,9	40,7	81,8	47,2	88,2	40,7	81,8	47,2	88,2
16-20	60	23,3	18,3	11,7	10,0	23,3	78,6	63,6	85,7	23,3	78,6	63,6	85,7
21-40	311	38,6	31,2	17,7	14,5	38,6	80,8	56,7	81,8	38,6	80,8	56,7	81,8
41-50	80	43,7	30,0	11,3	10,0	43,7	68,6	37,5	88,9	43,7	68,6	37,5	88,9
51 ou mais	65	43,1	26,2	12,3	9,2	43,1	60,7	47,1	75,0	43,1	60,7	47,1	75,0
Total	624					38,6	77,6	51,3	83,3				83,3
Nível social do recenseamento residencial													
Menos de 49	31	41,9	32,3	12,9	12,9	41,9	76,9	40,0	100,0	41,9	76,9	40,0	100,0
50-59	81	44,4	29,6	17,3	14,8	44,4	66,7	58,3	85,7	44,4	66,7	58,3	85,7
60-69	94	53,2	45,7	25,5	20,2	53,2	86,0	55,8	79,2	53,2	86,0	55,8	79,2
70-79	147	42,2	32,7	15,0	10,9	42,2	77,4	45,8	72,7	42,2	77,4	45,8	72,7
80-83	116	39,7	31,0	13,8	12,9	39,7	78,3	44,4	93,7	39,7	78,3	44,4	93,7
80-99	50	46,0	36,0	28,0	26,0	46,0	78,3	77,8	92,9	46,0	78,3	77,8	92,9
Total	519					44,3	77,8	52,5	84,0				84,0
Estado civil													
Inelegível (16 anos ou menos)	117	36,8	29,9	14,5	12,0	36,8	81,4	48,6	82,4	36,8	81,4	48,6	82,4
Solteiro	134	35,1	26,1	12,7	11,9	35,1	74,5	48,6	94,1	35,1	74,5	48,6	94,1
Casado	263	41,8	32,3	18,6	15,2	41,8	77,2	57,6	81,6	41,8	77,2	57,6	81,6
Separado	23	56,5	52,2	26,1	21,7	56,5	92,3	50,0	83,3	56,5	92,3	50,0	83,3
Divorciado	32	56,3	40,6	9,4	6,3	56,3	72,2	23,1	66,7	56,3	72,2	23,1	66,7
Viuvo	14	58,0	46,4	18,8	14,5	58,0	77,8	40,6	76,9	58,0	77,8	40,6	76,9
Total	583					41,2	77,9	51,5	83,3				83,3
Grupos masculinos de idade													
0-15	71	43,7	35,2	16,9	15,5	43,7	80,6	48,0	91,7	43,7	80,6	48,0	91,7
16-20	33	12,1	12,1	12,1	12,1	12,1	100,0	100,0	100,0	12,1	100,0	100,0	100,0
21-40	126	36,5	28,6	19,8	18,3	36,5	78,3	69,4	92,0	36,5	78,3	69,4	92,0
51-50	17	11,8	11,7	0,0	0,0	11,8	100,0	0,0	0,0	11,8	100,0	0,0	0,0
51 ou mais	25	52,0	40,0	16,0	12,0	52,0	76,9	40,0	75,0	52,0	76,9	40,0	75,0
Total	272					156,1	435,8	257,4	358,7				358,7

TABELA 6 (cont.)

Atrição da coorte original em passos sucessivos da árvore por atributos selecionados da coorte
 Percentagem do grupo original remanescente após

Percentual dos sobreviventes do enésimo passo remanescente após o passo n + 1

Atributos	Grupo original 100%	Primeiro contato		Entrevista de admissão		Conferência de admissão		Tratamento		Primeiro contato		Entrevista de admissão		Conferência de admissão		Tratamento	
		X2	P	X2	P	X2	P	X2	P	X2	P	X2	P	X2	P	X2	P
Grupos femininos de idade																	
0-15	36	36,1	30,6	13,9	11,1	11,1	36,1	84,6	45,5	80,0							
16-20	27	37,0	25,9	11,1	7,4	7,4	37,0	70,0	42,9	66,7							
21-40	185	40,0	34,1	16,3	11,9	11,9	40,0	85,1	47,6	73,3							
51-50	64	51,6	34,4	14,1	12,5	12,5	51,6	66,7	40,9	88,9							
51 ou mais	40	37,5	17,5	10,0	7,5	7,5	37,5	46,7	57,1	75,0							
Total	352						41,1	75,9	46,4	76,5							
Como foi feito o primeiro contato																	
Carta	22	22,7	22,7	13,6	13,6	13,6	22,7	100,0	60,0	100,0							
Telefone	412	28,4	22,3	10,9	9,2	9,2	28,4	78,6	48,9	84,4							
Em pessoa, encaminhado	457	28,2	22,5	11,2	9,4	9,4	28,2	79,8	49,5	84,3							
sozinho	101	30,4	26,1	13,0	8,7	8,7	30,4	85,7	50,0	66,7							
Em pessoa, sozinho	55	50,5	41,6	20,8	13,9	13,9	50,5	82,3	50,0	66,7							
Em pessoa, acompanhado	156	56,4	39,7	18,2	14,7	14,7	56,4	75,6	50,0	74,2							
Total	613						34,4	78,2	49,7	80,5							
Fonte de encaminhamento																	
Encaminhamento leigo, menos si próprio	210	20,5	15,2	6,2	5,2	5,2	20,5	74,4	40,6	84,6							
Auto-encaminhamento	140	29,3	25,0	15,7	10,7	10,7	29,3	85,4	62,9	68,2							
Profissional médico e psiquiátrico	289	50,9	39,4	19,7	17,3	17,3	50,9	77,5	50,0	87,1							
Total	639						36,1	78,3	50,8	82,6							
Experiência prévia com remédios psiquiátricos																	
Hospital público	33	18,2	12,1	3,0	3,0	3,0	18,2	66,7	25,0	100,0							
Recursos mistos privado e público	37	32,4	27,0	10,8	8,1	8,1	32,4	83,3	40,0	75,0							
Psiquiatra privado e hospital privado	128	43,0	34,4	17,2	14,8	14,8	43,0	80,0	50,0	86,4							
Nenhum	290	45,9	34,1	16,6	14,1	14,1	45,9	74,4	48,5	85,4							
Clinica pública	47	53,2	46,8	38,3	27,7	27,7	53,2	88,0	81,8	72,2							
Total	535						43,2	77,4	51,9	82,8							

TABELA 7

Resultados qui-quadrado para comparações "dentro" e "fora" após primeiro contato, entrevista de admissão e conferência de admissão por atributo (Veja Apêndices I e II)

Atributos	Subtabelas															
	Tabela				Após primeiro contato				Após entrevista de admissão				Após conferência de admissão			
	X2	P	X2	P	X2	P	X2	P	X2	P	X2	P	X2	P	X2	P
Sexo	4,355 (3df)	> 0,20	1,354 (1df)	> 0,10	0,680 (1df)	> 0,30	2,321 (1df)	> 0,20	2,321 (1df)	> 0,20	2,321 (1df)	> 0,20	2,321 (1df)	> 0,20	2,321 (1df)	1,1,1
Idade	20,046 (12df)	> 0,05	7,553 (4df)	> 0,10	9,116 (4df)	> 0,05	3,378 (4df)	> 0,50	3,378 (4df)	> 0,50	3,378 (4df)	> 0,50	3,378 (4df)	> 0,50	3,378 (4df)	1,1,1
Nível social do recenseamento residencial	16,956 (15df)	> 0,30	4,425 (5df)	> 0,30	4,947 (5df)	> 0,30	7,584 (5df)	> 0,10	7,584 (5df)	> 0,10	7,584 (5df)	> 0,10	7,584 (5df)	> 0,10	7,584 (5df)	1,1,1
Estado civil	15,466 (9df)	> 0,05	11,087 (3df)	> 0,01	0,716 (3df)	> 0,80	3,664 (3df)	> 0,30	3,664 (3df)	> 0,30	3,664 (3df)	> 0,30	3,664 (3df)	> 0,30	3,664 (3df)	1,1,1
Grupos femininos de idade	16,583 (12df)	> 0,10	3,750 (4df)	> 0,30	12,284 (4df)	> 0,01	0,548 (4df)	> 0,95	0,548 (4df)	> 0,95	0,548 (4df)	> 0,95	0,548 (4df)	> 0,95	0,548 (4df)	1,1,1
Grupos masculinos de idade	25,517 (12df)	> 0,01	17,193 (4df)	> 0,001	0,751 (4df)	> 0,90	7,573 (4df)	> 0,10	7,573 (4df)	> 0,10	7,573 (4df)	> 0,10	7,573 (4df)	> 0,10	7,573 (4df)	2,1,1
Como foi feito o primeiro contato	31,179 (3df)	< 0,001	30,515 (1df)	< 0,001	0,660 (1df)	< 0,30	0,005 (1df)	> 0,90	0,005 (1df)	> 0,90	0,005 (1df)	> 0,90	0,005 (1df)	> 0,90	0,005 (1df)	2,1,1
Fonte de encaminhamento	56,133 (6df)	< 0,001	52,320 (2df)	< 0,001	1,264 (2df)	> 0,50	2,549 (2df)	> 0,20	2,549 (2df)	> 0,20	2,549 (2df)	> 0,20	2,549 (2df)	> 0,20	2,549 (2df)	2,1,1
Experiência psiquiátrica prévia	28,607 (12df)	> 0,001	12,920 (4df)	> 0,01	3,250 (4df)	> 0,50	12,437 (4df)	> 0,01	12,437 (4df)	> 0,01	12,437 (4df)	> 0,01	12,437 (4df)	> 0,01	12,437 (4df)	2,1,2

A busca por “critérios preditivos”, que prossegue sem referência aos processos socialmente controlados para reunir as várias populações, poderia facilmente resultar em um longo catálogo de critérios. Se as referências aos processos socialmente controlados forem omitidas, pode-se, assim, ter a impressão de que a equipe da clínica trabalha com o mesmo catálogo, e que as circunstâncias da seleção consistiam de uma complicação de detalhes ínfimos das reais circunstâncias dos pacientes e das equipes da clínica. Mas, quando se examinam estudos prévios, a intenção interpretativa claramente não é nada parecida com isso. Ao invés disso, encontra-se uma ênfase no uso socialmente estruturado de critérios, *i.e.*, de critérios operando dentro das limitações do caráter corporativamente organizado das transações da clínica. Os critérios de seleção são concebidos por autores anteriores como o uso de um sistema social como um esquema tácito de interpretação. Logo, o uso literal do conselho de Weiss-Schaie confronta os pesquisadores com a dolorosa perspectiva de catálogos expandidos de “fatores”, cada um com seu “valor preditivo” designado, nenhum dos quais lida com o problema de critérios de seleção.

Permanece uma consideração final. Todos os estudos de seleção anteriores, incluindo o relatado nesse trabalho, dependem do caráter razoável da questão dos procedimentos de seleção, assim como do sentido de seus resultados, na partindo do princípio que “dentro” e “fora” são *essencialmente* eventos discretos. Rosenthal e Frank mencionam casos que se desviaram dessa pressuposição no estudo, mas tratam tais casos como contratempos metodológicos. Consideramos esses casos mais do que isso.

Considere-se novamente que os critérios de seleção não podem ser descritos de forma independente das transações em que são usados. Em nossa própria pesquisa, descobrimos que “dentro” e “fora” eram eventos discretos somente enquanto esses estados eram definidos por pessoas da clínica em relação a suas responsabilidades *administrativas* no caso. Onde, por outro lado, “dentro” e “fora” tiveram que ser decididos por pessoas da clínica em relação às responsabilidades *médicas*, os estados dos “dentro” e “fora” adquiridos, como características *essenciais* que a qualquer momento uma decisão teria que ser tomada, *que o quê o caso teria se tornado permanecia algo a ser visto*. Pessoas que foram responsáveis medicamente pelo caso insistiram nisso. Como resultado, a clínica, a cada mês, relatava ao Departamento de Estado de Higiene Mental um número inflado de pessoas “em tratamento”. Isso incluía pessoas para as quais ativa responsabilidade contínua foi presumida, mais um número adicional e, às vezes, muito grande de casos “inativos”⁴⁰, que foram retidos no status “em tratamento”, porque, do ponto-de-vista de pessoas da clínica, considerá-los de outra forma envolvia uma quebra de práticas médicas sancionadas. Terapeutas e outros estavam relutantes ou incapazes de recomendar um encerramento administrativo nesses casos, porque isso quebraria suas responsabilidades médicas, se o fizessem. Para descrever esses casos, era necessário um conhecimento da história do caso, assim como uma avaliação de desenvolvimentos futuros, possíveis, mas desconhecidos desenvolvimentos, da parte dos pacientes e, da mesma forma, da equipe da clínica. A equipe da clínica não foi capaz de separar as características histórico-prospectivas do caso na descrição do seu status *para o estudo*.

Quando examinamos casos nos passos anteriores ao tratamento, o fenômeno idêntico apareceu, mas com ênfase ainda maior no caráter temporário peculiar do caso. Pudemos contabilizar os casos “dentro” ou “fora” desconsiderando o papel da responsabilidade médica no caso, ou seja, encaminhando os critérios para outras transações clínicas que não aquelas que eram obviamente as relevantes para o estudo dos processos de seleção. Quando insistimos com a equipe da clínica para que eles, todavia, considerassem cada caso “dentro” ou “fora”, isso foi feito ao custo de desconsiderar suas reclamações. Esses “tomadores de decisão” reclamaram que não estávamos descrevendo adequadamente seus interesses nos casos e *suas* formas de lidar com as questões da clínica.

Tratando os “dentro” e “fora” como eventos essencialmente distintos, o pesquisador pode, assim, estar impondo uma característica ao dado, que é inteiramente um artefato do método para descrever experiências clínicas. Tais características podem estar em total desacordo com os aspectos dos procedimentos de seleção. Tratar tais casos como contratempos metodológicos pode, na verdade, obstruir o desenvolvimento da teoria e dos métodos que são necessários para o estudo adequado desses assuntos.

Observações finais

Embora estivéssemos interessados em clínicas psiquiátricas ambulatoriais, os parâmetros do problema de seleção, e os argumentos, críticas, e métodos baseados neles são gerais, de forma alguma restritos ao fato de que materiais psiquiátricos foram considerados. Aplicações adicionais

óbvias decorrem para estudos de mobilidade educacional e ocupacional, migração, histórias naturais, estudos de predição de ajustamento matrimonial e delinquência, e coisas semelhantes.

Os argumentos idênticos do trabalho são válidos sempre que a atribuição de uma população original for atribuída pelo pesquisador aos processos de seleção social. De forma mais geral, os argumentos são relevantes para os estudos da produção de carreiras através do trabalho de seleção social, onde isso envolve a atribuição progressiva de uma coorte original de pessoas, atividades, relações, ou, de fato, quaisquer eventos de estrutura social que sejam, e que são concebidos de acordo com a visão dos caminhos de atividades sequencialmente realizadas através das quais as estruturas sociais são montadas.

APÊNDICE I

Um método para usar o qui-quadrado para avaliar dados envolvendo frequências condicionais

Somos gratos ao Professor Wilfred J. Dixon, Universidade da Califórnia, Los Angeles, que desenvolveu para nós o seguinte método, que foi usado para decidir entre a Regra 1 e a Regra 2 nos passos sucessivos para reunir os Programas de Seleção que estão relatados no texto. O método está relatado aqui, porque permite que o qui-quadrado seja usado para avaliar dados no tipo de problema de atribuição representado nesse estudo, no qual a presença de frequências condicionais tornariam, de outra forma, o uso do qui-quadrado incorreto. O método é relatado aqui com a permissão do Professor Dixon.

O problema

Tivemos que comparar as populações “dentro” e “fora” a cada passo sucessivo quando usávamos todos os “dentro” e “fora” a cada passo particular como coluna marginal, e todos os “dentro” a cada passo precedente como uma fila marginal. No entanto, apenas as sucessivas populações “dentro” tiveram as condições para o uso do qui-quadrado para avaliar a tabela inteira, assim como as subtabelas. Para as sucessivas populações-dentro, a probabilidade de aparecerem a qualquer passo foi condicional a ter sobrevivido ao passo precedente. Assim as condições para o uso correto do qui-quadrado não poderiam ser satisfeitas, *i.e.*, que cada ocorrência fosse contada apenas uma vez, e que os eventos comparados ocorressem independentemente.

A Tabela A é um exemplo de uma tabela que queríamos avaliar:

TABELA A
NÚMERO OBSERVADO DE HOMENS E MULHERES REMANESCENTES OU COM ALTA APÓS CADA PASSO

	Coorte original	Primeiro contato		Entrevista de admissão		Conferência de admissão		Tratamento	
		Dentro	Fora	Dentro	Fora	Dentro	Fora	Dentro	Fora
Homens	284	187	97	19	78	33	45	4	41
Mulheres	376	231	145	35	110	59	51	12	39
Total	660	418	242	54	188	92	96	16	80

O método

A Tabela A foi reconstruída como Tabela B:

TABELA B
NÚMERO OBSERVADO DE HOMENS E MULHERES COM ALTA APÓS CADA PASSO

	Após primeiro contato	Após entrevista de admissão	Após conferência de admissão	Antes ou após iniciar o tratamento	Coorte original
Mulheres	231	35	59	51	376
Total	418	54	92	96	660

A tabela χ^2 possui 3 graus de liberdade.

Porque a população-dentro, em qualquer passo, consiste na soma das populações “fora” em todos os sucessivos passos, uma comparação dos “dentro” e dos “fora” a cada passo consistiu na divisão apropriada de X^2 para a tabela. A figura 2 mostra as divisões exatas que foram necessárias para as tabelas 2 x 4:

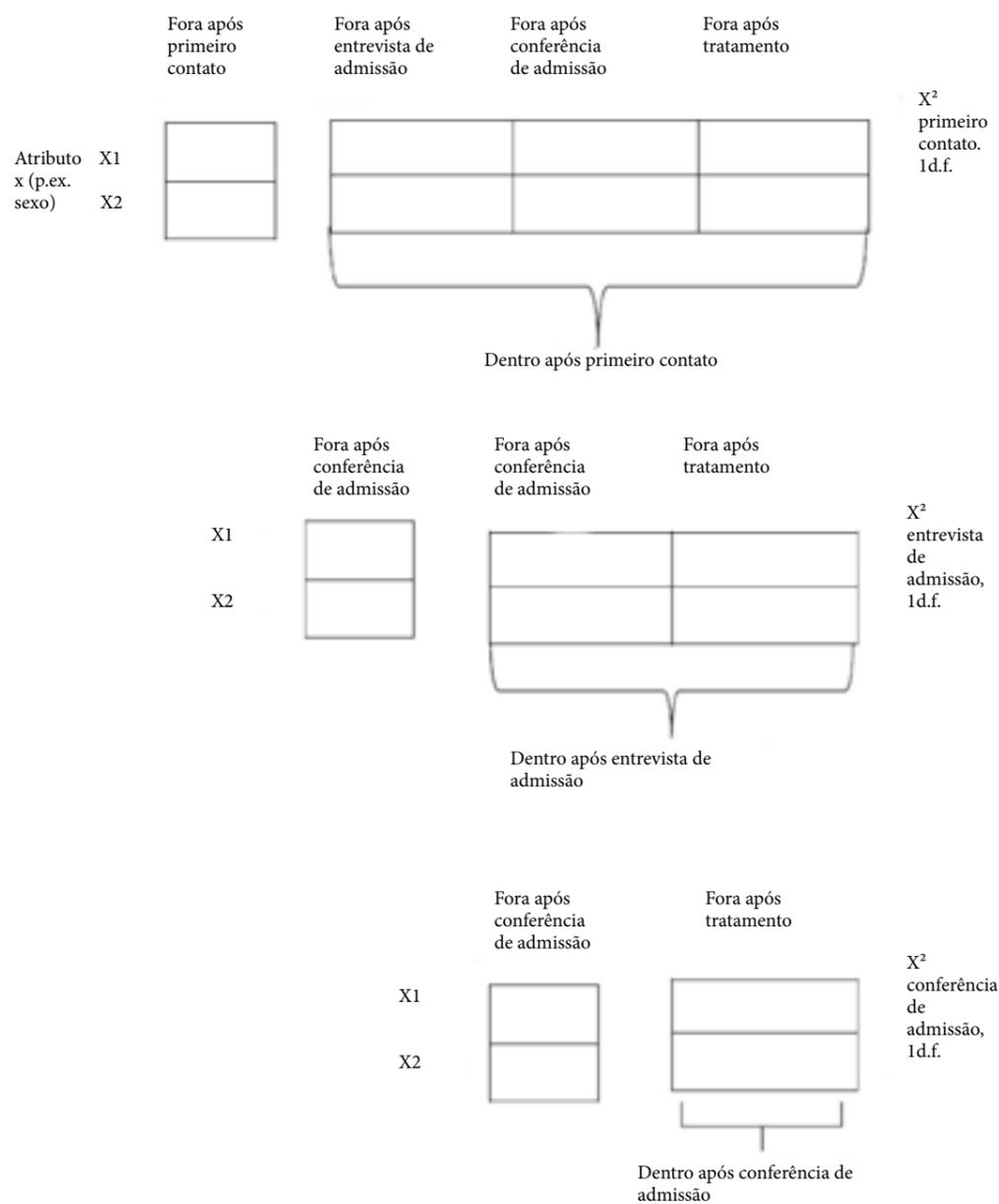


FIGURA 2

A figura 3 mostra as exatas participações que foram requeridas por tabelas com mais de duas linhas.

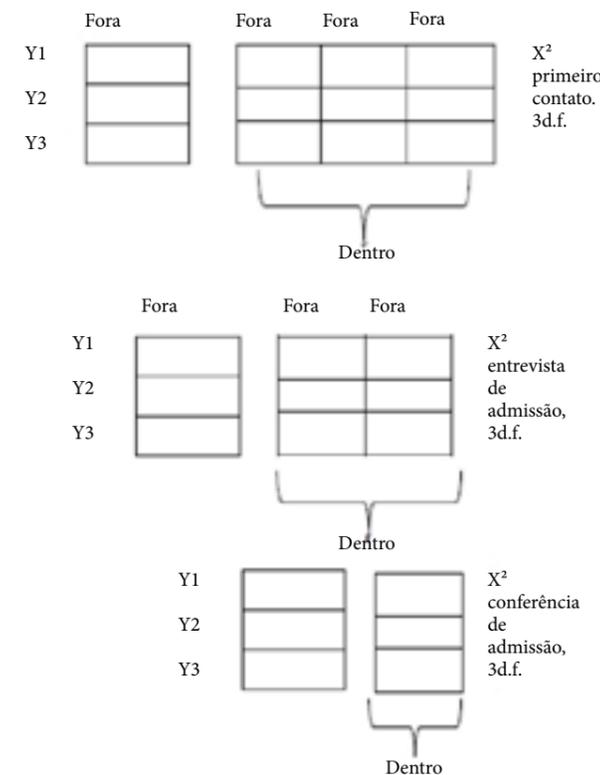


FIGURA 3

APÊNDICE II

Decidindo entre a regra 1 e a regra 2

Se o qui-quadrado para a tabela for não-significativo, a Regra 1 descreveria as populações dentro e fora observadas em todos os passos. Somente se o qui-quadrado da tabela fosse significativo, seriam os qui-quadrados parciais usados para decidir entre as Regras 1 e 2. Se o qui-quadrado para a tabela fosse significativo, e se um qui-quadrado de subtabela fosse significativo, a Regra 2 descreveria as populações dentro e fora observadas para esse passo. Se o qui-quadrado para a tabela fosse não-significativo, a Regra 1 descreveria as duas populações nesse passo.

O procedimento para decidir entre a Regra 1 e a Regra 2 é resumido na seguinte tabela:

Se o qui-quadrado da tabela for	Quando o qui-quadrado particionado for	
	Significativo, a regra designada ao passo foi	Não significativa, a regra designada ao passo foi
Significativo	Regra 2	Regra 1
Não-significativo	Regra 1	Regra 1

Um Programa de Seleção foi reunido de acordo com os resultados dos qui-quadrados divididos. No caso de um qui-quadrado significativo, três decisões foram necessárias para reunir o programa: uma decisão para cada divisão do qui-quadrado da tabela. Para os casos de um qui-quadrado de tabela não-significativo, uma decisão definiu o Programa de Seleção consistindo em aplicação sucessiva da regra 1 a cada um dos três passos.

A Tabela 7 apresenta os qui-quadrados completos e divididos para todos os atributos considerados nesse estudo.

Para obter os qui-quadrados para as subtabelas, a explicação de Mosteller⁴¹ para o método de Kimball⁴² para dividir uma tabela $m \times n$ em um conjunto exato de tabelas 2×2 foi usada. Os graus únicos de liberdade foram pesquisados para obter qui-quadrados para as subtabelas com 2 ou mais graus de liberdade. Fomos aconselhados pelo Professor Mosteller⁴³ que, em relação a esse procedimento, nenhuma prova existe de que os resultados de qui-quadrados pesquisados com graus únicos de liberdade seriam idênticos aos resultados da divisão exata de uma tabela em subtabelas com mais de um grau de liberdade. Portanto, a exatidão da decisão de pesquisar o grau único de liberdade repousa em fundamentos práticos.

ESTUDOS ANALISADOS

AULD, Jr., Frank and ERON, Leonard D. The Use of Rorschach Scores to Predict Whether Patients Will Continue Psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, v. 17, p. 104-109, 1953.

AULD, Jr., Frank and MYERS, Jerome K. Contributions to a Theory for Selecting Psychotherapy Patients. *Journal of Clinical Psychology*, v. 10, p. 56-60, 1954.

BRILL, Norman Q. and STORROW, Hugh. Social Characteristics of Applicants for Psychiatric Care. Trabalho apresentado no encontro da Divisão Ocidental da Associação Psiquiátrica Americana, Seattle, Setembro, 1959.

FRANK, Jerome D.; GLIEDMAN, Lester H.; IMBER, Stanley; NASH JR, Earl H., and STONE, Anthony R. Why Patients Leave Psychotherapy. *A.M.A. Archives of Neurology and Psychiatry*, v. 77, p. 283-299, 1957.

FUTTERMAN, S.; KIRKNER, F. J. and MEYER, M. M. First Year Analysis of Veterans Treated in a Mental Hygiene Clinic of the Veteran's Administration. *American Journal of Psychiatry*, v. 104, p. 298-305, 1947.

GARFIELD, Sol L. and KURZ, Max. Evaluation of Treatment and Related Procedures in 1216 Cases Referred to a Mental Hygiene Clinic. *Psychiatric Quarterly*, v. 26, p. 414-424, 1952.

GINSBURG, Sol W. and ARRINGTON, Winifred. Aspects of Psychiatric Clinic Practice. *American Journal of Orthopsychiatry*, v. 18, p. 322-333, April, 1948.

HOLLINGSHEAD, August B. and REDLICH, Frederick C. *Social Class and Mental Illness*. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1958.

IMBER, Stanley D., NASH, Earl H. and STONE, Anthony R. Social Class and Duration of Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, v. 11, p. 281-284, 1955.

KATKOV, B. and MEADOW, A. Rorschach Criteria for Predicting Continuation in Individual Psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, v. 17, p. 16-20, 1953.

KATZ, Jay and SOLOMON, Rebecca A. The Patient and His Experience in an Outpatient Clinic. *A.M.A. Archives of Neurology and Psychiatry*, v. 80, p. 86-92, 1958.

KURLAND, Shabse. Length of Treatment in a Mental Hygiene Clinic. *Psychiatric Quarterly Supplement*, v. 30, p. 83-90, 1956.

MENSH, Ivan N. and GOLDEN, Janet M. Factors in Psychotherapeutic Success. *Journal of the Missouri*

Medical Association, v. 48, p. 180-184, 1951.

MYERS, Jerome K. and Schaffer, Leslie. Social Stratification and Psychiatric Practice: A Study of an Outpatient Clinic. *American Sociological Review*, v. 19, p. 307-310, 1954.

MYERS, Jerome K. and AULD Jr., Frank. Some Variables Related to Outcome of Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, v. 11, p. 51-54, 1955.

ROGERS, Lawrence S. Drop Out Rates and Results of Psychotherapy in Government Aided Mental Hygiene Clinics. *Journal of Clinical Psychology*, v. 16, p. 89-92, 1960.

ROSENTHAL, David and FRANK, Jerome D. The Fate of Psychiatric Outpatients Assigned to Psychotherapy. *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, v. 127, p. 330-343, 1958.

RUBENSTEIN, Eli A. and LORR, Maurice. A Comparison of Terminators and Remainders in Outpatient Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, v. 12, p. 345-349, 1956.

SCHAFFER, Leslie and K. MYERS, Jerome. Psychotherapy and Social Stratification: An Empirical Study of Practices in a Psychiatric Outpatient Clinic. *Psychiatry*, v. 17, p. 83-93, 1954.

STORROW, Hugh A. and BRILL, Norman Q. A Study of Psychotherapeutic Outcome: Some Characteristics of Successfully and Unsuccessfully Treated Patients. Paper presented at the meetings of the California Medical Association, San Francisco, February, 1959.

TISSENBAUM, M. J. and HARTER, H. M. Survey of a Mental Hygiene Clinic-21 Months of Operation. *Psychiatric Quarterly*, v. 24, p. 677-705, 1950.

WEISS, James M. A. and SCHAIE, K. Warner. Factors in Patients' Failure to Return to Clinic. *Diseases of the Nervous System*, 19, p. 429-430, 1958.

WINDER, Alvin E. and HERSKO, Marvin. The Effect of Social Class on the Length and Type of Psychotherapy in a Veteran's Administration Mental Hygiene Clinic. *Journal of Clinical Psychology*, v. 11, p. 77-79, 1955.

Notas

* Com a assistência de Egon Bittner, Instituto Langley Porter de Neuropsiquiatria.

1 Leslie Schaffer e Jerome K. Myers, "Psychotherapy and Social Stratification: an Empirical Study of Practices in a Psychiatric Outpatient Clinic", *Psychiatry*, 17, p. 83-93.

2 August B. Hollingshead e Frederick C. Redlich, *Social Class and Mental Illness* (New York: John Wiley & Sons, Inc., 1958).

3 David Rosenthal e Jerome D. Frank, "The Fate of Psychiatric Clinic Outpatients Assigned to Psychotherapy", *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 127 (outubro de 1958), p. 330-343.

4 Hugh A. Storrow and Norman Q. Brill, "A Study of Psychotherapeutic Outcome: Some Characteristics of Successfully and Unsuccessfully Treated Patients". Artigo apresentado nas reuniões da Associação Médica da Califórnia, São Francisco, fevereiro de 1959.

5 James M. A. Weiss e K. Warner Schaie, "Factors in Patient's Failure to Return to Clinic", *Diseases of the Nervous System*, 19 (October, 1958), p. 429-430.

6 Jay Katz e Rebecca A. Solomon, "The Patient and His Experience in an Outpatient Clinic", *A.M.A. Archives of Neurology and Psychiatry*, 80 (July, 1958), p. 86-92.

7 Vinte e três estudos anteriores são listados e analisados no quadro 1. Somente estudos quantitativos que foram primariamente dirigidos ao tópico de seleção estão incluídos na lista. A lista não é exaustiva.

8 Usamos o termo “parâmetro” por causa do foco que ele permite no ponto essencial de que várias ideias definem as condições da descrição completa. Por exemplo, dentro das regras de teoria física, o conceito de “som em geral” é definido por suas ideias constituintes de amplitude, frequência e duração. Cada parâmetro deve ser especificado para que uma instância do caso geral seja claramente compreendida. Assim, falar de um som com uma dada amplitude e duração, mas sem uma frequência seria um absurdo formal. Contudo, é possível referir-se a um som, cuja amplitude e duração são conhecidas e que possui *uma* frequência, embora essa frequência não seja conhecida. Todos os três parâmetros seriam necessariamente referidos ao falar de “um som”, apesar de a referência ter sido feita explicitamente somente a um ou outro. Embora fosse possível tratar somente da amplitude como objeto de interesse, o entendimento claro desse único parâmetro pressuporia uma referência aos outros parâmetros, e para o caso de uma descrição completa, todos os três precisariam ser explicitamente especificados. Propomos que, assim como a amplitude, a frequência e a duração são parâmetros do conceito geral de som, dentro das regras de pesquisa física, e desempenham a função para o pesquisador de definir a descrição adequada de um exemplo de um som, as ideias de “sequência”, “operações de seleção”, “uma população inicial de demanda”, “a composição de uma população resultante” e “uma teoria relacionando o trabalho de seleção e o ingresso nas clínicas” são os parâmetros do “problema de seleção” dentro do programa de pesquisa sociológica e servem para definir, para o pesquisador, um exemplo real de um problema de seleção e, desse modo, as condições da descrição adequada.

9 Com exceção do estudo feito por Weiss e Schaie, essas populações e as atividades de seleção são relacionadas em uma sequência de tempo, que é idêntica às sequências concretas do tratamento clínico real. O estudo de Weiss e Schaie comparou as populações de pessoas que completaram os serviços agendados com aquelas que não completaram os serviços agendados, para que a ideia de populações sucessivas seja conservada em suas comparações, embora não faça referência às sequências concretas do procedimento clínico real.

10 Claro que o critério de seleção deve ser avaliado sem se levar em conta sequências temporais de operações de seleção, mas isso deixa o pesquisador sem muito a dizer sobre se ou como os critérios discriminantes são relevantes para o trabalho, através dos quais as populações resultantes são produzidas. Ver por exemplo, Rubenstein e Lorr, 1956. Por exemplo, se uma população resultante não era discriminável de outra anterior em distribuição por idade, então o pesquisador somente poderia falar dessa falta de discriminação e nada mais, se ele pretendesse falar literalmente sobre suas descobertas. É porque os pesquisadores pretendem perguntar se uma falta de discriminabilidade significa que as transações de seleção operaram independentemente da idade que o parâmetro de sequência deve ser estabelecido em outras bases. Esse problema será discutido mais tarde no artigo com relação a comparações “fora-fora”.

11 Weiss e Schaie, *op. cit.*, p. 430.

12 J. A. Clausen e M. R. Yarrow, (Eds.), “The Impact of Mental Illness on the Family.” *The Journal of Social Issues*, 11 (1955), p. 3-64.

13 Ver também os estudos de Futterman *et al.*, 1947, Schaffer e Myers, 1954, Brill e Storrows, 1959, não-publicado; analisado na Tabela 1.

14 Schaffer e Myers, *op. cit.*, p. 86.

15 Um estudo prévio que está isento dessa crítica é o de Auld e Eron, 1953, no qual o problema do estudo especificamente exigia uma população inicial de pessoas que tinham recebido o teste de Rorschach.

16 É necessário comentar para justificar a nossa insistência de que a população de demanda inicial é corretamente definida no ponto em que é encontrada pela primeira vez. Esse ponto pode ser avaliado em comparação com a tarefa do criminologista.

O Dr. Richard J. Hill perguntou se não havia uma similaridade com a situação do criminologista, que deve

decidir quando ele irá contabilizar para estimar a quantidade real de crimes (ou o número real de criminosos) e nossa tentativa de definir o lugar apropriado de contara fim de estimar o tamanho da população de demanda inicial. O problema do criminologista pareceria ser este: como estimar a quantidade real de crimes, dado que as atividades de definição, detecção, descrição e repressão podem influir nos movimentos do fenômeno que está sendo contabilizado? (Por exemplo, um crescimento no pessoal da polícia, ou uma mudança na legislação podem alterar a taxa de criminalidade). O criminologista se conforma com a regra de Thorsten Sellin, segundo a qual quanto mais tarde o criminologista obtiver dados sobre o processo de detecção, detenção e julgamento, menor credibilidade será dada aos dados obtidos como base para estimar os parâmetros do crime real; daí advém a solução prática de usar “crimes conhecidos pela polícia”. Quando os parâmetros da população de demanda inicial devem ser estimados, não seria tal regra obtida também e por razões metodológicas semelhantes?, e. g., “todas as demandas recebidas por aquele pessoal da clínica que tem o direito de decidir sobre a ocorrência de uma demanda de tratamento”.

Entendemos que, realmente, há uma profunda correspondência nos dois casos, mas que a correspondência baseia-se em fundamentos diferentes daqueles que o argumento anterior fornece. O “xis” da diferença encontra-se no significado de “quantidade real de crimes” e “demanda real”. Nosso argumento é como se segue:

Dentro da perspectiva das atividades da polícia há uma “quantidade real de crimes”, culturalmente definida comprometida com uma população culturalmente definida como produtora-de-crime. A polícia usa “os crimes conhecidos pela polícia” para significar ou representar suas características, tais como quantidade, tendência, quem colabora, etc. Da mesma forma, do ponto de vista do pessoal da clínica, há uma “real demanda para os serviços clínicos” culturalmente definida. O pessoal da clínica usa demandas reais para significar, ou representar, seus fundamentos. Ambas as situações – quantidade real de crimes definida culturalmente para a polícia e demanda real definida para os serviços clínicos para o pessoal da clínica – “existem”, mas somente no sentido peculiar, no qual se diz que os objetos, sociologicamente falando, existem: a existência deles consiste somente e inteiramente na probabilidade de que medidas socialmente organizadas para a detecção e controle de desvio podem se fazer cumprir.

Dentre os modelos e métodos que a polícia usa, a criminalidade real tem o significado de ocorrer independentemente das medidas de repressão ao crime. Se o criminologista usa um modelo similar, sua tarefa de descrever a criminalidade real é repleta de dificuldades metodológicas, para as quais a regra de Sellin é uma solução pretendida. Quando, contudo, crimes reais são definidos nos termos das atividades de repressão, um procedimento que Florian Znaniecki propôs em *Social Actions*, as dificuldades metodológicas são vistas como compostas dos próprios fundamentos das atividades socialmente organizadas, através das quais a existência de crimes reais definidos culturalmente é detectada, descrita, e reportada. Como dados por direito próprio, estas “dificuldades” consistem nas próprias medidas, pelas quais os crimes reais são tratados pela polícia (e seus clientes) como objetos em um ambiente culturalmente definido.

Um paralelo exato ata-se às tarefas de descrever a população de demanda inicial da clínica. Dificuldades metodológicas são encontradas, se o investigador tenta estimar a real população de demanda inicial usando o modelo de pessoa da população de demanda da clínica. Como o crime real, a demanda real é definida pelos clínicos como existentes independentemente das medidas pelas quais a real ocorrência de doenças psiquiátricas é socialmente e profissionalmente definida e solucionada. O “organismo” médico, por exemplo, faz um serviço heroico a esse respeito prático.

A correspondência estende-se ainda mais. A polícia e o pessoal da clínica, ambos reivindicam, ambos são dados, e ambos, nos modos particulares de suas respectivas profissões, fazem cumprir um monopólio nos direitos de definir a ocorrência real desses eventos e de advogar controles legítimos para eles.

Assim, quando a demanda real é definida nos termos das medidas socialmente organizadas e socialmente controladas para sua detecção e tratamento, a demanda por serviços clínicos consiste em uma característica, normalmente suprimida, das afirmações do pessoal da clínica de que seus serviços estão sendo procurados. Desse modo, as dificuldades metodológicas para estimar a população de demanda inicial são vistas como consistindo nas próprias características pelas quais a existência de uma demanda real culturalmente definida é conhecida e é tratada como um objeto nos ambientes culturalmente definidos do pessoal da clínica e dos

clientes.

Nos casos em que se descreve a criminalidade real e a demanda inicial, a solução do investigador consiste na descrição literal de como a ocorrência de um exemplo de um “criminoso”, ou um “paciente”, é socialmente reconhecido, *i.e.*, em termos de procedimentos, como ocorre que aqueles que são legitimados pela sociedade para detectar sua presença através de seus julgamentos sociais os detectem. Por conseguinte, a insistência nesse artigo de que o investigador que se dirige ao problema de seleção deve usar uma população de demanda inicial, que é inicialmente encontrada nas primeiras oportunidades que o pessoal clínico tem de reconhecer a existência de uma reivindicação de seus serviços como agentes solucionadores socialmente legitimados e empregados da clínica. Acontece que uma grande porcentagem das ocasiões, nas quais a “demanda é representada” na clínica da U.C.L.A., ocorre através de ligações, cartas, e comparecimentos pessoais direcionados às pessoas que estão na “linha de frente”. O mesmo deve ser verdadeiro para outras clínicas. Isto não significa dizer que, claro, que não há outros canais através dos quais a demanda deve ser “comunicada”. Uma descrição adequada também seria requerida para levá-los em consideração.

17 Estes foram considerados e criticados acima.

18 Devemos ao Dr. Richard J. Hill por ter apontado que nosso argumento representa as estatísticas de associação usuais.

19 Drs. Wilfred J. Dixon, Richard J. Hill, Charles F. Mosteller, William S. Robinson.

20 Katz e Solomon, *op. cit.*, pp. 86-92.

21 Estamos usando o termo “problema de seleção” para nos referirmos às tarefas de conceber a sequência de populações nas quais sua sucessiva atribuição de uma população inicial é o evento de interesse. Obviamente, o termo “problema de seleção” poderia ser usado para se referir a uma sequência de populações nas quais uma atribuição sucessiva não era de interesse.

22 Nós usamos o termo “esquema de inferência” para representar uma gramática, ou um conjunto de regras, que produzirão o conjunto de ocorrências possíveis de um conjunto de unidades elementares em termos de ocorrências observadas. O esquema de inferência é, portanto, idêntico em significado a uma teoria explícita dessas ocorrências observadas.

23 Embora essa soma seja idêntica à soma no procedimento de Katz e Solomon, os eventos somados são diferentes. Katz e Solomon adicionaram altas. Aqui nós estamos somando carreiras que se originaram com um contato inicial e têm a alta como sua ocorrência final.

24 Katz e Solomon, *op. cit.*, p. 89. A tabela de Katz e Solomon publicada reportava diferentes categorias de interesse no tratamento como porcentagens de diferentes durações de tratamento. Nós reorganizamos sua tabela para expressar as durações de tratamento como porcentagens de diferentes categorias de interesse, seguindo a convenção de calcular porcentagens na direção da “sequência causal”. Esta reorganização não afeta nossa caracterização do procedimento de Katz e Solomon, ou nossos argumentos sobre ele.

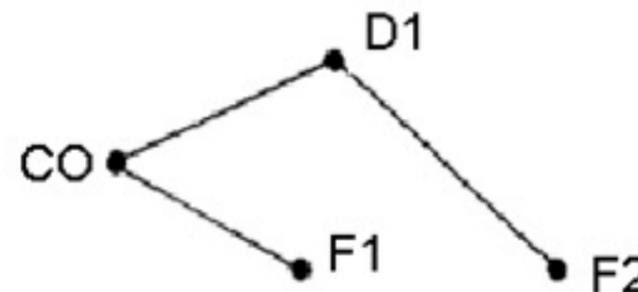
25 Por causa do amplo interesse no grupo de trabalho de Yale sobre a classe social como um fator de seleção, a Tabela 3, no relato de Myers e Schaffer, 1954, foi recalculada usando um procedimento dentro/fora. A tabela original é a seguinte:

Total de vezes visto na clínica	CLASSE SOCIAL			
	II	III	IV	V
Uma	17,6	23,1	38,9	45,2
2-9	29,4	28,8	40,3	42,9
10 ou mais	52,9	48,1	20,9	11,9
	99,9	100,0	100,1	100,0

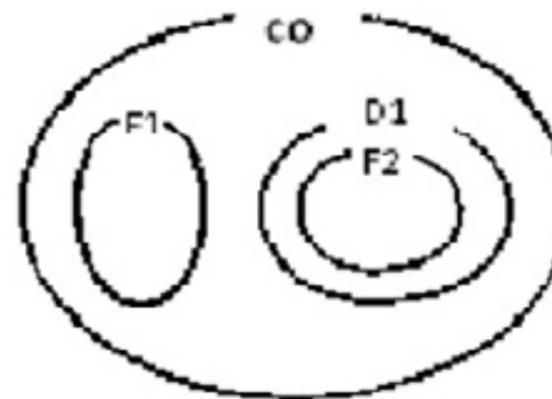
A tabela recalculada é:				
Uma	17,6	23,1	38,9	45,2
2-9	35,7	38,5	66,0	78,3
10 ou mais	-	-	-	-

Obviamente, Myers e Schaffer poderiam ter insistido, mais fortemente do que fizeram, não somente na presença, mas na regularidade da gradiente.

26 Isso pode ser demonstrado ao se considerar -se que, quando dois grupos são comparados, o diagrama para a comparação dentro/fora é:



O esquema de inferência correspondente é:



Assim, $CO = (Dentro \rightarrow Fora_2) + Fora_1$. Será visto que $Dentro_1 = Fora_2$. Portanto, a comparação $Dentro_1/Fora_1 = Fora_2/Fora_1$. Estudos aos quais esse raciocínio aplica-se, são Katkov e Meadow, 1953; Imber, Nash e Stone, 1955; Frank, Gliedman, Imber, Nash e Stone, 1957.

27 O ingresso clínico deve ser concebido como um grupo que é agrupado pelas atividades dos pacientes e funcionários. O termo “trabalho” é usado para chamar a atenção para o ponto de que o ingresso clínico e quaisquer atividades que o produzam são relacionados entre si à maneira de programa e produto.

28 Os 3305 casos devem ser considerados a “melhor” enumeração, em vez de uma enumeração completa. Houve 9 casos adicionais para os quais havia tão pouca informação que foi impossível codificá-los além do fato de que eles haviam contactado a clínica. Havia outro conjunto de casos, sobre os quais havia conhecimento entre os funcionários da clínica de que eles existiam, mas que nenhum registro sobre eles seria encontrado. Estimamos que havia 40 casos assim.

29 A codificação foi feita por um assistente do projeto, um candidato avançado para o título de Ph.D. em Sociologia na U.C.L.A.

30 Por “melhor” informação referimo-nos àqueles itens sobre os atributos dos pacientes com menos de 25% de não-informação e aos passos realizados na carreira clínica.

31 Duas em 21 comparações não alcançaram o nível.10 de significância; as outras 19 não alcançaram o nível.25. A maioria dos casos de não-informação ocorreu para pacientes que não tiveram mais contato com a clínica após uma pesquisa inicial.

32 Usamos a noção formal e vazia de “operação” de forma a evitar tomar uma posição cedo demais sobre a natureza desses procedimentos de seleção, ao mesmo tempo permitindo rigor na concepção e descrição clara.

33 Embora quatro populações “fora” e “dentro” sejam mostradas na Figura 1 e Tabelas 5 e 6, as populações “fora” e “dentro”, após o tratamento, não foram usadas na análise relatada nesse trabalho. Em vez disso, todos os casos que eram “dentro” após a Conferência de Admissão foram tratados como todos os casos “fora” após a Internação. Assim, o quarto passo foi omitido, e os programas estavam interessados nos três passos. O quarto passo em todos os programas consistiu na regra, “Dê alta para o restante”. O quarto passo foi omitido para simplificar a análise. Houve, comparativamente, poucos “fora” após serem aceitos para tratamento, mas antes do primeiro encontro com o terapeuta. Desta forma, várias células tiveram entradas pequenas ou mesmo nenhuma. Para usar o procedimento de computação relatado no Apêndice I para X^2 , teríamos que ter combinado as células nesse passo. Mas, então, tornar essas descobertas comparáveis aos passos precedentes teria requerido combiná-las também. Uma vez que não estamos tão interessados, nesse trabalho, nos valores reais do chi-quadrado tanto quanto estamos em apresentar um método de avaliação que seja apropriado para o problema de seleção, uma decisão de combinar as células dos passos precedentes para reter as condições do chi-quadrado, apesar de alterar o sentido da tarefa do trabalho, teria permitido que o rabo abanasse o cachorro.

34 Usamos as frequências observadas como probabilidades. Estamos interessados em um estudo do problema de seleção e estamos usando materiais da clínica da U.C.L.A. para ilustrar nossos argumentos, em vez de interessar-nos pela questão de quais as reais probabilidades de transição existiam para a clínica da U.C.L.A. Portanto, a questão de se as probabilidades de transição são diferentes das que relatamos é irrelevante.

35 A classe social da área residencial do paciente foi determinada pelo seu endereço. Para essa determinação, usamos uma tabela de classes sociais de áreas de censo preparadas pelo Laboratório de Cultura Urbana, Occidental College, Los Angeles, Califórnia, maio, 1954, baseado no censo de 1950, e preparado de acordo com o procedimento descrito em Shevky, Eshref and Wendell Bell, *Social Area Analysis* (Stanford, Cal.: Stanford University Press, 1955) e Shevky, Eshref and Marilyn Williams, *The Social Areas of Los Angeles: Analysis and Typology* (Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 1949).

36 Chama-se a atenção do leitor para anota 8 deste capítulo, em que se discute a razão para usar “parâmetro” entre aspas.

37 Usamos o termo “resultados” para nos referirmos ao conjunto de eventos *matemáticos* que são possíveis quando os procedimentos de um teste estatístico, como o chi-quadrado, por exemplo, são tratados como regras gramaticais para conceber, comparar, produzir, etc., eventos no domínio matemático. Usamos o termo “descobertas” para nos referirmos ao conjunto de eventos sociológicos que são possíveis quando, sob a pressuposição de que domínios *sociológicos* e matemáticos correspondem em sua estrutura lógica, eventos sociológicos são interpretados em termos das regras de inferências estatísticas.

38 Nossas observações consideraram apenas algumas das propriedades das medidas de Markov. Obviamente, muito mais coisas poderiam ser ditas sobre os decisores e suas decisões à medida que aspectos adicionais do modelo de Markov foram avaliados.

39 W. S. Robinson, “Ecological Correlations and the Behavior of Individuals,” *American Sociological Review*, 15 (June, 1950), p. 351-357.

40 Uma discrepância de magnitude dramática entre casos ativos e “inativos” que a Clínica da U.C.L.A. relatou como “em tratamento” ocorreu no fim de um período recente de treinamento de residência, quando 60 pessoas foram transferidas de um período de residência para o próximo, enquanto que uma contagem real dos arquivos de internação mostrou que 230 casos estavam sendo relatados ao estado. A discrepância assumiu tais proporções, porque, com o fim próximo do período de residência, foi adotada uma política de relatar que equiparava os casos acumulados aos que teriam sido terminados, mas não fechados, em vários relatórios mensais.

41 A partir de materiais de aula preparados pelo Professor Charles F. Mosteller, Departamento de Estatísticas, Universidade de Harvard para Relações Sociais, 199, Primavera, 1959, No. 6, Parte II, p. 4-6.

42 A. W. Kimball, “Short-cut Formulas for the exact partition of X^2 in Contingency Table’s,” *Biometrics*, 10 (Dezembro, 1954), p. 452-458.

43 Comunicação pessoal.

Imagens



Harold Garfinkel (1917 - 2011)

