



Entrevista Psiquiátrica no paciente agudo

Psychiatric Interview in the acute patient

Raphael Antonio Medeiros de Castro¹ , Cristina Marta Del-Ben² 

RESUMO

A entrevista médica é a principal forma para coleta de informações no cuidado de um paciente. Em um cenário de urgência, a avaliação psiquiátrica muitas vezes é feita por um médico não-especialista. Por isso, ter uma estrutura de entrevista para guiar a avaliação e determinar as condutas é essencial para todo médico.

Palavras-chave: Entrevista, Anamnese, Emergência, Psiquiatria

ABSTRACT

The medical interview is the main route to obtaining information to adequately treat a patient. In the urgency setting, the psychiatric evaluation is commonly performed by a non-specialist physician. Therefore, a structured interview to guide the evaluation and determine the appropriate course of treatment is essential for all physicians.

Keywords: Interview, Anamnesis, Emergency, Psychiatry

POR QUE O MÉDICO NÃO-PSIQUIATRA PRECISA SABER DESTE TEMA?

Ao lidar com a avaliação de qualquer paciente, todo médico deve saber como conduzir a entrevista e a avaliação. Em um contexto de emergência, tal habilidade é essencial para um bom diagnóstico e definição de conduta de maneira adequada e dinâmica. Considerando que o paciente com transtorno psiquiátrico descompensado, ou mesmo um paciente sem diagnóstico psiquiátrico que apresenta, por exemplo, um quadro de agitação psicomotora, chega em um cenário de pronto atendimento onde não há psiquiatra disponível, torna-se primordial que qualquer médico saiba como estruturar e conduzir da melhor forma tal avaliação^{1,2}.

INTRODUÇÃO

Uma das principais e mais difíceis habilidades que um médico deve desenvolver ao longo de sua formação é a de conduzir adequadamente uma entrevista com seu paciente³. Estruturar e utilizar de técnicas de entrevista médica são de suma importância para conseguir este objetivo, afinal é por meio da entrevista que a relação médico-paciente é inicialmente estabelecida³ e, quando bem-sucedida, contribui para a aliança terapêutica, essencial para o tratamento do paciente.

De forma geral, existem três tipos de entrevistas: estruturadas, semiestruturadas e não

estruturadas. Uma entrevista psiquiátrica habitual deve se encaixar na chamada entrevista semiestruturada, uma vez que não apresenta uma sequência e perguntas totalmente pré-determinadas, mas por outro lado é importante que conte com uma participação ativa do entrevistador para obtenção de informações ao longo da avaliação seguindo, de certa forma, algum roteiro para tal⁴.

Um estudo publicado por Beckman et al. em 1984⁵ encontrou que os médicos demoravam, em média, 18 segundos para interromper o paciente após estes começarem a falar o motivo de procurarem a consulta. Estudos subsequentes também encontraram tempos até a interrupção

¹ Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento. Ribeirão Preto, (SP), Brasil

² Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, (SP) Brasil



próximos a este, com somente 26% dos pacientes conseguindo terminar sua fala sem serem interrompidos⁵⁻⁸. Tal prática traz prejuízos para a relação médico-paciente e para a conduta adotada, pois muitas vezes os pacientes não iniciam falando o principal problema/demanda, especialmente em se tratando de questões relacionadas à saúde mental^{5,9}. Dessa forma, compreender as diferentes fases da entrevista e como abordar certos temas, auxilia o médico a conseguir as informações necessárias para definir suas condutas de forma correta.

Em um cenário de atendimento de urgência e emergência, muitas vezes as avaliações precisam ser feitas de forma mais breve devido à alta demanda dos serviços. Além disso, muitas vezes tais cenários não dispõem de um local adequado para realização de uma entrevista psiquiátrica. Uma das maiores dificuldades está em equilibrar e manejar o tempo, sem prejuízo para o paciente e para o médico³. Portanto, é necessário distinguir entre as agendas das duas partes da entrevista,

ou seja, entre o que o paciente gostaria de falar e acredita ser importante que seu médico saiba e o que o médico necessita saber para chegar em um diagnóstico e tratamento corretos. O profissional não deve apenas escutar o paciente, mas também ativamente demonstrar empatia, questionar e direcionar a avaliação¹⁰.

Com o objetivo de tornar mais fácil o desenvolvimento destas habilidades, será abordado neste artigo um modelo de estruturação de entrevista dividido em cinco fases¹¹ (Figura 1), cada uma com sua função, para que a anamnese seja adequadamente realizada. Tal modelo é baseado no livro chamado "*Psychiatric interviewing: the art of understanding*" do psiquiatra estado-unidense Shawn Christopher Shea. Abordaremos aspectos da entrevista psiquiátrica com orientações para um cenário de urgência, porém não estamos incluindo aqui o manejo de pacientes que estejam se apresentando com agitação psicomotora, tema que será desenvolvido no artigo específico para tal, a ser publicado neste mesmo Suplemento Temático.

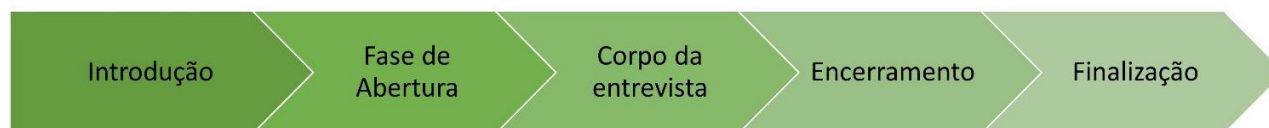


Figura 1: Fases e progressão da entrevista médica

FASES DA ENTREVISTA

A entrevista psiquiátrica, assim como qualquer outra avaliação, ocorre de forma dinâmica, e o médico deve ser capaz de se adaptar às mudanças que podem ocorrer na estrutura de sua entrevista. A divisão em fases auxilia no direcionamento e na organização, aumentando a qualidade das informações coletadas, mas o profissional deve se adaptar a possíveis intercorrências e ajustes, principalmente se tratando de um cenário de emergência.

1. Introdução

A primeira fase, a introdução da entrevista, é o momento de apresentação entre as duas partes, paciente e médico. Apesar de ser rápida, usualmente durando de um a dois minutos, é extremamente importante. É neste momento que o paciente forma

sua impressão inicial do médico, que pode influenciar diretamente no vínculo e, conseqüentemente, no restante de toda a avaliação. Caso o paciente não esteja sozinho, a decisão de a avaliação será feita individualmente ou com o acompanhante deve ser compartilhada com o paciente¹². Deve-se sempre evitar conversar inicialmente só com o acompanhante e sem o paciente¹².

Nesta fase da entrevista estão incluídos alguns aspectos, como por exemplo:

- Direcionar o paciente para onde o mesmo deve se sentar;
- Dizer seu nome;
- Explicar seu cargo e sua função;
- Orientar o paciente sobre o funcionamento da avaliação: tempo aproximado de duração, estrutura da entrevista, informar o paciente de forma superfi-

cial o que já sabe do quadro caso tenha registros prévios de prontuário.

O objetivo principal desta fase é assegurar um bom vínculo inicial com o paciente e, principalmente, reduzir a ansiedade dele. Essa tranquilização é de grande ajuda para a coleta de informações, uma vez que um paciente trazendo seus relatos de maneira mais ansiosa pode acabar se confundindo em alguns momentos ou tender a ser mais prolixo. Portanto, uma introdução bem-sucedida auxilia a otimizar o tempo da avaliação.

2. Fase de abertura

Aqui falaremos sobre outra fase da entrevista que quando feita de forma adequada auxilia na condução de todo o restante. Esta fase deve sempre ter uma duração de cerca de 5 a 7 minutos, mesmo em um cenário de emergência. Ao final desta fase, o paciente usualmente terá decidido se a sua primeira impressão sobre o profissional, formada na introdução, estava correta ou não, impactando diretamente no vínculo terapêutico.

Neste momento, o paciente que fala e o profissional escuta. Para estimular o paciente e passar da introdução para a fase de abertura, o entrevistador deve se utilizar de uma pergunta aberta (Quadro 1), para que o paciente fale do que ele quiser e julgar importante.

Quadro 1

Exemplos de perguntas abertas para iniciar a fase de abertura

- O que te levou a procurar atendimento hoje?
- Como posso te ajudar hoje?
- O que tem acontecido recentemente que justificou o agendamento da consulta?

Adaptado de Shea e Maloney, 1988¹¹

A determinação de uma duração específica para esta fase mesmo no contexto de emergência é justificada pois, como já mencionado anteriormente, o paciente muitas vezes não traz sua principal queixa logo na primeira frase ou no primeiro minuto. Naturalmente, cada paciente se comporta de uma forma diferente, alguns falando até que seja necessário interrompê-los e outros trazendo respostas curtas mesmo frente a perguntas abertas. O profissional deve ser capaz de se adaptar a

cada caso e utilizar de estratégias diversas para abordar cada paciente em sua especificidade.

Dica do especialista

As técnicas e habilidades que podem ser utilizadas em cada caso são extensas e sua explanação foge do escopo deste artigo. Cabe apenas ressaltar dois pontos cruciais frente às duas situações citadas:

- a) quando um paciente fala ininterruptamente após a pergunta inicial, pode ser necessário interrompê-lo para dar continuidade a entrevista. É essencial que esta interrupção seja empática para não prejudicar a relação médico-paciente, e que a primeira pergunta feita pelo profissional para iniciar a fase seguinte seja relacionada com o que o paciente estava trazendo em sua fala;
- b) quando um paciente responde de forma breve ou lacônica, o profissional deve se utilizar de uma sequência de perguntas abertas para estimulá-lo a trazer espontaneamente sua queixa.

3. Corpo da entrevista

Nesta fase da entrevista é quando o profissional passa a abordar os tópicos de forma mais direta e a conduzir ativamente a entrevista. É nesta fase que serão coletados os dados objetivos para determinar a conduta e isso deve ser feito de forma rápida e eficaz, principalmente em se tratamento de um contexto de urgência.

É essencial que ao iniciar essa parte da anamnese o profissional já tenha em mente quais informações precisa coletar e esclarecer a partir do que o paciente falou na fase de abertura. Isso deve ser feito objetivando chegar em uma hipótese diagnóstica principal e, portanto, os questionamentos feitos devem ter relevância para tal. Retomar o que parte da fala do próprio paciente para fazer uma pergunta relacionada é uma das estratégias que se mostram úteis para este momento da avaliação.

Além disso, é necessário que ao final do corpo da entrevista o profissional seja capaz de definir se o paciente: a) oferece risco a si mesmo ou a terceiros; b) tem juízo crítico da realidade preservado; c) tem capacidade de autocuidado. Esses itens devem ser respondidos independente do diagnóstico do paciente, uma vez que podem indicar manter o paciente em observação ou solicitar internação. O juízo crítico da realidade é parte do exame do estado mental na qual se verifica se o funcionamento mental do paciente está coerente com a realidade ou se, por exemplo, as decisões dele estão cerceadas por alucinações ou delírios⁴.

Antes de encerrar o corpo da entrevista e então passar para o fechamento da avaliação,

é válido buscar saber se ainda há algo que o paciente gostaria de dizer. Isso pode ser feito com questionamentos como “existe algo que ainda não falamos que você gostaria de dizer?” ou “deixei de perguntar alguma coisa que você considera importante que eu saiba?”.

4. *Fechamento e finalização da entrevista*

Ao se encaminhar para o fim da avaliação, o paciente espera que seja esclarecido quanto aos motivos que o levaram a procurar ajuda. Isso não inclui somente dar um diagnóstico específico, mas demonstrar empatia, instilar esperança de melhora e mudança do quadro atual, e explicar os motivos e sintomas que justificam a hipótese diagnóstica inicial e a respectiva conduta. Além disso, é neste momento que, quando necessário, o acompanhante pode ser chamado para esclarecimento de informações, desde que com autorização do paciente (exceto quando o rompimento do sigilo médico está plenamente justificado).

Apesar de ser a parte final da entrevista, é importante que o profissional tenha tempo para abordar de maneira completa e adequada e não se deve terminar apressadamente, o que pode prejudicar o entendimento e o vínculo com o paciente.

Assim como em qualquer avaliação, as condutas devem ser explicadas diretamente ao paciente e, também como em qualquer anamnese, a decisão conjunta com o paciente é de suma importância. Por exemplo, caso seja necessário encaminhamento para internação, o motivo deve ficar claro para o paciente; ou então caso seja prescrita uma medicação, além da razão para tal e qual efeito terapêutico buscado, deve ser orientado possíveis efeitos adversos. É bastante útil, antes de finalizar a entrevista, questionar o paciente qual entendimento do mesmo sobre o que foi falado e explicado até ali e se necessário abordar novamente possíveis dúvidas ou tópicos que não ficaram claros para o indivíduo.

CONCLUSÃO

A entrevista psiquiátrica em um contexto de urgência é ainda mais variável e dinâmica que

uma anamnese regular. Apesar de inicialmente poder se mostrar mais difícil, ter em mente uma sistematização de entrevista auxilia a reduzir a ansiedade do próprio profissional e evitar possíveis situações de negligência com o paciente.

Neste artigo visamos mostrar uma estrutura geral de avaliação para guiar e otimizar a consulta. As especificidades de possíveis situações como agitação psicomotora ou ideação suicida serão abordadas nos artigos específicos destes temas parte desse suplemento temático.

REFERÊNCIAS

1. Mavrogiorgou P, Brüne M, Juckel G. The Management of Psychiatric Emergencies. *Dtsch Arztebl Int*. 2011 Apr 1;
2. Del-Ben CM, Marques JMA, Sponholz Jr A, Zuardi AW. Políticas de saúde mental e mudanças na demanda de serviços de emergência. *Rev Saude Publica*. 1999 Oct;33(5):470-6.
3. Lichstein PR. *The Medical Interview*. 1990.
4. Zuardi AW, Loureiro SR. Semiologia psiquiátrica. *Medicina (Ribeirao Preto Online)*. 1996 Mar 30;29(1):44-53.
5. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med*. 1984 Nov;101(5):692-6.
6. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA*. 1999 Jan 20;281(3):283-7.
7. Dyche L, Swiderski D. The effect of physician solicitation approaches on ability to identify patient concerns. *J Gen Intern Med*. 2005 Mar;20(3):267-70.
8. Singh Ospina N, Phillips KA, Rodriguez-Gutierrez R, Castaneda-Guarderas A, Gionfriddo MR, Branda ME, et al. Eliciting the Patient's Agenda- Secondary Analysis of Recorded Clinical Encounters. *J Gen Intern Med*. 2019 Jan 2;34(1):36-40.
9. Barsky AJ. Hidden reasons some patients visit doctors. *Ann Intern Med*. 1981 Apr;94(4 pt 1):492-8.
10. Shea SC, Barney C. *Facilic Supervision and Schematics: The Art of Training Psychiatric Residents and Other Mental Health Professionals How to Structure Clinical Interviews Sensitively*. *Psychiatric Clinics of North America*. 2007 Jun;30(2):e51-96.
11. Shea SC, Maloney M. *Psychiatric interviewing: The art of understanding*. 2nd ed. 1988.
12. Mackinnon RA, Michels R, Buckley PJ. O Paciente na Emergência. In: *A entrevista psiquiátrica na prática clínica*. 3rd ed. Artmed; 2017.

Autor correspondente:
Raphael Antônio Medeiros de Castro
raphael.antonio.castro@usp.br

Editor:
Prof. Dr. Paulo Henrique Manso

Recebido em: 18/02/2024
Aprovado em: 19/04/2024
