

# O DEPRIMIDO DIANTE DO ENTREVISTADOR CLÍNICO INICIANTE

THE DEPRESSED FACING THE STARTER CLINICAL INTERVIEWER

DAVI ARAÚJO DA CUNHA\*, FABIOLA GOUDINHO DE LIMA\*, LESIRMY BINDÁ SADALA\*,  
ROSÂNGELA DE LIMA GIL\*, SUELY DA SILVA MAIA\*

**RESUMO:** O presente trabalho tem como objetivo fazer uma abordagem do processo de entrevista com pacientes deprimidos, e, ao conhecer mais de perto este processo, à luz da literatura existente, propor contribuições no sentido de levar a uma otimização desta técnica, que é, sem dúvida, imprescindível em qualquer situação interventiva. O entrevistador clínico iniciante tem uma responsabilidade muito grande, e muito do seu pouco preparo será exigido. As atuais formas de receber o paciente deprimido para a entrevista são abordadas, objetivando chegar à singularidade deste paciente. Conceituando sucintamente o processo de entrevista, o estado depressivo e como entrevistar tal paciente, pretende-se com este artigo torná-lo fonte auxiliar para os que diariamente lidam com o sofrimento mental, contribuindo para o levantamento de novos questionamentos e apontar novos caminhos. Com isto, espera-se que o jovem psicólogo utilize-se da entrevista clínica como uma base segura ao se deparar com o paciente deprimido em suas primeiras entrevistas clínicas.

**Palavras-chave:** Entrevista clínica, depressão, paciente deprimido.

**ABSTRACT:** The present paper has as an objective describing the process of interview with depressed patients, and with a closer knowledge of this process, with the existent literature, offers contributions to carry through to an optimization of this technique, which is with no doubts, indispensable in anyone situation of intervention. The Clinical Starter Interviewer has a larger responsibility and a lot of his/her short preparation will be full required. The current forms of receiving the depressed patient for an interview are utilized, objecting the discovery of the singularity of this patient. Considering, clearly, the interview process, the depressive state and how to interview this patient, this article aims to make it as an auxiliary source for the ones who works daily with the mental suffering, contributing to the discovery of new questions and to point new ways of treatment. Thus, it hopes that the youth Psychologist makes use of the Clinical Interview for safe basis when facing the depressed patient in the first Clinical Interviews.

**Keywords:** Clinical Interview, Depression, Depressed Patient.

## INTRODUÇÃO

Atualmente se fala muito em depressão. Este transtorno tem merecido a preocupação de muitos estudiosos, pesquisadores e pessoas comuns, todas com manifestada intenção de conhecer para prevenir. A década de 90, que ficou conhecida como a «década do cérebro», propiciou um significativo aumento de pesquisa e descobertas relacionadas à forma de funcionamento cerebral, resultando em tratamentos mais eficazes e prognósticos mais otimistas. Contudo, sabe-se que, desde muito tempo, a depressão tem ocupa-

do espaço na literatura, seja ela científica, religiosa ou mitológica. Somente no Brasil são mais de dez milhões de deprimidos,<sup>1</sup> sendo atualmente este transtorno a quarta causa de incapacitação no mundo, e a previsão é de que em 2020 seja a segunda, perdendo apenas para as doenças coronarianas.<sup>2</sup>

Com um problema desta magnitude, cada vez fica mais desafiante a abordagem e o tratamento da depressão, principalmente quando se sabe que os fatores causais ainda não foram isolados, recebendo o seu surgimento diversas explicações.<sup>3</sup>

\* Acadêmicos do 10.º Período de Psicologia do Centro Universitário do Norte – Uninorte.

Do ponto de vista psicopatológico, os quadros depressivos têm como elemento central o humor triste. Contudo, tais quadros caracterizam-se por uma multiplicação de sintomas afetivos, instintivos e neurovegetativos, ideativos e cognitivos, relativos à autoavaliação, à volição e a psicomotricidade.<sup>4</sup>

Com isto, ganha fundamental importância uma entrevista clínica em que se prioriza o indivíduo e tem-se segurança ao usar esta técnica. Benjamim<sup>5</sup> trata a entrevista como diálogo sério e com propósito, fazendo já do primeiro encontro do clínico com um paciente deprimido uma oportunidade para importantes direcionamentos, a partir da fala do paciente ou de seus acompanhantes.

## DESENVOLVIMENTO

### A entrevista clínica

Othmer & Othmer,<sup>6</sup> tratando especificamente da entrevista clínica, e mais especificamente ainda da entrevista que solicitam profissionais em saúde mental, afirmam ser natural certo grau de incerteza, desconfiança e ansiedade por parte do paciente, cabendo ao clínico sentir-se à vontade para depois deixar seu entrevistado à vontade. Considerando que é um outro ser humano que está ali, com certeza espera ser compreendido em seus questionamentos e anseios, uma conversa introdutória leve, portanto, *ajuda você e o paciente a se acalmarem e a superarem qualquer constrangimento inicial*.

Ainda segundo os autores, antes mesmos de se iniciar uma conversa, a comunicação já teve início por meio de sinais que *são difíceis de controlar*. O conceito de sinal aqui é aquela linguagem não falada verbalmente, mas que é expressa pelo rosto, pelo corpo e inflexão da voz, somente para citar alguns exemplos. Em um território estranho, o paciente estará mais comunicativo gestualmente e o entrevistador perspicaz procurará saber um pouco deste cliente por intermédio da observação, por exemplo, da distância que ele chegou de

você, ou quanto ele ficou próximo da porta. Houve evitação no aperto de mão? Sua mesa é um grande obstáculo para ele? Pode ocorrer, entretanto, que ele seja capaz de *ligar o computador ou colocar os pés na escrivaninha*.<sup>6</sup>

Nesta fila de tênues limites e seguindo o pensamento acima exposto, a entrevista clínica envolve ainda outros pontos igualmente fundamentais, não somente para o paciente se sentir à vontade, mas também para perceber que aquela pessoa que está com ela tem competência para ajudá-la. A competência, vista por este ângulo, tem como metas principais identificar o sofrimento do paciente, avaliar este sofrimento, responder com simpatia, avaliar a capacidade de *insight*, separar a parte doente do paciente, apelando para o que está intacto, demonstrar conhecimento, inspirar esperança, estabelecer liderança, e equilibrar papéis. A percepção de que a tarefa é árdua salta a vista e deve impulsionar o clínico para uma capacitação cada vez maior. Estes critérios, quando seguidos ou almejados, tendem preparar o entrevistador clínico para uma coleta de dados muito rica, onde o foco foi estabelecido e os objetivos estão bem nítidos e plausíveis.

### A entrevista com o paciente deprimido

A depressão refere-se tanto a um sintoma quanto a um grupo de enfermidades que possuem determinados traços em comum. Como sintoma, a depressão caracteriza-se por um tom afetivo de tristeza acompanhada de sentimentos de desamparo e redução da auto-estima. Sua segurança parece ameaçada. Dados diagnósticos mundialmente aceitos podem ser encontrados no DSM, em sua quarta edição.<sup>7</sup>

De acordo com Mackinnon,<sup>8</sup> o deprimido não só se sente mal como é também, tipicamente, seu pior inimigo, podendo servir-se dessa frase específica ao descrever a si próprio. Tendências autodestruidoras ou masoquistas, assim como depressivas, coexistem com frequência no mesmo indivíduo. O suicídio, uma complicação dramática de grave depressão, é fenômeno de im-

portância crucial na compreensão do funcionamento psicológico da pessoa deprimida.

A entrevista com o paciente deprimido exige participação ativa do entrevistador. Comumente, o paciente fala de sua dependência, embora o caráter de seu distúrbio deixe-o pessimista a respeito do resultado do tratamento, ou ainda fique em uma posição passiva ou mesmo imóvel, com pouquíssima intenção em colaborar, exigindo do entrevistador uma postura diferenciada de atendimento.

Difícilmente o paciente gravemente deprimido costuma vir desacompanhado à entrevista. Normalmente é o amigo ou parente, que o acompanha, que começa a conversa. Embora seja importante em algum momento da primeira entrevista o clínico conversar com o acompanhante, este deve entrar com o paciente somente em situações extremas, quando no caso do paciente deprimido não conseguir falar, por exemplo.

Caso a depressão não seja grave, o paciente pode chegar sozinho, porém sua postura, aparência, expressão facial, movimentos e as qualidades físicas de sua voz revelam seu problema já bem no começo de sua fala. Embora seja mais comum a demonstração de tristeza e abatimento, sua cólera pode surgir no decorrer da entrevista. Sua dependência se manifesta na espera por escolher uma cadeira. Neste momento não é prudente fazer interpretações, pois pode funcionar como um mau acolhimento.

Em função da lentificação de seus processos mentais o paciente responderá de forma curta, monossilábica e repetitiva, e o entrevistador deve demonstrar interesse, apoiando seu estado de ânimo ao invés de provocá-lo. Neste momento o entrevistador também cuidará para não demonstrar o que pode parecer para o paciente sinal de que ele não tolera sua melancolia. Devem ser evitados, por isso, comentários joviais e humorísticos, um ritmo demasiado rápido ou enérgico ou ainda um sorriso. O entrevistador deve conceder tempo para que o paciente responda.

A exploração dos sintomas depressivos só será alcançada provavelmente a partir da segun-

da entrevista, pois o paciente fica mais à vontade quando é orientado pelo entrevistador. O entrevistador terá, então, a responsabilidade de, ao mesmo tempo em que organiza a entrevista, proporcionar aprovação para que o paciente participe, sem forçá-lo, para que não se sinta frustrado, incompetente e, portanto, mais deprimido. As pessoas moderadamente deprimidas choram com frequência, enquanto as deprimidas mais graves dificilmente choram. Se há choro, o entrevistador espera com simpatia, oferecendo quem sabe um lenço (ou vários). Pode acontecer de o paciente tentar ignorar as próprias lágrimas, neste caso o entrevistador pode estimular a aceitar seus sentimentos, ou mesmo perguntar a respeito do que está se sentindo mal. Deve prosseguir a entrevista quando sentir que o paciente é capaz de continuar, pois esperar demasiado pode levar a novas lágrimas.

Existem outros aspectos da conduta do deprimido que ele pode tentar esconder. O mais destacado é sua agressão. O entrevistador clínico, principalmente o iniciante, deve então considerar a possibilidade de ocorrer tal comportamento e utilizá-lo de forma a clarificá-lo e, no momento certo, manifestar aos poucos estes comportamentos a fim de torná-los como parte do processo terapêutico.

Tão importante quanto à história do sintoma é conhecer o restante da vida do paciente. Laços importantes por vezes são deixados de lado e, neste momento, podem ser ventilados. Os comentários concretos prematuros devem ser deixados de lado, pois tendem mais levar a negação, motivado pela vergonha daquilo que sente, que verá como fraqueza e tenderá a dissimulá-lo.

Outro fator importante na entrevista com paciente deprimido é a investigação do risco de suicídio. A conduta suicida constitui atalho final comum que brota de muitos tipos de pensamentos, fantasias e impulsos. O entrevistador clínico deve, de forma cautelosa, investigar quão seriamente o paciente tem pensado em suicídio, se já fez projetos, em caso afirmativo, que tipos de projetos, quais os passos em sua realização e sua ati-

tude ante a esses sentimentos. Ao mesmo tempo, ele investiga o significado do suicídio para esta pessoa em particular. Quais os resultados inconscientes do ato? (deseja matar você ou seu problema?). O entrevistador clínico principiante, embora temendo ofender o paciente, deve fazer tal investigação, pois demonstrará interesse em seu problema e de fato estará levando-o a sério. Pode ainda diminuir a ansiedade do paciente que teme em levantar esta questão ou se envergonha dela.

### Princípios do tratamento

Mackinnon<sup>8</sup> baseia o tratamento do deprimido em dois princípios fundamentais. O primeiro é o alívio do sofrimento e da culpa, o estímulo da esperança e a proteção do paciente contra o dano que causa a si mesmo: *em resumo, a terapia de apoio*. Para esta fase pode-se usar a psicoterapia, medicamentos ou outras terapias orgânicas. O segundo princípio é o da exploração psicodinâmica do significado e das causas da depressão, com o objetivo de resolver o problema imediato e prevenir sua repetição.

Na psicoterapia, o objetivo básico é aliviar a dor e o sofrimento do paciente. Deverá ser estimulado a desenvolver sua motivação e vislumbrar um futuro que não seja deprimido. As decisões importantes devem ser orientadas a ser tomada depois, *até que esteja se sentindo melhor*. Deve haver preocupação em proteger o paciente contra a autodestruição. O entrevistador deverá identificar estes comportamentos e utilizar sua autoridade para evitar que o paciente cometa dano irreparável contra si próprio.

O segundo princípio fundamental, que é a exploração psicodinâmica da depressão, requer um paciente moderadamente deprimido, o que permitirá fazer *insights*. Já desde os primeiros encontros, o entrevistador pode fazer interpretações com o objetivo de perceber a capacidade para *insights*. A conduta interpretativa, no entanto, nunca deve ser feita de forma apressada. Entretanto, um paciente que afirma que sua depressão é apenas uma questão médica, pode está negan-

do os fortes fatores psicológicos envolvidos e orientando-o para a depressão. Está, na realidade, percebendo que é responsável por seus problemas e, por isso, defende-se. Tal comportamento deve ser visto como positivo pelo entrevistador.

Quando se fala em exploração psicodinâmica, faz-se naturalmente referência à visão psicanalítica da depressão, que, para Bergeret,<sup>9</sup> psicopatólogo-psicanalista francês, o funcionamento mental do caráter depressivo é baseado em ambivalências. Uma alternância de tendências afetuosas e hostis, sem haver predominância de uma ou outra.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A entrevista feita com o paciente deprimido apresenta desafios ao entrevistador clínico, seja ele iniciante ou experimentado. A singularidade desse transtorno, que vem crescendo rapidamente aliado ao compromisso de utilizar a entrevista como ferramenta valiosa, deve levar a um interesse cada vez maior da compreensão dos vários momentos que podem ser vivenciados pelo entrevistador diante do paciente deprimido. Esta compreensão passa também por uma observação dos métodos utilizados até agora, adequando-os a uma realidade em constante mutação.

Seguindo esta linha, observa-se que no atendimento ao paciente deprimido, o entrevistador de início de carreira pode somatizar com muita facilidade, saindo da entrevista tão exausto, ou mais, que o entrevistado. Sua sincera dedicação e escuta clínica tendem, por assim dizer, traí-lo, e o relato do paciente, ou antes mesmo, a sua aparência de desalento e fracasso, pode mobilizá-lo de tal forma que venha sentir-se com um mal-estar geral. Se o impacto não for tão visível assim, o entrevistador pode inclusive perceber-se desanimado, sem, no entanto, relacionar este desânimo ao atendimento de um paciente deprimido.

Outro fator importante são os ganhos secundários oriundos de um paciente deprimido. Este ganho pode ser para o paciente ou para a

família. Para o paciente porque pode ocorrer, após sua depressão, haver conquistado um tempo maior com alguém que lhe é querido, ele continua então com os sintomas agora apenas com a finalidade de manter esta companhia. Uma família que explore a dependência de um deprimido pode preferir que a depressão perdure. Neste caso, a depressão funciona não mais apenas como um transtorno e sim como resposta a demandas que não puderam ser expressas de outras formas.

Um fato que salta aos olhos é que, mesmo com toda a sofisticação da medicina e avanços tecnológicos, acompanhados de muita pesquisa e artigos, não se pode abrir mão de uma presença que ouça e dê cuidados. Embora alguns considerem que a depressão seja um transtorno da escola,<sup>10</sup> ou de uma pessoa que deixou de ser bondosa consigo mesma, ela tem valor e deve ser respeitada enquanto pessoa. No grande labirinto que é o psiquismo humano, não será o avanço científico-tecnológico que substituirá o contato sincero de humano com humano, do que está com dor com aquele que embora não tenha sentido esta mesma dor, compartilha dela, não como profissional, mas como outro ser humano. Um profissional que se debruçou sobre aquela dor para que o outro a sinta menos.

Tal responsabilidade, de ser o depositário das dores e sofrimentos dos outros, não requer, também, um preparo adequado e sistemático depois da graduação? Como de fato era na década de 1960?<sup>11</sup> Esta é uma reflexão que precisa ser feita.

Outro fator a considerar é que toda depressão deve ser acompanhada por um médico e deve ser por ele tratada. A depressão está dentro das grandes síndromes psiquiátricas e o médico deve ser procurado tão logo surja o evento. As psicoterapias, nas suas mais variadas abordagens, contribuem para a diminuição e entendimento dos sintomas depressivos, sendo necessário, em muitos casos, aguardar os efeitos dos medicamentos para se obter resultados no atendimento psicoterápico.

Finalmente, espera-se haver proporcionado, aos interessados em conhecer a depressão, um

acúmulo de conhecimentos que facilitarão o entrevistador clínico desde a chegada do paciente em seu consultório até o tratamento proposto e posterior prognóstico. A entrevista com o paciente deprimido guarda, assim, momentos que tendem a tornar o desafio clínico de atender pacientes deprimidos com menos obstáculos e manejo mais adequado para as mais variadas situações que se apresentam na prática clínica. Conhecendo as principais características do paciente deprimido e devidamente informado sobre as mais recentes técnicas de entrevista para este atendimento, o profissional terá mais segurança na realização de seu trabalho e produzirá resultados com um índice bem maior de sucesso.

## REFERÊNCIAS

1. VASCONCELOS F. Os caminhos do tratamento. *Rev. Mente & Cérebro*, n. 160, 64, 2006.
2. MALDONATO, M. Os aposentos vazios da depressão. *Rev. Mente & Cérebro*, n. 160, 38, 2006.
3. HOLMES. D. S. *Psicologia dos transtornos mentais*. Trad. Sandra Costa. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
4. DALGALARRONDO. P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes médicas, 2000.
5. BENJAMIM. A. *A entrevista de ajuda*. Trad. Urias Correa Arantes. 11. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
6. OTHMER, E.; OTHMER, S. *A entrevista clínica utilizando o DSM-IV-TR*. Trad. Claudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed, 2003.
7. DSM-IV. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Trad. Sandra Costa. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
8. MACKINNON R. A.; MACKINNON M. R. *A entrevista psiquiátrica na prática diária*. Trad. Helena Mascarenhas de Souza. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

9. BERGERET, J. *A personalidade normal e patológica*. Trad. Maria Elisia Valliatti Flores. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.
10. MACMAHON, S. *O terapeuta de bolso*. Trad. Cecília Bonamini. São Paulo: Gente, 2005.
11. CODO, W.; LANE, S. *Psicologia social: o homem em movimento*. 13. ed. São Paulo: Brasiliense, 2004.

Agradecimento: José Carlos Pereira Júnior.

Correspondência para: Davi Araújo da Cunha. Av. Gov. Danilo Areosa, 139 - Dist. Industrial. CEP: 69075351 - Manaus-AM. E-mail: [daviaraujo@click21.com.br](mailto:daviaraujo@click21.com.br)