

ROTEIROS DA ENTREVISTA CLÍNICO- PSIQUIÁTRICA – DIRETRIZES TEÓRICO- METODOLÓGICAS: “A ROTINA ESTABELECIDA PELA TRADIÇÃO E PELOS COSTUMES”*

Tânia Conceição Pereira**

Resumo: Segundo alguns manuais que integram a literatura médico-psiquiátrica, existe um roteiro de entrevista que deverá orientar a prática profissional. São os modelos normativos ou SIK - ‘stocks of interactional knowledge’ nos termos de Peräkylä e Vehviläinen (2003). Esses manuais representam os estoques de conhecimento e oferecem as diretrizes para a realização da entrevista. O objetivo deste artigo é fazer uma análise da agenda clínica, inserida no contexto ‘institucional’ de regras e regulamentos (SARANGI; ROBERTS, 1999). Foi observado que os roteiros inserem-se basicamente em dois modelos distintos: i) um modelo de medicina centrada no médico como especialista – o enquadre de referência é o sinal e o sintoma; e ii) um modelo centrado no paciente, cujo foco é a interação e a inserção do paciente no discurso – o enquadre de referência é o mundo de experiências da pessoa que sofre que ocupa, assim, o centro da atividade clínica.

Palavras-chave: Entrevista psiquiátrica. Estoque de conhecimento. Agenda clínica. Enquadre.

1. INTRODUÇÃO

Para a realização de uma pesquisa sobre interações verbais em contextos institucionais específicos, especialmente sobre a entrevista psiquiátrica, cujo objetivo é estudar no comportamento linguístico-discursivo dos participantes do encontro – médico e paciente –, duas perguntas parecem-me fundamentais: i) como o médico deve se comportar discursivamente com vistas a encontrar respostas para as hipóteses a respeito do diagnóstico e melhor encaminhamento terapêutico? e ii) de que maneira as escolhas discursivo-interacionais

* Este trabalho é parte da minha Tese de Doutorado intitulada “A entrevista psiquiátrica: a rotina, o fazer clínico e as representações”, defendida no Departamento de Letras da PUC/Rio, em 2005.

** Professora da UERJ/FFP. Email: tpereira@puc-rio.br.

feitas pelo médico o auxiliarão no conhecimento, na compreensão e no cuidado/atendimento com o outro?

Para responder a essas perguntas, analiso cinco manuais¹ apresentados pela literatura médico-psiquiátrica. Meu objetivo é estudar essas agendas clínicas, inseridas no contexto ‘institucional’ (SARANGI; ROBERTS, 1999) de regras e regulamentos, mostrando como diferentes autores orientam o comportamento do médico apresentando modelos de conduta que devem ser seguidos durante a entrevista com os pacientes.

2. O GÊNERO ENTREVISTA CLÍNICO-PSIQUIÁTRICA

São considerados gêneros enunciados que emergem nas mais variadas interações em que os participantes de uma determinada situação comunicativa estão tentando compreender um ao outro de maneira que possam coordenar suas contribuições discursivas e compartilhar significados com vistas a determinados propósitos (convencer, esclarecer, informar, orientar, dentre outros). Segundo Swales, em *Genre Analysis* (1990), gêneros são formas padronizadas de enunciados que são reconhecidos pelos participantes a partir de características comuns (há estruturas que são reconhecidas como pertencentes a um gênero e não a outro), embora essas características não sejam fixas já que falantes e ouvintes criativa e continuamente criam e reconhecem ‘novas formas’ para as várias interações nas quais estão envolvidos. No que diz respeito à consulta médica, Swales apresenta uma estrutura padrão denominada SOAP, assim definida S = subjetivo – o paciente descreve os sintomas; O = objetivo – como os sintomas são interpretados pelo médico; A = análise – o médico analisa os sintomas com vistas ao diagnóstico; P = prescrição – o médico prescreve o tratamento adequado (p. 53-54). Para ele, esses seriam os elementos estruturais básicos encontrados em consultas médicas.

¹ Dos cinco manuais, três foram indicados pelo Dr. Oswaldo, médico-supervisor de uma das equipes do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, cujas entrevistas foram analisadas por mim na Tese. Dois outros manuais foram selecionados por mim a partir da frequência com que eles eram citados em diversos trabalhos do acervo da biblioteca do IPUB. A consulta foi feita no período em que desenvolvi minha pesquisa de campo na instituição.

Também para Grossen e Orvig (1998), as entrevistas clínicas (EC) constituem um gênero, uma vez que existem algumas regularidades: i) procedimentos clínicos estão envolvidos, ii) há assimetria institucional entre os participantes, iii) eles constroem suas ações verbais voltados para um objetivo, dentre outras. No entanto, um gênero é necessariamente uma categoria indistinta porque inclui vários tipos de discurso. Não existe, portanto, uma unidade de categoria; existem entidades que se apresentam como um conjunto de variáveis com características comuns, que podem estar presentes em outros tipos de interações similares aos diálogos conduzidos em contextos psicológicos, por exemplo.

Segundo Grossen e Orvig, os objetivos da entrevista clínica são: i) construir diagnóstico, ii) fazer terapia, iii) elucidar informações sobre o paciente a partir de uma metodologia específica (testes). As terapias iniciais, segundo eles, têm alguns outros objetivos: a) entender as razões que trouxeram o paciente ao consultório; b) compreender a personalidade do paciente; c) construir juntos uma definição do problema; e d) estabelecer uma aliança terapêutica.

A entrevista psiquiátrica está sendo considerada neste artigo como um gênero discursivo porque ela é um tipo de evento comunicativo em que estão envolvidos o discurso propriamente dito, a função do discurso, os participantes e o meio de produção e recepção, dentre outras características (SWALES, 1990). De uma forma geral, ela é um evento comunicativo em que o paciente ‘descreve’ sintomas e o médico os analisa e prescreve o melhor tratamento. No entanto, devem ser feitas algumas considerações sobre as diferentes orientações dadas pela literatura médico-psiquiátrica para a realização dessa prática.

3. ROTEIROS DA ENTREVISTA

Para Grossen e Orvig (1998), a entrevista clínico-psiquiátrica, gênero discursivo orientado por regras fixas que são direcionadas para fins específicos, caracteriza-se como aquela em que há uma agenda, um roteiro padrão, embora não seja desenvolvida sempre da mesma maneira.

Na literatura médica-psiquiátrica, há uma vasta discussão sobre a condução da entrevista. São apresentados, então, roteiros que deverão

guiar a prática profissional – são os modelos normativos ou SIK – ‘*stocks of interactional knowledge*’ – parte do conhecimento que forma a base de muitas profissões, o *background* compartilhado pela comunidade de especialistas (PERÄKYLÄ; VEHVILÄINEN, 2003). Esses manuais representam os *estoques de conhecimento* que informam o profissional sobre a conduta profissional. Os roteiros, portanto, são os *modelos de entrevista* propostos pela literatura, oferecendo diretrizes para a realização do encontro.

É correto afirmar que, seguindo ou não a agenda, para compreender e ajudar o paciente, o médico tentará elucidar seu discurso que, na maior parte das vezes, estará envolvido emocionalmente com suas experiências de vida, tornando-se essas frequentemente o tópico da conversa. O discurso é, então, construído conjuntamente, cooperativamente (GROSSEN; ORVIG, 1998), através da relação entre médico – representante institucional, socialmente produtivo – e o paciente, psicicamente e emocionalmente perturbado – aquele que procura ver/ter seu sofrimento, se não extinguido, pelo menos aliviado.

De acordo com Peräkylä e Vehviläinen (2003), a partir de 1950 ocorreram algumas mudanças em relação ao modelo de medicina centrada no médico como especialista e, conseqüentemente, uma medicina centrada na doença que estaria privilegiando aspectos cuja referência é o sinal e o sintoma,² com vistas a uma prescrição medicamentosa. A esse modelo opõe-se o centrado no paciente (cf. BALINT, 1964), cuja referência é o mundo de experiências da pessoa que sofre. Nesse modelo, o paciente ocupa o centro da atividade clínica, e há o objetivo explícito da busca pela aliança terapêutica (empatia, confiança e disponibilidade para a mudança). Os dois modelos³ têm focos distintos: no modelo de medicina centrado no médico, a ênfase está nos conteúdos da entrevista, evidenciando um controle maior do médico; no modelo centrado no paciente, aquele que sofre está inserido na interação, o que tende a propiciar uma interação mais espontânea, menos ‘assimétrica’ e mais pessoal.

² Para Sullivan (1983, p. 148), “Os sinais são fenômenos que o psiquiatra pode observar mais ou menos objetivamente; em outras palavras, somente o paciente experimenta os sintomas. Quando o entrevistador observa um sinal, deve então fazer certas perguntas para determinar se existem sintomas correspondentes que sejam experimentados pelo entrevistado”.

³ Cf. Pinto, Ribeiro e Lopes Dantas (2005).

Nesta pesquisa, analiso cinco manuais da literatura médico-psiquiátrica (MACKINNON; YUDOFISKY, 1988; KAPLAN; SADOCK, 1990; GABBARD, 1998; DALGALARRONDO, 2000; NUNES FILHO *et alii*, 2001), procurando descrever a orientação apresentada por esses autores para guiar o comportamento do profissional durante a entrevista. Meu objetivo é, portanto, compreender como as condutas que são apresentadas nos roteiros refletem os diferentes modelos teóricos.

De uma maneira geral, há, nos autores pesquisados, orientações básicas que o médico deve seguir a fim de obter as informações necessárias para diagnosticar e indicar o tratamento mais adequado (cf. SWALES, 1990). Dentre essas orientações, destacam-se: i) *Exame Psíquico* a partir do qual o médico analisa as funções psíquicas do paciente, o estado mental atual, tais como apresentação do paciente, incluindo higiene, atitude frente à entrevista (cooperativo, desconfiado), características da fala e do pensamento, dentre outros; e ii) *Súmula Psicopatológica* – o médico cataloga todas as funções psíquicas e suas alterações. No entanto, antes de iniciar o exame psicopatológico, há as ‘fases iniciais’ de interação entre médico e paciente, que inclui, dentre outras informações, a queixa principal, a história da doença atual e a história familiar.

No roteiro da entrevista psiquiátrica são encontrados, então, alguns tópicos bastante comuns. São assuntos que fornecem informações relevantes para que o médico conheça o paciente, já que a entrevista está destinada a dar clareza a certos padrões característicos da vida do paciente, e a proposta é ajudá-lo em seu sofrimento mental. É a partir de uma observação cuidadosa que o médico faz do paciente durante a entrevista que ele poderá confirmar ou refutar a hipótese diagnóstica. Dentre esses tópicos, estão previstos: a) escolaridade inicial; b) preferência sexual; c) uso de álcool e narcóticos; d) atitude em relação à solidão; e) atitude em relação ao corpo; f) sono e funções do sono; g) interesses de lazer. Tais ‘dados’ constituem a *anamnese* = *ana* (remontar) e *mnesis* (memória), um procedimento a partir do qual o médico obtém informações acerca do paciente: “A entrevista psicopatológica permite a realização de dois principais aspectos da avaliação – a anamnese e o

exame psíquico” (DALGALARRONDO, 2000, p. 50).⁴ Todas essas informações fazem parte da história pessoal do paciente. Na anamnese também estão incluídas informações de identificação do paciente (nome, idade) que o contextualizam – são os dados sociodemográficos básicos.

Apresento, a seguir, a análise dos cinco manuais.

3.1 O ‘modelo descritivo’: a valorização do conteúdo das informações

A avaliação do paciente em psicopatologia é feita principalmente por meio da entrevista. Ela não pode ser vista como algo banal, um simples perguntar ao paciente sobre alguns itens de sua vida. A entrevista, juntamente, com a observação cuidadosa do paciente, é, de fato, o principal instrumento de conhecimento da psicopatologia. Por intermédio de uma entrevista bem realizada com arte e técnica o profissional poderá obter informações valiosas para o diagnóstico clínico, para o conhecimento da dinâmica afetiva do paciente e – o que pragmaticamente é mais importante – para uma melhor intervenção e planejamento terapêuticos (DALGALARRONDO, 2000, p. 147).

Dalgalarrondo (2000), em seu *Psicopatologia e Semiologia dos transtornos mentais*, apresenta *quadros-resumo* que orientam a prática clínica, com indicações de perguntas que podem ser feitas pelo médico durante a entrevista, dentre elas “*De onde vêm os seus problemas?* ou *A que o(a) senhor(a) atribui os seus problemas?* (História da doença atual – p. 57). Mais especificamente, o autor apresenta dois quadros: *Avaliação inicial e perguntas introdutórias* e *História psiquiátrica*. No primeiro, há orientações gerais sobre qual deve ser a conduta do médico durante a entrevista: i) “providenciar um local com um mínimo de privacidade e conforto para a entrevista; ii) apresentar-se ao paciente e depois explicar brevemente o objetivo da entrevista; iii) estabelecer um contato empático com o paciente, iniciar com as perguntas gerais sobre quem é o paciente: Como o (a) senhor (a) se chama? Quantos anos tem? Qual seu estado civil?” (Dados sociodemográficos básicos), dentre outras recomendações.

⁴ Além desses, há outros exames que poderão ser feitos para que a avaliação psiquiátrica seja completa. São eles: Exame Físico Geral e Neurológico e Exames Complementares (testes da personalidade e da cognição, testes laboratoriais, dentre outros).

No segundo quadro – *História psiquiátrica* – há 14 subtópicos que compõem a entrevista propriamente dita. Alguns deles são *Identificação, Queixa principal e história da moléstia atual, Hábitos, Relacionamento e dinâmica familiar, Resultados das avaliações complementares, Hipóteses diagnósticas e Planejamento terapêutico e ações terapêuticas implementadas*, dentre outros. Para todos os subtópicos, há lacunas que devem ser preenchidas pelo médico com as informações fornecidas pelo paciente. Por exemplo, em relação à Queixa Principal e História da Moléstia Atual, as orientações são as seguintes:

“Descrever (de preferência com as palavras do paciente, *os sintomas, sinais* e comportamentos, desde o início do último episódio até o presente momento) – (perguntas estruturadas: 0 = não; 1 = sim): Já se consultou no passado com médico ou psicólogo (ou profissional de saúde mental) para problemas dos nervos: _____; Há quanto tempo foi a primeira consulta _____; Já tomou remédio para os nervos: _____; Há quanto tempo tomou pela primeira vez _____; Muitas pessoas procuram ajuda de benzedeira, padre, pastor, centro espírita, ou outra pessoa com poderes de cura. Você já procurou alguma ajuda desse tipo?” (p. 57-58, grifo meu).

Quadro 1 – Instruções para identificar a atual e principal queixa
(DALGALARRONDO, 2000)

Além dessas, outras informações devem ser obtidas a fim de informar o médico sobre tudo que disser respeito à história da doença. O roteiro apresentado por Dalgalarrondo (2000) é guiado, orientado, seguindo o ‘modelo inquirido’ de obtenção de respostas – o foco é o conteúdo das perguntas, cujas respostas informarão o médico a respeito da patologia do paciente já que o objetivo é conhecer a doença. Segundo Dalgalarrondo, para que o paciente expresse sinais e sintomas, o médico deve estar atento ao que ele narra, observando o ‘estilo’ do paciente, sua aparência e suas atitudes básicas. Ou seja, as atitudes e o comportamento do paciente vão estar a serviço desse objetivo: conhecer e tratar a doença. No roteiro da entrevista psiquiátrica apresentado por Dalgalarrondo (2000) estão incluídos também, além da Anamnese, o Exame Psíquico e a Súmula Psicopatológica.

Adotando, assim, uma postura mais instrucional que tende a conduzir o comportamento do médico, Dalgarrondo (2000), universalizando e generalizando os casos, após apresentar alguns quadros, faz diversas recomendações, ressaltando também determinadas atitudes que devem ser tomadas pelo entrevistador durante a entrevista para que não prejudique o curso da interação. Duas delas representam claramente o modelo de medicina centrada no médico como especialista, cuja conduta deve ser o reflexo do seu saber médico institucional:

- i) deve-se evitar terminologia por demais tecnicista que revela, geralmente, insegurança do profissional, que busca compensar, na linguagem rebuscada, os vácuos de sua ignorância sobre o caso, ou que quer demonstrar de modo exibicionista a sua erudição e saber médico;
- ii) deve-se lembrar que apesar de que em uma história psicopatológica são descritos fenômenos irracionais, muitas vezes desorganizados e caóticos, o relato deve ser organizado e coerente, facilitando o estabelecimento de hipóteses diagnósticas e de planejamento terapêutico adequado. O paciente tem o direito de ser confuso, contraditório, ilógico. O profissional, ao relatar o caso, não tem esse direito (p. 60).

Nas recomendações de Dalgarrondo, podem ser conhecidos os ‘papéis’ que o médico e a doença do paciente ocupam no roteiro, demonstrando que conduta o profissional deve ter no sentido de atender às exigências desse modelo normativo: “o domínio da técnica de realizar entrevistas é o que qualifica especificamente o profissional habilitado” (p. 50). Discussões a respeito do papel do paciente enquanto sujeito de seu sofrimento mental não são expressas. Essas orientações propostas por Dalgarrondo (2000), que são práticas discursivas, não apontam para a importância e consequente inserção do paciente na interação, o que deflagra um aspecto instrucional mais marcado, além do consequente controle do médico sobre a entrevista.

É importante enfatizar que os quadros apresentados por Dalgarrondo tendem a facilitar a prática de profissionais menos experientes, uma vez que o ‘modelo’ já estaria organizado. Em princípio, esses quadros podem parecer ajudar o médico a realizar a entrevista, no

entanto, tendem a uniformizar as entrevistas, sem levar em consideração os diferentes pacientes com suas diferentes histórias de vida.

Seguindo orientação semelhante, Nunes Filho *et alii* (2001), embora não utilizem quadros-resumo no capítulo em que apresentam o roteiro da entrevista, são também práticos e objetivos. Em grande parte do capítulo, que é bastante conciso (p. 27-35), apresentam todos os tópicos que devem ser abordados na entrevista com curtos comentários sobre cada um deles, orientando, desta forma, os médicos sobre sua prática profissional.

De acordo com os autores, no roteiro da entrevista psiquiátrica estão presentes, dentre outros, os seguintes itens: 1) Exame Médico-Psiquiátrico, que inclui Apresentação do Examinador, Identificação do Paciente, Queixa Principal, Motivo da Consulta ou da Internação, História da Doença Atual, História Pessoal e História Familiar; 2) Exame Psicopatológico (atitude geral, pensamento, consciência, atenção, concentração são alguns 'tópicos'); ⁵ 3) Exame Somático; 4) Exames Complementares: testes psicológicos e exames laboratoriais; 5) Diagnóstico Sindrômico; e 6) Hipótese (s) Diagnósticas(s).

Também com o foco nos tópicos que devem ser trazidos para a entrevista, e, conseqüentemente, com a ênfase no comportamento do médico, sem refletir sobre a inserção do paciente na interação, Nunes Filho e outros (*op. cit.*) afirmam que “o exame médico-psiquiátrico bem organizado é a base de todo o progresso em medicina clínica. É indispensável para a boa prática médica e fundamental para a pesquisa” (p. 27). As expressões “exame bem organizado”, “médico neutro”, “objetivação dos achados”, “estrutura de um questionário”, “execução de uma sequência de procedimentos”, dentre outras, apontam para uma postura dos autores de busca pelos dados, conseguidos apenas se o roteiro for seguido com “arte e técnica”. O mais importante, segundo eles, é a obtenção dos dados, “facilitando o estabelecimento de hipóteses diagnósticas e de planejamento terapêutico adequado. Para chegar ao diagnóstico, deve o interessado *executar uma sequência de procedimentos que visa à obtenção de dados específicos e sua correta avaliação*” (NUNES FILHO et alii, 2001, p. 27, grifos meus).

⁵ “O exame psicopatológico deve vir após as fases iniciais do exame médico-psiquiátrico visando a obtenção do diagnóstico.” (NUNES FILHO et alii, 2001, p. 28).

Embora para Nunes Filho et alii o exame sozinho não seja suficiente para resultar no diagnóstico, há uma característica fundamental: a objetivação dos achados. Para isso, o médico deve ter em mente a estrutura de um questionário, embora deva permitir que o paciente conte a sua própria história. O foco no médico e no conteúdo das informações, portanto, é explícito.

Apesar de uma orientação prescritiva com base na ‘objetividade’ e ‘neutralidade’, Nunes Filho *et alii* fazem menção à dimensão empática na relação médico-paciente, embora sem explicá-la exatamente, o que deixaria os médicos menos experientes sem a orientação na sua conduta: “O examinador deve ser neutro o suficiente para não inibir depoimentos, e empático para facilitar a exposição de temas delicados ou significativos para o paciente” (2001, p. 27). A busca (utópica) pela neutralidade já seria suficiente para confundir as mentes dos médicos pouco críticos e pouco experientes.

Essas diretrizes, bem como os conteúdos a serem abordados, no âmbito prescritivo, funcionam, portanto, como os estoques de conhecimento que informam o médico acerca da sua prática clínica. Entretanto, os profissionais poderão, de certa forma, escolher se vão ou não seguir o roteiro, e essa escolha certamente estará relacionada à experiência profissional e/ou à postura assumida na prática clínica, postura essa vinculada à ordem institucional (SARANGI; ROBERTS, 1999; PERÄKYLÄ; VEHVILÄINEN, 2003).

Alguns roteiros, embora ainda não tenham o foco no papel central que o paciente deve ocupar na interação, já indicam uma preocupação maior a respeito das condições da entrevista, do papel do entrevistador, considerações sobre o espaço físico, dentre outras, sinalizando atenção com a particularidade de cada exame, e, conseqüentemente, com a singularidade dos pacientes.

3.2 Entre o conteúdo das informações e a valorização do sujeito doente

A entrevista caracteriza-se pelo fato de o psiquiatra ser um especialista no campo dos fenômenos mentais e relações interpessoais (sic) e, de acordo com isso, oferecer ao paciente mais do que uma atenção solidária. (KAPLAN; SADOCK, 1990, p. 164).

No *Compêndio de Psiquiatria*, Kaplan e Sadock (1990), no Capítulo 8 – Exame clínico do paciente psiquiátrico, antes de apresentarem o roteiro da entrevista propriamente dito, cujos tópicos foram referidos pelos manuais já analisados, fazem uma discussão a respeito da entrevista, principalmente de alguns fatores que a influenciam, além do papel do médico e do papel do paciente. Tais discussões refletem alguma preocupação com questões que transcendem o exame, na medida em que apontam para uma maior liberdade de ação do médico, ao mesmo tempo em que chamam a atenção para aspectos que valorizam o paciente e sua própria história. Expressões como “Um começo adequado seria...” (p. 166), “A técnica mais importante para a obtenção da história psiquiátrica consiste em deixar o paciente contar sua própria história, com suas próprias palavras, na ordem que julgar mais importante” (p. 168), são utilizadas a fim de dar instruções ao médico sobre a sua conduta clínica durante a entrevista propriamente dita.

Kaplan e Sadock (1990) afirmam que o papel mais importante do médico é ouvir e compreender o paciente (p. 164). Para eles, é importante que o médico favoreça o *rapport* ou *o bom relacionamento*, alcançado pela relação empática que deve ser estabelecida durante o encontro. A crítica à determinação de como fazer a entrevista, à direção e ao controle sobre o comportamento discursivo do paciente é comentada por eles. Nesse manual, um dos mais referidos, os autores afirmam que a aliança terapêutica somente poderá ser alcançada com a união dos seguintes elementos: confiança, empatia e respeito mútuos: “o papel mais importante do entrevistador é escutar o paciente, entendê-lo e estabelecer um ‘rapport’” (KAPLAN; SADOCK, 1990, p. 164).⁶

⁶ Cf. MacKinnon; Yudofsky, 1988.

Kaplan e Sadock (1990) mostram que há fatores que podem influenciar a entrevista: interferências de terceiros, tempo de duração da entrevista, disposição física da sala, anotações feitas pelo médico enquanto o paciente fornece as informações, condições às quais os médicos e os pacientes estão sujeitos, que poderão exercer influências sobre a interação. Em relação ao médico, afirmam que o estilo, a orientação e a experiência do entrevistador também podem influenciar a entrevista. Em relação ao paciente, Kaplan e Sadock mostram que nem todos os pacientes estarão durante a entrevista com vontade de cooperar, e isso pode interferir na condução das entrevistas. Alguns pacientes podem também querer esconder seus sentimentos e as causas, e isso também vai interferir na entrevista, ou melhor, na maneira como a entrevista deve ser conduzida (p. 164-165).

Após fazerem a reflexão inicial, apresentam os tópicos do roteiro: i) Identificação Preliminar; ii) Queixa Principal; iii) Identificação Pessoal; iv) História da Doença Atual; v) Doenças Anteriores; vi) História Médica Progressiva: História pré-natal, Primeira infância, Infância intermediária, Infância tardia, Idade adulta; vii) História Familiar: situação social atual, sonhos, fantasias e sistemas de valores. A seguir, é apresentado o roteiro para a realização do Exame do Estado Mental, em que são investigados aparência, comportamento, humor, percepção, e os demais já referidos nos roteiros apresentados anteriormente. A entrevista é excessivamente detalhada por Kaplan e Sadock, e inclui um esboço intitulado 'Registro Psiquiátrico' (p. 173-176) para que “os estudantes possam redigir um registro psiquiátrico” (p. 173) sobre todos os tópicos do roteiro da entrevista.

Estes autores também afirmam que os médicos precisam impor limites a pacientes com problemas no controle de seus impulsos, ou tentar favorecer os impulsos em outros pacientes que estejam gravemente reprimidos (1990, p. 164). Apesar disso, a entrevista psiquiátrica, segundo eles, é também o lugar propício para que as histórias⁷ de vida do paciente sejam conhecidas pelo médico.

Pode-se afirmar, então, que Kaplan e Sadock, apesar de apresentarem os tópicos da entrevista psiquiátrica de forma detalhada e

⁷ Cf. 3.2.1.3 – Enquadre de co-construção das experiências de vida do paciente: crônicas, narrativas e explicações, de minha Tese de Doutorado (PEREIRA, 2005).

com isso sinalizarem uma preocupação com o conteúdo, com os sinais e sintomas, os autores também manifestam uma atenção com as condições para realização das entrevistas, o que significa dizer que estão mostrando a importância que o paciente tem na interação. Essas preocupações apontam para a necessidade de o médico estar atento às diferentes entrevistas que emergem da diversidade das interações.

Mackinnon e Yudofsky (1988) dedicam dois capítulos à entrevista psiquiátrica. No primeiro, intitulado ‘A entrevista psiquiátrica’, os autores fazem uma discussão bastante semelhante à que foi feita por Kaplan e Sadock (1990). Também refletem sobre os fatores que influenciam a entrevista: o papel do entrevistador, os fatores relacionados ao tempo e ao espaço, as fases da entrevista, o ‘papel’ do paciente, dentre outros. Segundo eles, essas são as condições necessárias para que a interação entre o médico e o paciente se dê de maneira satisfatória.

Mackinnon e Yudofsky (1988) apontam para as “pistas fornecidas pelo paciente” (p. 30). Segundo eles, o médico experiente, por se sentir mais confortável com o paciente, prescinde do roteiro. Sua prática tende a buscar “essas pistas”, que são diferentes de acordo com cada paciente.⁸ É a valorização das diferenças e da entrevista enquanto relação entre médico e paciente, mais do que tópicos a serem explorados, que orientarão a prática profissional nesse tipo de atividade clínica.

Corroborando a idéia de que o psiquiatra deve valorizar as contribuições do paciente permitindo que ele fale livremente sobre sua história de vida, Mackinnon e Yudofsky (1988) afirmam que abordagens estereotipadas e excessivamente estruturadas não devem fazer parte da rotina de médicos, uma vez que eles sabem que não é possível obter informações na mesma ordem. E o mais importante é a capacidade empática aliada à sensibilidade do entrevistador, componentes reais da eficácia do psiquiatra como entrevistador. Assim, para Mackinnon e Yudofsky (1988), o médico, enquanto faz as perguntas, ajuda a paciente a falar sobre si mesmo: “Mais do que em outras doenças clínicas, o diagnóstico e o tratamento da doença psiquiátrica baseiam-se na história de vida total do paciente” (p. 18). Assim, o médico coconstrói (cf.

⁸ É uma conduta oposta à universalização/generalização dos casos, conforme observada nos roteiros em que o foco é a valorização do conteúdo das informações (cf. DALGALARRONDO; NUNES FILHO et alii).

GROSSEN; ORVIG, 1998) com o paciente as diferentes histórias, podendo, com elas, construir discursivamente identidades⁹. E as diferentes histórias vão ter um papel fundamental porque é a partir delas, embora não apenas com elas, que o médico poderá conhecer “aquele que está sofrendo, que deseja alívio e espera poder contar com a outra pessoa para ajudá-lo” (MACKINNON; YUDOFISKY, 1988, p. 17).

No Capítulo 2, intitulado ‘O exame clínico do paciente’, Mackinnon e Yudofsky apresentam duas tabelas: *A história psiquiátrica (Anamnese)* e *O exame do estado mental* (p. 49) contendo todos os tópicos que devem ser contemplados pelo médico durante a realização da entrevista. Para cada tópico, há um comentário explicativo. Por exemplo: “Avaliação subjetiva: o psiquiatra deve avaliar as reações emocionais do paciente e a forma com que ele as experimenta e descreve. [...] Deve-se averiguar a intensidade de suas emoções. Descreva distúrbios da regulação emocional como mudanças rápidas de humor...” (1988, p. 79).

As diretrizes propostas por Mackinnon e Yudofsky apontam, portanto, para um modelo de entrevista centrado entre os conteúdos e tópicos propriamente ditos da entrevista psiquiátrica e a interação médico-paciente, com a valorização das experiências daqueles que sofrem. Ao mesmo tempo em que os autores afirmam que “O instrumento principal da entrevista psiquiátrica é o próprio psiquiatra” (p. 30) e mostram, em tabelas, quais são os tópicos que devem ser abordados na entrevista, eles também defendem a necessidade de os profissionais de saúde mental estarem atentos à interação, ou melhor, à necessidade de promover a empatia e a confiança necessárias.

Um modelo cujo foco está centrado no paciente (BALINT, 1964), na diversidade das suas histórias e na diversidade das interações é aquele proposto por Gabbard (1998), em sua abordagem psicodinâmica de psiquiatria.

⁹ Cf. Pereira, 2005 (seção 3.2.1.3 - Enquadre de co-construção das experiências de vida do paciente: crônicas, narrativas e explicações).

3.3 O ‘modelo narrativo’: a valorização do paciente na interação

“O psiquiatra descritivo está primariamente interessado em como um paciente é semelhante, ao invés do quanto é diferente de outros pacientes com aspectos congruentes.” (GABBARD, 1998, p. 24)

No capítulo dedicado à entrevista, intitulado “A avaliação psicodinâmica do paciente”, Gabbard (1998) apresenta o seu ‘não-modelo’. Segundo ele, o objetivo da abordagem psicodinâmica é enfatizar a importância fundamental da relação médico-paciente, em que o estabelecimento do *rappor*t e de um entendimento mútuo são prioridades. Em virtude disso, “a primeira tarefa do entrevistador é transmitir que o paciente é aceito, valorizado e considerado uma pessoa singular com problemas únicos” (p. 60). Para Gabbard (1998), a postura psicodinâmica¹⁰ é empática no sentido de privilegiar a perspectiva do paciente. Desta forma, essa abordagem envolve a inserção do paciente como um colaborador no processo exploratório (p. 61). O autor de *Psiquiatria Psicodinâmica* faz críticas às entrevistas orientadas apenas para a construção do diagnóstico porque pode provocar no paciente a impressão de ser apenas uma amostra, inibindo-o a expor seus problemas.

O enfoque de Gabbard, portanto, difere da abordagem puramente descritiva do diagnóstico: “A avaliação psicodinâmica pode ser considerada como uma extensão significativa da avaliação médico-psiquiátrica descritiva” (p. 60). Valorizando o sujeito e a sua história de vida, Gabbard chama a atenção dos médicos para esse aspecto que é, para ele, fundamental na entrevista: quando ouvir as diferentes histórias, o médico precisa estar atento à singularidade, à individualidade. Para o autor, “o psiquiatra dinâmico deve abordar cada paciente como um indivíduo singular, não assumindo a priori que certo evento possui somente um significado específico” (p. 66). Assim, para que o sujeito seja visto como um ser único, diferente em cada história, ele precisa

¹⁰ Segundo Straton e Hayes (1993), a Psicodinâmica inclui todas as teorias do funcionamento humano que estão baseadas no jogo mútuo de impulsos e outras forças internas à pessoa. A teoria psicanalítica é uma delas.

encontrar o lugar para falar, encontrar o interlocutor que o escute e acredite naquilo que ele diz. Somente “vários minutos de questões abertas destinadas a facilitar o livre fluxo da história do paciente, o médico poderá preencher as lacunas com questões mais diretas e específicas” (p. 65). É uma proposta oposta ao que é apresentado por Dalgalarondo (2000). Em seus quadros-resumo, como vimos, por exemplo, a orientação é que o médico preencha lacunas com 0=não, 1=sim (Cf. Quadro 1).

Na conclusão do capítulo destinado à apresentação da Avaliação, Gabbard (1998), então, mostra a *Tabela de Avaliação Psicodinâmica*, que sintetiza os passos envolvidos em uma avaliação psicodinâmica completa:

- i) Dados históricos: Doença atual com atenção às ligações associativas e com os estressores do eixo IV, História pregressa com ênfase sobre como o passado sem se repetindo no presente (História do desenvolvimento – evolutiva, História familiar, Formação cultural/religiosa;
- ii) Exame do estado mental: Orientação e Percepção, Cognição, Afeto, Ação;
- iii) Testes psicológicos projetivos;
- iv) Exame físico e neurológico;
- v) O diagnóstico psicodinâmico: Diagnóstico descritivo pelo DSM-IV, Interações entre os eixos I-IV, Características do ego (pontos fortes e fraquezas, mecanismos de defesa e conflitos, relação com o superego), Qualidade das relações objetais (relacionamentos familiares, padrões transferenciais-contratransferenciais, inferência acerca das relações objetais internas), Características do *self* (auto-estima e coesão do *self*, continuidade do *self*, fronteiras do *self*, relação mente/corpo), Formulação explicativa utilizando os dados anteriores (p. 72).

Muitos tópicos da tabela apresentada por Gabbard estão também presentes nos roteiros apresentados pelos manuais já analisados. No entanto, o que diferencia a proposta de Gabbard das outras é a maneira

“como” as informações são abordadas pelo médico durante a entrevista. Com essa orientação baseada no “como as informações devem ser obtidas”, Gabbard defende uma prática mais ‘organizacional’ e menos ‘informativa’, uma postura que está além do diagnóstico prescritivo. Mais importante do que as perguntas (o quê), o profissional deve estar atento à forma como devem ser feitas (o como).

Para o autor, o profissional de saúde mental deve evitar que o paciente represente um papel passivo de mero informante respondendo às questões propostas pelo médico; o paciente deve ser um colaborador envolvido. O objetivo, segundo Gabbard, é minimizar o exame formal, permitindo que as questões do pensamento, afeto e percepção venham à tona inseridas em um contexto significativo (p. 66) e não a partir de perguntas específicas. As informações, portanto, sobre o estado mental do paciente devem ser obtidas durante a coleta da história no curso da entrevista, evitando-se, assim, o roteiro formal.

A proposta de análise psicodinâmica do paciente apresentada por Gabbard está além do diagnóstico descritivo, como foi dito. Segundo o autor, sua proposta é a de fazer algo que supere a classificação e a mera descrição: “A abordagem dinâmica significa um novo sentido para o diagnóstico, não a mera aplicação de um rótulo [...]. É o diagnóstico no sentido da compreensão de como o paciente adoeceu e de quão enfermo se encontra e de como a doença lhe serve” (p. 68). Nesse modelo de entrevista, a ênfase não está no diagnóstico: “Os psiquiatras devem resguardar-se contra uma ênfase excessiva sobre a rotulação diagnóstica que impede o desdobramento da complexa relação entre médico e paciente” (GABBARD, 1998, p. 61).

A prática profissional, nessa perspectiva, relaciona-se à valorização do paciente enquanto sujeito de sua história (cf. MISHLER, 1984, 1986), aquele que muito tem a dizer sobre si mesmo, sobre sua vida: família, trabalho, doença, temas comuns, embora diferentes já que cada história é uma *nova história em uma nova interação*. Essa valorização da escuta e da maneira como o médico deve se comportar, como um ‘elemento facilitador’ da construção dessas histórias, é o fio condutor da prática profissional nessa abordagem da entrevista, com variações, por certo, de médico para médico, de profissional mais experiente ou não.

Nesse modelo, portanto, os tópicos não são o objetivo, o que garantiria um maior controle da interação pelo médico. Ao contrário, eles são apresentados em uma pequena tabela, bastante resumida no final do capítulo. E esses tópicos não são apresentados como nos roteiros analisados, mas sim como “*passos* envolvidos em uma avaliação psicodinâmica completa” (p. 72, grifo meu), o que muda bastante a concepção de entrevista proposta por ele uma vez que o foco não é o conteúdo das informações, mas sim o paciente e “um planejamento terapêutico global” (p. 73). O Diagnóstico Psicodinâmico, segundo ele, incluiria outros ‘tópicos’ um pouco diferentes dos que foram apresentados nos roteiros analisados: características do ego (mecanismos de defesa e conflitos, p. ex.), qualidade das relações objetais (relacionamento familiares, p. ex.) e características do *self* (autoestima, p. ex.), dentre outras.

Enfatizando, então, a importância de valorizar o paciente como um sujeito que está além dos sinais e sintomas, Gabbard propõe um novo sentido para a entrevista: “O psiquiatra deve manter um estilo flexível de entrevista que varia de uma busca estruturada de fatos específicos (sintomas, história familiar, duração da enfermidade) até uma postura não-estruturada de escuta do fluxo natural dos processos de pensamento do paciente” (p. 64). Nesse modelo, a entrevista é um espaço destinado à compreensão daquele que sofre e acredita que seu sofrimento será eliminado, e o médico deve criar uma atmosfera na qual o paciente sinta-se livre para falar sobre si mesmo.

4. CONCLUSÃO

Tal como apontado por Peräkylä e Vehviläinen (2003), o “mundo do sinal e do sintoma” e o “mundo das experiências do sujeito” que sofre estariam conduzindo a prática na clínica psiquiátrica a partir de 1950. Esses modelos, segundo os autores, têm focos distintos: um centrado no médico, com ênfase nos conteúdos da entrevista; e outro centrado no paciente, cujo objetivo explícito é a busca pela aliança terapêutica (empatia, confiança e disponibilidade para a mudança). Nesse modelo, a interação é, conseqüentemente, mais espontânea, menos ‘assimétrica’ e mais pessoal.

Com a análise dos manuais, foi observado, inicialmente, que os roteiros inserem-se nesses dois modelos: um modelo de medicina centrada no médico como especialista, com ênfase nos conteúdos/tópicos da entrevista (o quê), evidenciando um controle maior do médico especialista – o enquadre de referência é o sinal e o sintoma (DALGALARRONDO, 2000 e NUNES FILHO, 2001) –; e um modelo centrado no paciente (GABBARD, 1998), cujo foco é a interação (o como), a partir da inserção do paciente no discurso. A referência é, portanto, o mundo de experiências dos pacientes. Nesse modelo, eles ocupam o centro da atividade clínica.

Entretanto, foi também identificado em nossa análise um modelo que estaria ocupando uma ‘posição intermediária’ – com valorização tanto do conteúdo das informações, de base descritiva, quanto do papel exercido pelo médico como entrevistador/examinador, quanto das experiências do paciente, de base narrativa. A referência é o paciente que ocupa o centro da clínica. Os roteiros apresentados por Kaplan e Sadock (1990) e Mackinnon e Yudofsky (1988) representam essa postura.

É importante ressaltar que os profissionais de saúde mental não são, de forma alguma, considerados homogêneos, com crenças e opiniões idênticas (SARANGI; ROBERTS, 1999), e esse pressuposto foi ‘identificado’ nos manuais analisados. referência?

Também é necessário enfatizar que, neste trabalho, a análise esteve centrada apenas nos manuais, sem integrá-los às práticas discursivo-interacionais, ao aqui-agora das entrevistas psiquiátricas, o que foi apresentado de forma bastante detalhada em minha Tese de Doutorado (PEREIRA, 2005).

Em virtude do importante papel que a entrevista ocupa na atividade da clínica, uma reflexão sobre os roteiros é fundamental, uma vez que é a partir dessas diferentes orientações que os médicos se comportarão discursivamente durante a entrevista. É necessário, portanto, que eles conheçam esses roteiros, e saibam avaliá-los para que essas orientações possam contribuir com esses profissionais em sua prática clínica, com vistas à compreensão do outro, atendendo aquele que busca um alívio para o sofrimento mental. É uma possibilidade de análise desse comportamento discursivo-interacional no ‘aqui-agora’ do

evento comunicativo pode ser feita a partir dos enquadres¹¹ que o médico estabelece durante o encontro com o paciente (cf. PEREIRA, 2005):

[...]
Dr. Oswaldo: = humhum, e nessa primeira vez você foi internado, você começou a se tratar em ambulatórios, como é que foi?
José Mário: não, é:: tem dois anos que eu não venho aqui né.=
Dr. Oswaldo: = não tô falando da primeira vez quando
José Mário: a primeira vez eu ia todo dia todo dia eu ia pro Rio Sul tomar chopp. Já fui é: não tinha aquele é você pegou tem quantos anos aquele ()=
Dr. Oswaldo: = ah bastante tempo. =
José Mário: = tem mais de onze anos?
Dr. Oswaldo: tem =
José Mário: = se lembra quando desenhavam um coração com flores ali naquele jardim da um.
Dr. Oswaldo: não lembro muito não.
José Mário: ali tinha um muro e a gente pulava pro outro mato caía no campo de futebol pulava o muro aí caía pro outro lado e ia pro Rio Sul, tudo bem vestido coisa e tal ia lá pro Rio Sul tomava chopp levava uma galera.
 [...]

Quadro 2 – Fragmento de uma das entrevistas analisadas em Pereira (2005)¹²

REFERÊNCIAS

- BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. Tradução de Roberto Musachio. Rio de Janeiro: Atheneu, 1964.
- BATESON, G. A theory fo play and fantasy. In: _____. **Steps to an ecology of mind**. N.Y.: Ballaitine Books, 1972.
- DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000.
- GABBARD, G. O. **Psiquiatria psicodinâmica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

¹¹ *Enquadre* é um conjunto de instruções dadas pelo falante ao ouvinte de como ele deverá compreender uma dada mensagem (BATESON, 1972; GOFFMAN, 1974; GUMPERZ, 1982).

¹² Fragmento 10 – Entrevista 1 com José Mário – Unidade Temática 1: As internações no IPUB. (Cf. PEREIRA, 2005, seção 3.2.1.3 – Enquadre de co-construção das experiências de vida do paciente: crônicas, narrativas e explicações – p. 143-167).

- GOFFMAN, E. **Frame analysis**: an essay of the organization of experience. New York: Maple Press, 1974.
- GROSSEN, M.; ORVIG, S. A. Entrevistas clínicas vistas como interações verbais: uma perspectiva multidisciplinar. **Pragmatics**, v. 8, n. 2, p. 149-154, 1998.
- GUMPERZ, J. [1982] **Discourse strategies**. Cambridge: Cambridge University Press, 1982.
- KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Compêndio de psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- MACKINNON, R.; YUDOFKY, S. **A avaliação psiquiátrica na prática clínica**. Tradução de Maria Cristina R. Goulart. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
- MISHLER, E. G. **The discourse of medicine**: dialectics of medical interviews. Norwood, N.J.: Ablex, 1984.
- _____. **Research Interviewing**: context and narrative. Cambridge: Harvard University Press, 1986.
- NUNES FILHO, E. P. ; BUENO, J. R.; NARDI, A. E. **Psiquiatria e saúde mental**. Conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais. São Paulo: Atheneu, 2001.
- PERÄKYLÄ, A.; VEHVILÄINEN, S. Conversation analysis and the professional stocks of interacional knowledge. **Discourse & Society**, v. 14, n. 6, p. 727-750, 2003.
- PEREIRA, T. C. **A entrevista psiquiátrica**: a rotina, o fazer clínico e as representações. 2005. 322 f. Tese (Doutorado em Estudos da Linguagem)– Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.
- PINTO, D. de S.; RIBEIRO, B.T.; LOPES DANTAS, M.T. 'Let the heart speak out' – Interviewing practices by psychiatrists from two different traditions. In: PERÄKYLÄ, A. et alii. **Communications and Medicine** – special edition. Professional theories and institutional interaction, v. 2, n. 2, 2005.
- SARANGI, S.; ROBERTS, C. The dynamics of interactional and institutional orders in work-related settings. In: **Talk, work and institutional order**. Discourse in medical, mediation and management settings. Edited by Srikant Sarangi e Celia Roberts. New York: Mouton de Gruyter, 1999.

STRATON, p. ; HAYES, N. **Dicionário de Psicologia**. Tradução de Esméria Rovai. São Paulo: Editora Pioneira, 1993.

SULLIVAN, H. S. **A entrevista psiquiátrica**. Tradução de Maria A. V. Cunha. Rio de Janeiro: Editora Interciência, 1983.

SWALES, J. **Genre analysis: English in academic and research settings**. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

Recebido em 30/08/2010. Aprovado em 06/12/2010.

Title: Roadmaps-psychiatric clinical interview – theoretical and methodological guidelines: “The routine established by tradition and custom”

Author: Tânia Conceição Pereira

Abstract: According to some manuals that integrate the medical-psychiatric literature, there is an interview script that must guide the professional practice. Those are the normative models, or SIK – ‘stocks of interactional knowledge’ in the terms of Peräkylä & Vehviläinen (2003). Such manuals represent the stocks of knowledge and offer the directives for undertaking the interview. The objective in this paper is to analyze the clinical agenda as inserted within the “institutional” context of rules and regulations (SARANGI; ROBERTS, 1999). It was observed that the scripts are inserted in basically two distinct models: i) a medical model centered on the doctor as a specialist – the frame of reference is the sign and the symptom; and ii) a model centered on the patient, whose focus is the interaction and the insertion of the patient in the discourse – the frame of reference is the world of experiences of the person who suffers, which thus occupies the center of the clinical activity.

Keywords: Psychiatric interview. Stock of knowledge. Clinical agenda. Frame.

Título: Guiones de la entrevista clínica-psiquiátrica - directrices teórico-metodológicas: “la rutina establecida por la tradición y por las costumbres”

Autor: Tânia Conceição Pereira

Resumen: Según algunos manuales que integran la literatura médico-psiquiátrica, existe un guión de entrevista que deberá orientar la práctica profesional. Son los modelos normativos o SIK - ‘stocks of interactional knowledge’ en los términos de Peräkylä & Vehviläinen (2003). Esos manuales representan los reservas de conocimiento y ofrecen las directrices para la realización de la entrevista. El objetivo de este artículo es hacer un análisis de la agenda clínica, insertada en el contexto “institucional” de reglas y reglamentos (SARANGI; ROBERTS, 1999). Fue observado que los guiones se insertan básicamente en dos modelos distintos: i) un modelo de medicina centrada en el médico como especialista - el encuadre de referencia es la señal y el síntoma; y ii) un modelo centrado en el paciente, cuyo foco es la interacción y la inserción del paciente en el discurso - el encuadre de referencia es el mundo de experiencias de la persona que sufre que ocupa, así, el centro de la actividad clínica.

Palabras-clave: Entrevista psiquiátrica. Reservas de conocimiento. Agenda clínica. Encuadre.