

INTRODUÇÕES E APRESENTAÇÕES

Depois de concluir uma entrevista inicial, você deve ter:

1. obtido informações de seu paciente; e
2. estabelecido a base para um bom relacionamento de trabalho.

As informações incluem os diversos tipos de histórias (uma história é um relato detalhado, com os sintomas atuais, doenças anteriores, medicamentos, relacionamentos familiares e sociais, riscos à saúde – em suma, tudo o que influencia a vida e os problemas de saúde mental do paciente) e o exame do estado mental, que é uma avaliação dos pensamentos e dos comportamentos atuais do paciente.

Ao longo deste livro, conduzo o leitor através de cada seção da história e do exame do estado mental, na ordem mais ou menos cronológica que se usaria ao falar com o paciente. Em capítulos distintos, discuto o conteúdo das informações que você deve esperar obter e as técnicas de entrevista que são mais apropriadas a esse conteúdo. Quando indicado, discuto questões ligadas ao *rapport*.

FATORES TEMPORAIS

Nos primeiros momentos da entrevista inicial, você deverá cumprir algumas metas.

- Deve indicar a forma que a entrevista terá – quanto tempo levará, que tipo de perguntas fará, e coisas do gênero.
- Deve dar uma noção do tipo de informações que espera que o paciente (ou outro informante) lhe transmita.
- Deve criar um ambiente confortável e seguro, que propicie ao paciente o máximo controle possível, nas circunstâncias em questão.

A Tabela 1.1 lista o material básico que deve ter sido alcançado quando você concluir sua entrevista. Um clínico experiente geralmente leva em torno de uma hora para examinar um paciente comum. Um estudante provavelmente precise de algumas horas para obter todas as informações relevantes. Independentemente do seu nível de experiência, sua ênfase deve ser em coletar o maior número possível de informações.

Mesmo um entrevistador com prática, ocasionalmente, pode precisar de mais de uma sessão para a avaliação inicial, e todos precisam de mais tempo com pacientes mais falantes, vagos, hostis, desconfiados ou difíceis de compreender, ou pacientes que tenham histórias complicadas para contar. Certos pacientes simplesmente não conseguem tolerar uma entrevista longa e, mesmo aqueles que estão hospitalizados, podem ter outras con-

TABELA 1.1
Síntese da entrevista inicial

<p>Queixa principal</p> <p>Histórico da doença atual</p> <p>Estressores</p> <p>Início</p> <p>Sintomas</p> <p>Episódios anteriores</p> <p>Tratamento</p> <p>Consequências</p> <p>Curso</p> <p>Tratamento até aqui</p> <p>Hospitalizações?</p> <p>Efeitos sobre paciente, outros</p> <p>Histórico pessoal e social</p> <p>Infância e desenvolvimento</p> <p>Onde nasceu?</p> <p>Número de irmãos e posição</p> <p>Criado por um dos pais ou por ambos?</p> <p>Relacionamento com os pais</p> <p>Se adotado:</p> <p>Em que circunstâncias?</p> <p>Extrafamiliar?</p> <p>Saúde quando criança</p> <p>Problemas relacionados com a puberdade</p> <p>Abuso (físico ou sexual)?</p> <p>Educação</p> <p>Última série concluída</p> <p>Problemas escolares?</p> <p>Ativo demais?</p> <p>Rejeição da escola?</p> <p>Problemas de comportamento?</p> <p>Suspensão ou expulsão?</p> <p>Sociável quando criança?</p> <p>Passatempos, interesse</p> <p>Vida como adulto</p> <p>Situação de moradia atual</p> <p>Com quem mora?</p> <p>Onde?</p> <p>Já morou na rua?</p> <p>Rede de apoio</p> <p>Mobilidade</p> <p>Finanças</p> <p>História conjugal</p> <p>Idade ao casar</p> <p>Número de casamentos</p> <p>Idade na separação e como acabou</p>	<p>Número, idade e sexo dos filhos</p> <p>Enteados?</p> <p>Problemas conjugais?</p> <p>Preferência sexual, adaptação</p> <p>Problemas com o ato sexual?</p> <p>Métodos contraceptivos</p> <p>Parceiros extraconjugais?</p> <p>Abuso físico, sexual?</p> <p>História ocupacional</p> <p>Ocupação atual</p> <p>Número de empregos</p> <p>Razões para mudança(s) de emprego</p> <p>Já foi despedido?</p> <p>Atividades de lazer</p> <p>Clubes, associações</p> <p>Interesses, passatempos</p> <p>Serviço militar</p> <p>Arma, patente</p> <p>Anos de serviço</p> <p>Problemas disciplinares?</p> <p>Combate?</p> <p>Já teve problemas legais?</p> <p>Registro criminal?</p> <p>Litígios?</p> <p>Religião</p> <p>Denominação</p> <p>Interesse</p> <p>História médica</p> <p>Doenças importantes</p> <p>Cirurgias</p> <p>Medicamentos não psiquiátricos</p> <p>Alergias</p> <p>Ambientais</p> <p>Alimentares</p> <p>Medicamentosas</p> <p>Hospitalizações não psiquiátricas</p> <p>Deficiências físicas</p> <p>Fatores de risco para AIDS?</p> <p>Abuso físico ou sexual na vida adulta?</p> <p>Revisão de sistemas</p> <p>Mudanças no apetite</p>	<p>Traumatismo craniano</p> <p>Convulsões</p> <p>Dor crônica</p> <p>Perda da consciência</p> <p>Síndrome pré-menstrual</p> <p>Revisão para transtorno de somatização</p> <p>História familiar</p> <p>Descrever familiares</p> <p>Transtorno mental em familiares?</p> <p>Uso indevido de substâncias</p> <p>Tipo(s) de substância</p> <p>Duração do uso</p> <p>Quantidade</p> <p>Consequências</p> <p>Problemas médicos</p> <p>Perda de controle</p> <p>Problemas pessoais e interpessoais</p> <p>Dificuldades no trabalho</p> <p>Consequências legais</p> <p>Problemas financeiros</p> <p>Uso indevido de medicação</p> <p>Sob prescrição</p> <p>Sem prescrição</p> <p>Traços de personalidade</p> <p>Padrões de comportamento durante a vida</p> <p>Violência</p> <p>Prisões</p> <p>Tentativas de suicídio</p> <p>Métodos</p> <p>Consequências</p> <p>Drogas ou álcool associados?</p> <p>Gravidade</p> <p>Psicológica</p> <p>Física</p> <p>Exame do estado mental</p> <p>Aparência</p> <p>Idade aparente</p> <p>Raça</p> <p>Postura</p> <p>Nutrição</p> <p>Higiene</p> <p>Estilo do cabelo</p>	<p>Roupas</p> <p>Arrumadas?</p> <p>Limpas?</p> <p>Estilo/moda?</p> <p>Comportamento</p> <p>Nível de atividade</p> <p>Tremores?</p> <p>Maneirismos e estereótipos</p> <p>Sorrisos?</p> <p>Contato visual</p> <p>Humor</p> <p>Tipo</p> <p>Labilidade</p> <p>Adequação</p> <p>Fluxo do pensamento</p> <p>Associação de palavras</p> <p>Velocidade e ritmo da fala</p> <p>Sotaque na fala</p> <p>Conteúdo do pensamento</p> <p>Fobias</p> <p>Ansiedade</p> <p>Obsessões, compulsões</p> <p>Pensamentos sobre suicídio</p> <p>Delírios</p> <p>Alucinações</p> <p>Língua</p> <p>Compreensão</p> <p>Fluência</p> <p>Nomeação</p> <p>Repetição</p> <p>Leitura</p> <p>Escrita</p> <p>Cognição</p> <p>Orientação</p> <p>Pessoa</p> <p>Lugar</p> <p>Tempo</p> <p>Memória</p> <p>Imediata</p> <p>Recente</p> <p>Remota</p> <p>Atenção e concentração</p> <p>Séries de sete</p> <p>Contagem inversa</p> <p>Informações culturais</p> <p>Cinco presidentes</p> <p>Pensamento abstrato</p> <p>Semelhanças</p> <p>Diferenças</p> <p><i>Insight e julgamento</i></p>
---	---	---	---

sultas para fazer. As entrevistas múltiplas também propiciam tempo para o paciente refletir e recordar material que possa ter sido omitido inicialmente. É claro que, se entrevistar familiares ou outros informantes, você precisará de sessões adicionais e de tempo para integrar as informações de todas as suas fontes.

Observo que, com o avanço do cuidado moderno em saúde, o tempo disponível está diminuindo cada vez mais. É por isso que expressei por meio de porcentagens a quantidade de tempo que você deve planejar para as diversas partes da entrevista inicial:

- 15%: Determinar a queixa principal e incentivar a fala livre.
- 30%: Verificar determinados diagnósticos; questionar sobre suicídio, história de violência e uso indevido de substâncias.
- 15%: Obter história médica; fazer revisão de sistemas; obter a história familiar.
- 25%: Obter o resto da história pessoal e social; avaliar patologias do caráter.
- 10%: Fazer exame do estado mental.
- 5%: Discutir o diagnóstico e o tratamento com o paciente; planejar o próximo encontro.

Suas próprias necessidades profissionais podem alterar um pouco o foco. Por exemplo, os assistentes sociais talvez passem mais tempo na história pessoal e social. (Algumas instituições e serviços tinham o costume de atribuir a assistentes sociais a responsabilidade de obter toda a história social. Atualmente, a maioria das autoridades sustenta que todos os aspectos de toda a história devem ser reunidos por pelo menos um clínico, que poderá sintetizar as informações em um quadro clínico coerente.)

Independentemente da sua profissão, recomendo que você tente obter a história completa no início da relação com o paciente. Depois das primeiras sessões, mesmo os clínicos experientes, às vezes, tendem a supor que conhecem bem o paciente e ignoram certas informações vitais que podem ter lhes escapado.

É claro que, assim como ninguém tem tempo ilimitado, nenhuma avaliação pode jamais ser considerada completa. Enquanto continuar cuidando do seu paciente, você estará adicionando novos fatos e observações ao seu banco de dados original. Porém, se tiver feito o seu trabalho corretamente no começo, isso será mais questão de detalhes confirmatórios, que não afetarão o diagnóstico ou o tratamento de maneira substancial.

Os pacientes buscam ajuda para problemas sérios que consideram assustadores, avassaladores, ou mesmo fatais. Você deve evocar suas histórias de um modo que os faça sentir que receberam uma avaliação completa, imparcial e profissional. Se o paciente for excessivamente dramático, lento ou discursivo, tente entender esse comportamento à luz dos estresses e das ansiedades que qualquer paciente com problemas mentais enfrenta, e dê tempo extra.

SETTING

Os primeiros momentos que qualquer profissional passa com um paciente novo estabelecem o tom para todas as interações posteriores. Ter atenção a questões simples – como, por exemplo, apresentações, o nível de conforto e o sentido de controle do paciente – ajuda a estabelecer uma relação baseada em respeito e cooperação. Se você tiver seu próprio consultório, pode decorá-lo da melhor forma que quiser, mas os consultórios institucionais costumam não ser tão decorados. Feliz-

mente, a efetividade da entrevista não está relacionada com a elegância do entorno. Já vi entrevistas excelentes serem feitas ao pé da cama ou em um canto de uma sala movimentada de um hospital-dia (embora algum grau de privacidade traga mais informações). O fundamental é a sua preocupação com o conforto e a privacidade do paciente.

Faça o melhor com o que você tem à disposição. Sentar-se em frente ao paciente, com uma mesa no meio, como é tradicional em muitos consultórios, cria uma barreira inflexível entre os dois. Isso não propicia muita chance de dar mais espaço ao paciente desconfiado ou de se aproximar de alguém cuja depressão exija o conforto íntimo de outro ser humano. Tente, em vez disso, organizar as cadeiras de modo que você possa dirigir-se ao paciente junto ao canto da mesa. Dessa forma, a distância entre vocês pode variar, conforme indicarem as necessidades do momento. Se você for destro, ficará mais confortável para tomar notas se o paciente sentar à sua esquerda. Certamente, duas cadeiras frente a frente também funcionam bem.

Ao mesmo tempo, você terá outra tarefa para cumprir – cuja importância não vou perder tempo tentando transmitir. Essa tarefa é a de manter a sua segurança. A vasta maioria dos encontros envolvendo saúde mental é totalmente livre de risco, mas, em casos raros, acontece algo que pode trazer perigo para o clínico, para o paciente, ou para ambos. (Em 2006, Wayne Fenton, um psiquiatra – especialista no tratamento de esquizofrenia pelo Instituto Nacional de Saúde Mental em Bethesda, Maryland –, foi espancado até a morte por um dos seus pacientes – uma agressão que causou manchetes em todo o país.) Deve ser instintivo, no começo da entrevista com cada paciente, garantir a sua própria segurança e a de outras pessoas. Falando de forma prática, isso significa seguir três princípios:

1. entrevistar em um lugar onde haja outras pessoas por perto;
2. criar um sistema de alerta emergencial que seja facilmente disparado, como uma campainha;
3. quando estiver conduzindo a entrevista em uma sala fechada, sente-se de modo a ficar mais próximo da porta do que o paciente, sem móveis (como uma escrivaninha) que possam ser obstáculos se for necessária uma fuga rápida.

Independentemente de onde a entrevista for realizada, sua aparência pode afetar a sua relação com o paciente. O que se considera “aparência profissional” pode depender da região do país e dos costumes específicos da clínica ou do hospital onde você trabalha. Esta observação pode parecer óbvia, mas merece ser repetida: você será considerado mais profissional se prestar atenção às suas roupas, estilo e postura.

De modo geral, os pacientes aceitam roupas e cortes de cabelo conservadores, ao passo que roupas ou maneiras excessivamente casuais podem sugerir indiferença em relação à importância do seu encontro. De fato, uma pesquisa de 2005 revelou que, por uma margem enorme, os pacientes preferiam que os médicos estivessem vestidos de modo formal e eram mais inclinados a revelar informações pessoais para aqueles que usassem jalecos do que para os que se vestissem de modo casual. A maioria dos pacientes também disse que era mais possível de seguir os conselhos de alguém que estivesse vestido de maneira profissional. Em média, os pacientes entrevistados eram de meia-idade. Embora adolescentes e crianças ainda sejam exceções significativas a essa regra, esse estudo merece ser considerado (e provavelmente também seja relevante para outras pessoas que trabalham na

área da saúde). Limite suas joias a algo modesto, não intimide alguém, cuja cooperação é necessária, com adornos que sugiram riqueza ou *status* além do que o paciente espera alcançar. Se usar broches, pingentes, ou roupas que indiquem uma afiliação religiosa, considere se algum dos seus possíveis clientes poderá interpretar isso como um obstáculo para uma relação efetiva. Observe como outros profissionais em seu ambiente de trabalho se vestem e agem. Deixe seus exemplos orientarem o seu juízo sobre o que é apropriado.

ESTABELECENDO O RELACIONAMENTO

Apresente-se, estenda a mão ao paciente e indique o arranjo dos assentos que preferir. (Quando junto à cama do paciente, ainda que pretenda ficar apenas alguns minutos procure sentar-se sempre. Mesmo que tenha de pegar um avião, você não deve parecer com pressa demais para se dedicar ao paciente.) Se acontecer de se atrasar para uma entrevista, reconheça o fato com um pedido de desculpas. O nome do paciente é incomum? Certifique-se de pronunciá-lo corretamente. Se for a primeira vez que vocês se encontram, explique o seu *status* (estudante? residente? supervisor de ensino?) e o propósito da entrevista. O que você espera descobrir? Quais informações já tem? Dê ao paciente uma estimativa de quanto tempo você espera passar com ele.

Muitas vezes, você já saberá algo sobre o paciente, a partir de anotações de outros profissionais, do prontuário do hospital, ou do médico que o encaminhou. Você pode economizar tempo e aumentar a precisão da sua avaliação revisando esse material antes de começar. Todavia, para os fins deste livro, partiremos da premissa de que você não tem acesso a essas informações.

Embora alguns entrevistadores tenham começado a relação com uma conversa

sobre temas banais, minha recomendação é o contrário. Na maioria dos casos, o paciente procurou tratamento por causa de problemas perturbadores. Comentários sobre clima, futebol ou televisão podem parecer, na melhor hipótese, uma distração ou, na pior, a expressão de falta de preocupação da sua parte. Geralmente, é melhor ir direto à questão.

Se você sentir que *deve* começar com assuntos triviais, faça uma pergunta que exija mais que sim ou não como resposta. Por exemplo:

- “Como estava o trânsito até aqui?”
- “Como você tem aproveitado os meses do verão?”

No mínimo, essas perguntas mostram que você respeita que o paciente participe ativamente. Especialmente durante a parte inicial da sua entrevista, você deve incentivar o paciente a elaborar, em vez de responder com “sim” ou “não” enquanto você faz a maior parte do trabalho. (Consideramos esse e outro aspecto do controle da entrevista novamente nos Capítulos 4 e 10.)

Ocasionalmente, um familiar ou um amigo íntimo desejará acompanhar o paciente na sala de entrevista – uma situação à qual você pode responder de duas maneiras. Eu prefiro atender o paciente e o informante separadamente, pois isso aumenta a quantidade de informações obtida. Para reforçar o sentido de autonomia do paciente, quase sempre começo com ele, avisando o informante que “você será o próximo”. Às vezes, porém, você pode precisar seguir o outro caminho e atender os dois juntos. Isso geralmente ocorre quando o paciente tem deficiências graves, como uma demência avançada. Nesse caso, ter o familiar na sala pode ajudar a economizar tempo. Outra ocasião em que você precisa do formato de entrevista em dupla é quando o paciente pede muito, como no caso de alguém cuja ansiedade ou depressão graves exige apoio extra.

TOMANDO NOTAS

Na maioria dos casos, você deverá tomar algumas notas. Poucas pessoas conseguem lembrar-se, sequer brevemente, de todo o material que escutam, e você pode não ter a oportunidade de escrever a sua entrevista imediatamente. Então, diga que irá tomar notas, e certifique-se de que está tudo bem com o paciente.

Entretanto, você deve tentar fazer o mínimo de anotações, pois permitirá passar mais tempo observando o comportamento e as expressões faciais do paciente em busca de pistas para seus sentimentos. Você não conseguirá anotar tudo ou escrever sentenças completas (além da queixa principal, que discutiremos no próximo capítulo). Em vez disso, anote palavras-chave que possam indicar quais questões devem ser exploradas mais adiante ou que possam servir como lembretes quando você fizer o seu relatório. Tente ficar com a caneta na mão, pois isso evita a distração de pegá-la repetidamente. O único momento em que você deve largá-la é quando discutir tópicos especialmente delicados que o paciente possa querer que não sejam registrados.

Isso traz à tona o problema da “confidencialidade”. Às vezes, um paciente pedirá para você guardar uma informação na memória e fora do prontuário. Quando esse pedido vem no início da relação, costuma ser melhor aceitar, especialmente quando se aplica a uma parte limitada da entrevista. Se o paciente parecer extremamente desconfortável com as anotações, você pode explicar que precisará de certas notas para revisar mais adiante, para ajudá-lo a entender tudo. No raro evento de o paciente insistir, aceite, largue a caneta e transcreva depois o que puder lembrar. O que você precisa é concluir a entrevista, e não ganhar um torneio de vontades. Contudo, em algum ponto – talvez não exatamente agora, que está tentando concluir a entrevista – você pode levantar a questão

novamente. Ter uma lacuna significativa no banco de dados pode ser problemático, especialmente se esse paciente for atendido por outros clínicos posteriormente.

Revisar a gravação de uma sessão pode ajudar a identificar dificuldades em seu estilo de entrevistar. Com frequência, você pode enxergar deficiências que teria omitido com um registro menos completo da conversa. Todavia, como prática diária, isso tem certas limitações: revisar uma gravação é algo que demora bastante, e os pacientes são muito mais suscetíveis de se sentirem desconfortáveis com gravações do que com anotações. Se você decidir fazer uma gravação, comece somente depois de explicar o seu propósito educativo e obter permissão.

Também pode ser necessário explicar que a lei e a ética profissional podem exigir que você relate certas informações que afetem a segurança de outras pessoas. Esse princípio, formalizado em 1974 pela decisão *Tarasoff* na Califórnia, afirma claramente que os profissionais da saúde mental têm o dever de proteger a identidade das pessoas que estiverem ameaçadas. Embora nem todos os estados tenham aprovado tal estatuto, os clínicos em toda parte devem agir como se tivessem. É claro que, se você é estudante, jamais deve tomar alguma atitude por conta própria, devendo discutir quaisquer ameaças ou outras preocupações que tiver imediatamente com seu supervisor, que então assumirá a responsabilidade por cumprir o dever de proteger.

EXEMPLOS DE INTRODUÇÃO

Existem muitas variações possíveis de introduções efetivas. Eis um bom exemplo.

Entrevistadora: Bom dia, Sr. Dean. Sou Emily Watts, estudante de medicina do terceiro

ano. Eu gostaria de conversar com você por uma hora para aprender o máximo que puder sobre pessoas com problemas como o seu. Você tem tempo para mim agora?

Paciente: Sim, tudo bem.

Entrevistadora: Quem sabe você senta aqui? (*Indica uma cadeira.*) Você se importa se eu fizer algumas anotações?

Paciente: Não, todos parecem fazer isso.

Essa apresentação funciona porque transmite rapidamente informações importantes para o paciente: o nome e posição da entrevistadora, o propósito da entrevista, e o tempo que será necessário. A entrevistadora também lida com o arranjo dos assentos, e obtém permissão para tomar notas. Todavia, alguns pacientes podem se refrear frente à noção de que têm um problema. A Sra. Watts estava entrevistando um paciente diagnosticado, então a sua questão não foi discutida. Pacientes novos podem responder melhor a um simples: “diga-me por que você está aqui”.

Eis outro exemplo de introdução:

Paciente: Você é o estudante de que me falaram?

Entrevistador: Não, Sr. Holden, sou um estagiário de psicologia. Falei com seu terapeuta hoje de tarde, e gostaria de passar um pouco de tempo com você para ver o que podemos fazer para ajudá-lo. Podemos usar esta salinha.

Paciente: (*Concorda com a cabeça.*)

Entrevistador: Para ajudá-lo da melhor maneira, vou precisar de todas as informações que puder obter. Eu gostaria de tomar algumas notas, se estiver bem para você.

Paciente: Não tem problema.

Às vezes, a fase de coletar informações leva mais que uma única entrevista. Você pode começar a sessão de seguimento dizendo: “você pensou em algo mais para dizer em relação à nossa conversa anterior?” ou “o que você disse para sua esposa (ou marido, filha, etc.) sobre nosso último encontro?”. Ou então, continue onde parou na última sessão, quando o tempo acabou.