

A entrevista clínica

Marcelo Tavares

5

A entrevista clínica não é uma técnica única. Existem várias formas de abordá-la, conforme o objetivo específico da entrevista e a orientação do entrevistador. Os objetivos de cada tipo de entrevista determinam suas estratégias, seus alcances e seus limites. Neste capítulo, vamos definir a entrevista clínica, examinar seus elementos e diferenciar os tipos em que podem ser classificadas. Em seguida, discutiremos alguns aspectos das competências essenciais do entrevistador para a condução de uma entrevista clínica. Concluímos com uma reflexão sobre a ética dos temas discutidos.

DEFININDO A ENTREVISTA CLÍNICA

Em psicologia, a entrevista clínica é um conjunto de técnicas de *investigação*, de *tempo delimitado*, *dirigido* por um *entrevistador treinado*, que utiliza *conhecimentos psicológicos*, em uma *relação profissional*, com o *objetivo* de *descrever* e *avaliar* aspectos pessoais, relacionais ou sistêmicos (indivíduo, casal, família, rede social), em um *processo* que visa a fazer recomendações, encaminhamentos ou propor algum tipo de intervenção em *benefício* das pessoas entrevistadas. Convém agora examinar os elementos dessa definição.

Por *técnica* entendemos uma série de procedimentos que possibilitam investigar os temas em questão. A *investigação* possibilita alcançar os objetivos primordiais da entrevista, que são *descrever* e *avaliar*, o que pressupõe o levantamento de informações, a partir das quais se torna possível relacionar eventos e experiências, fazer inferências, estabelecer conclusões e tomar decisões. Essa investigação se dá dentro de domínios específicos da psicologia clínica e leva em consideração conceitos e conhecimentos amplos e profundos nessas áreas. Esses domínios incluem, por exemplo, a psicologia do desenvolvimento, a psicopatologia, a psicodinâmica, as teorias sistêmicas. Aspectos específicos em cada uma dessas áreas podem ser priorizados como, por exemplo, o desenvolvimento psicosssexual, sinais e sintomas psicopatológicos, conflitos de identidade, relação conjugal, etc.

Afirmamos ainda que a entrevista é parte de um *processo*. Este deve ser concebido, basicamente, como um processo de avaliação, que pode ocorrer em apenas uma sessão e ser dirigido a fazer um encaminhamento, ou a definir os objetivos de um processo psicoterapêutico. Muitas vezes, o aspecto avaliativo de uma entrevista inicial confunde-se com a psicoterapia que se inicia, devido ao aspecto terapêutico intrínseco a um processo de avalia-

ção e ao aspecto avaliativo intrínseco à psicoterapia. Outras vezes, o processo de avaliação é complexo e exige um conjunto diferenciado de técnicas de entrevistas e de instrumentos e procedimentos de avaliação, como, por exemplo, além da entrevista, os instrumentos projetivos ou cognitivos, as técnicas de observação, etc. A importância de enfatizar a entrevista como parte de um processo é de poder vislumbrar o seu papel e o seu contexto ao lado de uma grande quantidade possível de procedimentos em psicologia. A entrevista clínica é um procedimento poderoso e, pelas suas características, é o único capaz de adaptar-se à diversidade de situações clínicas relevantes e de fazer explicitar particularidades que escapam a outros procedimentos, principalmente aos padronizados. A entrevista é a única técnica capaz de testar os limites de aparentes contradições e de tornar explícitas características indicadas pelos instrumentos padronizados, dando a eles validade clínica (Tavares, 1998), por isso, a necessidade de dar destaque à entrevista clínica no âmbito da avaliação psicológica.

Definimos ainda a entrevista clínica como tendo a característica de ser *dirigida*. Afirmar que a entrevista é um procedimento dirigido pode suscitar alguns questionamentos. Mesmo nas chamadas entrevistas “livres”, é necessário o reconhecimento, pelo entrevistador, de seus objetivos. Como afirmamos antes, os objetivos de cada tipo de entrevista definem as estratégias utilizadas e seus limites. É no intuito de alcançar os objetivos da entrevista que o entrevistador estrutura sua intervenção. Isso nos parece verdadeiro, inclusive para os psicólogos que consideram que é o sujeito entrevistado quem conduz o processo. O entrevistador precisa estar preparado para lidar com o direcionamento que o sujeito parece querer dar à entrevista, de forma a otimizar o encontro entre a demanda do sujeito e os objetivos da tarefa. Assim, quando o entrevistador confronta uma defesa, empaticamente reconhece um afeto ou pede um esclarecimento, ele está certamente definindo direções. Até mesmo a atividade interpretativa na associação livre ou a resposta centrada no cliente do psicólogo dá uma direção, facilitando ou dificultando a

emergência de novos conteúdos na mente do sujeito. O entrevistador deve estar atento aos processos no outro, e a sua intervenção deve orientar o sujeito a aprofundar o contato com sua própria experiência. Em síntese, concluímos que todos os tipos de entrevista têm alguma forma de estruturação na medida em que a atividade do entrevistador direciona a entrevista no sentido de alcançar seus objetivos.

Entrevistador e entrevistado têm, nesse processo, atribuições diferenciadas de papéis. A função específica do entrevistador coloca a entrevista clínica no domínio de uma *relação profissional*. É dele a responsabilidade pela condução do processo e pela aplicação de conhecimentos psicológicos em benefício das pessoas envolvidas. É responsabilidade dele dominar as especificidades da técnica e a complexidade do conhecimento utilizado. Essa responsabilidade delimita (estrutura) o processo em seus aspectos clínicos. Assumir essas responsabilidades profissionais pelo outro tem aspectos éticos fundamentais; significa reconhecer a desigualdade intrínseca na relação, que dá uma posição privilegiada ao entrevistador. Essa posição lhe confere poder e, portanto, a responsabilidade de zelar pelo interesse e bem-estar do outro. Também é do entrevistador a responsabilidade de reconhecer a necessidade de treinamento especializado e atualizações constantes ou periódicas.

O papel principal da pessoa entrevistada é o de prestar informações. A entrevista pressupõe pelo menos uma pessoa que esteja em condições de ser um participante colaborativo, e o sucesso da entrevista depende do seu modo de participação. Essa dependência torna-se mais evidente nos casos de participantes resistentes ou não voluntários. O entrevistador tem a necessidade de conhecer e compreender algo de natureza psicológica, para poder fazer alguma recomendação, encaminhamento ou sugerir algum tipo de atenção ou tratamento (intervenção). Nos casos em que parece haver dificuldades de levantar a informação, é bem provável que o entrevistador tenha de centrar sua atenção na relação com a pessoa entrevistada, para compreender os motivos de sua atitude. Geralmente, essas dificuldades

estão associadas a distorções relacionadas a pessoas ou instituições interessadas na avaliação, a idéias preconcebidas em relação à psicologia ou à saúde mental e a fantasias inconscientes vinculadas a ansiedades pessoais acerca do processo. Tudo isso gera questões transferenciais importantes, que devem ser esclarecidas adequadamente. Essas formas de resistência podem atrapalhar, mas, quando esclarecidas, se transformam em uma das mais importantes fontes de compreensão da dinâmica do sujeito.

A complexidade dos procedimentos específicos de cada tipo de entrevista clínica, dos conhecimentos psicológicos envolvidos e dos aspectos relativos à competência do entrevistador, necessários para sustentar uma relação interpessoal de investigação clínica, requerem *treinamento* especializado. O resultado de uma entrevista depende largamente da experiência e da habilidade do entrevistador, além do domínio da técnica. Alguns temas abordados na entrevista clínica são, pela sua própria natureza, difíceis ou representam tabus culturais. Criar um clima que facilite a interação nesse contexto e a abertura para o exame de questões íntimas e pessoais talvez seja o desafio maior da entrevista clínica. Essa dependência da experiência aproxima a condução de entrevistas da arte – embora ela seja corretamente definida como técnica. A necessidade de ensinar a realizar uma entrevista clínica coloca, portanto, desafios para quem deseja transmitir esses conhecimentos e habilidades. Pequenos detalhes, quando desconsiderados, levam a consequências não desejadas. Muitas vezes, o profissional só se dá conta da importância desses detalhes quando algum problema está configurado. O treinamento tem o intuito de antecipar e evitar essas situações e procura apresentar e discutir vários aspectos práticos dos procedimentos. Embora muitas “dicas” possam ser dadas, em última instância, é a qualidade da formação clínica e a sensibilidade do avaliador para os aspectos relacionais – por exemplo, a capacidade de trabalho na contratransferência – que o assistirão nos momentos mais difíceis e inesperados. Além do treinamento formal nos cursos de graduação e especialização,

a prática supervisionada é reconhecida como melhor estratégia para a consolidação dessa aprendizagem.

Supõe-se que a entrevista clínica deve ter como *beneficiário* direto as pessoas entrevistadas. Por outro lado, isso nem sempre é claro nos dias de hoje, quando os psicólogos têm que se haver, cada vez mais, com terceiros envolvidos, como juízes, empregadores, empresas de seguros, etc. Quando uma entrevista clínica ocorre em uma empresa, por exemplo, o entrevistador deve estar ciente dos conflitos de interesse e das questões éticas envolvidas, mesmo quando a entrevista tem apenas a finalidade de encaminhamento. Quando a entrevista envolve interesses múltiplos, a definição de quem são os seus clientes, a clareza de suas demandas e a explicitação dos conflitos poderão ajudar o profissional a estabelecer a sua conduta relativa a cada um deles. Nesse exemplo, parece necessário definir em que sentido a empresa é cliente, e que demandas são apropriadas ou não.

A necessidade de *delimitação temporal* parece-nos óbvia, visto que não faz sentido uma avaliação se dela não resulta alguma recomendação. Essa delimitação não requer, necessariamente, um único encontro. Mesmo quando o processo requer encontros em mais de uma ocasião, no processo de entrevista, não há um contrato de continuidade como em um processo terapêutico, embora, freqüentemente, a entrevista clínica resulte em um contrato terapêutico. A delimitação temporal entre a entrevista inicial e o processo terapêutico tem a função de explicitar as diferenças de objetivos dos dois procedimentos e dos papéis diferenciados do profissional nas duas situações. Essa delimitação define o *setting* e fortalece o contrato terapêutico, que pode ser consolidado como conclusão da(s) entrevista(s) inicial(is). Essas recomendações, o encaminhamento ou a definição de um *setting* e contrato terapêutico podem ocorrer integrados como parte de uma única sessão de entrevista ou podem ser reservados para uma entrevista designada exclusivamente para este fim (entrevista de devolução), demarcando, de maneira mais precisa, o término do processo de avaliação.

TIPOS E OBJETIVOS DA ENTREVISTA CLÍNICA

Classificar os tipos de entrevista não é uma tarefa fácil, pois exige a consideração de eixos classificatórios e o exame sistemático dos tipos principais de técnicas de entrevistas. Essa tarefa se estende além dos objetivos deste capítulo, mas indicaremos aqui algumas direções. Vamos levar em consideração dois eixos: segundo a forma (estrutura) e segundo o objetivo.

CLASSIFICAÇÃO QUANTO AO ASPECTO FORMAL

Quanto ao aspecto formal, as entrevistas podem ser divididas em estruturadas, semi-estruturadas e de livre estruturação. As entrevistas estruturadas são de pouca utilidade clínica. A aplicação desse tipo de entrevista é mais frequente em pesquisas, principalmente nas situações em que a habilidade clínica não é necessária ou possível. Sua utilização raramente considera as necessidades ou demandas do sujeito avaliado – usualmente, ela se destina ao levantamento de informações definidas pelas necessidades de um projeto. Um exemplo típico é a entrevista epidemiológica, que, como um censo, requer que o entrevistador cubra um grande número de questões em pouco tempo. Nela, não se pode exigir do entrevistador experiência ou conhecimento clínico, pelos altos custos envolvidos no processo. Este é o caso da *Diagnostic Interview Schedule* (DIS); (Robins, Helzer, Croughan *et alii*, 1981). As entrevistas estruturadas privilegiam a objetividade – as perguntas são quase sempre fechadas ou delimitadas por opções previamente determinadas e buscam respostas específicas a questões específicas. Quando respostas abertas são possíveis, geralmente são associadas a esquemas classificatórios operacionalizados, que facilitam a tradução da informação em categorias do tipo objetivo.

Nas entrevistas clínicas, desejamos conhecer o sujeito em profundidade, visando a compreender a situação que o levou à entrevista. Nesse caso, o entrevistado é porta-voz de uma

demanda e espera um retorno que o auxilie. A utilidade das entrevistas clínicas depende, portanto, do espaço que o procedimento deixa para as manifestações individuais e requer habilidades e conhecimentos específicos que permitam ao entrevistador conduzir adequadamente o processo. Essa especificidade clínica favorece os procedimentos semi-estruturados e de livre estruturação.

É tradição se referir à entrevista de livre estruturação como entrevista livre ou não-estruturada. Temos argumentado que toda entrevista supõe, na verdade exige, alguma forma de estruturação. É necessário que se conheçam suas metas, o papel de quem a conduz e os procedimentos pelos quais é possível atingir seus objetivos. Estes e outros elementos próprios das entrevistas lhes conferem uma estrutura, mesmo que o entrevistador não a reconheça explicitamente. Por esse motivo, referimo-nos a esse tipo de entrevista como *entrevista de livre estruturação*. A grande maioria das técnicas de entrevista divulgadas em psicologia clínica, desde seus primórdios, enquadra-se nesse tipo de entrevista. As técnicas de entrevista vêm sendo gradativamente especificadas, de modo que sua estrutura pode ser mais claramente definida, a partir do desenvolvimento das técnicas de avaliação e tratamento, particularmente com o surgimento de manuais psicoterapêuticos (Luborsky, 1984, 1993; Sifneos, 1993), manuais diagnósticos (APA, 1995; Spitzer, Gibbon, Skodol *et alii*, 1994) e critérios de seleção de pacientes (Davanloo, 1980; Malan, 1980; Marmor, 1980; Sifneos, 1980, 1993). Tomando-se os objetivos de uma técnica de livre estruturação, é possível desenvolver alguma forma semi-estruturada de se obter o mesmo tipo de informação. Historicamente, é assim que têm surgido as entrevistas semi-estruturadas, como é o caso da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID) (Spitzer, Williams, Gibbon *et alii*, 1992; Tavares, 1997, 2000b). Esta avalia um conjunto de 44 psicopatologias mais comuns, facilitando o diagnóstico diferencial nos casos mais difíceis. Um exemplo mais específico é a *Positive and Negative Symptoms for Schizophrenia* (PANSS) (Kay, Fiszbein & Opler, 1987), uma téc-

nica de avaliação semi-estruturada que permite discriminar graus de gravidade e comprometimentos na esquizofrenia. Outro exemplo interessante de semi-estruturação é a Entrevista Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), de Ryad Simon (1989, 1993), uma entrevista de avaliação de fundamentação psicodinâmica.

As entrevistas semi-estruturadas são assim denominadas porque o entrevistador tem clareza de seus objetivos, de que tipo de informação é necessária para atingi-los, de como essa informação deve ser obtida (perguntas sugeridas ou padronizadas), quando ou em que seqüência, em que condições deve ser investigada (relevância) e como deve ser considerada (utilização de critérios de avaliação). Além de estabelecer um procedimento que garante a obtenção da informação necessária de modo padronizado, ela aumenta a confiabilidade ou fidedignidade da informação obtida e permite a criação de um registro permanente e de um banco de dados úteis à pesquisa, ao estabelecimento da eficácia terapêutica e ao planejamento de ações de saúde. Por esses motivos, as entrevistas semi-estruturadas são de grande utilidade em *settings* onde é necessária ou desejável a padronização de procedimentos e registro de dados, como nas clínicas sociais, na saúde pública, na psicologia hospitalar, etc. Recentemente, desenvolvemos uma entrevista clínica semi-estruturada para a avaliação da história e do risco de tentativa de suicídio, tendo em vista estudar esse fenômeno, com ênfase nos aspectos mórbidos e psicodinâmicos associados (Tavares, 1999).

CLASSIFICAÇÃO QUANTO AOS OBJETIVOS

Um esforço em classificar as entrevistas quanto aos seus objetivos seria uma tarefa bem mais complexa. Essa complexidade decorre da interdependência entre abordagem e objetivos. A título de exemplo, vamos imaginar dois entrevistadores hipotéticos, um de abordagem psicodinâmica e outro, comportamental. Ao entrevistar um sujeito para definir uma estratégia de intervenção terapêutica, embora te-

nam, aparentemente, o mesmo objetivo, eles atuariam de maneiras completamente diferentes. O primeiro exploraria o desenvolvimento precoce e os processos inconscientes, defesas e conflitos predominantes, enquanto o segundo procuraria determinar as situações-problema e examinar os antecedentes que mantêm o comportamento na atualidade. Cada um definiria objetivos específicos para os seus procedimentos.

Para abordar essa questão, é necessário distinguir dois níveis de objetivo. A finalidade maior de uma entrevista é sempre a de descrever e avaliar para oferecer alguma forma de retorno. Este objetivo último é comum a todas as formas de entrevista clínica, conforme nossa definição. Todas elas requerem uma etapa de apresentação da demanda, de reconhecimento da natureza do problema e da formulação de alternativas de solução e de encaminhamento. Além desses objetivos-fins, existem objetivos instrumentais, que são definidos por todo tipo de entrevista clínica. Em nosso exemplo hipotético supra, as diferenças podem ser consideradas instrumentais. São muitos e variados os exemplos de objetivos instrumentais. Quando se pretende avaliar um quadro psicopatológico, torna-se necessário um exame detalhado dos sintomas apresentados. Na entrevista psicodinâmica, é importante a investigação do desenvolvimento homossexual. Cada modalidade de entrevista define seus objetivos instrumentais, e estes delimitam o alcance e as limitações da técnica. Por isso, estratégias diferentes de avaliação podem ser utilizadas para atingir os objetivos de cada situação, ou combinadas para atingir objetivos diversos. Isso nos parece adequado, considerando os vários contextos em que a entrevista clínica é utilizada, no consultório, na saúde pública, na psicologia hospitalar, etc.

Dada a enorme variedade de objetivos instrumentais, conforme variações de abordagem, de problemas apresentados e de clientela atendidas, não temos a intenção de tentar classificar as entrevistas neste nível. Por outro lado, alguns tipos de entrevista devem ser mencionados quanto à sua finalidade: de triagem, de anamnese, diagnósticas (que podem ser sin-

drômicas ou dinâmicas), sistêmicas e de devolução. Uma entrevista para a avaliação na clínica psicológica pode ter por finalidade características vinculadas a um desses tipos, ou pode ter por objetivo uma combinação de aspectos relacionados a mais de um desses tipos de entrevistas. Profissionais de todas as abordagens podem realizar entrevistas clínicas com esses objetivos. Examinaremos cada um desses tipos de entrevista.

A entrevista de triagem tem por objetivo principal avaliar a demanda do sujeito e fazer um encaminhamento. Geralmente, é utilizada em serviços de saúde pública ou em clínicas sociais, onde existe a procura contínua por uma diversidade de serviços psicológicos, e torna-se necessário avaliar a adequação da demanda em relação ao encaminhamento pretendido. Um dos equívocos mais comuns é o de pessoas que procuram ajuda individual para problemas relacionais. Outra situação importante ocorre quando existe a opção de terapia individual e grupal, tornando-se necessário avaliar a adequação dos membros conforme a composição e os objetivos dos grupos terapêuticos. A triagem é também fundamental para avaliar a gravidade da crise, pois, nesses casos, torna-se necessário ou imprescindível o encaminhamento para um apoio medicamentoso. Embora não pareça tão óbvio, o clínico que trabalha sozinho também terá que triar seus clientes e encaminhar aqueles que não julgar adequado atender, conforme sua especialidade e competência.

A entrevista em que é feita a anamnese (vide *A história do examinando*, nesta obra) tem por objetivo primordial o levantamento detalhado da história de desenvolvimento da pessoa, principalmente na infância. A anamnese é uma técnica de entrevista que pode ser facilmente estruturada cronologicamente. Embora a utilidade da anamnese seja mais claramente vislumbrada na terapia infantil, muitas abordagens que integram ou valorizam o desenvolvimento precoce podem se beneficiar deste tipo de entrevista. Certamente, aprender a fazer uma entrevista de anamnese irá facilitar a apreciação de questões desenvolvimentais por parte do clínico, pois muitas abordagens investigam

aspectos importantes do desenvolvimento, embora de maneira não tão extensiva como faz a entrevista de anamnese.

De um certo modo, toda entrevista clínica comporta elementos diagnósticos. Nessa perspectiva, empregamos o termo de maneira bem ampla. Em outro sentido, empregamos o termo *diagnóstico* de modo mais específico, definindo-o como o exame e a análise explícitos ou cuidadosos de uma condição na tentativa de compreendê-la, explicá-la e possivelmente modificá-la. Implica descrever, avaliar, relacionar e inferir, tendo em vista a modificação daquela condição. A entrevista diagnóstica pode priorizar aspectos síndrômicos ou psicodinâmicos. O primeiro visa à descrição de sinais (baixa auto-estima, sentimentos de culpa) e sintomas (humor deprimido, ideação suicida) para a classificação de um quadro ou síndrome (Transtorno Depressivo Maior). O diagnóstico psicodinâmico visa à descrição e à compreensão da experiência ou do modo particular de funcionamento do sujeito, tendo em vista uma abordagem teórica. Tanto o diagnóstico síndrômico quanto o psicodinâmico visam à modificação de um quadro apresentado em benefício do sujeito.

Algumas vezes, a característica classificatória do diagnóstico síndrômico parece se contrapor a uma compreensão dinâmica do mesmo; contudo, estas duas perspectivas devem ser vistas como complementares, operando dentro de uma mesma estratégia de entrevista. Tradicionalmente, os textos tendiam a enfatizar uma ou outra abordagem. Hoje em dia, entretanto, vemos cada vez mais um esforço de integração dessas duas abordagens (Jacobson & Cooper, 1993; McWilliams, 1994; Othmer & Othmer, 1994). Por exemplo, sabemos que pessoas deprimidas (um sintoma ou síndrome) freqüentemente dirigem sua agressividade contra si mesmas (um aspecto dinâmico), e que isso pode resultar em comportamentos autodestrutivos (sinais) ou, no extremo, em ideação suicida (um sintoma). Quando existem sintomas clínicos claros, o diagnóstico síndrômico torna-se necessário por motivos que nos parecem óbvios. Contudo, não se podem ignorar os aspectos dinâmicos nesses casos. É co-

num a existência de sinais e sintomas isolados ou subclínicos, que não são suficientes para dar configuração a uma síndrome, mas que são importantes por sugerir uma dinâmica e indicar um modo particular de adoecer. O reconhecimento precoce dessas condições tem um papel preponderante na prevenção de crises ou no desenvolvimento de um quadro clínico estabelecido.

Reconhecendo esta interação entre sinais, sintomas e síndromes com os aspectos dinâmicos (modos de funcionamento), o entrevistador amplia seu domínio sobre a situação, torna-se mais capaz de compreender o sujeito e sua condição e mais capaz de ajudá-lo de maneira eficaz. Voltemos ao exemplo da pessoa que se apresenta deprimida. Em um primeiro momento, o clínico pode estar interessado na severidade do quadro e buscar definir quais sintomas estão presentes e em que intensidade. Contudo, em seguida, pode julgar importante investigar em mais detalhes os sentimentos de culpa, inutilidade e menos valia que a pessoa experimenta subjetivamente e relacioná-los tanto aos sintomas quanto às fantasias inconscientes e aos eventos importantes no desenvolvimento e na história familiar (relações objetais). Tal estratégia integra uma abordagem fenomenológica do quadro sintomático com a compreensão psicodinâmica do seu desenvolvimento – ela busca descrever e compreender o fenômeno em sua complexidade para sugerir modos de intervenção terapêutica.

As entrevistas sistêmicas para avaliar casais e famílias estão se tornando cada vez mais importantes em psicologia, principalmente, quando há a demanda de atenção psicológica para crianças e adolescentes (Féres-Carneiro, 1996). Elas podem focalizar a avaliação da estrutura ou da história relacional ou familiar. Podem também avaliar aspectos importantes da rede social de pessoas e famílias. Essas técnicas são muito variadas e fortemente influenciadas pela orientação teórica do entrevistador. Como exigiriam um capítulo à parte, fica aqui apenas o registro de sua existência e importância.

A entrevista de devolução tem por finalidade de comunicar ao sujeito o resultado da avalia-

ção. Em muitos casos, essa atividade é integrada em uma mesma sessão, ao final da entrevista. Em outras situações, principalmente quando as atividades de avaliação se estendem por mais de uma sessão, é útil destacar a entrevista de devolução do restante do processo. Outro objetivo importante da entrevista de devolução é permitir ao sujeito expressar seus pensamentos e sentimentos em relação às conclusões e recomendações do avaliador. Ainda, permite avaliar a reação do sujeito a elas. Ou seja, mesmo na fase devolutiva, a entrevista mantém seu aspecto avaliativo, e tem-se a oportunidade de verificar a atitude do sujeito em relação à avaliação e às recomendações, ao seu desejo de segui-las ou de recusá-las. Finalmente, como objetivo da entrevista de devolução, destaca-se a importância de ajudar o sujeito a compreender as conclusões e recomendações e a remover distorções ou fantasias contraproducentes em relação a suas necessidades. A devolução pode ser simples, como, por exemplo, de que o motivo que o levou a procurar ajuda pode ser atendido em um processo terapêutico ou complexo, a ponto de requerer mais de uma sessão.

O processo de avaliação psicológica pode envolver diferentes procedimentos, incluindo vários tipos de entrevista. Por exemplo, na avaliação de um jovem adolescente que apresentava comportamentos estranhos e incompreensíveis para família, o processo iniciou-se com uma entrevista de família, seguida de uma entrevista com o jovem para avaliação do quadro sintomático e seus aspectos psicodinâmicos. Depois da aplicação de instrumentos de avaliação psicológica e sua análise, houve uma entrevista de devolução com o jovem, seguida de outra com ele e seus pais. Essas entrevistas tiveram o objetivo específico de ajudar o jovem e seus pais a compreenderem a situação (que envolvia um quadro psicótico), a explorar a sua repercussão no plano afetivo e relacional e a tomar decisões específicas quanto aos estudos e a outros elementos estressores na vida do jovem e da família. Houve mais uma entrevista com os três, a fim de consolidar o encaminhamento para uma avaliação psiquiátrica (para fazer um acompanhamento medicamen-

toso) e de determinar uma estratégia psicoterapêutica (para o apoio na crise).

COMPETÊNCIAS DO AVALIADOR E A QUALIDADE DA RELAÇÃO

As diversas técnicas de entrevista têm em comum o objetivo de avaliar para fazer algum tipo de recomendação, seja diagnóstica ou terapêutica. A entrevista, como ponto de contato inicial, é crucial para o desenvolvimento de uma relação de ajuda. A aceitação das recomendações ou a permanência no tratamento dependem de algumas características importantes desse primeiro contato, que são influenciadas por um conjunto de competências do entrevistador. A dificuldade de aceitação das recomendações ou a desistência de iniciar um processo terapêutico, quando ocorre, se dá nos primeiros contatos. Comentaremos aqui algumas competências pessoais essenciais para a condução de uma entrevista, independentes da orientação teórica do entrevistador ou dos objetivos específicos da entrevista. A atenção a esses aspectos e o desenvolvimento dessas competências são elementos fundamentais para o êxito na condução de entrevistas.

Uma entrevista, na prática, antes de poder ser considerada uma técnica, deve ser vista como um contato social entre duas ou mais pessoas. O sucesso da entrevista dependerá, portanto, de qualidades gerais de um bom contato social, sobre o qual se apóiam as técnicas clínicas específicas. Desse modo, a execução da técnica é influenciada pelas habilidades interpessoais do entrevistador. Essa interdependência entre habilidades interpessoais e o uso da técnica é tão grande que, muitas vezes, é impossível separá-las. O bom uso da técnica deve ampliar o alcance das habilidades interpessoais do entrevistado e vice-versa. Para levar uma entrevista a termo de modo adequado, o entrevistador deve ser capaz de:

1) estar presente, no sentido de estar inteiramente disponível para o outro naquele momento, e poder ouvi-lo sem a interferência de questões pessoais;

2) ajudar o paciente a se sentir à vontade e a desenvolver uma aliança de trabalho;

3) facilitar a expressão dos motivos que levaram a pessoa a ser encaminhada ou a buscar ajuda;

4) buscar esclarecimentos para colocações vagas ou incompletas;

5) gentilmente, confrontar esquivas e contradições;

6) tolerar a ansiedade relacionada aos temas evocados na entrevista;

7) reconhecer defesas e modos de estruturação do paciente, especialmente quando elas atuam diretamente na relação com o entrevistador (transferência);

8) compreender seus processos contratransferenciais;

9) assumir a iniciativa em momentos de impasse;

10) dominar as técnicas que utiliza.

Examinaremos, a seguir, cada uma dessas capacidades.

Para estar presente e poder ouvir o paciente, o entrevistador deve ser capaz de isolar outras preocupações e, momentaneamente, focalizar sua atenção no paciente. Para fazer isso, é preciso que suas necessidades pessoais estejam sendo suficientemente atendidas, e que ele possa reconhecer os momentos em que isso parece não estar ocorrendo. Isso implica que as ansiedades presentes não sejam tão fortes a ponto de interferir no processo. As ansiedades inconscientes do entrevistador levam à resistência e dificultam a escuta, principalmente de material latente na fala do entrevistado. Cuidando de suas necessidades pessoais, o entrevistador poderá ouvir o outro de um modo diferenciado. Essa escuta diferenciada, por si só, é considerada um dos elementos terapêuticos (Cordioli, 1993).

Por estar atento ao paciente, o entrevistador estará mais apto a ajudá-lo a sentir-se à vontade e a desenvolver uma aliança de trabalho. A aliança para o trabalho, que mais tarde se desenvolverá em uma aliança terapêutica, é composta de dois fatores: a percepção de estar recebendo apoio e o sentimento de estarem trabalhando juntos (Horvath, Gaston & Luborsky, 1993; Luborsky, 1976). Desenvolver

uma atmosfera de colaboração é essencial para o sucesso de uma avaliação. Para isso, é importante que o paciente perceba que o entrevistador está receptivo a suas dificuldades e a seus objetivos, que ele demonstra entendê-lo e aceitá-lo, que ele reconhece suas capacidades e seu potencial, e que ele o ajuda a mobilizar sua capacidade de auto-ajuda. Essa percepção fortalece a relação e favorece uma atitude colaborativa e participativa por parte do sujeito.

Facilitar a expressão dos motivos que levam a pessoa a buscar ajuda é o coração da entrevista. Contudo, nem sempre é fácil. Frequentemente, os motivos reais não são conhecidos, ou se apresentam de maneira latente. Muitas vezes, estão associados a afetos ou idéias difíceis de serem aceitos ou expressos. Outras vezes, existem resistências importantes que dificultam o processo. O paciente deverá se sentir seguro o suficiente para poder arriscar-se. O risco é significativo, pois a entrevista tem o potencial de modificar a maneira como ele se percebe (auto-estima), percebe seu futuro pessoal (planos, desejos, esperanças) e percebe suas relações significativas. Portanto, se há esperança de que a entrevista venha a lhe trazer ganhos, há também o receio de que possa conduzir a perdas significativas. Abandonar idéias supervalorizadas ou auto-imagem distorcida pode ser concretamente experienciado como perda real. Abrir mão de um desejo pode levar à experiência de luto, como, por exemplo, a filha que inconscientemente acreditava que, se fosse “suficientemente” boa, ela conseguiria recuperar o pai alcoólatra. Todo o seu esforço era em vão. Para desistir desse pai e poder investir na própria vida, ela teve que viver o luto pela perda do pai que desejava ter e abandonar a fantasia de obter do pai real o apoio que se esforçava para dar-lhe, sem resultado. Embora seu comportamento fosse configurado por um conflito na fantasia*, a vivência da per-

da era real. A segurança para enfrentar essas situações vem em parte do tipo de escuta e atenção que percebe estar recebendo, como também da capacidade do entrevistador de facilitar a expressão de experiências, sentimentos e pensamentos relevantes.

Em muitos momentos, o entrevistador deverá buscar esclarecimentos para colocações vagas ou incompletas e, gentilmente, confrontar esquivas e contradições. Utilizamos o termo *confrontar* no sentido de “colocar-se diante de...”. Opõe-se a evitar, esquivar-se ou defender-se, e mobiliza a capacidade de enfrentamento do sujeito, no nível adequado à sua capacidade e estrutura egóica. Por isso, a confrontação é uma técnica dirigida ao *insight* e requer certa capacidade de tolerar a ansiedade. O clínico experiente saberá criar um contexto suficiente de apoio para que o sujeito se sinta em condições de enfrentar esses momentos. Alguns entrevistadores recuam, em momentos cruciais, mais frequentemente do que gostaríamos de admitir. Respostas pouco elaboradas, colocações vagas ou omissões atuam como defesas que obscurecem o assunto em questão. Quando o entrevistador deixa passar esses momentos, perde uma oportunidade de desenvolver uma idéia mais clara sobre o assunto, além de não ajudar o paciente a ampliar sua percepção da questão. Contrariamente à noção difundida, o que não foi dito antes frequentemente permanece sem ser abordado mais tarde.

Assuntos importantes, afetivamente carregados e associados a experiências dolorosas, muitas vezes aparecem nas entrevistas clínicas. Para sustentar esses momentos, o entrevistador deverá desenvolver a capacidade de tolerar a ansiedade e de falar abertamente sobre temas difíceis, que têm o potencial de evocar emoções intensas. O entrevistador deverá desenvolver confiança em sua própria capacidade de suportar tais momentos com naturalidade e de poder dar apoio ao outro que passa pela experiência, sem ser internamente pressionado a evitá-la. Caso contrário, ele pode comunicar imperícia ou dificuldades pessoais relacionadas ao tema em questão, o que cria um clima carregado de matices inconscientes,

* Compreendemos fantasia não em oposição à realidade, mas como realidade interna, subjetiva, com vínculos em relações objetais e afetos associados, que podem ter um impacto na experiência do sujeito tão ou mais forte que a realidade externa, e que podem, conseqüentemente, influenciar o comportamento de maneira decisiva.

difíceis de serem resolvidos na relação. Tais temas podem vir a ser configurados como tabus na relação e podem não ser abordados adequadamente. Por exemplo, uma senhora solteira apresentou-se para terapia com uma história de depressões recorrentes. Ficou claro que tais episódios começaram após um envolvimento amoroso com um padre e a decisão unilateral dele de abandonar o relacionamento. A perspectiva de falar de experiências sexuais, neste contexto, com alguém da idade da mãe do terapeuta trouxe para ele dificuldades que levaram a um impasse sério na entrevista inicial.

A capacidade de reconhecer as defesas e o modo particular de estruturação do paciente é de especial interesse. Uma pessoa que adota um estilo rígido de personalidade (p.ex., coloca-se de uma maneira predominantemente dependente em suas relações) ou persistentemente projeta (p.ex., culpa os pais por suas dificuldades), revela aspectos significativos de seu modo de ser (estrutura) e funcionar (dinâmica). Reconhecendo esses aspectos, o entrevistador poderá antecipar essas situações de transferência e evitar respostas contratransferenciais inadequadas. Ao reconhecer as dinâmicas e modos de interagir do sujeito, podemos dirigir nosso modo de proceder de maneira mais eficiente. O avaliador pode antecipar as ansiedades da pessoa e adaptar-se de modo correspondente. Se a pessoa apresenta uma postura dependente, obsessiva, auto-engrandecedora ou colaboradora, a observação desta atitude ou comportamento já é informação diagnóstica a ser integrada na interpretação. A observação do comportamento, da comunicação não-verbal e do material latente contribui de maneira especial. Restringir o âmbito do interpretável somente ao conteúdo explícito da comunicação pode acarretar perda de informação clínica significativa.

Ser capaz de compreender seus processos contratransferenciais é, possivelmente, um dos recursos mais importantes do clínico. Reconhecer como os processos mentais e afetivos são mobilizados em si mesmo e ser capaz de relacionar esse processo ao que se passa na relação imediata com o sujeito fornece ao entre-

vistador uma via inigualável de compreensão da experiência do outro. A contratransferência foi inicialmente conceituada, como processo patológico residual do terapeuta, como “os próprios complexos e resistências internas” (Freud, 1910, p.130). Com o tempo e o desenvolvimento do conceito de identificação projetiva, percebeu-se a característica universal do processo contratransferencial e sua importância na compreensão profunda da comunicação paciente-terapeuta. Os trabalhos clássicos de Heimann (1950), Racker (1981) e Pick (1985), bem como a revisão detalhada de Hinshelwood (1991), descrevem e ilustram esses processos.

Existem momentos em que a entrevista passa por situações de impasse importantes. Por exemplo, uma pessoa pode, a determinada altura, dizer: “Não sei se realmente deveria estar falando isso. Não sei se realmente quero fazer isso”. Ou, mais decididamente: “Essa é a terceira vez que procuro ajuda, e não adiantou nada”. Assumir a iniciativa em momentos de impasse significa poder mobilizar recursos pessoais diante de situações difíceis e inesperadas. Significa poder usar a criatividade para dar uma resposta eficaz no momento. Por exemplo, pode ser crucial ajudar a explorar alternativas e buscar uma perspectiva em momentos de desesperança. Eis alguns exemplos de situações críticas que requerem do entrevistador capacidade de agir: risco de vida (ideação suicida), sintomas psicóticos, violência, impulsividade, ou outras situações que podem levar a um desfecho prejudicial para as pessoas envolvidas. Uma paciente disse, dez minutos antes do final da primeira entrevista: “Não sei se estarei aqui na semana que vem”. A partir da exploração cuidadosa dessa fala, tornou-se claro que ela estava considerando o suicídio. A terapeuta precisou lidar com isso de forma direta e decisiva, de modo a evitar um desfecho autodestrutivo. Desenvolver recursos pessoais para lidar com tais situações é fundamental para que o entrevistador possa trabalhar com segurança.

Finalmente, espera-se que o entrevistador tenha domínio das técnicas que utiliza. É pelo domínio da técnica que o entrevistador pode deixar de se preocupar com a sua execução e

se concentrar no paciente, no que ele apresenta e na sua relação com ele. A competência técnica dá e comunica segurança ao liberar o entrevistador para dirigir sua atenção aos aspectos mais importantes da relação. A falta desse domínio pode resultar em uma aplicação mecânica e desconexa das diretrizes da técnica. Com a prática e a experiência, os aspectos mecânicos da técnica tornam-se secundários, e o sujeito e a relação passam a se destacar. Torna-se evidente uma integração natural dos aspectos técnicos e a valorização da relação com o sujeito. Assim, a entrevista flui, e a atuação refinada do profissional transforma a técnica em arte.

CONCLUSÃO

Este capítulo apresentou e discutiu uma definição de entrevista clínica e seus tipos. Abordamos as competências pessoais do avaliador e a sua responsabilidade profissional no processo de entrevista. Mencionamos a situação privilegiada e o poder que tem o entrevistador, diante do entrevistado. A entrevista configura-se como um poderoso meio de influenciar o outro, principalmente considerando que as pessoas freqüentemente buscam ajuda ou são avaliadas em momentos de fragilidade. Esse aspecto, aliado aos já discutidos neste capítulo, nos leva a refletir sobre algumas questões éticas acerca da nossa intervenção. Segundo um dito popular, “nada mais prático do que uma boa teoria”. Gostaríamos de poder dizer “nada mais ético do que um bom treinamento” (teórico e técnico). Infelizmente, isso não é suficiente. Uma prática ética depende desse treinamento, mas também dos valores e da formação pessoal do profissional, que desenvolvem nele o respeito e a consideração pelo outro, e que o colocam em condições de antecipar como as conseqüências de seu comportamento e de suas omissões poderiam afetar o outro, adversamente. Desejamos enfatizar este ponto.

As questões éticas colocam-se em evidência em situações de conflito. Primeiro, o interesse (consciente ou inconsciente) do profis-

sional pode contrariar o interesse do sujeito avaliado (por exemplo, o profissional receberia menos pelo seu serviço se informasse ao paciente que atende por um convênio do qual ele é beneficiário). Segundo, mesmo quando o interesse de ambos parece ser o mesmo, este pode ter conseqüências que colocam em risco o bem-estar do outro (por exemplo, manter relações não-profissionais com o sujeito). Terceiro, o profissional pode ser chamado a atender interesses conflitantes (por exemplo, empresa-empregados, casais em processo de mediação, relação pais-adolescentes, etc.).

Vendo a ética na perspectiva do conflito, destacamos duas maneiras como o profissional pode manter o compromisso ético em suas atividades. Primeiro, cabe a ele antecipar os conflitos inerentes a essas atividades. Na avaliação psicológica, encontramos muitos desses casos. Um exemplo são as situações em que existe a necessidade de definir quem são os clientes e como responder adequadamente às demandas de cada um deles. A avaliação pode envolver, além do sujeito, familiares, outros profissionais, instituições, etc. Nesses casos, falamos dos conflitos gerados pela atividade e, portanto, colocados externamente aos profissionais. A estratégia mais simples que temos utilizado nesses casos é a de *socializar a dúvida*. Trata-se de colocar a questão a colegas e procurar verificar como eles têm lidado com dilemas similares, em busca de alguma orientação normativa. As comissões de ética dos diversos conselhos têm oferecido orientação em muitos casos, e os profissionais devem lembrar deste recurso quando se virem nessas situações.

O segundo tipo de conflito ético importante diz respeito à própria relação com o sujeito. Idealmente, esses conflitos deveriam ocorrer na esfera consciente, e o profissional deveria procurar resolver seus interesses sem envolver o paciente. Nossa experiência em supervisão, no entanto, mostra que existem situações, não raras, em que o conflito não é diretamente percebido pelo avaliador. Um exemplo comum é o paciente difícil ou inconveniente, que pode ser negligenciado ou até mesmo abandonado pelo profissional que, inconscientemente, de-

seja evitá-lo. O melhor contexto para desenvolver habilidades internas para lidar com essas situações é na supervisão clínica. Ela nos permite enxergar com os olhos do outro. A supervisão é uma atividade que oferece meios fundamentais para o profissional entrar em contato com entraves pessoais no trabalho clínico, devendo ser utilizada sempre que possível, principalmente no início de carreira. Mesmo pessoas experientes buscam colegas para

darem opiniões em situações difíceis. Um olhar diferente tem sempre o potencial de favorecer nossa compreensão sobre um caso. Em ambas as situações descritas – de conflitos impostos pela natureza da tarefa, ou pela experiência do profissional na relação –, o antídoto é não se isolar, buscar apoio em profissionais e colegas de confiança e desenvolver a capacidade pessoal de lidar com a complexidade dessas situações.