

# A anamnese

Luzia Travassos Duarte

Marilita Lucia de Castro

**“Tão importante quanto conhecer a doença que o homem tem, é conhecer o homem que tem a doença”. William Osler.[\[1\]](#)**

A relação médico-paciente, dada a transcendência psicológica do adoecer físico ou psíquico, é um dos fatores mais importantes a serem levados em conta no contexto da atenção médica, concretamente no marco da entrevista médica ou anamnese. A palavra provém do étimo grego ana (remontar) e mnesis (memória). O Petit Robert define a anamnese como a evocação voluntária do passado e Miguel Torga, eminente clínico português, diz que se trata do relato dos padecimentos feito pelos doentes diante da cordialidade inquisidora do médico. Conta-nos ainda o médico lusitano que toda anamnese supõe um desejo, uma necessidade e mesmo a ânsia do enfermo em expor a história de seus sofrimentos[\[i\]](#).

Outros definem a anamnese como o tipo de encontro entre um terapeuta e um paciente no qual existe uma forma especial de comunicação, visando um fim comum, o diagnóstico da doença que motivou a consulta, seu tratamento e, se possível, a cura. Este modo peculiar de relacionamento interpessoal está determinado basicamente pela situação vital do paciente, que solicita ajuda, e do médico que através de seus conhecimentos está disposto a prestar a ajuda que dele se espera[\[ii\]](#).

Apesar do progressivo avanço tecnológico dos meios que a ciência vem colocando nas mãos do médico no decorrer deste século, o elemento principal e imprescindível de sua ação terapêutica continua sendo o contato que se estabelece entre médico e paciente, seja como fonte de informação e diagnóstico, seja como elemento de cura.

Desde a Antigüidade, a medicina tem sido considerada como uma arte. É extremamente difícil enquadrar a “ação médica” em um modelo de atuação concreto, pois como sabemos, grande parte desta ciência ou “arte” provém da experiência acumulada ao longo de muitos anos de prática junto aos enfermos[iii]. Mesmo assim, o médico deve tomar consciência da responsabilidade que adquire junto ao paciente desde o momento que este lhe procura. Esta responsabilidade, tanto legal como ética, nasce da relação entre ambos e tem como fundamento o direito que tem o paciente de ser atendido da melhor forma possível, tanto do ponto de vista científico quanto ético[iv].

É importante passar por um treinamento adequado nas técnicas de entrevista e fazê-lo durante o período de formação, desde quando o estudante entra no curso “profissional”[2]. Pois de outro modo, observa-se uma tendência a manter e fixar erros que posteriormente serão difíceis de erradicar. Médicos pouco eficientes nas técnicas de entrevista tendem a falhar na hora da coleta dos dados ou deixá-la incompleta ou a estabelecer uma relação imprópria com o paciente[v], condição que conduzirá apenas a uma eficácia parcial da entrevista.

Na relação médico paciente ambos não podem ser considerados como estando em um mesmo nível. O que não significa dizer que um esteja acima do outro, mas que os dois desempenham nesta relação um papel diferente. O do paciente é aquele de quem apresenta preocupações sobre sua saúde e integridade físicas, o do médico é o de quem busca solucionar o problema, curando ou pelo menos, amenizando o sofrimento.

Um paciente é um ser humano pertencente a um dos sexos, de uma certa idade, ocupa um lugar dentro de uma determinada estrutura social, onde desempenha alguns papéis e que tem uma personalidade exclusiva. Desses fatores depende a sua atitude diante da doença. Ser doente significa estar em uma situação de fraqueza, dependência, regressão[3] e depressão[4]. As reações psicológicas do doente face ao traumatismo da doença podem ser de adaptação, que consiste em aceitar a doença não de forma passiva, mas com uma atitude flexível, que lhe permite mudar de comportamento sem se desorganizar. Pode negar a doença que é uma recusa à mesma, é um mecanismo inconsciente que se traduz, por exemplo, por uma recusa a ir ao médico, ou ao tratamento etc., pode apresentar ainda uma reação persecutória que é comumente uma consequência da negação, onde o doente atribui ao exterior a causa de seus sofrimentos: querem-lhe mal, cuidam mal dele, ou o isolamento que se traduz pela ausência de afetos, emoções, que acompanham o processo de conscientização da doença. O paciente viverá a doença com toda a sua personalidade, pois ela é a sua doença.

### **O ato médico**

O médico exerce sua ação terapêutica no marco da entrevista não só através de seus conhecimentos técnicos, supostos, mas também de sua imagem como terapeuta e de suas atitudes durante a mesma. Neste sentido, devemos considerar que o médico através de sua atuação junto ao enfermo pode se constituir tanto em elemento favorecedor como naquele que serve de obstáculo a esta relação. Lembremos ainda, que a sua simples presença pode atuar como efeito placebo[5].

Um pré-requisito para que o paciente se disponha a falar livremente sobre si mesmo é a confiança no médico, que deve concentrar seu interesse em estabelecer uma relação positiva com o paciente. Um bom relacionamento é essencial ao sucesso da entrevista que deve ter como princípios básicos:

- 1) Uma atitude positiva e prática do médico constitui fator importante para aumentar a sensação de segurança do paciente e a sua confiança no mesmo. Uma atitude amistosa, interessada e tranqüila.
- 2) Tato é um requisito que envolve consideração pela situação, pelos sentimentos do paciente e demonstração de um respeito fundamental por ele. O médico deve evitar quaisquer atos ou palavras que possam humilhar ou ofender o paciente.
- 3) A tolerância do médico torna possível ao paciente prestar informações que podem parecer-lhe difíceis, como assuntos que ele próprio condena ou discrimina. Cabe ao médico evitar que seus próprios valores interfiram na sua interação com o paciente.
- 4) As missões primárias do médico são cuidar da saúde e conforto do paciente e compreender este e sua doença com tanta precisão quanto possível.

### **O médico como elemento terapêutico**

A ação que o terapeuta realiza através da entrevista médica vai mais além do diagnóstico. Enquanto busca o diagnóstico, já está exercendo uma ação terapêutica. Isto é, está promovendo a cura ou aliviando o sofrimento, enquanto conversa com o enfermo [\[vi\]](#).

Apesar da imagem científica que a medicina de nossos dias busca passar, não podemos esquecer que esta ciência deriva-se diretamente e através de uma longa série de “terapeutas” [\[6\]](#), daqueles tempos nos quais era confundida com a adivinhação, a bruxaria, a magia e a religião [\[vii\]](#). Estas imagens permanecem de algum modo no inconsciente de cada um dos enfermos e influenciam a relação entre o médico e o paciente. Neste sentido, em muitas ocasiões, confere-se ao médico uma capacidade de curar que não está em relação direta com o conhecimento técnico e científico que este possui, mas que é cedida pelo próprio paciente e

corresponde ao desejo humano de proteção ou de magia. Quando um enfermo vai ao médico as expectativas dos resultados ultrapassam com frequência as possibilidades terapêuticas daquele profissional, hipertrofiando-se sua capacidade de ver por trás de cada sinal uma expressão de enfermidade. O paciente espera que com os dados que aporta, o médico não só seja capaz de descobrir a causa de seu mal, mas que lhe forneça a “fórmula mágica” que o curará; ficando surpreso ou chateado se o médico demonstra-se incapaz disto.

Há pacientes que não referem os sintomas espontaneamente porque supõem e esperam que o médico os ainue. Desta maneira tratam de comprovar até que ponto estão depositando sua confiança no melhor. Esta atitude crítica que se observa em várias pessoas hoje em dia, é abandonada quando o sujeito passa a ser “paciente”, depositando uma confiança “cega” em seu médico. O paciente precisa acreditar que se encontra nas mãos do melhor médico, mesmo que em muitas ocasiões não tenha sido responsável por sua escolha; esta confiança cega tem como base a sua necessidade de ser ajudado.

O médico deve ter em mente que estará sendo sempre avaliado, examinado e pontuado pelo paciente que busca confirmar se depositou sua confiança na pessoa certa. De fato muita coisa está em jogo: sua saúde, sua segurança, sua vida... Assim o médico deve saber aproveitar ao máximo estas armas terapêuticas que são a esperança e a ilusão do paciente que necessita melhorar. Lembremos que a imagem que o paciente e seus familiares têm do médico desempenhará um papel importante no tratamento [\[viii\]](#).

Se o médico compreende o paciente através da relação que com ele estabelece, tal compreensão proporcionará um efeito terapêutico. Pelo contrário, se existem zonas obscuras, áreas de conflito na relação interpessoal, surgirá um aspecto antiterapêutico.

## **A personalidade do médico**

Naturalmente durante a entrevista e posteriormente em todo o transcurso do tratamento o que se produz é um encontro entre duas pessoas. E o terapeuta é e deve ser tudo, menos um elemento frio no qual rebotam como em uma parede os componentes da relação que o paciente aporta. O terapeuta atuará sempre de acordo com uma técnica que foi elaborada ao longo dos séculos e de sua própria experiência pessoal. Mas esta atuação será sempre modulada por sua personalidade. A formação psicológica do médico resulta de um conjunto de elementos que se completam, tais como, Temperamento que resulta do conjunto formado pelos impulsos e humores heredo-constitucionais. A moral que é a manifestação do tipo de superego[7] do indivíduo e é quem lhe determina os costumes (a palavra costume vem do latim moris, de onde também se origina moral). Quanto a Personalidade, do grego Persona, referia-se ao nome dado às máscaras usadas pelos atores nos antigos teatros gregos e romanos e significa o conjunto de caracteres, pensamentos e comportamentos originais de um indivíduo. .A Ética que compreende o estudo dos juízos de apreciação referente à conduta humana, do ponto de vista do bem e do mal, deriva da palavra ethos (meio ambiente, território) e indica que há limites de ação, que não se pode invadir o espaço dos outros. O Caráter evidencia a conduta moral da pessoa (dignidade, lealdade, honestidade, honradez, etc.) Identidade vem de idem que significa o mesmo, característica de um organismo ou personalidade que permanece sem mudança sensível. A identidade de uma pessoa a nomeia, dá as suas principais características e a acompanha. O tipo de personalidade do médico é, sem dúvida, um fator relevante na qualidade da relação médico-paciente. O técnico jamais estará totalmente separado do homem. Desta forma é possível pensar que a própria personalidade do médico atue como fator fundamental no estabelecimento da relação com o paciente, seja favorecendo ou dificultando a obtenção do benefício que se busca na mesma. Isto ocorre especialmente quando o tipo de relação é psicoterápico.[8] Um fator negativo da personalidade do terapeuta que pode prejudicar o curso da entrevista e que, portanto deve ser levado em conta, é a insegurança em relação a si próprio, disfarçada através de uma atitude de falsa segurança frente ao enfermo. Isso aparece na forma rude, brusca e prepotente com que ele trata os pacientes. O médico deve perguntar-se constantemente se

utiliza ou sacrifica o paciente em benefício próprio, o que é totalmente antiterapêutico.

## **O efeito placebo**

O denominado efeito placebo é fruto da relação entre a atitude de confiança e esperança do paciente e a acolhedora atitude do médico [\[ix\]](#). Em outras ocasiões, ele ocorre por serem os sintomas do paciente mais ou menos banais e estarem associados a um forte componente psicológico. Mas, em todos os casos, o que se busca é sempre o benefício do paciente.

Diversos fatores incidem no efeito placebo, fazendo com que sua influência seja maior ou menor: as características da doença, a personalidade do paciente, seu ambiente, as características do medicamento utilizado e, naturalmente, a relação médico-paciente.

- Segundo Jeammet quatro fatores do tipo placebo podem ser vistos na relação médico-paciente e que correspondem à figura do terapeuta:
- Os médicos otimistas obtêm melhores resultados que os pessimistas ou cépticos.
- Um médico que apresenta uma atitude experimental será menos eficaz que um médico com uma atitude terapêutica.
- Os doentes que julgam seu médico afetuoso melhoram antes do que os que o julgam como não afetuoso.
- Distintas explicações dadas ao enfermo sobre o mesmo tratamento podem influenciar sensivelmente o seu efeito.

## **O ambiente em que se desenvolve a consulta**

Na hora de transmitir efeitos positivos a seu paciente, o médico não deve preocupar-se apenas com os aspectos que afetam a sua própria pessoa, mas com muitos outros que dependem do resto do pessoal, da arquitetura

do lugar, do consultório, etc., que deverão dar ao paciente a sensação de eficácia e profissionalidade. De nada serve ser muito “compreensivo e simpático” quando se deixou o paciente sentado a sua frente, esperando meia-hora enquanto se atende ao telefone ou a um colega; ou quando se deixa o paciente esperando em pé porque a sala dispõe de um número insuficiente de cadeiras; ou a atendente descuidada marca dois pacientes para um mesmo horário, etc. O ambiente ou atmosfera do consultório ou hospital é facilmente percebido pelo paciente que necessita senti-lo e julgá-lo. Cada médico deve estar bem atento a todos estes detalhes buscando ser um exemplo de excelência profissional.

### **A história da pessoa**

A entrevista médica é como estamos vendo uma relação interpessoal entre o médico e o paciente na qual há uma comunicação mútua, verbal e não verbal. Ela pode ser complementada pela História da Pessoa, tema que foi desenvolvido por Danilo Perestrello (1974) e sistematizado por Júlio de Melo Filho e Abram Eksterman. Os autores chamam a atenção para a importância que tem colher a história do indivíduo e não apenas de sua doença como é característica da anamnese tradicional. “É uma história da pessoa e não da doença somente” [x]. Consiste em investigar aspectos referentes ao cronograma familiar do paciente, bem como a realização de uma biografia resumida do mesmo. Nesta deverão ser destacados aspectos do nascimento, infância, relacionamentos familiares, escolaridade, desenvolvimento psicosssexual, adolescência, casamento, trabalho, relacionamentos profissionais, hábitos e crenças, adaptação à velhice (se for o caso), vida social, traumas psíquicos, circunstâncias de vida nas quais desenvolveu a doença atual, maneira de encarar a doença, reações a enfermidades anteriores, modificações de vida em decorrência das mesmas, forma como se relaciona com a equipe médica e hospitalar. O objetivo principal é levar o estudante a treinar sua escuta do paciente, o que exigirá tato, respeito e sensibilidade. A habilidade virá posteriormente com a prática.

### **A comunicação interpessoal**

Segundo Ruesch [\[xi\]](#), uma afirmação se constitui na expressão intencional de fatos com a finalidade de transmitir informação à outra pessoa. Uma afirmação se converte em mensagem quando foi percebida e interpretada pelo outro.

Este último elemento da definição é fundamental na entrevista médica já que o simples intercâmbio de informações em um e outro sentido (do paciente para o médico e vice versa), não garante o êxito terapêutico. De algum modo, tanto o médico como o paciente terá de compreender, assimilar e interpretar aquilo que o outro quer transmitir. Isto requer uma atitude ativa de escutar, não só de ouvir que deve ser idêntica para os dois, de modo que o médico deve evitar cair no perigo de julgar que é apenas o paciente que não lhe compreende que não lhe faz caso e vice-versa. Ou seja, o médico deve evitar pensar que a informação se faz apenas em um sentido, dele para o paciente. Se isso fosse verdadeiro poderíamos concluir que é possível substituir a entrevista médica por outra em que o paciente contasse seus sintomas a um computador, o qual capaz de armazenar uma quantidade de informações científicas extraordinária, fosse capaz de dar em poucos segundos o diagnóstico e o tratamento adequado, fornecendo inclusive a receita.

Segundo o conceito expresso acima, a entrevista médica pode ser vista como um conjunto de mensagens entre duas pessoas, a uma das quais se convencionou chamar terapeuta e ao outro, paciente. Evidentemente esta comunicação se singulariza pela finalidade buscada: produzir uma mudança em um dos componentes, isto é, no paciente.

A comunicação terapêutica pode ser considerada como uma arte que o terapeuta vai aperfeiçoando ao longo de sua própria experiência e que modela sua capacidade de compreender, de se fazer entender e de ensinar os outros a se comunicarem. Esta arte vai se enriquecendo através do estudo das doenças e do intercâmbio de conhecimentos com outros colegas.

## **A história clínica**

O médico, em seus primeiros encontros com o paciente, necessita de um instrumento de trabalho básico, a história clínica. A entrevista médica, cuja finalidade é conhecer e se possível resolver a doença do enfermo se vê favorecida através da sua estruturação, dando lugar à história clínica. A avaliação do paciente pelo médico deve abarcar todos os âmbitos de sua pessoa, devendo constituir-se em um hábito similar a inspeção, palpação, percussão e ausculta, típicas da exploração somática[xii]. De acordo com Serani e col.[xiii], a história clínica estaria situada na primeira etapa da ação médica, a investigativa. As outras duas seriam, a de avaliação, com a realização do diagnóstico e prognóstico e a operativa, onde estariam incluídos os processos de tratamento, prevenção e reabilitação. A observação do paciente não deve limitar-se ao estritamente objetivo (acúmulo mais ou menos ordenado de dados que o paciente apresenta), nem ao puramente subjetivo (tanto o que o paciente observa introspectivamente de si mesmo, como as impressões subjetivas do médico sobre este enfermo), mas deve conjugar ambos aspectos e ficar refletida fielmente em um instrumento que permite utilizar toda informação obtida em benefício do paciente. Esse instrumento deve ser a história clínica.

## **Fase inicial da entrevista**

Esta fase é fundamental para o posterior desenvolvimento da entrevista. Devemos sempre ter em conta que as nossas palavras e atitudes terão para o enfermo uma grande importância, tanto para ajudá-lo como para piorar seu estado.

Deve-se começar a entrevista apresentando-se ao doente. E se somos nós que vamos ao encontro do paciente, como é costume em ambientes hospitalares, explicar o propósito da entrevista e demonstrar consideração perguntando se a ocasião é oportuna para ele[xiv]. No começo não devemos dirigir excessivamente o paciente em suas respostas. A

entrevista geralmente começa com a apresentação dos sintomas e queixas que trouxeram o paciente até o médico. Se o paciente fala espontaneamente, basta ao médico demonstrar o seu interesse, incentivar e quando necessário pedir esclarecimentos. O paciente deve permanecer falando livremente enquanto as informações fornecidas são úteis e servem ao objetivo. Informações improdutivas, assim como repetidas, podem ser interrompidas num ponto adequado e usá-lo como ponte a fim de ajudar o paciente a falar de uma área ainda não abrangida. Se o médico perceber que há uma lacuna de conhecimentos, suas primeiras perguntas terão a ver com essa área, mas mesmo assim, deixará aberto o caminho para a livre expressão do paciente. As perguntas devem ser gerais, de modo que o paciente possa expressar com suas próprias palavras o que lhe acontece. O princípio básico para passar de perguntas abertas ou gerais para outras específicas deve seguir algumas diretrizes como:

- 1) A linguagem das perguntas deve ser a cotidiana, simples e clara. É importante que as expressões escolhidas encontrem-se de acordo com o nível de escolaridade e inteligência do paciente, facilitando assim a sua fluência verbal.
- 2) Uma pergunta de cada vez. O paciente sente-se confuso quando lhe são perguntadas de uma só vez duas ou mais perguntas e não sabe a qual responder primeiro. Perguntas onde implicam uma escolha também desconcertam o paciente, exemplo: A dor diminuiu após você tomar os remédios ou continua a mesma? A resposta pode confundir o médico, se este não estiver muito alerta.
- 3) Evitar questões que induzem respostas. Uma pergunta pode induzir a uma resposta ou lhe dá uma deixa para tal, principalmente se contém uma preferência ou juízo moral. Por exemplo: Presumo que você nunca teve doenças venéreas? Você tomou o medicamento como indiquei, não foi?

Como sabemos os pacientes sentem-se dependentes de seu médico por razões conscientes ou inconscientes. Isto aumenta a sua necessidade de

agradá-lo e torna os pacientes susceptíveis às influências sugestivas que venham do médico. A presença de uma resposta implícita em uma pergunta é bastante sugestiva e o paciente tende a concordar mesmo que possa distorcer a sua verdade.

Quando se faz perguntas específicas parece haver sempre uma possibilidade de indução, no entanto é possível questionar o enfermo da seguinte forma: “Houve outros sintomas?” Você notou outras sensações quando...?”

Quando a explicação do paciente é obscura, é melhor pedir esclarecimentos incentivando o paciente a falar mais e investigando tanto quanto for necessário, a fim de esclarecer e suplementar as informações. É importante perguntar para o paciente o que ele quer dizer com quaisquer termos médicos por ele utilizado e como os aprendeu. Pode tratar-se de auto diagnóstico ou de avaliações efetuadas por vizinhos, parentes ou amigos leigos. A melhor maneira de esclarecer é perguntar simplesmente: O que você quer dizer com estar nervoso? Como é seu nervosismo? Fale mais sobre esta depressão que você diz sentir.

Os pacientes costumam perceber esses cuidados com os esclarecimentos, suplementações e verificações como um indício de que o médico é seguro, atencioso, minucioso, o que aumenta a sua confiança no mesmo.

### **Desenvolvimento**

O conhecimento que o médico vai adquirindo de seu paciente durante a entrevista lhe permitirá não só a observação dos dados estáticos relacionados à enfermidade como a vertente dinâmica da relação, desde que ela é flexível e variável segundo os momentos e circunstâncias, tanto do médico como do paciente. Assim o médico deve saber quando agir com formalidade e quando, pelo contrário, deve adotar uma atitude mais amistosa e relaxada com o paciente. O trabalho de inspeção deve ser constante durante toda a entrevista. Tudo nela tem um sentido e um

significado importante. O que diz o paciente, o que não diz, como o diz, estabelecendo o verdadeiro valor da resposta na forma como foi respondida. Da mesma forma, o médico deve observar como elementos interessantes desta comunicação médico enfermo, tanto a reação que provocam em si mesmo as palavras ou atitudes do paciente, como os “ecos” produzidos pelo paciente como respostas a suas perguntas e comentários[xv], observando em cada momento o efeito conseguido através de suas palavras. Isto lhe permitirá, corrigir-se e ajustar-se ao que deseja obter com a entrevista.

### **Duração**

É necessário dedicar um tempo adequado ao paciente, sobretudo em se tratando da primeira entrevista. Entretanto, ela deverá ter um limite seja pela impossibilidade material de tempo do médico, seja pelo cansaço que gera no paciente, acarretando uma queda da atenção e da colaboração do mesmo.

### **Finalização**

Uma vez terminada a coleta dos dados deve-se preparar o final da entrevista. Antes disso, pode-se encerrar a fase de perguntas oferecendo ao paciente a oportunidade de aportar alguma informação que considere importante ou que não tenha aparecido durante a entrevista[xvi]. Mesmo depois de conferir mentalmente e, se necessário, nos apontamentos, o médico deve indagar ao paciente: Existe alguma coisa mais que gostaria de me contar? Ou acha que existe algo que não vimos? Em algumas ocasiões, é justamente neste momento que o paciente expressa o mais importante. Isto ocorre, principalmente, na entrevista psiquiátrica na qual o paciente fala de seu mundo interior. O médico, às vezes corre o perigo de esquecer isso e estranhar que o paciente negue idéias de suicídio, por exemplo, quando a pergunta foi feita nos primeiros momentos da conversação. Mas também pode ocorrer em clínica geral quando diante de uma patologia de algum modo relacionada a vida sexual, o médico pergunta, logo no início, sobre esses aspectos íntimos. A menos que o

paciente ainda deseje acrescentar alguma informação, o médico deve anunciar que iniciará o exame físico.

Habitualmente deverá fazer uma espécie de colocação e explicação do problema apresentado pelo paciente, tentando ser o mais claro possível na exposição do prognóstico ou dos processos de avaliação, exames e tratamento que vai realizar, assegurando-se que o paciente os compreendeu devidamente. O final da entrevista é também o momento de esclarecer qualquer dúvida que o paciente tenha sobre sua doença, evitando generalizar, agar ou dar respostas evasivas. Embora o médico deva tentar transmitir otimismo em suas afirmações, não deve deixar de ser sincero, evitando dados excessivamente exatos ou concretos que mascaram ou escondem a existência, geralmente freqüente, de efeitos secundários ou complicações no processo de uma enfermidade. A maneira como se transmite uma informação tem tanta importância como a própria informação.

A relação com o paciente deve terminar quando o problema foi solucionado, evitando consultas desnecessárias que só trarão ao paciente uma sobrecarga econômica e a possibilidade de criar uma dependência em relação a seu médico.

### **Tipos de entrevista médica**

Em princípio é preciso ter em mente que o médico não deve interrogar o paciente como um policial, nem entrevistá-lo como um jornalista e tampouco conversar com ele como faria com seu cabeleireiro ou barbeiro. Na realidade ele deve entrar numa relação “afetiva” e reflexiva com o paciente.

Há dois tipos básicos de entrevistas: a entrevista diretiva e a não diretiva. O fato de ser diretiva ou não, depende da forma como o médico se dirige ao doente, empregando seus próprios sistemas de referencia (entrevista diretiva) ou os deste último (entrevista não diretiva). Entretanto esta

ificação deverá ser flexível, já que em cada ocasião usaremos uma ou outra em função de muitos fatores e inclusive as misturaremos, evitando que a relação entre o médico e o paciente se torne fria e rígida.

### **Entrevista diretiva**

As entrevistas diretivas se caracterizam pelo fato do terapeuta dirigir boa parte da conversação, realizando perguntas específicas sobre temas que geralmente são escolhidos por ele, ao mesmo tempo em que vai fornecendo informações ou explicações do problema do paciente. Assim, a atitude do médico é claramente ativa.

#### Indicação

É a que mais se utiliza quando o que se procura é a etiologia do processo mórbido, precisar seu diagnóstico e instituir a pauta terapêutica. É usada também em situações de urgência, já que temos que obter o maior número de informações no menor tempo possível. Na realização da primeira entrevista este deve ser o tipo utilizado não esquecendo, entretanto, do risco de convertê-la em algo estressante ou que os “ tiros no escuro” possam ferir ao paciente.

A entrevista diretiva é relativamente freqüente, sobretudo quando já se tem alguns anos de experiência, o que pode permitir no primeiro contato, no intercâmbio das primeiras frases e na observação do aspecto físico do enfermo, que se tenha uma impressão diagnóstica. Se de um lado isso ajuda a orientar a entrevista de forma adequada, de outro, é preciso estar atento para não fazer o paciente dizer o que queremos ouvir a fim de confirmar nossa impressão. Se, por exemplo, de maneira repetida, embora mudando a forma, perguntamos ao paciente se a dor no peito aparece apenas diante dos esforços, este acabará por “arrumar” sua história de modo a dizer que sim. Sobretudo se percebe que no rosto do médico aparece uma clara desilusão cada vez que responde negativamente. Os pacientes geralmente são muito amáveis, parecem gostar de agradar e ser simpáticos. O aspecto limitador desse tipo de

entrevista é a exclusão do homem enfermo em favor da enfermidade.

### **Entrevista não diretiva**

Ao contrário da anterior, aqui é o paciente que de alguma forma desempenha um papel mais ativo, enquanto o terapeuta o deixa falar realizando apenas pequenas intervenções orientadoras que o ajudem a expressar o que lhe sucede.

### **Indicação**

Sua finalidade é ampliar tanto quanto seja possível o campo informativo, para que se possa conhecer tanto o homem como sua enfermidade. É mais usada quando já se conhece o paciente e uma relação de confiança já foi estabelecida. De qualquer forma pode-se considerar também como não diretivo o momento inicial da primeira entrevista, conhecido com o nome de história da doença atual ou queixa principal e duração. Por suas próprias características este tipo de entrevista requer um maior tempo, o que lamentavelmente, nem sempre se dispõe.

Alonso Fernández<sup>[xvii]</sup> estabelece uma série de vantagens da entrevista não diretiva sobre a diretiva:

- n Informação sobre os distintos aspectos da vida passada e atual do enfermo e de suas relações com outras pessoas.
- n Informação sobre o que ele pensa acerca de sua doença e a que a atribui.
- n Provocação de várias reações com intensa tonalidade afetiva o que permite uma melhor exploração da personalidade.
- n Apresenta ao doente uma imagem do médico que é ao mesmo tempo, não frustradora e não restritiva.

n Estabelece uma atmosfera de serena confiança na relação médico-paciente.

n Provoca o abandono implícito da hipótese (base da anamnese clássica) de que a doença é uma entidade determinada exclusivamente por um único agente causal.

Podemos finalizar dizendo que ambos os tipos de entrevista são adequados e devem ser escolhidos em função de certas circunstâncias: o tipo de paciente, o momento, o lugar e o objetivo da mesma. Quando existe uma dúvida a solução deverá ser sempre o meio termo, ou seja, a utilização inteligente e adequada das duas, inclusive simultaneamente. Isso evitará tanto a atitude de total passividade do médico, como uma atitude autoritária que limita a capacidade do enfermo de falar com liberdade.

Obstáculos para uma entrevista efetiva

Relacionados ao ambiente da consulta

Existem diferenças no atendimento de um paciente segundo ele se encontre no consultório ou em ambiente hospitalar. Este último é responsável por algumas modificações na relação entre médico e paciente. Segundo Jeammet o hospital produz um aumento da desigualdade da relação, do sentimento de inferioridade e da dependência do enfermo, bem como um incremento do aspecto técnico da relação. Isto é, da centralização da atenção sobre o corpo em detrimento da personalidade.

Outro risco da hospitalização é a perda da atenção personalizada ao paciente. O paciente entra em contato com várias pessoas: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, bioquímicos, etc. Na maioria das vezes a relação entre o médico e o paciente sofre a intermediação de outras

peçoas, que podem confundir mais do que ajudar.

### **Relacionados ao médico**

O médico deve procurar não exercer qualquer tipo de discriminação em relação a seus pacientes. Com todos deverá ser amável, deixando de lado simpatias ou antipatias que por acaso possam existir. Deverá, entretanto questionar-se a respeito de suas reações diante dos enfermos. Um outro detalhe importante é a empatia [\[9\]](#) que procuraremos ter com o doente para que possamos nos colocar em seu lugar no sentido de melhor compreender a sua situação. Essa relação empática associada à atmosfera de confiança mútua aumentará a eficácia terapêutica favorecendo a aderência ao tratamento e a possibilidade de mudanças no paciente.

Em algumas ocasiões, o médico pode não conseguir “conectar” com o paciente. Muitas vezes isto se deve a uma atitude fechada, de reserva ou simplesmente de não cooperação por parte do enfermo. Mas, outras vezes, nem sempre pouco freqüentes, o problema ocorre porque o médico teve um mau dia. Por não ser uma máquina, pode ocorrer que uma série de circunstancias vitais o afetem positiva ou negativamente. Embora seja difícil, deve-se procurar não levar os problemas para o consultório. Deve-se considerar que nesse momento o paciente é o mais importante. Se o médico percebe que não está em condições de atender seus pacientes adequadamente, deve remarcar as consultas.

Pode ocorrer também que o atendimento seja prejudicado pelo excesso de pacientes. Devemos ter em conta que a primeira coisa que um paciente percebe é se o médico o atende apressadamente, como se dele quisesse se desfazer rapidamente.

O médico deve acompanhar o paciente em seu percurso pela doença, mas não deve compartilhar suas conseqüências, nem vivenciar seus êxitos e fracassos como se fossem próprios. Isto cabe aos familiares e amigos do paciente, não ao médico.

Mesmo que sua profissão o obrigue, a saber, dos mais diversos aspectos da vida do paciente, ele não deve exercer uma atitude moralista. O paciente conta sua história e o médico deve escutar e tomar as notas que considera oportunas, sem mover a cabeça, sem arquear as sobrancelhas, sem murmurar comentários em voz baixa. Deve ter a mesma escuta tanto para o paciente que se queixa de dores no joelho quanto para aquele que diz bater em seus filhos quando bebe. Sua função é curar, não julgar.

Um erro freqüente é transformar o paciente em um objeto de investigação científica sob o falso argumento de que encará-lo como um sujeito se constituiria em um obstáculo para realizar uma atividade plenamente científica.

O médico deverá ter sempre uma visão holística<sup>[10]</sup> de seu paciente. Mesmo em se tratando de um especialista porque nossos órgãos não têm existência autônoma estão sempre inter-relacionados. Pode ser que apenas um órgão esteja enfermo, mas é o doente que dele se queixa. O estudo do paciente deve ser feito do ponto de vista transversal e longitudinal. Ou seja, não é apenas o aqui e agora que importa, mas a forma como o paciente encarou e sofreu suas doenças passadas, suas relações afetivas, seu estilo de vida, seu psiquismo. Pois tudo isso pode desempenhar um papel fundamental na eclosão e manutenção de um quadro patológico.

O sigilo é outro aspecto importante da profissão. Todos os documentos com as informações obtidas com ou sobre o paciente, bem como seus exames complementares são arquivados em um prontuário que é propriedade do enfermo. O hospital ou o médico tem apenas a guarda desses documentos, é seu fiel depositário. Alunos e professores podem utilizar estes dados com finalidade educativa, ou seja, para fins de ensino-aprendizagem.

A confidencialidade que tem o segredo profissional como um de seus aspectos remonta ao juramento de Hipócrates escrito cerca de 430 anos

antes de Cristo:

“...qualquer coisa que eu veja ou ouça, profissional ou privadamente, que deva não ser ulgada, eu conservarei em segredo e não contarei a ninguém” .

Um outro aspecto da confidencialidade é a privacidade ou limitação do acesso às informações sobre uma determinada pessoa. A quebra da privacidade pode ocorrer entre colegas que discutem um caso clínico ou por justa causa, com amparo na legislação: como testemunhar em corte judicial, comunicar a autoridade competente a ocorrência de doença de notificação compulsória ou ferimento por arma de fogo ou qualquer lesão onde haja suspeita de ato criminoso. Outras exceções são os casos de tentativa ou de idéias de suicídio.

Não esqueçamos, sobretudo que a função do médico é convencer e não coagir. A atitude de coação é pouco positiva: em primeiro lugar porque coloca o médico acima do enfermo; em segundo, porque o paciente deve ter um papel ativo em seu tratamento, acolhendo-o com entusiasmo para que as possibilidades de êxito aumentem; em terceiro porque se o tratamento falhar, tanto um quanto o outro se arrependerão de haver insistido. Não vale a pena exigir algo que sabemos que não será cumprido. O médico que não é humilde e que não faz caso das queixas de seus pacientes é o melhor candidato para um processo judicial [\[xviii\]](#) .

### **Relacionados ao paciente**

O papel do médico junto ao paciente deve ser a de um profissional que presta um serviço, devendo-se evitar qualquer relação de amizade, salvo em situações especiais. Algumas vezes o paciente pode tentar fazer isso, cabe ao médico saber permanecer no seu lugar.

Alguns pacientes são de difícil contato. Neste caso se encontram os menos inteligentes, os portadores de algumas doenças mentais,

demências e as crianças, por exemplo. Com alguns, como os hipocondríacos, devemos evitar grandes explicações a respeito da doença, pois poderemos piorar o quadro. Cada paciente deve ser tratado de acordo com seu caso e com as circunstâncias do atendimento.

O paciente encara a enfermidade como uma agressão ante a qual deve se defender. Por isso vai ao médico em busca de ajuda e proteção. Um sujeito enfermo é uma pessoa modificada e condicionada em todas as circunstâncias, pela sua doença. É alguém que tem medo, que vê sua segurança vital ameaçada e que adota uma atitude defensiva. Para Jeammet, o doente tende a regredir. O que aqui significa duas coisas: 1) o abandono de suas preocupações e exigências habituais e a concentração de todas as suas forças em si mesmo; 2) a aceitação da ajuda e apoio do meio, contando com ele para o seguimento do tratamento, e a não oposição ao mesmo.

Assim, o médico deve contar com estas atitudes do enfermo, aproveitando-as no intuito de obter a cura. Ele não deve simplesmente compreender seu paciente, mas demonstrar que compreende suas dificuldades em todos os momentos. Se o doente percebe isso, um passo importante na direção da cura terá sido dado.

Entretanto, se por qualquer circunstância, as condições básicas de respeito e confiança que devem imperar no encontro terapêutico não foram obtidas ou se perderam, deteriorando gravemente a relação, o médico deve comentar o fato claramente com o paciente e tentar colocá-lo em mãos de outro colega.

### **Leitura sugerida**

- Jeammet P. Reynaud M. Consoli S. Manual de psicologia Médica. São Paulo: Masson Editora, 1989.

Examina ambos os pólos da relação médico-paciente, detendo-se nos

fenômenos presentes em cada um dos membros do par envolvido. Aborda temas como, aspectos psicodinâmicos do desenvolvimento humano, a personalidade e seus distúrbios e a identidade médica, entre outros.

- Melo Filho J. Psicossomática Hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

Trata-se de uma compilação de artigos de vários autores brasileiros sobre temas que abrangem o ensino da psicologia médica. Além de temas básicos como, a psicossomática nas diversas especialidades médicas, discute assuntos de particular interesse para o estudante de medicina como, a relação estudante-paciente, o estudante diante da morte e do paciente terminal e a identidade médica.

- Taka V. O relacionamento Médico Paciente. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

Realiza um amplo estudo sobre o encontro entre o médico e seu paciente. Ensinando como deve ser feita a entrevista, o que dizer ao paciente, como deve se comportar o médico diante de um diagnóstico de doença grave ou terminal, como falar disso ao paciente e sua família, como examinar pacientes com distúrbios psíquicos, etc.

- Sacks O. Um Antropólogo em Marte. São Paulo: Editora Companhia das Letras, 1995

O neurologista Oliver Sacks, cujos livros já foram transformados em filmes (Tempo de Despertar, entre outros) analisa aqui sete casos clínicos exemplares, mostrando como antes de tudo, o paradoxo da doença encontra-se em seu potencial “criativo”, na medida em que ela pode revelar formas de vida e adaptações nunca antes imaginadas, numa espécie de reação positiva a sua devastação.

## **Notas**

[1] William Osler, médico canadense (1849-1919)

[2] Nos novos currículos de medicina este treinamento começa bem mais cedo, logo nos primeiros períodos do curso.

[3] Regressão – é concebida como um retorno à forma anteriores do desenvolvimento do pensamento, das relações de objeto e da estruturação do comportamento. É um mecanismo de defesa inevitável e universal. Caracteriza-se por uma redução dos interesses, egocentrismo, dependência, pensamento mágico etc...

[4] Depressão – A doença representa sempre um ataque à auto-imagem ideal e uma prova de falibilidade. O doente perde bruscamente sua ilusão de onipotência ou pelo menos, constata a sua vulnerabilidade. Os sinais clínicos da depressão podem confundir-se com os da regressão e assim mascará-la. São comuns os sentimentos de desvalorização, de incompletude, sensação de fatalidade, com abandono de qualquer projeto ou desejos e uma ausência de revolta somada a uma profunda resignação. Como sintomas podemos citar: choro fácil, falta de apetite, sonolência ou insônia, isolamento, tristeza, inquietação, impaciência etc...

[5] Efeito Placebo – resultado que determinados medicamentos produzem no paciente que estão além da sua capacidade farmacológica. Baseia-se em significados irracionais, emocionais e mágicos para o paciente. Os remédios funcionam melhor, quando o relacionamento médico-paciente é positivo.

[6] Terapeutas – aqueles que exercem alguma forma de terapêutica e/ou conhece bem as indicações dela.

[7] Superego – Ver texto em nossa Biblioteca: O Funcionamento do Aparelho Psíquico.

[8] Psicoterápico – tratamento baseado em técnicas de investigação das causas dos sintomas psicológicos que visa a melhor integração e organização da personalidade.

[9] Empatia – estado mental em que a pessoa se identifica com outra ou se sente na mesma condição psicológica.

[10] Holística – visão geral, total, unificada. Corpo, mente, história de vida etc...

## **Referencias bibliograficas**

[i] Leme Lopes J. Diagnóstico em psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica, 1980:141.

[ii] Laín Entralgo P. Antropología médica. Barcelona: Salvat, 1985:343-362.

[iii] Monedero C. Historia de la Psicoterapia. Madrid: UNED, 1982.

[iv] De las Heras J. La relación médico-paciente. En: Polaino Lorente A, editor. Manual de Bioética General. 2.<sup>a</sup> ed. Madrid: Rialp, 1994:271-278.

[v] Ginsberg GL. Entrevista psiquiátrica. En: Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ, editores. Tratado de Psiquiatria. Barcelona: Salvat, 1984:477-482.

[vi] Spoerri TH. Compendio de Psiquiatria. 2.<sup>a</sup> ed. Barcelona: Toray, 1970: 200-218.

[vii] Jeammet PH, Reynaud M, Consoli S. Psicología Médica. Barcelona: Mason, 1989.

[viii] Mendel D. El buen hacer médico. Pamplona: Eunsa, 1991.

[ix] Wulff J. Psicoterapia Médica. En: Anguera I, editor. Medicina Psicosomática. Barcelona; Doyma, 1988: 183-186.

[x] Melo Filho J. & col. Psicossomática Hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992: 42.

[xi] Ruesch J. Comunicación terapéutica. Buenos Aires: Paidós, 1980:385-399.

[xii] Stollerman GH. Exploración de la persona. Hospital Practice (Ed. Español) 1989 Oct; 4(8): 5-7.

[xiii] Serani A, Burmester M. Etica, historia clínica y datos informatizados. En: Polaino Lorente A, editor. Manual de Bioética General. 2ª ed. Madrid: Rialp, 1994:291-297.

[xiv] Goldberg D, Benjamín S, Creed F. Psychiatry in Medical Practice. London: Routledge, 1987:9-22

[xv] Parry R. Psicoterapia Básica. Pamplona: Eunsa, 1992.

[xvi] Gradillas V. Arte y técnica de la entrevista psiquiátrica. Barcelona: JIMS, 1992.

[xvii] Alonso-Fernández F. Psicología Médica y Social 5.ª ed. Barcelona: Salvat, 1989.

[xviii] Mendel D. Ibidem.