

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS
Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde

Ana Paula Borges Carrijo

**A POTÊNCIA DO ENCONTRO CLÍNICO: CONTRIBUIÇÕES DO GRUPO BALINT
PARA A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE**

Rio de Janeiro

2017



CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS
Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde

Ana Paula Borges Carrijo

**A POTÊNCIA DO ENCONTRO CLÍNICO: CONTRIBUIÇÕES DO GRUPO BALINT
PARA A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE**

Orientador: Prof Emerson Elias Merhy

Co-orientadora: Prof^a Valéria Ferreira Romano

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva com ênfase em Atenção Primária à Saúde.

Rio de Janeiro

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Carrijo, Ana Paula Borges

A potência do encontro clínico: contribuições do Grupo Balint para a Relação médico-paciente. / Ana Paula Borges Carrijo. - Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis - HESFA, 2017.

231 f.; il: 31 cm.

Orientador: Emerson Elias Merhy.

Coorientadora: Valéria Ferreira Romano

Dissertação (mestrado) – UFRJ, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis – HESFA, Mestrado Profissional de Atenção Primária a Saúde, 2017.

Incluí anexos.

Referências: f. 139-149.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Medicina de Família e Comunidade. 3. Terapia Psicanalítica. 4. Grupos focais. 5. Relações Médico-Paciente. 6. Assistência Primária à Saúde - Tese. I. Merhy, Emerson Elias. II. Romano, Valéria Ferreira. III. UFRJ, FM, Instituto de Atenção à Saúde, São Francisco de Assis- HESFA. IV. Título.

Dissertação de Mestrado defendida por Ana Paula Borges Carrijo e aprovada em 16 de outubro de 2017, pela banca examinadora constituída pelos doutores:

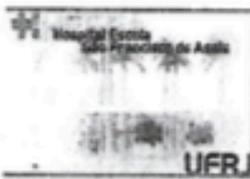
PROF. DR. EMERSON ELIAS MERHY
Mestrado Profissional – Universidade Federal do Rio de Janeiro (coordenador)

PROF^a. DRA Maria Tavares Cavalcanti
IPUB – Universidade Federal do Rio de Janeiro

PROF. DR. CARLOS EDUARDO AGUILERA CAMPOS
Mestrado Profissional – Universidade Federal do Rio de Janeiro

PROF^a. DRA Erotildes Maria Leal
IPUB – Universidade Federal do Rio de Janeiro (suplente)

PROF^a. DRA. Kathleen Tereza da Cruz
Mestrado Profissional – Universidade Federal do Rio de Janeiro (suplente)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
PROGRAMA MESTRADO PROFISSIONAL
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

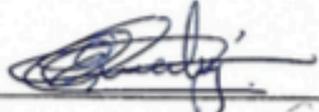


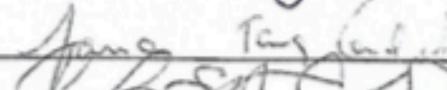
ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE COLETIVA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Às 09 horas do dia 16 de outubro de 2017, teve início a Defesa de Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva, área de Concentração: Atenção Primária à Saúde, na Linha de Pesquisa Gestão e Avaliação de Serviços e de Tecnologia na Atenção Primária à Saúde. A dissertação intitulada "A Potência do Encontro Clínico: Contribuições do Grupo Balint para a Relação Médico-Paciente" foi apresentada pela candidata Ana Paula Borges Carrijo, regularmente matriculada no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina/Hesfa, sob registro nº 115211633 (SIGA). A banca de examinadores foi composta pelos doutores: Emerson Elias Merhy (CPF:450462208-49); Maria Tavares Cavalcanti (CPF: 759806227-72) e Carlos Eduardo Aguilera Campos (CPF: 745220437-91), em sessão pública, no prédio do HESFA, no Auditório, sito a Rua Afonso Cavalcanti, 20 – Cidade Nova, CEP nº20.211-110 – Rio de Janeiro. Após a exposição em sessão pública, de cerca de trinta minutos, a candidata foi arguida oralmente. Os membros da banca, nesta ocasião, então deliberaram, considerando a presente dissertação (X) APROVADA () REPROVADA () APROVADA COM RESTRIÇÃO. A banca emitiu o seguinte parecer:

Dissertação com conteúdo Amplo e completo com todos os requisitos para o Mestrado Profissional em Atenção Primária. A banca deu-se aburnado de todos os tipos oriunda da dissertação

Na forma regulamentar esta ata foi lavrada e assinada pelos membros da Banca e pela aluna examinada.

Presidente/Orientador: 

1º Examinadora: 

2º Examinador: 

Candidata: Ana Paula Borges Carrijo

*À minha bisavó Ana, analfabeta e parteira,
de cujas mãos muitas vidas floresceram.*

*À minha avó Anésia,
que proibida de estudar pelo meu bisavô,
foi autodidata nas palavras e na vida.*

*À minha mãe Dulce, por ter me dado
oportunidade de escolher os meus caminhos.*

*A todas as mulheres
que me constituem e me fortalecem.*

AGRADECIMENTOS

Este é um momento interessante. Abre a dissertação, mas é o último a ser escrito. Faço uma revisão dos meus últimos dois anos, uma reviravolta que me remete a uma vida toda de memórias, convivências, conflitos, vínculos, desafios, dores e deslumbramentos. Essa coisa do humano como ser social que nos conecta em rede me impressiona e me anima.

Um abraço enorme aos meus pacientes, usuários do SUS, que me encorajam diariamente. Semanas atrás visitei uma paciente tetraplégica. Posso lhe ajudar em algo, Joana¹? Pode sim, passe aqui de vez em quando, se puder fazer a lavagem nos ouvidos pra eu escutar melhor, será ótimo! Eu estou bem doutora, fique tranquila... E retorno pra casa aprendendo o que é resiliência de alguém que nem sabe que me ensina. Agradeço desde o corpo mudo do laboratório de anatomia, cuja narrativa de vida desconheço, mas cujas linhas de força arquitetaram novos olhares sobre o corpo do homem. Agradeço aos sujeitos com os quais me conectei na clínica, de várias idades, em vários tempos e densidades. Sujeitos com histórias incríveis, outros com vidas miseráveis, todos diferentes em cor, semblante, personalidade, atitude, cheiro, efeito. Cada um que toquei foi um toque distinto, assim foram também as nossas transferências.

Os territórios por onde andei fizeram de mim estrada, como cantam Almir Sater e Renato Teixeira em *Tocando em frente*: "Eu vou tocando os dias pela longa estrada eu vou. Estrada eu sou". À Franca-SP e região (Minas Gerais!) obrigada pela infância tranquila e pela simplicidade - eu sou ainda uma menina rústica, da terra e do campo. À Uberaba-MG e à UFTM, minha escola e minha casa (amada República Capitu). Foi em Ribeirão Preto-SP e na USP que me apaixonei pela saúde mental (saudades, Núcleo 2!). Ao Rio de Janeiro eu vim porque coisa fácil eu nunca quis. Nas comunidades do Complexo do Alemão, Copacabana, Tabajaras, Pavão-Pavãozinho-Cantagalo, Maré e Dendê ando(ei) aprendiz. Dos becos incongruentes a gente leva muito mais que deixa. A televisão é um meio medíocre que tenta matar a favela em dois planos, ainda digo à minha avó que as coisas não são como ela vê por ali.

Aos professores de toda a vida, do inesquecível SESI da minha juventude aos doutores do mestrado, gratidão eterna. Adoro gente animada, cheia de vida e saberes pra compartilhar! Um obrigado especial a Tiago Batistela, meu preceptor da residência no Núcleo 2, que ombro

¹ Nome fictício.

a ombro me ensinou que está sempre tudo bem, se a gente não souber a gente busca. Aos meus orientadores Valéria Romano e Emerson Merhy, obrigada pelas cutucadas afetuosas, por respeitarem o meu tempo e meus devaneios, e por serem tão inspiradores na vida *em ato*.

À terapeuta Thoya Mosená, sem palavras por acolher meus extravasamentos. Vivi a ansiedade como lente escura entre mim e o computador, com tal intensidade que me cegou por semanas. O limite entre o esgarçamento da mente, os *insights*, e a angústia é uma linha tênue. Acho que vai ser mais tranquilo depois da defesa rsrs.

Aos residentes da vida, da residência multiprofissional da UFRJ; da MFC da prefeitura do Rio; e da UFRJ, em especial Bárbara e Gabriel, gratidão por suportarem a minha ausência e confiarem em mim.

Às equipes de Saúde da Família; aos NASFs do Zilda, do Pavão e da Maré, o trabalho é a nossa escola, que continuemos abertos. Sinto saudades.

Aos amigos preceptores da UFRJ, estou feliz demais por compartilhar dias, clínica e vistas com vocês. O nosso trabalho coletivo é uma arte, o nosso encontro um sonho. Que permaneçamos aprendendo em comunhão.

Aos estudantes da UFRJ do PINC, do APS, do internato, conviver com vocês é o oposto da monotonia, vocês me cariocaram de coração! Vocês são companhias incríveis e estimulantes - curiosos, sedentos, participativos... Isso me mantém jovem :-)

Ao grupo BRAlint, um abraço por ser um círculo vibrante.

Aos amigos deste mestrado profissional, um brinde ao nosso corpo coletivo, que melhor se viu e se descobriu nas tantas sextas-feiras compartilhadas.

À mamãe Dulce um abraço demorado. Ser sua filha é me sentir cuidada e amada integralmente. Sou sua fã, mãe! Foi você que me impulsionou a chegar até aqui.

Ao meu pai, obrigada por me ensinar que às vezes é preciso se jogar para aventurar-se. E focar na coragem, porque o medo paralisa.

Ao meu irmão Fabrício, o único doutor da minha família, você é minha inspiração maior de enfrentamento. Pra mim o exemplo da não violência, o ser mais equilibrado e coerente que conheço. Obrigada pelo companheirismo e pelas risadas.

Ao irmão Rodrigo, a razão afetiva de eu ter vindo pro Rio. Você é poesia em vida. Como uma câmera retrô, me apresenta um universo artístico de abundantes tons de cinza, curvas reflexivas e desconfortos subversivos. A nós muitos cafés demorados regados a um bom papo. Pra tudo estarei sempre por perto.

À delícia da minha vida, Gustavo, a sua companhia é um deleite. Você é minha redução de danos, meu remédio, minha droga, meu cheiro preferido, meu amante, manhã ensolarada na praia e domingo à noite no cinema. Sem você fica chato.

Aos meus sogrinhos, Rita e Paulo, obrigada por me acolherem com tal amor. Vocês são minha família carioca, aqui me sinto em casa e em paz.

À minha vasta família ampliada, amigos de perto e de longe, estou com saudades. Para uma geminiana com ascendência em gêmeos o mestrado deve ser ainda mais duro. Viver esta solidão necessária e produtiva não é fácil, não. Vou visitá-los por este Brasil afora, após a defesa.

Vou agradecer a alguns lugares que certamente me fazem uma pessoa melhor. Ao Rancho Alvorada, no Rio Grande, na divisa SP - MG, as terras mais lindas das minhas memórias afetivas; ao Alto da Boa Vista e à Floresta da Tijuca, onde eu e Gu nos casamos e onde sempre estamos para nos reconectarmos com a natureza; ao Leme, cantinho que mais amei morar; e ao Arpoador, onde o sol baixa sob as palmas do povo. Que se mantenham lindos, pra encher muitos olhos de amor.

Obrigada à vida que vale a pena ser vivida, pelas danças circulares, espiritualidade, natação, yoga, meditação, Sagrado feminino e Ayahuasca, pelo alargamento dimensional que me proporciona(ra)m.

Assim seja!

LISTA DE ABREVIATURAS

- ABS: American Balint Society.
- AMFAC: Associação de Medicina de Família e Comunidade do Estado do Rio de Janeiro.
- APS: Atenção Primária à Saúde.
- BRAlint: O nome dado ao Grupo Balint do Rio de Janeiro. "BRA" seria uma alusão ao Balint realizado no Brasil.
- CAPS: Centro de Atenção Psicossocial.
- ESF: Estratégia de Saúde da Família.
- eqSF: Equipe de Saúde da Família.
- EUA: Estados Unidos da América.
- Fig: figura.
- GBn: Grupo Balint (n= 1 a 5).
- GFn: Grupo Focal (n=1 a 5).
- GP: General Practitioners (médicos generalistas de Londres).
- MFC: Medicina de Família e Comunidade/ Médico (a) de Família e Comunidade.
- NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
- NHS: National Health Service (Sistema Nacional de Saúde Inglês).
- RMP: relação médico-paciente.
- Pn: Participantes do grupos Balint e grupos focais (n=1 a 15).
- RJ: município do Rio de Janeiro-RJ.
- SBMFC: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.
- UFRJ: Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- UFTM: Universidade Federal do Triângulo Mineiro.
- USP - RP: Universidade de São Paulo, campus Ribeirão Preto.

RESUMO

Esta pesquisa se situa no território existencial do encontro clínico e no campo dinâmico dos fenômenos que o circundam. Tem como objetivo analisar de que modo a experiência com o Grupo Balint contribui para um debate acerca do encontro clínico, da relação médico-paciente e dos limites da Biomedicina, buscando ampliar as formas de cuidar e se relacionar com o paciente. O Grupo Balint é um grupo de reflexão que objetiva compartilhar as dificuldades intrínsecas à atividade clínica e assistencial, em especial questões complexas que emergem da interação entre profissionais e pacientes. Este estudo compõe uma pesquisa-ação, de abordagem qualitativa, de caráter exploratório, que utilizou como ferramenta metodológica o Grupo Balint e como instrumentos de coleta de dados a Observação Participante e os Grupos Focais, realizados com profissionais de saúde da APS, componentes do núcleo BRAlint, que praticam o Grupo Balint no município do Rio de Janeiro-RJ desde 2014. Partindo dos conceitos das tecnologias leves do cuidado e de uma leitura Balintiana buscou-se avançar pela produção de subjetividades, ouvindo as vozes presentes e compreendendo o que se passa na relação entre o profissional de saúde e o paciente. A potência do encontro revelou-se a questão mais central em todos os grupos, assim como as transferências e o fluxo de emoções na consulta; o trabalho em equipe; a importância da corresponsabilização com o usuário; a formação médica e o ensino da certeza; o excesso de demandas na APS; a solidão do profissional de saúde; a importância do silêncio e da escuta terapêutica; a crise relacional e uma profunda discussão acerca do Grupo Balint como ferramenta de *insight* aos profissionais. Reconhecemos o método Balint como potente instrumento para fazer emergir questões associadas às tecnologias relacionais, pois insere-se numa perspectiva em que os profissionais trocam com seus pares dinâmicas e situações conflitantes oriundas do cotidiano; estabelecem caminhos e reencenam possibilidades relacionais; entram em contato com seus mecanismos de defesa e com suas reações emocionais, ao passo que viabilizam uma zona de colaboração genuína, com a criação de lugares de discussão não existentes nos espaços institucionalizados da prática, a fim de ousar novos modos de agir.

Palavras-chave: Terapia psicanalista de Balint. Relação médico-paciente. Atenção Primária à Saúde. Medicina de Família e Comunidade. Educação Médica.

ABSTRACT

This research takes place at the existential territory of the clinical encounter and in the phenomena's dynamic field surrounding it. It aims to analyze to what extent the experience regarding Balint Group contributes to the debate on clinical encounter, on doctor-patient relationship and on the limits of biomedicine, seeking to broaden the possibilities of caring of and relating with the patient. Balint Group is a reflexion group which aims to share the intrinsic difficulties concerning the clinical and care activities, particularly complex issues emerging from professionals and patients interaction. This study encompasses an action-research with an exploratory and qualitative approach, which used Balint Group as a methodological tool and Participant observation, together with Focal groups, as instruments of data collection. The participants were Primary Healthcare professionals, all BRAlint's members practicing Balint Group in the city of Rio de Janeiro since 2014. Starting from the concepts of "light technologies of care" and from a Balintian reading, we sought to make our way through the production of subjectivities, listening to the participant's voices and understanding what is at stake in the relationship between healthcare professionals and patients. The power of the encounter turned out to be the central issue in all groups, as well as the transferences and the flow of emotions during the medical appointment; the team work; the importance of co-responsibility together with the user; the medical training and the teaching of certainty; the excess of demands in Primary Healthcare; the solitude of healthcare professionals; the importance of the silence and the therapeutic listening; the relational crises and a deep discussion on Balint Group as an insight tool for professionals. We acknowledge Balint method as a powerful instrument in order to make emerge issues related to relational technologies, since it is part of a perspective through which professionals exchange with their pairs both dynamics and conflicting situations from their everyday practice; they establish ways and reenact relational possibilities; they get in touch with their defense mechanisms and with their emotional reactions. Along this process, they enable a genuine collaboration zone, through the creation of discussion places, which did not exist in the institutionalized spaces of practice, in order to dare new ways of acting.

Keywords: Balint's Psychoanalyst Therapy. Doctor-patient Relationship. Primary Healthcare. Family and Community Medicine. Medical Education.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 Dos começos aos fins	11
1.2 Metodologia e desenho do estudo	15
1.3 “Contra ventos e marés, os Grupos Balint viajaram longe”	18
1.4 O corpo do senhor Severino: uma dor inacabada	20
2. O GRUPO BALINT COMO MODO DE PRODUZIR NARRATIVAS E DE OLHÁ-LAS NO CAMPO DO TRABALHO MÉDICO	23
2.1 Por que utilizar o Grupo Balint?	23
2.2 Michael Balint: um poliglota entusiasta	23
2.3 Contextualização histórica	25
2.4 Dinâmica do Grupo Balint: membros do grupo e mobilidades do caso	28
3. BRALINT: O CENÁRIO	44
4. A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE E SUA INVENÇÃO BIOMÉDICA	48
4.1 O modelo biomédico contemporâneo: a pedra no corpo	48
4.2 A relação médico-paciente	53
4.3 O encontro clínico, um território de afetos	55
4.4 As tecnologias e as (in)certezas médicas	66
4.5 O paciente e a percepção de si: um nó na garganta	73
4.6 A autonomia do paciente	77
4.7 Comunicação: o ato de dizer como aposta de cuidado	82
5. A EXPERIÊNCIA BALINT: O CAOS DAS MULTIDÕES	89
5.1 O Grupo Balint como método investigativo	89
5.2 Foco e amplificação: as ressonâncias do Grupo Balint	91
5.3 A substância médico: uma farmacologia em construção	99
5.4 Grupo Balint e a Medicina de Família e Comunidade: um círculo relacional	102
5.5 Grupo Balint: limites e desafios	114
6. O SILÊNCIO: ENTRE O INCÔMODO E A SIGNIFICÂNCIA	121
6.1 Uma pausa para os sentidos do silêncio	121
6.2 Uma história em projeção	133
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	136
8. REFERÊNCIAS	139
9. ANEXOS	150

1. INTRODUÇÃO

Que ninguém se engane, só consigo a simplicidade através de muito trabalho. Enquanto eu tiver perguntas e não houver resposta continuarei a escrever. Como começar pelo início, se as coisas acontecem antes de acontecer? Se a história não existe, passará a existir. Pergunto-me se eu deveria caminhar à frente do tempo e esboçar logo um final. Acontece, porém, que eu mesma ainda não sei bem como isso terminará. Este texto é uma pergunta.

Clarice Lispector, *A hora da estrela*²

1.1 Dos começos aos fins

I

Uma dissertação sobre como me construir uma profissional de saúde. Onde há construção, há planejamento, processos, matéria-prima, ferramentas, técnicas, habilidades, ação... Enquanto moldava a pesquisa e era moldada por ela, percebia o quão autobiográfica se tornava. Parti do meu lugar de médica, mas isso me chama imediatamente a uma relação em equipe, que é o que me constitui no cotidiano. A crise entre discutir a medicina - meu território de conforto, mas também minha zona de cegueira - ou desbravar caminhos novos no agir em equipe, me acompanha durante todo o estudo. E é expressa no texto, com margens borradas, de acordo com os autores escolhidos. Isso não pressupõe sombrear as diferenças, mas manter em aberto o diálogo entre as categorias que compartilham o espaço de trabalho nos serviços de saúde. Os troncos da minha árvore cresceram à medida das minhas perguntas, e contorceram-se, alguns se encontraram e se fundiram.

Desde a escolha das leituras às narrativas, aqui estão impressos os meus nós com a medicina - antigos, atuais e os que se desfazem e refazem a cada encontro (com o outro e comigo mesma). De forma a transbordar pelas entrelinhas, os meus *eus* foram surgindo nestas páginas, por isso naveguei por horas em uma escrita em primeira pessoa. Falo da minha jovem vivência como médica, intensa de significados e perspectivas, e não por isso menos acadêmica ou menos importante. Diferente do que aprendi nas escolas, queria produzir algo mais livre, que não se fecha em si mesmo, e que, inclusive questiona o seu próprio processo.

² O texto é de Clarice Lispector, mas a inspiração em utilizá-lo veio da leitura da tese de doutorado “O lugar do sofrimento na cultura contemporânea: patologização do mal estar e medicalização da vida”, de Mariama Augusto Furtado, 2014.

Foi assim que me descobri mais dura do que esperava. Desejei ter a flexibilidade de um artista, que ensaia e liberta a si mesmo a cada apresentação, mas levo comigo o peso da assistência e uma sede de aplicabilidade³.

Minhas inquietações se movimentam, como uma maré contínua e instável. Ao percorrer a trajetória de mulher, estudante, residente, preceptora, professora, mestranda e trabalhadora no campo da saúde, percebo que levo comigo a dor de levar também a dor do outro. As narrativas de vida dos usuários tornam mais complexa a medicina para mim, mais potente de possibilidades e mais frágil em ações. Buscava em minha formação subsídios que me fortalecessem e encontrava (des)caminhos, que me desviaram para rotas de fuga solitárias. A angústia foi um combustível importante, tão dolorosa quanto encorajadora: não permitiu calarem em mim as perguntas, que tornaram-se cada vez mais sistêmicas.

Nesse sentido, o mestrado deslocou a minha perspectiva para um sentir-pensar-agir coletivo e mais solidário. Como médica de família e comunidade atuante na ponta SUS sinto o trabalho em saúde na APS - embasado na integralidade e na atuação em equipe - exaustivo; burocrático; por si só pouco reflexivo; conflitante; e longe de ser libertador. Mas o descobri também como o meu palco de afetações e estímulo. No mestrado as 8 horas de liberação semanais foram essenciais para um afastamento reflexivo-produtivo e para a produção de encontros com sujeitos e movimentos inspiradores. Lendo que “o incômodo que mobiliza é também material da análise; sujeito e objeto em produção, em ato militante” (Merhy, 2004: p.23), isso me toca em profunda identificação.

Na medicina há um esforço em se parecer neutro, protocolar e científico. Passei anos buscando adequar-me, mas me percebo na contracorrente. Essa pretensão coincide com uma forma de submissão inerte a diversas tecnologias de poder desde o ponto de vista das instituições – o biopoder, precisamente –, que visam antes a otimização produtiva dos corpos que sua potência intrínseca e subjetiva. Assim, contrariamente, meu interesse maior é falar de desconfortos, de incertezas e das nossas subjetividades – daquilo que não vi entrar nas salas

³ No âmbito da minha prioridade para que as coisas tornem-se palpáveis, organizei, junto ao Grupo de Trabalho de Comunicação Clínica da SBMFC e ao BRAlint, durante esses últimos meses do mestrado, o I Curso de Formação em Liderança de Grupos Balint, de 28 a 31 de julho de 2017, no Rio de Janeiro-RJ. O encontro foi aberto a 50 preceptores de residência e professores da área da saúde, contando com a participação de profissionais de 12 estados brasileiros (PB; PE; RN; BA; GO; DF; SP; MG; RJ; SC; PR; RS). O objetivo de reiniciar a democratização da prática de grupos Balint no Brasil foi contemplado. Considero a produção deste evento uma proposta pedagógica complementar a este mestrado. O encontro foi conduzido pelos formadores credenciados pela *International Balint Federation*, Alice Polomeni (brasileira radicada na França) e Jorge Brandão (Portugal).

de aula do hospital escola. Nesta investigação encontrei posicionamentos fartos, mas não neutralidade, que me parece mais uma tentativa subversiva de fuga.

II

A questão de pesquisa que aqui se apresenta diz respeito, entre outras coisas, à possibilidade de compreensão dos princípios e modos de funcionamento da relação médico-paciente e, conseqüentemente, ao potencial terapêutico oriundo dessa compreensão. Quando um espaço para se pensar a relação médico-paciente é proposto por meio da perspectiva Balintiana, na qual o profissional é estimulado a compreender o sentido do seu agir e de suas lacunas no encontro clínico, quais seriam os efeitos desse Grupo para os participantes?

Como objetivos optei por analisar de que modo a experiência com o Grupo Balint contribui para um debate acerca do encontro clínico, da relação médico-paciente e dos limites da Biomedicina, buscando ampliar as formas de cuidar e se relacionar com o paciente; documentar um Grupo Balint de longa duração no Brasil (denominado BRAlint); relacionar tecnologias leves do cuidado, produção de subjetividades, comunicação clínica, mudanças de atitudes, auto-observação e reflexão com a prática dos Grupos Balint.

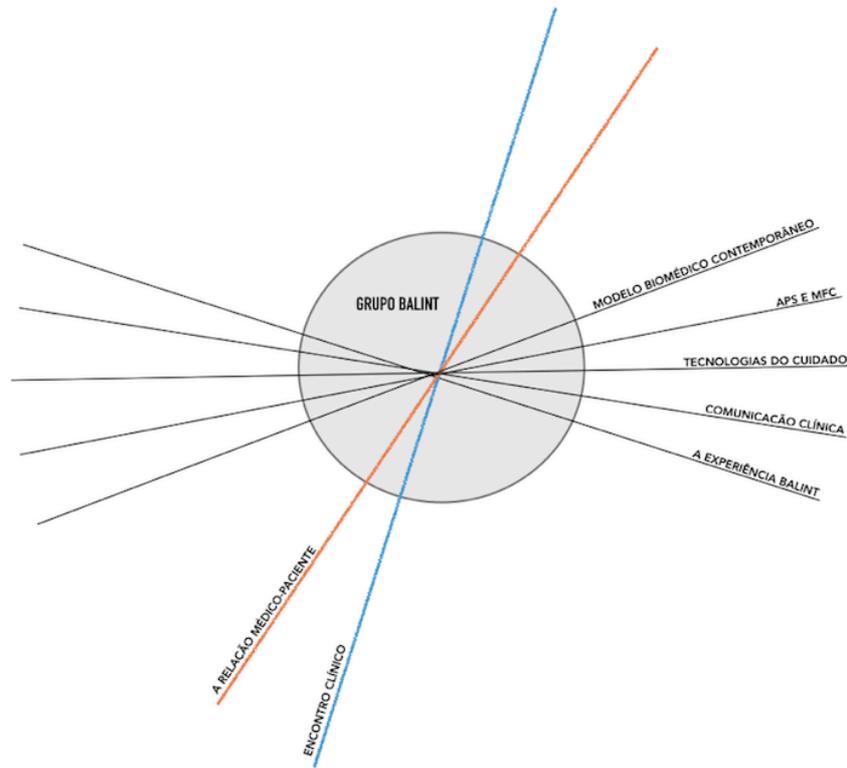
A relevância em estudar o Grupo Balint baseia-se não apenas nos seus benefícios aos profissionais de saúde, já bem estabelecidos em vários países, como na importância de se fazer um registro histórico dessa prática no Brasil⁴. Então, para que o leitor entre em contato com o tema e suas especificidades, a primeira parte da dissertação explora a contextualização do Grupo Balint, seu funcionamento e as suas fases dinâmicas (Capítulo 2: "O Grupo Balint como modo de produzir narrativas e de olhá-las no campo do trabalho médico").

Durante o processo de escrita e criação, pra mim foi necessária uma ampla investigação do que precede a discussão das tecnologias leves do cuidado, do encontro clínico e da experiência introduzida por Michael Balint. Para que eu compreendesse e trouxesse ao leitor isto que se lê agora, foi preciso percorrer a sua história. Assim justifico a presença do capítulo 4 ("A relação médico-paciente e sua invenção biomédica"), que tenta dialogar com algumas das múltiplas facetas do encontro clínico. Ao investigar esse encontro, parti de um pensamento sistêmico, por isso preferi organizar a pesquisa de forma híbrida, sem uma delimitação precisa, a fragmentá-la com rigidez. O estudo do *cuidado* está disposto em rede,

⁴ Os raros registros de Grupo Balint no Brasil estão no livro *Psicossomática hoje* (Mello Filho et al, 2010) e no site organizado por Abram Eksterman. Acesso em 03/08/2017. Disponível em: <http://www.medicinapsicossomatica.com.br/>.

alinhá-lo significaria perder as suas melhores nuances. Afinal, estamos falando de relações complexas. O campo teórico foi definido a partir deste eixos temáticos longitudinais:

Fig 1: Campo teórico e os eixos temáticos longitudinais.



Os capítulos 5 ("A experiência Balint: o caos das multidões") e 6 ("O silêncio: entre o incômodo e a significância") representam momentos de densa discussão dos achados da pesquisa e do próprio método sendo experimentado e posto em análise.

O texto, a partir da sua estrutura fluida, explicita as falas dos Grupos Focais, em mosaico com os resultados e a discussão; e dialoga com as reflexões teóricas e as narrativas de casos reais do cotidiano - experiências que me mobilizaram para o estudo da relação médico-paciente. Ao longo da dissertação, agrego as falas e reflexões trazidas por meio dos cinco encontros de Grupos Balint e Grupos Focais realizados, destacadas em **negrito**, em *itálico* e "entre aspas".

Já as narrativas, podem dar um tom experimental ao campo da medicina, mas sinto-me coerente em instrumentalizá-las por meio do mestrado profissional em Atenção Primária à Saúde, cujo bojo parece ser nos estimular a olhar mais para as nossas afetações e uns para os

outros. Esta pesquisa reflete o meu esforço em tentar dar voz a uma agenda pessoal e coletiva pouco problematizada na macro ou na micropolítica das relações de trabalho, por onde ando(ei).

Porém, foi um processo árduo estudar/compreender/dimensionar/discutir o universo das relações cotidianas no exercício da medicina e, em especial, delimitar o recorte teórico, por desconhecê-lo previamente e por me sentir atraída por esse vasto campo. As maiores contribuições para o entendimento da psicologia da relação médico-paciente, da família e dos contextos social e institucional vieram da Psicologia Médica, disciplina com fortes influências da sociologia, antropologia, psicologia social e da psicanálise, áreas apenas tangenciadas na graduação de medicina (Muniz e Chazan, 1992; Tahka, 1988). Igualmente importantes, foram certas incursões em referenciais teóricos oriundos da filosofia – aqui levadas em conta no âmbito de suas contribuições à complexificação de determinadas noções como as de *(bio)poder* ou *corpo*, caras à presente investigação.

1.2 Metodologia e desenho do estudo

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa (Creswell, 2014; Minayo, 2015), de caráter exploratório (Minayo, 2006), que, enquanto procedimento de pesquisa constitui-se uma pesquisa-ação (Thiollent, 2000; Tripp, 2005), junto a profissionais atuantes na formação médica e na rede de Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro-RJ.

A pesquisa-ação é uma forma de pesquisa realizada pelo prático, de forma participativa e colaborativa com os demais integrantes, adaptada às exigências formais de trabalhos acadêmicos, que gera uma ação para melhorar a prática (Tripp, 2005). Para Thiollent (2000), essa ação refere-se à resolução de um problema coletivo no qual pesquisador e participantes estão envolvidos de forma participativa. Na pesquisa-ação as pessoas estão implicadas no processo investigativo de ação coletiva, portanto a relação com o pesquisador tem uma estrutura ampla e explícita, o que decorre na superação do distanciamento entre pesquisador e sujeitos pesquisados. Ambos desenvolvem um papel ativo, e espera-se que construído de forma recíproca, tanto no *dizer* quanto no promover ações transformadoras. Por intermédio de sua intervenção, pretende-se ampliar o conhecimento do grupo no âmbito de consciência coletiva e enriquecer o debate das questões propostas, portanto não se trata meramente de coletar dados, mas atuar no sentido de trazer mais clareza

a respeito do que se faz e porque se faz (Thiollent, 2000; Tripp, 2005). Destaca-se a relevância dos participantes na dimensão teórica-metodológica da pesquisa, no sentido de sociabilizarem seus conhecimentos e experiências. Há uma intencionalidade em democratizar o saber e treinar habilidades, o que corrobora com o fluxo do BRAlint de aprofundar a compreensão da prática já realizada. O objetivo da pesquisa-ação provém de um interesse coletivo em esclarecer os problemas da situação, em um movimento contínuo de aprimoramento, entre o buscar conhecer e o agir transformador.

Como ferramenta metodológica foi utilizado o Grupo Balint, o qual estruturou-se historicamente como um método de pesquisa qualitativo (estudo, formação e investigação), novo para a medicina da época (década de 50) e alvo de muitas críticas, já que os métodos quantitativos dominavam o pensamento médico (Balint, 1998; Enid Balint, 1998). Os Grupos Balint iniciaram na metade do século XX, enquanto método com o objetivo principal de "aumentar a capacidade de escuta e de compreensão psicológica dos médicos, buscando compreender o potencial terapêutico e patogênico da relação médico-paciente" (Teixeira, 1998: p. XII). A mensurabilidade das ciências naturais transformou o médico no homem da ciência e embasou o *status* científico da medicina, em prejuízo às ciências do comportamento e à produção de conhecimentos que não atendessem a esses critérios precisos. Nesse contexto, em época contemporânea à Michael Balint, o médico psicanalista finlandês Veikko Tahka (1988) estudava o relacionamento médico-paciente na Suécia e na Finlândia, e destacou o método qualitativo como o mais apropriado quando o objeto de estudo é o comportamento do homem, sua experiência e suas interações (Balint, 1998; Enid Balint, 1998; Tahka, 1988).

Como instrumentos de coleta de dados foram utilizados a Observação Participante e os Grupos Focais, compreendendo que atuaram de forma sinérgica, como método misto de apreensão da realidade. Os dados coletados foram registrados por meio de diários de campo e da gravação de áudio dos grupos. Levando-se em consideração os referenciais da bioética, a decisão de compor a pesquisa foi de caráter voluntário e individual, formalizada com a assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). O estudo teve aprovação dos Comitês de Ética 5238 - UFRJ/ Escola de Enfermagem Anna Nery - Hospital Escola São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CAAE: 61085616.0.0000.5238) e 5279 - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro SMS/RJ (CAAE: 61085616.0.3001.5279). O universo deste estudo são trabalhadores de saúde que compõem um grupo de pesquisa em Grupos Balint, no município do Rio de Janeiro, existente

desde 2014 e nomeado pelos seus fundadores como BRAlint (será caracterizado a seguir). Cada encontro comportou de 8 a 15 integrantes. Não houve restrição da amostra de qualquer espécie.

A Observação participante tem embasamento teórico nas ciências sociais e, mais especificamente, na antropologia e na sociologia. No âmbito da pesquisa qualitativa assume uma função essencial no trabalho de campo, não apenas como técnica de pesquisa, mas como método em si. É considerado o processo no qual o pesquisador coloca-se como observador de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. Nesse ínterim, o pesquisador adentra o cenário da pesquisa e vivencia, junto aos seus interlocutores, os fenômenos sociais ali presentes. Ocorre, invariavelmente, uma interferência mútua, na qual o observador interfere no contexto, como também sofre influências dele (Souza et al, 2011; Minayo, 2015).

A técnica de Grupo Focal (GF) é atualmente utilizada por várias áreas do conhecimento, mas foi difundida inicialmente nos anos 1940 por meio das pesquisas de mercado, com o objetivo de desenhar padrões de comportamento de consumidores, de forma rápida e confiável (Cruz Neto et al, 2002; Iervolino, 2001; Barbour, 2009). No campo da saúde, o GF compõe uma opção metodológica em pesquisas qualitativas desde a década de 80 (Aschidamini, 2004). Esta prática grupal interativa possibilita emergir uma rica variedade de sentimentos, experiências, percepções e posicionamentos sobre as questões propostas e podem ser usados quando se pretende fornecer *insights* da experiência das pessoas (Gatti, 2005; Barbour, 2009). Por meio do debate de Cruz Neto et al (2002: p.5), há uma multiplicidade de definições de Grupo Focal que dialogam e se complementam, as quais o permitiram tecer sua proposta como:

Uma técnica de pesquisa na qual o pesquisador reúne, num mesmo local e durante um certo período, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público-alvo de suas investigações, tendo como objetivo coletar, a partir do diálogo e do debate com e entre eles, informações acerca de um tema específico. (Cruz Neto et al: 2002, p.5)

Neste estudo, o Grupo Focal foi instrumento para estudar o Grupo Balint, que também configura-se um método (de discussão das transferências de um caso), no qual o grupo apreende as relações de intersubjetividade articuladas naquele espaço. Pretendeu-se que os participantes expressassem seus conceitos, suas impressões, e discutissem entre si suas afetações, de forma crítica e dialética, a partir dos disparadores propostos pela pesquisadora, a

fim de provocar o debate e aprofundá-lo. Sobre a aplicabilidade de um GF, é importante enfatizar que cada grupo é único, daí o fato de algumas abordagens serem funcionais em alguns grupos e inadequadas em outros (Barbour, 2009).

A análise dos dados coletados ocorreu por meio da análise de conteúdo, através da qual é possível transgredir o conteúdo explícito para tocar dimensões mais profundas, que estejam nas entrelinhas das conversações (Cavalcante, 2014; Gomes, 2015). Para Bardin (1979), pesquisadora que sistematizou essa metodologia, o foco é qualificar as vivências do sujeito, bem como suas percepções sobre determinado objeto e seus fenômenos. Buscou-se uma análise em profundidade do fenômeno, elencando as subjetividades e suas relações.

1.3 “Contra ventos e marés, os Grupos Balint viajaram longe”

Esta pesquisa não é propriamente uma investigação focada em Michael Balint, sua obra e suas repercussões. Mas ao utilizar o Grupo Balint, navega junto a ele, em um diálogo horizontal, como método *com e a partir do qual* eu penso, e não apenas *sobre o qual*. O material colhido nos grupos estará distribuído ao longo de todo o texto e servirá para problematizar a conversa com os demais referenciais. Assim, optei por priorizar uma leitura Balintiana das narrativas coletadas.

Nos capítulos 2 e 5 explicarei com detalhes a prática. Como breve contextualização, o Grupo Balint é um grupo de reflexão, que objetiva compartilhar as dificuldades intrínsecas à atividade assistencial, em especial questões complexas que emergem da interação entre profissionais, pacientes e suas famílias. Surgiram nos anos 50, quando Michael Balint o desenhou para os médicos generalistas - General Practitioners (GP) - de Londres, com o intuito de estudar e refletir a relação médico-paciente, sobretudo os aspectos de transferência e contratransferência, pois considerava que “a personalidade, os sentimentos e as reações do médico constituem uma chave diagnóstica e um instrumento terapêutico”⁵. Posteriormente o método expandiu-se para as demais profissões de saúde pelo seu potencial em estimular a circulação de emoções, o reconhecimento de habilidades interpessoais e a compreensão de seus limites. Por meio de um caso disparador o apresentador do caso divide com o grupo suas afetações acerca da sua relação com um paciente e os demais integrantes mobilizam o caso,

⁵ JIMÉNEZ, Ángeles. Grupos Balint. Acessado em: 17/06/2017. Disponível em: <https://angelesjimenezpsicoterapia.wordpress.com/grupos-balint/>.

num movimento de, em contato com o emocional, criar possíveis rotas relacionais (Branco, 2003; Branco, 2012; Sapir, 1994; Brandão, 2007).

Raluca Soreanu (2016), socióloga, é a primeira pesquisadora a abrir e a desvendar o *Arquivo Balint*⁶, em desfrute da Sociedade Britânica de Psicanálise desde 2014. Em sua conferência intitulada "O estilo epistêmico de Michael Balint: Grupos Balint, utopias médicas e o legado da escola de psicanálise de Budapeste", realizada no Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro, em 26/11/2016, Raluca conclui: "Contra ventos e marés, os Grupos Balint viajaram longe", fazendo referência à resiliência da forma do Grupo Balint. As mudanças que afetam o campo médico e as consultas sugeririam que os grupos Balint se tornariam raridade, mas por mais de 65 anos a tradição só cresceu por todo o mundo: "Poderíamos dizer que a resiliência da forma foi acompanhada de um nomadismo da forma" (Soreanu, 2016).

Soreanu (2016) destaca a importância teórica de Michael Balint como um dos autores pioneiros da medicina psicossomática e na temática da relação médico-paciente, cuja proposta percorreu o mundo no século XX, mas continua se propagando por pesquisas interessadas em compreender o encontro clínico. Desde 1958, Michael Balint e sua esposa Enid Balint visitaram diversas vezes os EUA para treinar líderes em GB, dando origem à Sociedade Americana Balint em 1990⁷. O movimento americano iniciou-se mais tardiamente ao europeu, mas na América Latina os registros permanecem raros (Johnson, 2001).

Michael Balint chegou a visitar o Brasil uma única vez, em 1967, por convite de Abram Eksterman e Danilo Perestrello. O primeiro grupo no Brasil ocorreu na 7ª enfermaria do hospital geral da Santa Casa da Misericórdia, no Rio de Janeiro, em 1963, coordenado por Abram Eksterman, que define o Grupo Balint como uma "reunião uni ou multiprofissional destinada a diagnosticar e elaborar tensões irracionais que perturbam a tarefa assistencial de seu(s) executor(es), pervertendo ou impedindo a sua realização de forma eficaz e adequada"⁸.

Conheci o GB em um congresso brasileiro de Medicina de Família e Comunidade e fui capturada por aquele círculo. Como algo tão breve pôde trazer à tona questões tão

⁶O *Arquivo Balint* são documentos pessoais de Michael Balint. Encontrava-se no Departamento de Psiquiatria na Universidade de Genebra e em 2014 foi deslocado para a Associação Britânica de Psicanálise, para estudo pela Universidade de Londres. Soreanu (2016) descreve o arquivo como uma "materialidade vibrante. Página por página encontramos uma vibração material, de objetos atravessados por outra temporalidade, de uma forma que te interpela, te cativa, como se estivessem vivos. E vivo está. Possui uma aura. Um arquivo é também um fenômeno de intensidade."

⁷Acesso em 03/08/2017. Disponível em:

http://americanbalintsociety.org/content.aspx?page_id=22&club_id=445043&module_id=261713.

⁸ Acesso em 03/08/2017. Disponível em:

http://www.medicinapsicossomatica.com.br/doc/medicina_psicossomatica.pdf.

profundas? O que faz um grupo da década de 50 persistir? Por que não o vivenciei em minha graduação, tampouco na residência em MFC? Rememorei essa breve experiência em várias situações complexas na clínica, que me estimularam a realizar o curso intensivo de Grupos Balint pela *American Balint Society*⁹ em Seattle, nos EUA, em abril de 2014, o que me autorizou a moderá-lo no Brasil. Passei a praticá-lo de forma experimental com estudantes de medicina e residentes da UFRJ, além de profissionais da área de saúde de várias localidades do município do Rio de Janeiro-RJ, o que culminou na formação do grupo BRAlint. Optei por estudá-los e registrá-los, a fim de, de forma especular, enxergar o grupo, os pacientes e a mim mesma melhor. Partí da vivência para a reflexão, procurando cartografar quais marés fizeram estas linhas vivas de sentidos.

1.4 O corpo do senhor Severino: uma dor inacabada

Eu o conheci logo que desembarquei no Rio. De uma sexta-feira na residência de Ribeirão Preto-SP, para uma segunda-feira no Complexo do Alemão. Ele foi um dos meus primeiros, mas certamente o mais inesquecível paciente. Senhor Severino, nome que carinhosamente dedico à sua trajetória. Nordestino, como muitos são conhecidos aqui no sudeste. E sertanejo, como o próprio discurso que aprendeu a reproduzir: “Eu? eu sou do sertão”. Esse sertão, marcado nas memórias por muitas despedidas, estava nele impregnado na fala e no jeito que, de coração, nunca foi carioca. Quando o conheci, levava em mim um certo tom de onipotência. Graduada pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) e com residência pela Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto(USP-RP), universidades de viés conservador, aprendi que o médico dita condutas, preferencialmente imediatas e corretas, e que o *não saber* deve ser afastado, e tal qual eliminado, como se não pudesse existir. Para mim isso significava segurança e desencanto. Duvidava que as respostas podiam ser tão certeiras. Mas a escola que nos forma tem um certo poder de nos acanhar aos poucos até que, sem perceber, a reproduzimos.

Seu Severino doía, era essa a sua queixa. E como quem dói, dobrava-se todo na sala de espera, para mim como num espetáculo silencioso que dava vazão a uma vida toda de dores caladas. Sua fala era entrecortada, silábica, apenas reativa aos nossos questionamentos. Eu

⁹A *American Balint Society* promove cursos de formação intitulados "Balint leadership training intensive". Após a atividade, os participantes estão aptos a moderar os grupos em suas clínicas de origem. Acessado em 28/06/2017. Disponível em: <http://americanbalintsociety.org/>.

realmente queria conhecê-lo. Desejava vê-lo inteiro, vê-lo por dentro, vê-lo direito, vê-lo bem. Mas o que é que Severino poderia dizer? Seu corpo já gritava aflito, maltratado, malvestido, malcheiroso, mal alimentado, mal amado, mal visto, favelado. Queria curá-lo de sua própria condição. Equipe toda em alerta, fomos muitos ao seu encontro, cada um compondo uma pedrinha do mosaico de sua narrativa, para que apreendêssemos detalhe qualquer que nos orientasse nos (des)caminhos do cuidado.

E Severino passou a ser o nosso grande desafio, desenhando um Projeto Terapêutico Singular complexo e sem fim. Preceptores, residentes, internos, enfermeira, psicólogas, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista... O exército da saúde que lutava contra a sua própria ignorância. Levei Seu Severino para as sessões clínicas, para as reuniões pedagógicas, mas também para casa, para os sonhos, para meus momentos de ócio. Ele trazia à tona a fragilidade de toda a minha formação protocolar. A dor aumentava e Severino passou a procurar a equipe de 3 a 4 vezes por semana. Com a pele marcada pelo tempo, magro e de estrutura frágil, ele tinha receio de que algo lhe pudesse ocorrer no caminho até a clínica, e contratava um acompanhante de 12 anos, mesmo com uma renda ínfima. Ex-alcoolista, ex-tabagista, viúvo duas vezes, sem sabidos filhos. Seu irmão havia sofrido AVC há pouco tempo e mantinha-se sequelado, quase incomunicável. Severino sempre se dizia sozinho. Como se não bastasse, era uma dor solitária.

Sua casa tinha três cômodos unidos por pequenos recortes na parede: um quarto, uma cozinha e uma pequena antessala. Viviam confortáveis seus vários cachorros e gatos, brincantes entre embalagens e restos de comida. Severino sorria ao nos ver, parecia adorar as nossas visitas, que foram muitas, mas que pouco lhe aliviavam suas idas à clínica. De tanto retornar, questionávamos a nossa *caixa de ferramentas*. Onde estamos errando? O que não enxergamos? Tratamento medicamentoso, exames laboratoriais e de imagem, exames invasivos, consultas, visitas domiciliares, cuidado multiprofissional, academia carioca. Todos o conheciam. E, ainda assim, pouco conhecíamos dele. Todos afetados, o nosso suposto saber parecia demasiado insuficiente. Será que tínhamos construído um projeto terapêutico singular ou imaginávamos isso?

Comecei a me sentir iatrogênica. Qual é o limite ao investigarmos o corpo do outro? Quando devo interromper a minha busca? E do que, de fato, estou à procura? A confiança que ele me depositava me pesava tanto, que eu doía junto com ele. Passou a ser insuportável vê-lo à minha espera. Tornou-se insustentável reconhecer tanto dele em mim. Em busca de

compreender essa e muitas relações que estabelecemos com nossos pacientes, fiz a formação em Grupos Balint. Eu era a única brasileira no grupo, difícil imaginar que os estadunidenses compreenderiam as entrelinhas de uma relação de cuidado construída em áreas de risco e vulnerabilidade como o Complexo do Alemão, capilarizada por tensionamentos invisíveis aos olhos. Mas o caso de Severino era um tanto quanto gritante em mim, ele precisava transbordar. E foi naquela roda inesquecível, potente, acolhedora e profunda, que pude enxergar-me *de fora* estando do lado *de dentro*. Severino (des)impregnou-se para tornar-se um dos grandes *insights* da minha jovem experiência clínica - lá entendi que o encontro por si só é cuidado, e muitas vezes remédio. A prática do grupo reverberou-se em mim e permitiu que vários Severinos, Severinas, Marias e Joãos viessem à tona quando necessário.

Que bom, essa foi a primeira e mais visceral história da minha impotência enquanto médica. O encontro com Severino me despertou para uma prática sem jaleco. Produzindo o mestrado sinto que o que nos motiva tem mesmo um sentido muito claro dentro de nós, por mais doloroso e demorado que seja traduzi-lo e expressá-lo.

2. O GRUPO BALINT COMO MODO DE PRODUZIR NARRATIVAS E DE OLHÁ-LAS NO CAMPO DO TRABALHO MÉDICO

2.1 Por que utilizar o Grupo Balint?

Haveria outras inúmeras formas de se investigar a relação médico-paciente (videogravação, entrevistas, narrativas, consulta supervisionada, revisão de prontuários...), mas o que Michael Balint faz de mais significativo, e por isso torna-se transversal neste estudo, é propor uma análise de profundidade da relação médico-paciente buscando um aprofundamento na compreensão dos sujeitos e da própria medicina. Por meio dos grupos de discussão, Balint busca que as relações aflorem assim como são e se estabelecem, para além da história clínica. Há uma desterritorialização de papéis, um deslocamento do médico de sua zona de conforto, ao modificar a relação com o saber médico, como suporta Missenard (1994).

O caso é falado por meio da associação livre de ideias, com os seus desajustes e as suas contradições. Este é um aspecto tão central, que em um grupo de 1951, há relatos de Balint ter deixado a sala quando um dos médicos começou a ler o seu caso, preparado com antecedência a partir de notas (Soreanu, 2016). A proposta é mesmo lançá-lo, de dentro pra fora, em um movimento de deixar ir, sair do controle, desapegar-se dos rumos que irá tomar:

P1 GB1: “Eu tenho um caso. Você explicando o que é o Balint – eu nunca participei do Balint, sou médica de família há seis anos e nunca havia participado, e sempre quis. Aliás, estudei pouco, sei muito pouco sobre o Balint, e aí quis entrar no grupo e começar e tal – e aí você foi explicando e veio um caso na minha cabeça. Engraçado isso, porque eu não esperava, eu não me preparei para isso. Vale a pena os detalhes, né? Eu posso falar?”¹⁰

2.2 Michael Balint: um poliglota entusiasta

Mihály Bergsmann teve seu nome substituído por Michael Maurice Balint por ser de família judia. Filho de um clínico geral, nasceu em Budapeste em 1896 e morreu em Londres,

¹⁰Transcrição da fala da participante do GB 1, que se propôs a ser a relatora/ apresentadora do caso nesse grupo especificamente.

em 1970. Formou-se em medicina em 1918. Era poliglota, mas além de dialogar em vários idiomas e culturas, fazia interlocuções entre diversas áreas do saber: antropologia, psicanálise, bioquímica, neuropsiquiatria, física e biologia, o que reflete as qualidades nômades de seu pensamento. Sofreu forte influência de Sándor Ferenczi (1873-1933), que propunha um encontro não hierárquico dos domínios do conhecimento (Soreanu, 2016; Harary, 2017; Johnson, 2001).

Na psicanálise desde 1926, foi um autor ponte entre algumas correntes, pelo seu caráter livre e independente; e faz parte de um pequeno grupo de psicanalistas que valoriza o trabalho com grupos. Michael Balint é um psicanalista de formação húngara pela Escola de Psicanálise de Budapeste, cujo legado foi destacar a importância da contratransferência no processo terapêutico. Em Budapeste, começou com os primórdios dos Grupos Balint, com seminários a médicos de clínica geral, por acreditar que a abordagem mais produtiva seria aprender através da prática e da apresentação dos casos do dia-a-dia dos médicos, propondo o encontro entre psicanálise e medicina (Soreanu, 2016; Harary, 2017; Brandt, 2009; Brandão, 2017).

Devido à ascensão do nazismo e das mudanças políticas na Europa, mudou-se com a família para a Inglaterra em 1939 e em 1945 obteve as qualificações médicas britânicas. Em 1950, Balint foi solicitado pelo governo britânico para oferecer treinamento em saúde mental aos *General Practitioners* (GPs), médicos do Sistema Nacional de Saúde Inglês (NHS), a fim de compensar a falta de especialistas na área. Missão logo percebida como impraticável, no entanto, sabidamente oportunizada por Balint. Os casos que envolvem questões de saúde mental são comuns no cotidiano de médicos generalistas, apresentados pelos pacientes como sintomas somáticos subjetivamente experimentados. Mesmo que os médicos adquiram habilidades psicoterapêuticas na consulta, muitas vezes não lidam bem com as mudanças que ocorrem em sua própria personalidade, até porque não foram preparados pra isso (Brandt, 2009; Balint, 1998; Ismael, 2005; Tahka, 1988). O impulso coletivo de compreender melhor o paciente possibilitou o surgimento do método dos Grupos Balint, na Clínica Tavistock¹¹, em Londres, da qual foi consultor de 1950 a 1961. Balint fez uso da sua experiência prévia com o sistema húngaro de supervisão para propor um treinamento em psicoterapia baseado principalmente no estudo atento, por meio do método grupal, da contratransferência dos participantes (Soreanu, 2016). O objetivo central do grupo era focado no médico, mais

¹¹Essa clínica foi um centro piloto de psiquiatria social.

especificamente em ampliar suas capacidades de escuta e compreensão psicológica (Branco, 2012; Branco, 2003; Hopkins, 1999; Harary, 2017).

2.3 Contextualização histórica

É importante ressaltar o valor histórico de se transgredir dos domínios do médico ou do doente para o domínio *entre* o médico e o doente, onde se desenha a dimensão terapêutica para ambos. Explorar o *entre* foi a quimera de Balint, o *insight* que o tornou um dos autores internacionalmente consagrados no tema (Teixeira, 2008; Enid Balint, 1998; Polomeni, 2017).

“O médico, o seu doente e a doença”, obra publicada em 1957, inaugurou os novos e ricos achados observados por Balint e seus pares. Pelo destaque dado à relação médico-paciente, o livro representa um acontecimento histórico na clínica geral moderna e uma integração e transformação no método clínico (Johnson, 2001). Além de registrar o método, impulsionou a formação dos médicos no âmbito da pedagogia relacional. Sua essência não se esgota em si, pelo contrário, produz questionamentos que são ainda atuais, pertinentes e necessários para a medicina moderna (Teixeira, 1998; Moura, 1998). Representa a compilação de um projeto de investigação de Balint e 14 médicos generalistas, os quais revelaram nos grupos detalhes íntimos das suas consultas em casos seguidos por tentativas de explicação ou identificação das associações¹². O registro¹³ exigiu desses participantes aceitação e compreensão das críticas feitas durante o processo de discussão dos casos. Após cada reunião era escrito um breve relatório sobre o conteúdo do caso e as ideias emergentes (Balint, 1998). Foi assim que Balint e seus pares conseguiram captar, descrever e representar fenômenos, comportamentos e percepções vividos nos grupos, inaugurando um vocabulário teórico próprio para a nova paisagem conceitual que ali surgia (Balint, 1998; Enid Balint, 1998; Soreanu, 2016).

Com o tempo, o aspecto mais importante da investigação de Balint e seu grupo tornou-se delinear a farmacologia da *substância médico*. Para isso, atravessa alguns caminhos: investiu no estudo, na aplicação e no treinamento da psicoterapia pelos GPs e no aprofundamento da relação médico-paciente: nos porquês da ação médica ser muitas vezes

¹² Michael Balint utiliza-se da associação livre de ideias como o recurso técnico/teórico/prático psicanalítico.

¹³ A coleta e a documentação dos dados acontecia por meio da estenografia da secretária Doris Young, quem datilografou e organizou anos de atas dos seminários, além de realizar as demais funções administrativas (Balint, 1998).

tensa e desagradável - referindo-se ao seu potencial patogênico - e por outras terapêutica (Moura, 1998; Balint, 1998).

P7 GF4: “Falando meio genericamente, o Balint permite que você encontre o seu status humano, ou seja, de não ter que ser ‘super’ coisa nenhuma, nem de saber tudo, nem de poder tudo. Quando você fica mais humano, você encontra um outro humano do outro lado, que é o paciente.”¹⁴

Para Salinsky (2008), a maior contribuição dos grupos foi a de equalizar a importância de uma mudança no modo como o médico se sente diante do doente com a mudança que ocorre no doente. Trata-se de um convite a se auto observar, a perceber seus próprios limites, e a estar disposto a interagir, de acordo com as necessidades do outro.

Um médico que estava preparado para ouvir e partilhar o peso quando se sentiam sós e miseráveis; um médico que talvez fizesse algumas observações, mas que não ousaria dar-lhes conselhos que não queriam ou não podiam utilizar. E, talvez, pelo menos alguns deles ficassem motivados, através desta contenção da sua aflição, a iniciar por si mesmos o processo de mudança (Salinsky, 2008: p.28).

O médico deveria saber utilizar o seu papel psicoterapêutico em seu benefício e do paciente. Mas desenvolve essa atitude à medida que reconhece aspectos psicológicos, conscientes e inconscientes, racionais e irracionais, maduros e infantis. Com o amadurecimento profissional e emocional, o médico tende a discriminar melhor o que se passa consigo mesmo e com os seus pacientes (Tahka, 1988; Abdo, 1996).

“Por que é que, com tanta frequência, e apesar dos melhores esforços de ambos os lados, a relação entre paciente e médico é insatisfatória e mesmo infeliz?” (Balint, 1998: p. 24). Apesar da aparência contemporânea, essa foi uma das questões centrais de investigação do grupo na década de 1950. Em um contexto de progresso científico e tecnológico da medicina hospitalar, após recente instauração do NHS¹⁵, pairava um clima de mal-estar e impotência entre os médicos ingleses (Missenard, 1994). O Grupo Balint surgiu nesse tempo, como método desenvolvido a partir de seminários constituídos pela discussão supervisionada de casos clínicos entre psiquiatras e os GPs, focados nas implicações psicológicas da prática médica geral. Balint defendia haver muito mais aspectos na relação médico-paciente de

¹⁴Transcrição da fala do participante do Grupo Focal 4.

¹⁵National Health Service (Sistema Nacional de Saúde Inglês).

clínica geral, do ponto de vista psicológico, que os manuais clássicos de medicina poderiam considerar. Para o autor, os grupos de debate eram um misto de investigação e formação, conduzidos pelos clínicos durante o seu trabalho diário, e cuja matéria prima era a prática clínica, ou seja, os envolvidos eram tanto pesquisadores como pesquisados (Balint, 1998).

O que Balint logra com os seus grupos não se encaixa na psicanálise radical. Ao contrário, trata-se de um tipo de transposição complexa, baseada na invenção de uma metodologia transversal, para o trabalho com a transferência, que vai do plano individual ao plano coletivo (Soreanu, 2016).

Após a morte de Michael Balint, em 1970, sua esposa e companheira de atuação, Enid Balint (1904-1994), continuou o trabalho com os grupos por mais 23 anos, até 1993. O primeiro Congresso Internacional Balint ocorreu em Londres, na Inglaterra, em 1972, e a segunda edição em Bruxelas, na Bélgica, em 1974. Em 1975 Enid fundou e presidiu *The International Balint Federation*, com o apoio das entidades nacionais belga, francesa, inglesa e italiana, as precursoras no mundo. *La Société Médicale Balint* foi criada em 1967, três anos antes da morte de Balint. Atualmente, há 23 sociedades nacionais Balint, independentes na construção dos estatutos e códigos de ética, mas que mantêm em comum o objetivo de produzir, por meio do Grupo Balint, uma abordagem reflexiva e baseada na escuta, da relação terapêutica com o paciente (Brandão, 2017)¹⁶.

Foto 1: Grupo Balint em Londres, Inglaterra - 1968.



¹⁶ Informações extraídas da conferência de Jorge Brandão (2017) e dos sites *The International Balint Federation*, *Société Balint Belge* e *La Société Médicale Balint*. Acesso em 03/08/2017. Disponível em: <http://www.balintinternational.com/>; <http://www.balint.be/index.php/societe-balint-belge/historique> e <https://www.balint-smb-france.org/societe-medicale-balint.php>.

Société Balint Belge, 2017¹⁷.

Foto 2: Enid Balint e Michael Balint ¹⁸



American Balint Society, 2017.

2.4 Dinâmica do Grupo Balint: membros do grupo e mobilidades do caso

"O caso falado é uma transposição radical da forma" (Soreanu, 2016). Balint optou por transpor o caso escrito (dossiê clínico) - o caso falado supõe a busca por algo ainda a ser desvendado. Soreanu (2016) destaca também a importância da *forma caso* para Balint: "os casos surgem quase como imperativos epistêmicos", na interface medicina e psicanálise e "como a unidade fundamental na organização do saber". Balint deixa-se surpreender por essa forma, que emerge de seu trabalho com os médicos. Para examinar a contratransferência com detalhes, era preciso criar condições nas quais pudesse ser exposta da forma mais livre possível. O participante deve expor livremente o seu encontro com o paciente e a sua contratransferência, permitindo suas distorções e contradições, como algo similar ao sonho. Para Balint tanto os pensamentos secundários do apresentador relator quanto os comentários

¹⁷ Société Balint Belge. Acesso em 03/08/2017. Disponível em: <http://www.balint.be/index.php/le-balint/michael-balint>.

¹⁸ Foto extraída do site da *American Balint Society*. Acesso em 03/08/2017. Disponível em: http://americanbalintsociety.org/content.aspx?page_id=22&club_id=445043&module_id=166352.

do grupo eram tidos como uma variedade de associação livre (Soreanu, 2016).

Os encontros que deram origem ao Grupo Balint eram compostos por membros fixos de 8 a 12 profissionais, com cerca de nove GPs e um a dois psiquiatras/ analistas. Com periodicidade semanal, ocorriam na própria clínica onde os médicos trabalhavam, em ambiente protegido (sem interrupções), durante o breve horário de folga no início da tarde. Os grupos tinham duração de 2 a 3 anos e a incrível assiduidade de 90 a 95% (Balint, 1998). Uma questão interessante apontada em um dos grupos focais desta pesquisa foi que Balint inovou, para aquela época, o formato da discussão de caso. Diferentemente do médico na ESF, *“o GP inglês, ele trabalha sozinho, mas o Balint fez ele trabalhar numa equipe. Essa questão da equipe eu acho que é um ponto central nesse processo” (P2 GF5).*

Atualmente, os grupos mantêm a ideia de serem voluntários, com encontros regulares, e cujo intercâmbio entre profissionais de diferentes categorias e especialidades é valioso e desejável. Há a preferência por membros fixos (grupo fechado, que tenha uma construção longitudinal da confiança); pela moderação de um facilitador e um co-facilitador e pela discussão de casos que tenham seguimento (Brandão, 2017; ABS, 2014).

Durante o curso intensivo de Grupos Balint, que realizei pela *American Balint Society*¹⁹ em Seattle, nos EUA, em abril de 2014, os facilitadores optaram por esclarecer inicialmente o que um Grupo Balint não é: não é um grupo de psicoterapia; não é um grupo de discussão tradicional de casos clínicos; não é um grupo de aconselhamento; e não objetiva discutir didática ou condutas clínicas.

O grupo é composto por profissionais de saúde que buscam uma maior compreensão sobre o seu trabalho clínico; que tenham disposição para explorar o que sentem; que sejam respeitosos e comprometidos com os colegas; e que, preferencialmente, estejam ativos clinicamente (Brandão, 2017; ABS, 2014).

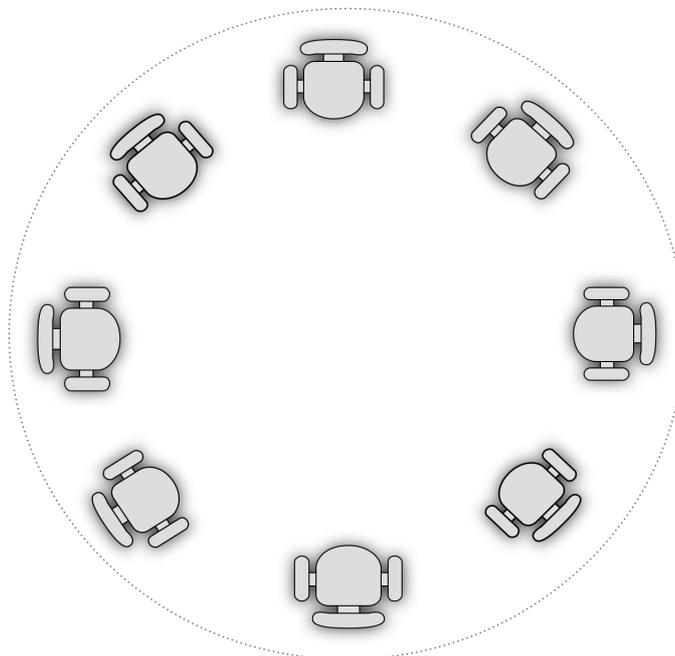
Para uma melhor compreensão das fases e dos tempos do Grupo Balint referidos nos diálogos a seguir, faço aqui uma distinção didática:

- **Tempo I:** trata-se do início da prática, o grupo já encontra-se em círculo. Todos são igualmente participantes (sem função pré estabelecida).

¹⁹A *American Balint Society* promove cursos de formação intitulados "Balint leadership training intensive". Após a atividade, os participantes estão aptos a moderar os grupos em suas clínicas de origem. Acessado em 28/06/2017. Disponível em: <http://americanbalintsociety.org/>.

- **Tempo II:** são definidos o facilitador e o co-facilitador. O facilitador relembra as características essenciais da prática, pactua os princípios do grupo e convida os membros ao início da discussão com a pergunta: "Quem tem um caso?".
- **Tempo III:** um dos participantes voluntariamente compartilha um caso vivenciado em sua prática clínica: "Eu tenho um caso...".
- **Tempo IV:** os facilitadores perguntam se algum dos membros tem esclarecimentos a fazer sobre o caso.
- **Tempo V:** os integrantes esclarecem dúvidas sobre o caso, questionando objetivamente o apresentador.
- **Tempo VI:** o apresentador do caso sai da roda, a pedido do facilitador, em um movimento simbólico denominado *push back*, para que o grupo inicie a discussão.
- **Tempo VII:** ocorre a dinâmica do grupo, com a elaboração coletiva do caso. E a escuta ativa do apresentador do caso (que neste momento está fora da roda).
- **Tempo VIII:** a pedido do facilitador, o apresentador volta a compor o círculo, e a partir desse momento, faz as suas intervenções e a fala final. O grupo termina.

Fig 2: Grupo Balint (Tempo 1).



Início da prática do GB. O grupo encontra-se em círculo, todos são igualmente participantes (Tempo 1).

O grupo inicia-se com a definição de quem serão o facilitador e o co-facilitador e com a pactuação dos princípios grupais, como pontualidade; espontaneidade; respeito mútuo; confidencialidade; e definição dos tempos de duração de cada fase da prática. Em grupos com estudantes, residentes ou com profissionais que desconheçam a ferramenta, há uma breve explanação prévia²⁰ pelo facilitador:

P2 GB3: “Então todo mundo deve um pouco [se] lembrar que a ideia básica do grupo vai ser uma discussão bem livre a partir de um caso que um dos participantes vai trazer (...). Primeiro, que é qual o tipo caso que a gente traz: aquele caso que está, de alguma maneira... A melhor expressão é essa, né: que a gente leva pra casa. Que a gente carrega do consultório pra casa, que fica na cabeça, porque eu lembro dele no meio do fim de semana, aquela situação que fica comigo de alguma maneira... Ou porque me angustia, ou

²⁰ A descrição da estrutura do grupo Balint e as competências de seus membros podem ser encontradas no site da *American Balint Society*, em "*What to Expect as a Member of a Balint Group?*" Acesso em 03/08/2017. Disponível em: <http://americanbalintsociety.org/>.

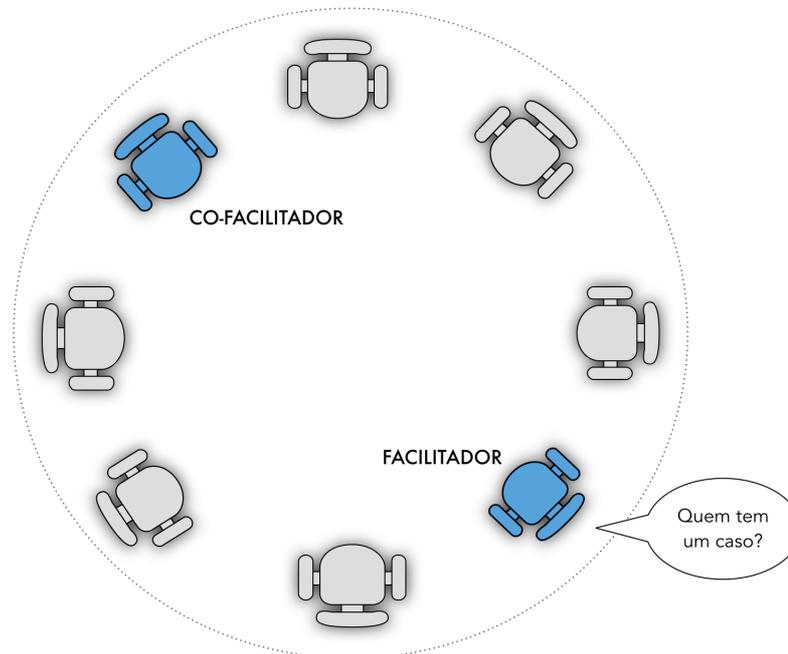
porque me deixa muito feliz, porque desperta algum sentimento, alguma coisa que vá provavelmente significar que é interessante aprofundar a reflexão sobre aquela ação entre o paciente e você.”²¹

O facilitador ou líder²² tem tarefas específicas no grupo: deve conhecer os membros do grupo e suas atividades profissionais; ser hábil em observar o fluxo das falas, o comportamento e as expressões dos sujeitos; auxiliar os participantes a permanecerem focados na relação entre médico e paciente; manter uma atmosfera de confiança, respeito e segurança; proteger o apresentador e os membros de intervenções desrespeitosas; fazer intervenções no sentido de abrir novas rotas reflexivas e ampliar significados; incentivar o grupo a explorar e a empatizar-se com o paciente e com os demais elementos do caso, convidando-o a refletir como essas relações se estabelecem; dar apoio quando prevalecerem momentos de incerteza, ambiguidade e silêncio; incentivar a criatividade e a expressão livre de ideias, inclusive as divergentes; evitar a busca por soluções e atitudes prescritivas. Após a prática líder e co-líder devem se reunir para refletir como foi a dinâmica pra ambos e para o coletivo (Hull, 1996; Salinsky, 2003; Brandão, 2017; ABS, 2014). Polomeni (2017) incentiva os líderes a buscarem os *pontos cegos* do grupo, com o intuito de procurar enxergar aquilo que não se vê com facilidade. E reitera que o líder não sabe mais sobre o caso que os demais membros do grupo.

²¹Transcrição da fala do participante do Grupo Balint 3.

²² O termo mais comum é líder, mas utilizam-se diferentes nomenclaturas para a mesma função - facilitador, moderador, coordenador - a depender da tradução do idioma e da opção do grupo (Polomeni, 2017).

Fig 3: Grupo Balint (Tempo II).

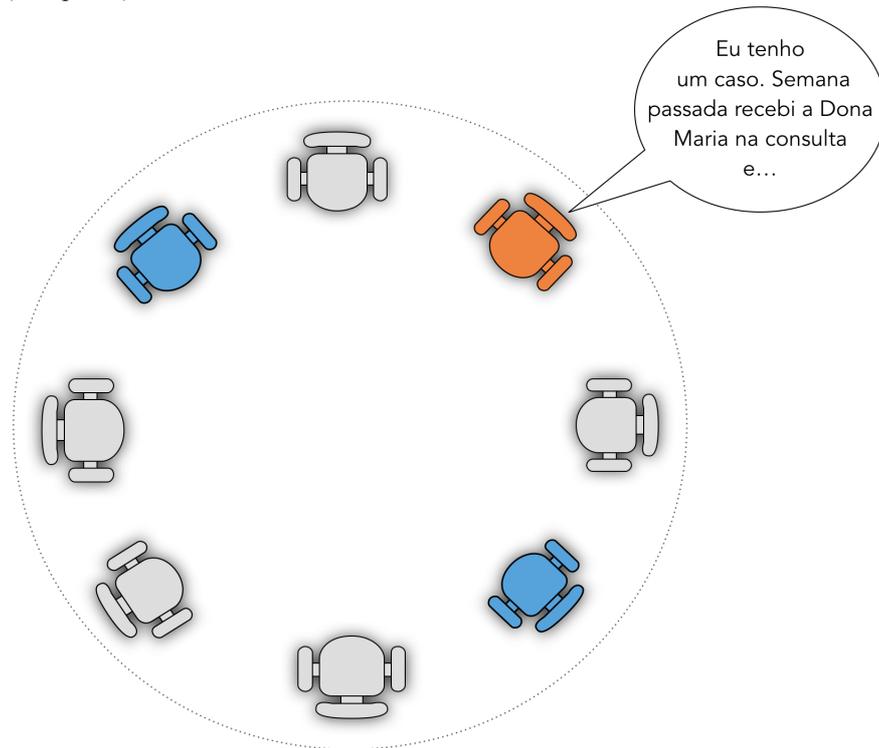


Neste momento são definidos o facilitador e o co-facilitador. O facilitador relembra as características essenciais da prática, pactua os princípios do grupo e convida os membros ao início da discussão com a pergunta: "Quem tem um caso?" (Tempo II).

O participante que queira considerar outras perspectivas sobre o caso apresenta de forma voluntária suas experiências recentes com algum paciente (casos do trabalho cotidiano, com predileção por casos que tenham seguimento), a partir da associação livre de ideias²³. Orienta-se não utilizar recursos escritos ou notas clínicas, com o propósito de ser o mais espontâneo possível. O relato deve ser pleno quanto ao seu envolvimento e suas reações emocionais diante do doente, em um movimento de trazer à tona e desnudar seus problemas relacionais, para além das histórias clínicas (Balint, 1998; Enid Balint, 1988; Moura, 1998; Brandão, 2017; Soreanu, 2016).

²³ A associação livre de ideias é um aspecto fundamental para o método Balint, pois é o que define a espontaneidade da falas e o livre desenrolar das associações. Utilizamos a definição de Laplanche (2001: pp. 38, 39): "método que consiste em exprimir indiscriminadamente todos os pensamentos que ocorrem ao espírito, quer a partir de um elemento dado (palavra, número, imagem de um sonho, qualquer representação), quer de forma espontânea. (...) Visa eliminar a seleção voluntária dos pensamentos, ou seja, pôr fora do jogo a segunda censura. Revela assim as defesas inconscientes, quer dizer, a ação da primeira censura (entre o pré consciente e o inconsciente)."

Fig. 4: Grupo Balint (Tempo III).



Neste momento, um dos participantes voluntariamente compartilha um caso vivenciado em sua prática clínica: "Eu tenho um caso..." (Tempo III).

P1 GB2: *“Bom, eu tenho um caso. Eu estou acompanhando um paciente que se chama Raimundo, e eu o conheci, na verdade, por intermédio da minha residente e de uma colega, que falou assim: ‘olha, tem um paciente seu aí que você precisa ver porque deve ser uma síndrome neurológica muito difícil, o exame neurológico dele tá complicado, tem um quadro aí a esclarecer’. Aí eu fiz a revisão do prontuário, e eu não conseguia chegar a lugar algum. Eu tentava entender pelo prontuário, estudando neuro, aquelas síndromes mais malucas, e eu não conseguia entender. E aí eu falei, ‘não, vou marcar uma consulta pra eu o atender’. Marquei e coloquei o exame neurológico no Youtube, do começo ao fim, pra eu não esquecer nada – porque é um exame muito peculiar, muito difícil. E eu o virei do avesso, só tinha uma alteração em face – de sensibilidade, um pouco de movimento – e, o restante, uma contratura muscular extensa. Ele [faz expressão de esforço e rigidez, contraindo os ombros, os braços e as mãos] é assim, como se estivesse tenso 100% do tempo. E eu falei: ‘bom, agora que eu te virei do avesso, me conte o que tá acontecendo.’*”

Ele disse que a filha dele de 16 anos foi pega, no colégio, transando com o namorado; filmaram e colocaram no Facebook, isso em dezembro de 2015. E aí ele é um cara nordestino, hiper machista, provedor da casa, e ficou muito puto, muito puto; se sentiu muito exposto e, depois disso, começou a adoecer. Ele trabalha com construção civil e aí ele cortou o dedo – o segundo dedo, que é o mais importante para movimentos de construção, por causa do movimento de pinça – e ele cortou na máquina, então ele estava muito mal, não conseguia mais trabalhar, e entrou num grau de adoecimento que foi até a sua chegada à nossa equipe. E aí, assim, eu gastei 2h30 nesse dia – e isso, na atenção primária, todo mundo sabe como ficou o meu dia. Eu falei: ‘eu vou ficar com esse cara o tempo que for necessário pra eu entender esse quadro’. E foi uma consulta muito importante pra mim, e eu acho que pra ele, também. Mas aí eu chamei a filha dele, essa de 16 anos que tinha sido filmada, pra entender melhor o caso. Ela foi na clínica e aí eu resolvi perguntar sobre a última menstruação dela, e eis que estava atrasada; fiz o exame de urina e ela estava grávida. Então eu tive que fazer uma abordagem familiar meio às pressas; sem eu me programar, entrou a família inteira dentro do meu consultório, ela estava desesperada, pediu ajuda, e uma pessoa que era assim ficou assim [repete a expressão de esforço e rigidez, mas agora com mais ênfase] – contraiu mais aquele corpo, todo adoecido, e eu falei: ‘gente, como é que eu vou sair disso?!’ E aí eu combinei com ele, eu falei: ‘olha, a matriciadora de dor vai te ver toda semana, junto comigo, eu quero te ver toda semana’; e aí eu descobro, pela fala da adolescente, que a família não é de lá! Que as meninas moram em Duque de Caxias e a esposa mora em Jacarepaguá – não tem nada a ver com o nosso território. E aí eles contaram que ficaram rodando um ano atrás de cuidado médico e que agora eles encontraram, então eu não podia romper com aquela relação, porque ele começou realmente a se sentir cuidado. E aí eu estou vendo ele semanalmente, essa semana ele foi na quarta-feira, e assim: eu me lembro que na primeira que ele chegou pra mim, há dois meses, ele não mexia o pescoço; e agora ele chegou e ele já ri! Ele tinha [algo] parecendo uma ptose, olhava pra baixo, o olho dele era caído, e aí, de repente, ele tá se movimentando, como uma pessoa... Ele movimenta o ombro, ele movimenta o pescoço! Ele parecia, na verdade, uma múmia, que tinha movimentos de lateralização. Então eu falei: ‘nossa, Raimundo, eu tô muito feliz, que bom que você melhorou!’. E ele: ‘doutora, eu tô muito melhor, muito.’ Aí a gente fez acupuntura nele, eram 10 minutos e ele falou: ‘me deixa mais, por favor!’; aí eu apaguei a luz, saí da sala e falei: ‘gente, esse é um cuidado

que eu tenho fora daqui; que eu tenho no particular – eu, médica. Que bom que, de alguma forma, pelo menos para 1 a cada 3.000 eu possa trazer isso.’ Mas é um caso que mexeu muito comigo, porque é um caso em que eu sei que eu vou precisar romper com essa família, porque eles são fora de área, eles não são da minha área adscrita, e ... Sei também que eu não tenho instrumentos ou ferramentas da Psicanálise para cuidar melhor. Pra mim, parece um caso, não sei se clássico, né, mas muito próximo da interface da somatização, pelas coisas que eu leio, mas eu fico assim: ‘eu não tenho instrumentos pra ir mais profundamente.’ E aí eu imprimi uma página inteira de serviços de psicologia pra ele ter acesso; pra ele trabalhar essas questões, não é, porque ele precisa trabalhar isso. O corpo dele está respondendo, mas enfim, eu não sei quanto tempo que essa nossa intervenção vai durar. E ele não quer ir na Psicoterapia, porque ele foi no CAPs e não o acolheram, ele foi em outro serviço e não o acolheram, então ele fala: ‘doutora, eu quero vir aqui.’ E aí, por fim, eu me sinto em parte limitada, por eu não ter... Não sei como avançar mais. E também tem uma relação com a esposa dele, eles entram e a esposa parece a mãe dele, e isso me dá um pouco de raiva; e nessa semana, até, eu tomei a decisão de não deixar ela entrar na sala. Porque ela fala por ele e isso me dá muita aflição, então eu tenho vontade de individualizá-los. E aí, desde a primeira consulta, eu falei: ‘mas dona Marta, o Raimundo tem que falar sobre a dor dele, como é que você vai falar da dor do corpo do outro? Deixa eu ouvir dele e, se eu tiver dúvida, eu te pergunto; ou se ele quiser que você fale alguma coisa, ele te pergunta.’ Aí ela falou: ‘ah, tá bom, então fala Raimundo, então fala; mas ele não fala, doutora, tá vendo? Ele não fala.’ E aí, nessa vez, eu decidi que ele iria entrar sozinho, e ele entrou e aí a nossa matriciadora falou: ‘não, deixa ela entrar agora.’ E ela entrou e começou a falar dela! Com aquilo, eu queria expulsá-la da sala, tipo: ‘não, deixa eu cuidar dele!’ E aí eu super me arrependi de ter puxado ela de novo pra dentro da sala, porque eu falei: ‘gente, ela se intromete muito, e eu tô falando dele’. Daí eu falei: ‘dona Marta, essa é a consulta dele, depois eu faço uma consulta que seja sua, porque também são as suas questões, mas não vamos misturar.’ Enfim, é muita coisa que eu sinto.’²⁴

É importante ressaltar que, para Michael Balint, a profundidade que o grupo deveria

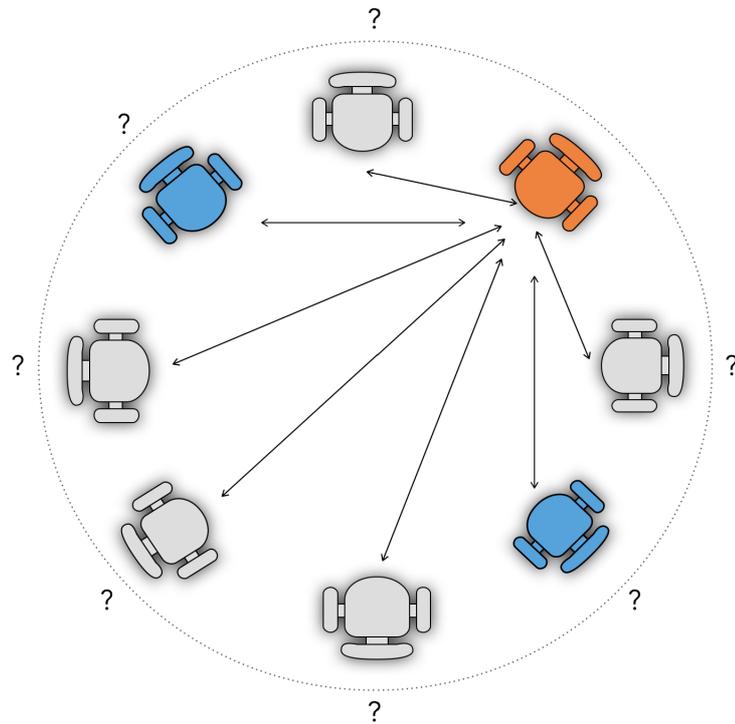
²⁴ Transcrição da fala da apresentadora do caso no Grupo Balint 2 (Tempo III). Os nomes descritos no caso são fictícios.

apreender do encontro só poderia ser alcançada a partir do discurso do médico relator, pela franqueza e autenticidade, a partir da narrativa de si na experiência vivida com o paciente. Diferente do que se poderia obter, por exemplo, através de uma consulta supervisionada, onde a presença de terceiros transformaria a atmosfera de intimidade criada e isso por si só, já modificaria o cenário. O que se buscava com aquele estudo era investigar situações reais, com eventos e reações espontâneos, sem a pretensão de solucionar os impasses e as disfunções da relação médico-paciente, mas de torná-los visíveis para que fossem problematizados (Balint, 1998; Soreanu, 2016).

Por meio desse caso disparador, a apresentadora compartilhou com os pares uma situação em que se sentia confrontada e angustiada, e trouxe ao grupo os pormenores e suas afetações acerca dessa relação complexa com o usuário. A profissional destacou como central sua relação com o usuário Raimundo, mas também uma infinidade de outros tensionamentos desse núcleo relacional, como a continuação ou não desse vínculo; a disputa do território adscrito da ESF versus o território afetivo; a relação com a família enquanto corpo ampliado e núcleo sistêmico (pai/esposo; mãe/ esposa; filha); a relação conflituosa com a esposa/acompanhante; o diagnóstico de gravidez da filha; o desejo de individualizar os componentes da família; os questionamentos quanto ao seu saber e a aplicabilidade deste; a hipótese de se tratar de sintomas psicossomáticos. Para Missenard (1994) o método ganha um destaque histórico ao lutar contra as certezas supostamente científicas e modificar a relação dos médicos com o saber médico, questionando a sua exclusividade. Afinal, em que medida trata-se de um saber altamente especializado? De que forma o conhecimento técnico e racional oriundo da medicina tradicional ocidental alopática pode ou deve ser articulado às experiências vividas pelo médico em outros campos e situações para uma melhor visão do caso?

Após o apresentador compartilhar o caso, os demais integrantes, esclarecerem as suas dúvidas de forma objetiva com o relator. O líder deve evitar que o relator seja bombardeado com questionamentos exagerados ou inapropriados.

Fig. 5: Grupo Balint (Tempos IV e V).



Neste momento, os facilitadores perguntam se algum dos membros tem esclarecimentos a fazer sobre o caso (Tempo IV). Os integrantes esclarecem dúvidas sobre o caso, questionando objetivamente o apresentador (Tempo V).

P6 GF2: “Alguém quer perguntar alguma coisa?”²⁵

P8 GF: “Descreve fisicamente o Raimundo?”

P2 GF2 “E ele, de alguma forma, foi violento? Como é que ficou a relação com a filha dele depois do vídeo?”

P5 GF2: “Eles têm qual idade?”

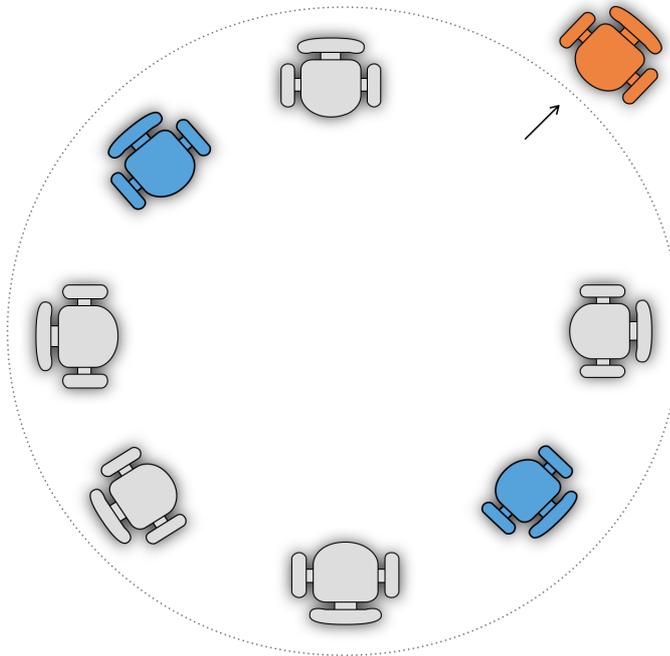
P7 GF2: “Como está a relação dele com a filha? E como mudou essa relação durante o tempo de tratamento dele?”²⁶

Em sequência aos esclarecimentos, o relator sai da roda (movimento chamado de *push back*), para que o grupo discuta o caso (Tempo VI).

²⁵ Transcrição da fala do facilitador do GF 2 para os participantes (Tempo IV).

²⁶ Transcrição das falas dos participantes do GF2 (Tempo V).

Fig. 6: Grupo Balint (Tempo VI).



Neste tempo, o apresentador do caso sai da roda, à pedido do facilitador, em um movimento simbólico denominado *push back*, para que o grupo inicie a discussão (Tempo VI).

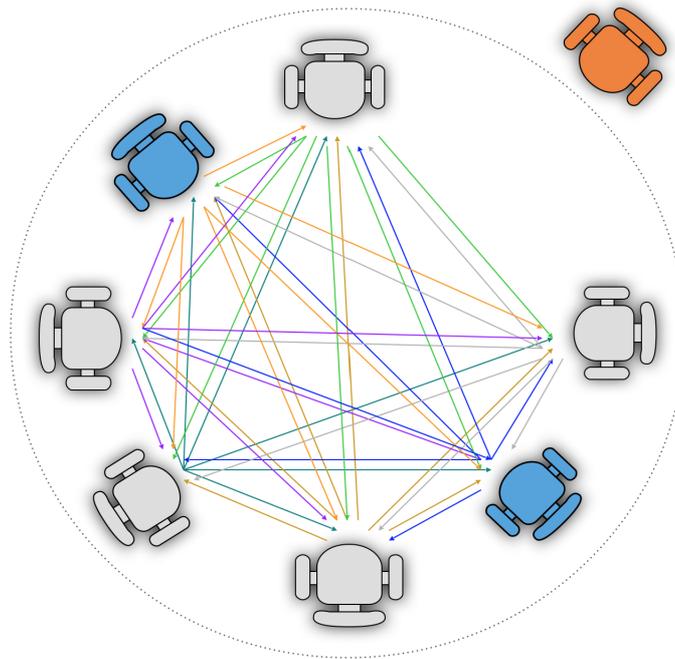
Os integrantes dedicam-se, então, ao estudo do *caso-problema* e tentam elaborá-lo e compreendê-lo a partir das emoções despertadas pelo encontro, dando livre curso ao imaginário de cada um. Este é um momento denso da prática, pois demanda uma certa plasticidade psíquica²⁷ dos membros; a diferenciação da experiência pessoal com a do apresentador; exercitar compreensões empáticas; e operar a criatividade por meio de imagens, fantasias, associações, músicas, impressões e hipóteses (Tempo VII).

O contato com os próprios sentimentos e transferências, articulados com o grupo, produz a sensação de reconhecimento mútuo e representa a fase da verdadeira colaboração entre os membros. O grupo cria uma atmosfera de coesão e segurança emocional, que lhe permite a especulação criativa e o despertar para aprendizado e mudanças. Enquanto isso o apresentador do caso mantém a escuta e a elaboração da sua própria narrativa sendo reverberada na roda (Balint, 1998; Courtenay, 1977; Branco, 2003; Branco, 2012; Sapir, 1994; Polomeni, 2017). Soreanu (2016) discute este momento de forma fascinante. Para a

²⁷Termo que peço emprestado de Lancetti (2015).

pesquisadora, o processo grupal no Grupo Balint é concebido como um trabalho sobre a contratransferência, mas aqui a psicanálise está fora de seu contexto, em um enquadre não psicanalítico. Balint transpõe algumas ideias psicanalíticas sobre a contratransferência do plano individual para o plano coletivo, em um lugar de encontro entre as epistemologias psicanalítica e médica. Em um segundo tempo transpõe o que emergiu no enquadre coletivo de volta ao enquadre clínico individual. Em outras palavras, a contratransferência do enquadre clínico retorna a si mesmo depois de ter sido transformada no encontro com o outro epistemológico, em um contexto grupal, o que retrata um tipo de modelo circular (Soreanu, 2016)²⁸.

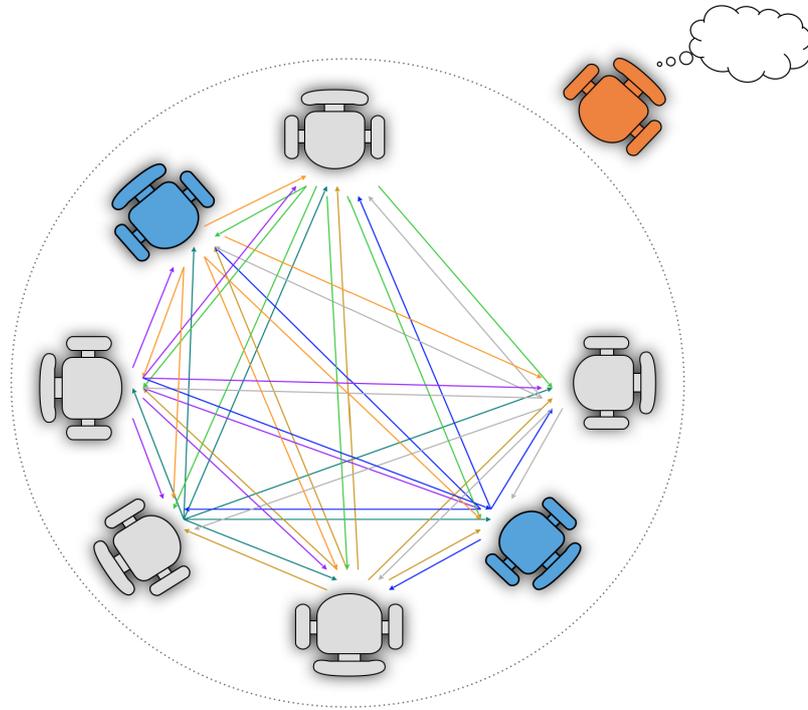
Fig. 7: Grupo Balint (Tempo VII): elaboração coletiva do caso.



Neste momento, o mais longo do GB, ocorre a dinâmica do grupo, com a elaboração coletiva do caso; e a escuta ativa do apresentador do caso (que neste momento está fora da roda) (Tempo VII).

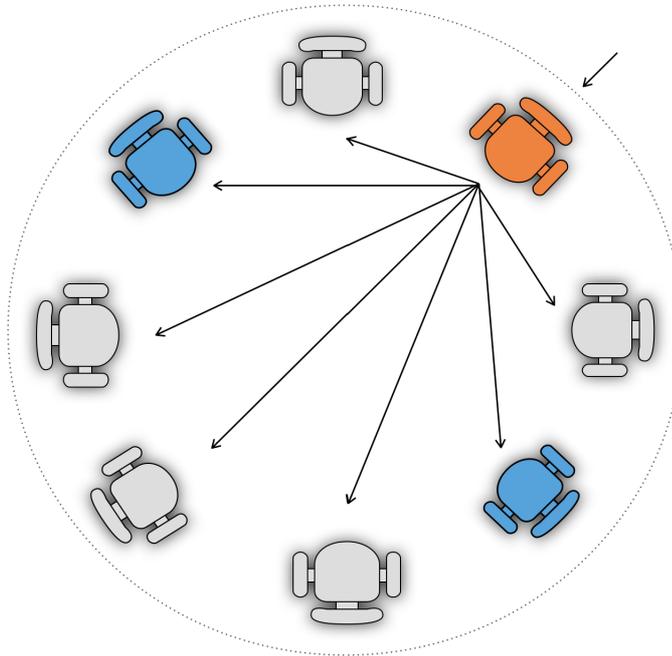
²⁸ Discussão ímpar proposta por Raluca Soreanu na conferência: “O estilo epistêmico de Michael Balint: Grupos Balint, utopias médicas e o legado da escola de psicanálise de Budapeste”, no Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro, no Rio de Janeiro, em 26/11/2016.

Fig. 8: Grupo Balint (Tempo VII): escuta ativa do apresentador.



Neste momento, o mais longo do GB, ocorre a dinâmica do grupo, com a elaboração coletiva do caso; e a escuta ativa do apresentador do caso (que neste momento está fora da roda) (Tempo VII).

Fig. 9: Grupo Balint (Tempo VIII).



Neste tempo, a pedido do facilitador, o apresentador volta a compor o círculo, e a partir desse momento, faz as suas intervenções e a fala final. O grupo termina (Tempo VIII).

O relator do caso volta ao círculo e faz a fala final. Assim o grupo termina (Tempo VIII):

P1 GF1: “Muita gente falou exatamente o que eu queria falar, e [portanto eu] não precisava falar. Já valeu, foram várias falas, vários sentimentos, e isso foi muito bom. Eu fiquei impressionada, às vezes, de obter o mesmo efeito como se eu falasse e eu ouvindo, não sei se consigo ser clara. Dá pra entender? Compartilhar a emoção, né? Ela falou uma coisa numa hora, que ‘me irrita’, e eu falei ‘é isso!’”.²⁹

Balint imprime no método a especificidade de analista, conduzindo o apresentador e o grupo a compreenderem “o sentido de seu agir, tal como ele surge ali, latente, durante seu relato e suas lacunas” (Sapir, 1994: p. 110), conduzindo-os a entender algo sobre si mesmos através da análise e interpretação, segundo uma certa perspectiva psicanalítica dos casos

²⁹Transcrição da fala final da apresentadora do caso no Grupo Focal 1 ao retornar ao círculo.

relatados (Hull, 1996). As diferentes personalidades profissionais dos médicos definem suas abordagens terapêuticas. Nesse aspecto é importante ressaltar que a presença de um psicanalista é potente no grupo, mas não indispensável. O que se definiu como imperativo com a evolução e a internacionalização dos grupos Balint foi que o líder tivesse formação para conduzir o grupo. As sociedades nacionais de grupos Balint têm autonomia para construir seu próprio estatuto, mais rígido ou mais flexível a depender do seu país sede (Polomeni & Brandão, 2017).

A submissão do médico ao consenso médico e a do paciente à ideologia do médico são colocadas em questão durante a prática. O grupo tem também a função de desideologizar as atitudes médicas, questionando e rompendo com a sua *função apostólica* – expressões da atitude e personalidade do médico em relação aos pacientes, no sentido de provar sua eficiência e confiabilidade, apesar de saber tratar-se de uma imagem idealizada (Balint, 1998; Enid Balint, 1988; Ismael, 2005).

P6 GF2: “Vocês falaram o que é importante da questão do Balint, que é exatamente a questão relacional. Quer dizer: ao mesmo tempo que, no Balint, você está lidando com a história de um paciente, você se vê mais completamente como um sujeito. Porque você vê o seu sofrimento, as suas dificuldades etc; então você, ao se ver mais como um sujeito, você também consegue ver o paciente como um sujeito. E aí esse processo interativo efetivamente traz uma diferença, né?”³⁰

Trata-se de um processo grupal cujo objeto é constituído pela relação do médico com o paciente a fim de se analisar a relação humana que se estabelece entre quem oferece ajuda àquele que demanda essa ajuda (Brandt, 2009). A relação que se estabelece quando o usuário busca o trabalhador de saúde por uma demanda de saúde é invariavelmente da ordem profissional e não vizinho-usuário, amigo-usuário, por mais que exista uma infinidade de possíveis afetos e transferências nesse encontro. Ou seja, está implícito que nessa relação o médico não deixa de ser o profissional para ocupar um outro lugar. Nesse sentido, no grupo Balint explora-se a *personalidade profissional*, a fim de se compreender o que se inscreve nesse sujeito (Polomeni, 2017). Compreende-se dessa fala o aspecto especular da relação.

Importante lembrar o sofrimento do profissional também enquanto um sintoma

³⁰Transcrição da fala do participante do Grupo Focal 2.

institucional, causado pela realidade do trabalho, em contato frequente com a dor, a miséria e a violência (Onocko-Campos, 2005). E apesar do trabalho em saúde ser voltado para curar, aliviar a dor, diagnosticar corretamente e prevenir, nem sempre isso é possível (Nogueira-Martins, 1998).

P5 GF2: “Você falou uma coisa tão linda, que me tocou tão profundamente... Assim, porque eu acho que quando você fala da gente também poder se ver como um sujeito e enxergar o outro, e se ver menos como Deus. Se ver, assim, porque essa questão da impotência, a impotência tá nele [no paciente], eu pensava assim, ‘não, tá em mim!’”³¹

Balint (1998: p. 217) investiga a *função apostólica* do médico, a qual “o compele a converter os seus pacientes aos seus próprios valores e convicções pessoais” e debate o processo que rotula de educativo ou de formação - médico e paciente educam-se um ao outro na perspectiva de evoluírem com o tempo para um melhor entendimento mútuo, percorrendo um complexo processo de satisfação e frustração recíprocas. Intitula *sociedade de investimentos mútuos* o valioso investimento que ambas as partes se depositam. Em sua obra há inúmeros momentos em que se utiliza do verbo *educar* o paciente para que adote uma postura mais madura diante sua doença, ou menos hostil, ou mais responsável e mais adequada. Preferimos, no entanto, destituir o médico ou qualquer profissional de saúde do lugar de educador, por acreditarmos na relação de cuidado mais como um encontro potencialmente transformador para todos os envolvidos. A ação educativa no sentido profissional sobre o doente pretende ampliar o domínio médico e submetê-lo à sua autoridade ou mesmo banalizar as queixas do paciente segundo a sua conveniência, em prejuízo à sua complexidade (Boltanski, apud Fernandes, 1993; Carrió, 2012).

3. BRALINT: O CENÁRIO

O grupo autodenominado BRALint faz uma alusão à prática do Grupo Balint no Brasil. Este foi o meu campo dinâmico de afetações. Surgiu no Rio de Janeiro-RJ em maio de 2014 com o intuito de construir um espaço de discussão dos Grupos Balint para o 4º Congresso da

³¹Transcrição da fala do participante do Grupo Focal 2.

AMFAC. A oficina realizada teve uma procura excedente de participantes e, durante sua avaliação, ficou nítida a abundância de falas que reforçavam a carência de espaços de escuta aos profissionais de saúde da APS no município.

Há um interesse atemporal de se tentar compreender aspectos relacionais da dimensão do cuidado. Levando-se em conta essa motivação, o grupo fundador, do qual faço parte, optou por manter a prática do GB em um sábado por mês, entre 17h e 18:30h. Com o tempo o grupo estabeleceu o seu objetivo de difundir a prática e referenciá-la como uma possibilidade de cuidado aos formadores e trabalhadores da APS, atuantes, em sua maioria, em um contexto de expansão da APS em áreas de importante vulnerabilidade social.

A iniciativa permitiu a ampliação dos GB no Rio de Janeiro-RJ, hoje com um alcance extenso (além de mantermos a prática mensal, realizamos oficinas em congressos, residências de MFC e multiprofissionais, graduação e em projetos de extensão universitária). Representa um suporte seguro aos seus membros para explorar situações assistenciais de difícil manejo no âmbito relacional. A importância em estudá-lo advém do valor de registrar uma prática de saúde solidária, na qual um coletivo de trabalhadores da saúde (médicos de família e comunidade; residentes; psiquiatras; psicanalistas; enfermeiros; psicólogos; assistentes sociais, dentre outros) reúne-se para discutir, refletir, estudar, escutar e trocar experiências acerca do cuidado em saúde e, em medidas distintas, ressignificar o *fazer saúde* cotidiano.

P5 GF4: “Eu achei interessante a capacidade de me enxergar no cenário. Parece que eu entrei, parece que eu era ela vivendo aquilo. É muito interessante mesmo a energia que se troca, né? Porque são pessoas sensíveis que conseguem se colocar no lugar do outro, bem empaticamente falando, e conseguem responder como se estivessem vivendo aquilo, e aí faz quem está na posição (do relator) enxergar as coisas de uma maneira diferente. Porque parece, às vezes, que não tem saída e (depois) você começa a ver um monte de luz, e isso deve fazer muita diferença. Quer dizer, faz muita diferença.”³²

Atualmente, o BRAlint mantém-se ativo, mas sem a exigência rigorosa de assiduidade e a fixação permanente dos membros fundadores. Diferentemente dos grupos de origem da Clínica Tavistock (em detalhes no capítulo 5: “A experiência Balint: o caos das multidões”), que eram em um horário de folga no próprio local de trabalho, o BRAlint ocorre aos fins de

³² Transcrição da fala da participante do Grupo Focal 4.

semana, na casa de um dos colaboradores. A descontinuidade da constância de participação de seus membros levou o grupo a mantê-lo aberto, como também pelo empenho coletivo em democratizar a prática. A composição mantém em parte um núcleo fixo (de alguns fundadores e moderadores que realizaram o curso pela *American Balint Society*), com uma abertura por novos integrantes, o que difere da proposta original. A opção de não fechá-lo significa garantir a sua manutenção e ser permanentemente receptivo às novas demandas, acessível àqueles que se identificam com a proposta.

Nós membros permanentes conservamos um ambiente livre e acolhedor, no qual os participantes possam trazer suas questões-problema a fim de buscar novas perspectivas. Consideramos ser este um espaço desenhado pelas mãos de todos. Cada encontro mensal do grupo varia entre 8 a 14 componentes, mas há um grupo expandido de cerca de 50 pessoas que frequentam de forma intermitente, a maioria com alguma proximidade com a APS do Rio de Janeiro-RJ, ambiente de trabalho/ação comum aos integrantes.

A nossa matéria prima é a experiência com os usuários, advindas dos diversos momentos de formação/ atuação, sem que existam recortes profissionais, o que, ao nosso ver, enriquece e diversifica as perspectivas. Como o nosso trabalho é traçado substancialmente na APS, onde os participantes têm um contato permanente e próximo com os pacientes, há uma abundância de narrativas de receios, dor, ansiedade, frustrações, medos, superação, característica da relação destes com o adoecer.

Nos GB não são somente as histórias do interlocutor que reverberam, mas as nossas próprias memórias afetivas, que, indo e vindo, acabam por serem despertadas. Algumas tampouco lembrávamos; outras tantas já estavam à flor da pele, era preciso apenas um agente disparador. Assim desabrocham, em comunhão, as nossas afetações, a nossa capacidade criativa, a nossa alteridade, nosso *eu-autor* de si e de tantos outros com quem nos relacionamos. As narrativas vão tecendo diferentes cenários. Pode-se estar na pele de qualquer um na trama das relações, em uma dinâmica de trânsitos entre vários papéis, queixas e questões existenciais. Ali não somos necessariamente o profissional, podemos evocar a angústia de um suicida, a ansiedade de uma mãe de traficante, o despertar de um paciente HIV positivo, o tangenciamento de um adolescente, o envelhecer de um aposentado. Do relato nascem vários de *nós*, com os quais temos a possibilidade de dialogar internamente. É curioso como durante a performance do grupo as nossas concepções sobre o corpo e as suas sensações

tornam-se mais ricas. Também mais livres, pois este é um ambiente de afloramento e de criação. Trata-se de uma intervenção que estimula afetos e afecções.

O método que estabelecemos no BRAlint propõe estar embasado na proposta do intensivo da *American Balint Society*, já que no Brasil ainda não há a Sociedade Brasileira de Balint, todavia o nosso processo não se deu simplesmente em importar e repetir uma técnica, mas de transgredi-la, abrindo caminhos novos, a partir dos nossos estudos. Além do membro psicanalista³³, os demais não tem treino em psicodiagnóstico, em psicoterapia e em implicações psicológicas em clínica geral, base da tarefa inicial do grupo inglês (Balint, 1998). Nosso grupo promove encontros de profissionais de saúde e reconstrói significados quanto às práticas de saúde desses autores; possibilita vivências para tratar questões dificilmente abordadas em outros cenários, inclusive em suas próprias clínicas de origem, oferecendo-lhes a chance de falar sobre si e sobre o que se tornou uma experiência importante.

O fio condutor dos encontros é o desejo desses profissionais em estarem ali para compartilharem suas histórias e ouvirem os colegas. O percurso do grupo foi se construindo com o tempo, às vezes com intervalos maiores, agora com uma longitudinalidade compartilhada. Mais do que o rigor da técnica, nos identificamos com a tecnologia do cuidado, pois como aprendemos, "existe um grupo Balint para cada dupla de facilitadores" (Polomeni, 2017). No grupo aqueles que quiserem falar, é um território de ressignificação das experiências, de fala e escuta, empático e acolhedor, e em alguns casos, de uma inversão positiva de expectativas:

P5 GF4: “Às vezes a gente chora sozinha, e eu não imaginava que existia um lugar onde você pudesse compartilhar coisas com pares que vivem a mesma coisa que você. Porque parece que é meio... A gente às vezes está no trabalho e fala: ‘poxa, é muito dura essa situação’, ‘é muito não sei o quê’, mas não dá pra pegar e desabar, né? Não dá pra pegar e falar: ‘cara, não tem solução’, né? E eu estou vendo esse lugar como um ambiente muito próximo daquilo que eu acho que tem que ser para compartilhar as experiências e ‘limpar’, né...”³⁴

³³ Pela *American Balint Society* não é imprescindível a participação de um membro psicanalista. O BRAlint conta com a participação, como membro permanente, do médico psiquiatra e psicanalista Luiz Fernando Chazan, professor da UERJ (Universidade Estadual do Rio de Janeiro).

³⁴Transcrição da fala da participante do Grupo Focal 4.

Parece produtivo, muitas vezes, que a reflexão do profissional de saúde ocorra a partir de um certo distanciamento de sua prática cotidiana.

Os cinco encontros de Grupos Focais foram realizados após o encerramento de uma sessão do Grupo Balint, e é destinado à partilha de opiniões, sensações, expectativas, sugestões e inquietações dos participantes presentes.

4. A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE E SUA INVENÇÃO BIOMÉDICA

4.1 O modelo biomédico contemporâneo: a pedra no corpo

O objeto do discurso também pode ser um sujeito, sem que as figuras da objetividade sejam por isso alteradas. Foi essa reorganização formal e em profundidade, mais do que o abandono das teorias e dos velhos sistemas, que criou a possibilidade de uma experiência clínica: ela levantou a velha proibição aristotélica: poder-se-á, finalmente, pronunciar sobre o indivíduo um discurso de estrutura científica.

(Foucault, 2014: p. XIII).

A profissão médica, construção de alguns poucos decênios da nossa longa história como espécie, é rica em antepassados e na diversidade de elementos que levam a sua simbologia. Por séculos xamãs, sacerdotes, bruxos e curandeiros perpetuaram práticas relacionadas ao cuidado e à busca pela cura nos quatro cantos do mundo. Mas o que hoje, dentro da perspectiva clínica da racionalidade biomédica, se categoriza como medicina moderna, medicina científica ou medicina ocidental contemporânea, nasceu nos últimos anos do século XVIII, embasada pelos campos teóricos das ciências naturais e de uma certa biologia (Camargo Jr, 2003; Foucault, 2014). Cabe lembrar que uma racionalidade médica é um sistema teórico estruturado, composto pelos elementos:

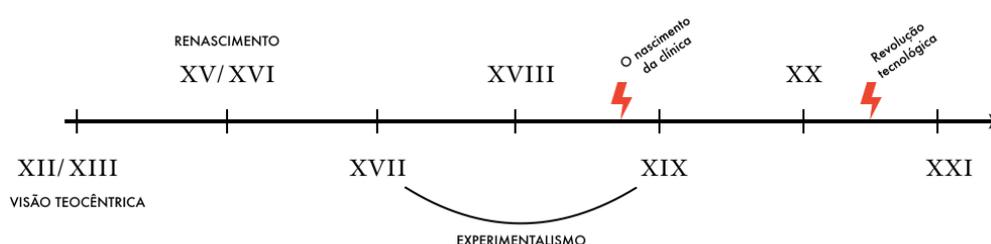
a) uma morfologia ou anatomia humana; b) uma fisiologia ou dinâmica vital humana; c) um sistema de diagnósticos; d) um sistema de intervenções terapêuticas e e) uma doutrina médica. (Camargo Jr, 2003: p. 101)

Para contextualizarmos o surgimento da medicina moderna ocidental, voltaremos aos seus antecessores imediatos. Os séculos XII e XIII, na alta Idade Média, foram tomados pelo campo epistemológico teocêntrico e os interesses da Igreja Católica. Dentre as visões medievais de saúde-doença, houve o reforço à idéia de nenhuma cura ser possível sem a participação divina (Ismael, 2005; Camargo Jr, 2003). Nos séculos XV e XVI, cenário do

Renascimento, uma certa ciência experimental tornou-se a fonte da verdade com os primórdios da racionalidade científica moderna e o advento da astronomia e da física (Camargo Jr, 2003). Nessa conjuntura Montaigne (séc. XVI) critica o olhar voltado para a doença, perspectiva ainda atual, “os médicos não só são governados pelas doenças, mas tornam doentes as pessoas saudáveis”(apud Odent, 2016: p.31). Somos governados pelos nossos saberes, ditos científicos, ditos superiores, a tal ponto e com tanta propriedade, que pensamos saber mais do usuário que ele próprio (Merhy, 2013b).

O experimentalismo dos séculos XVII ao XIX tenta desvendar os enigmas da máquina corpo - foi nesse período que o inglês William Harvey (1578-1657) consagrou-se o pai da medicina moderna ao pesquisar e descrever a circulação sanguínea (Ismael, 2005). No final do século XVIII, o olhar do médico estava voltado para a função de revelar a verdade por meio da experiência de observar, ver e se recontar o objeto, percorrendo-o e o dominando (Foucault, 2014). Era esse distanciamento do doente enquanto sujeito que tornavam possíveis as teorias ontológicas que prevaleciam até então - o investimento ou interesse eram destinados ao corpo físico onde a doença se instala (Clavreul, 1983; Odent, 2016). O olhar positivo e o discurso científico, voltados para a matéria doente e para a visão dualista corpo-mente³⁵, influenciaram o curso da medicina ao estabelecerem o afastamento das ciências humanas e humanidades médicas (Ismael, 2005). O modelo biomédico estruturou o alicerce conceitual e as ciências naturais o alicerce experimental da medicina científica (Tahka, 1988).

Fig 10: A linha do tempo (simplificada) da medicina.



Retomando às dimensões da racionalidade médica, a integração da anatomia patológica às bases técnico-científicas da medicina, no final do século XVIII, representou um marco histórico de ruptura e de mutação do saber médico, em direção à medicina contemporânea: “No início do século XIX, os médicos descreveram o que, durante anos,

³⁵Teoria de Descartes, segundo a qual “a medicina deveria ser uma ciência exata e o corpo uma máquina, da qual se espera um funcionamento preciso” (Ismael, 2005: p. 77).

permanecera abaixo do limiar do visível e do enunciável”, afirma Foucault (2014, p. X). A clínica nasce, portanto, de uma nova relação do perceptível e como se discursa sobre o que se vê. Opera-se uma mudança de paradigma para uma nova concepção de doença, para uma prática médica centrada na patologia e de estrutura hospitalar (Luz, 2004). Trata-se “da medicina do corpo, das lesões e das doenças” (Camargo Jr, 2003: p.108). A doença ocupa um lugar de destino objetal, com uma existência autônoma, por atrair para si todo um arsenal de pesquisa, estudo e tecnologias diagnósticas e terapêuticas.

"A medicina como ciência clínica apareceu sob condições que definem, com sua possibilidade histórica, o domínio de sua experiência e a estrutura de sua racionalidade" (Foucault, 2014: p. XVI). Para conhecer a verdade da patologia, a relação ocorre, portanto, entre o médico e a doença/órgão enfermo, tomando-se a parte pelo todo, com abstração do doente (Foucault, 2014). O encontro do médico com o paciente implica na avaliação objetiva do corpo concreto em busca de lesões, com intuito de intervir, física e/ou quimicamente, no defeito do organismo, pautado numa visão meramente biológica e mecanicista (Leite, 2005; Canguilhem, 2017). Nessa medida é dado ao médico, pela própria sociedade, o papel de ser especialista na doença e o poder de manipular, cortar e decidir pelo doente (Fernandes, 1993; Ismael, 2005; Tahka, 1988). Kenneth Camargo Jr (2003) relaciona o imaginário científico da medicina contemporânea com a racionalidade da mecânica clássica, em que o todo é a soma das partes, de caráter generalizante (não individualizada), mecanicista (o todo é a soma de mecanismos que podemos separar e reintegrar) e analítico. Foi com o tempo que se percebeu que a doença prevê um olhar qualitativo e que nenhuma mecânica mensurável do corpo contempla, física e matematicamente, um fenômeno patológico (Foucault, 2014).

Foucault (2014) polemiza o interesse do *médico-botânico* submetido à ordenação da nosologia e ao discurso sobre a doença-retrato, sua geografia instantânea, sua projeção sem profundidade e os órgãos que acomete. Discute o estranho olhar em espiral do médico, que ao progredir, a partir do doente, recua e se deixa vencer pela doença-verdade. O paciente é acessado como objeto, recortado e analisado em plano, sem se considerar que a doença, inscrita nesse corpo único, jamais será a mesma em outro corpo. O médico permanece convicto a investigar e observar o paciente até que se detecte uma causa orgânica, porque não apenas é mais confortável diagnosticar doenças físicas quanto sua relação aqui não se trava mais com o paciente, mas com os órgãos que a doença atinge (Balint, 1998). Sapir (1994: p. 123) discute a Mãe-Medicina como a ordenadora das práticas, à qual o médico se submete

justificado pela ciência: “enfrentar a doença e seu órgão-alvo, coisa que médico e paciente erotizam e partilham”. Perde-se o espaço da escuta e a singularidade do encontro.

O progresso das ciências naturais no século XIX permitiu que, no século XX, a medicina entrasse em uma nova ordem de grandeza com a revolução tecnológica, científica e terapêutica aplicada à saúde. O desenvolvimento da bioquímica, da farmacologia e da genética, aliados a métodos científicos voltados para o estudo do corpo humano e de suas patologias contribuíram para legitimar o referencial biomédico centrado na doença, em detrimento da experiência do paciente e de sua subjetividade (Caprara, 2007). A aplicação dos novos conhecimentos ao diagnóstico e à terapêutica conduziram a medicina à sensação de domínio e controle de algumas enfermidades, pela mensurabilidade e exatidão dos resultados. O homem, nesse caso, estrutura-se como um sistema de processos físicos e químicos, cujos fenômenos podem ser analisados; como um lugar de busca de cura (Luz, 2004). Mas apenas o referencial das ciências naturais mostra-se inábil a investigar a complexidade do homem como ser social (Tahka, 1988).

A perspectiva binária normal x patológico, própria da racionalidade médica ocidental manteve, por muito tempo, a saúde como ausência de doença, a partir das definições de saúde x doença circunscritas aos achados anatômicos e fisiopatológicos observáveis pelo médico (Camargo Jr, 2003; Canguilhem, 2017). Nesse período negou-se ao paciente o direito de sentir aquilo que relatava, caso não houvesse uma comprovação científica. Na esfera da discussão de conceitos de saúde, a OMS, em Alma Ata, redirecionou tal perspectiva ao definir saúde como bem-estar, realocando a importância *daquele que sente*. Mas as medicinas preventiva e curativa continuaram subentendendo a boa saúde como ausência de doença, sem problematizar o conceito de "gênese da boa saúde" (Odent, 2016: p. 31). Canguilhem (2017) procurou resgatar à saúde o seu caráter subjetivo, conceituando-a a partir de sua potencialidade normativa, isto é, de superação e de criação de novas normas vitais. Nesse sentido, o ato clínico, à medida que restabelece uma norma vital subjetiva, não seria por si só científico, embora utilize-se de conhecimentos das ciências naturais.

O conceito de saúde continua em disputa. Optamos aqui pelo conceito que se aproxima mais da visão de Spinoza, que parte do encontro como disparador de afecções. A saúde, portanto, não seria um bem privado, restrito a um corpo que normatiza, mas sim um

corpo que também se produz ao ser afetado pelo outro (Franco, 2013; Merhy, 2016)³⁶. Quando o olhar do médico sobre o usuário permite significá-lo apenas a partir de saberes já bem definidos (da medicina), o usuário é somente objeto de sua intervenção e o que se produz expressa-se como trabalho morto. Há uma valorização das tecnologias³⁷ duras e leve-duras em detrimento das leves, podendo reduzir o *agir-médico* à produção de procedimentos focais como ato de saúde pretendido. Nesses casos os profissionais estabelecem os seus verdadeiros vínculos com a configuração do modelo ao qual estão submetidos e dele se utilizam para atrair os usuários, o que não exclui a tensão do arranjo tecnológico e tampouco elimina a dimensão cuidadora dos atos de saúde. (Merhy, 2013a).

De imediato impõe-se a problemática do exercício de poder sobre o corpo, mais precisamente, às formas de exercício de poder institucional do médico sobre o corpo do paciente, um corpo desvinculado de suas subjetividades e desprovido de uma existência particular em decorrência da doença, já previamente classificada em sistemas universais. A individualidade e a liberdade de escolha do paciente são desconsideradas nessas circunstâncias (Bergstein, 2013). Merhy (2013a) debate o conjunto de atos médicos fragmentados sobre o usuário e questiona se o trabalhador comanda o seu saber ou se é comandado por ele. Com Balint (2008) pode-se acrescentar que o apego a esses diagnósticos deve-se também ao desejo do médico em ser compreendido e aceito pelos colegas. Há um prazer narcísico e de domínio do médico em verificar o seu saber ao diagnosticar, o que, mais profundamente, o remete à sua própria fragilidade. O médico teme "não poder coincidir com a imagem de onipotência que o paciente projeta nele" (Guyotat, 1967, apud Sapir, 1994: p.123), uma forma de manter o corpo de conhecimentos que esse profissional detém.

Enquanto, por um lado, a medicina tornou-se uma profissão altamente especializada, atingindo níveis de excelência em âmbito das tecnologias duras e leve-duras e com recursos voltados ao cuidado dos fragmentos do corpo, por outro, ainda faltam ao médico habilidades relacionais para lidar com o ser humano *inteiro* (Caprara, 2004; Mcwhinney, 2010; Merhy, 2013a). Em paralelo, Cassel (2004) discute como desafio maior da medicina do século XXI a tarefa de descobrir o sujeito e revelar o seu potencial, assim como nos séculos XIX e XX foi

³⁶ O livro "Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes", vol 1, é composto por diversos textos que caminham por esse conceito: pp 105; 173; 183; 240; 287.

³⁷ "A produção do cuidado tem dimensões tecnológicas próprias" (Merhy, 2013b: p. 62). Utilizo-me do conceito de valises/caixas de ferramentas tecnológicas, proposta por Merhy (2013a: p. 95), das quais o profissional de saúde faz uso no seu encontro com o usuário. As *tecnologias duras* representam os equipamentos manipulados, como o endoscópio e o estetoscópio. As *tecnologias leve-duras* expressam os saberes estruturados, como a clínica e a própria medicina. E as *tecnologias leves* são produzidas no espaço relacional trabalhador-usuário.

revelado o poder do corpo.

Compreende-se que a racionalidade biomédica, instrumentalizada com o imenso aparato tecnológico da medicina contemporânea, ao limitar a doença ao desajuste orgânico, não consegue apreender de maneira holística a experiência do adoecimento e suas consequências no agir e relacionar-se com o mundo. A perda da dimensão intersubjetiva, materializada em um processo de coisificação do sujeito em seus diagnósticos (um soropositivo, uma depressiva, uma renal crônica...), mantém o doente em anonimato e intensifica o seu sofrimento (Teixeira, 2005).

Franco (2013: p. 15) argumenta pela desterritorialização das práticas em saúde vigentes, para que dêem lugar a novas práticas de cuidado, ordenadas sob novas singularidades:

Desterritorializar significa romper com as lógicas instituídas, capitalísticas, biomédicas, procedimento centradas, abrindo-se para novas subjetividades formadas com base na estética da multiplicidade, que interpreta o mundo do trabalho e cuidado na sua forma complexa, com expressão das singularidades; e na ética da diferença que supõe inúmeros modos de significar o trabalho em saúde, admitindo todas elas, supondo convívio, pactuação e permanente exercício da tolerância (Franco, 2013: p.15).

4.2 A relação médico-paciente

Os médicos receitam remédios que pouco conhecem, para curar doenças que conhecem menos ainda, em seres humanos que eles desconhecem inteiramente.

(Voltaire, apud Odent, 2016: p. 31).

“Você não tem nada”, diria o médico à paciente histérica. Nas entrelinhas, revela-se o não-dito: nada que seja passível de se inscrever no discurso médico (Jorge, 1983: p. 17). Para Clavreul (1983) o discurso do doente já é desacreditado de antemão, pois o discurso válido sobre a doença seria o discurso médico. “Isto é coisa da sua cabeça” deriva da falta de explicação orgânica para os sintomas do doente e da dificuldade de reconhecimento pelo médico de sua própria insuficiência (Tahka, 1988: p. 64). Balint (1998: p. 4) aborda que “não ter problema algum” não seria uma resposta plausível à ávida demanda do doente, gera conflito e tensão, e por vezes significa que a medicina realmente não sabe o que se passa em determinado caso, apesar de não assumir essa posição. Missenard (1994: p.V) complementa que os pacientes que “não tem nada” são uma amostra bem conhecida dos médicos e retornam

com insistência aos atendimentos.

É por intermédio do complexo relacionamento entre um sujeito, portador de queixas, sofrimentos e doenças, com o seu médico, validado pelos seus conhecimentos e habilidades, que se desenvolve a estrutura fundamental da prática médica (Balint, 1998; Lejderman, 2016; Tahka, 1988). A forma como a relação médico-paciente é apreciada modificou-se com o tempo, desde apelos às forças sobrenaturais à atual aplicação de altas tecnologias duras, de acordo com os processos de mudança que ocorrem na própria medicina (Moura, 1998; Bergstein, 2013), bem interpretado por McWhinney (2010) ao sustentar que “a medicina é filha de seu tempo”. Mas, ainda assim, dentro de uma certa rigidez protocolar difícil de ser deslocada.

Historicamente a relação médico-paciente pode ser vista como uma das *células* de manutenção do poder da corporação médica sobre a sociedade (Fernandes, 1993). Nesse sentido, Clavreul (1983) argumenta não existir relação médico-paciente e sim instituição médica-doença. Defende que essa relação é ordenada pelo distanciamento dos sujeitos e pela exclusão de suas atitudes intersubjetivas, o que Stoetzel (1960 apud Moreira Filho, 2005: p. 4) chamaria, na década de 60, de "uma relação entre dois papéis previsíveis" e Foucault (2014: p. XVIII) de “dois indivíduos vivos enjaulados em uma situação comum, mas não recíproca”. Esse cenário seria assim premeditado se não fosse a nossa capacidade de nos afetar e nos refazer a cada encontro.

A máquina medicina e seu olhar bioquímico isolado não auxiliam a compreender o paciente e seus referenciais, senão o relacionamento se deteria a um pesquisador das ciências naturais com o seu objeto de estudo coisificado em órgão enfermo (Tahka, 1988). Nessa grandeza, Foucault (2014) expõe o paradoxal papel da medicina em neutralizar médico e doente, para que na espessura relacional prevaleça a doença. Ambos são destituídos de sua subjetividade, prevalecendo a instituição médica e o seu discurso, dos quais o médico, convencido a defender tal legitimidade, é apenas o seu anônimo representante. Ao passo que o doente, tão anônimo quanto, é o terreno onde a doença se instala. Ambos anulam-se na qualidade de sujeitos para que esse encontro aconteça (Jorge, 1983; Balint, 1998; Clavreul, 1983; Fernandes, 1993).

A experiência clínica - esta abertura, que é a primeira na história ocidental, do indivíduo concreto à linguagem da racionalidade, este acontecimento capital da relação do homem consigo mesmo e da linguagem com as coisas (Foucault, 2014: p. XIII).

A relação do sintoma com as suas condições de vida estaria em um plano pouco acessado, em nome da supremacia de um certo modo organizado de pensar e agir. O trabalhador de saúde, valorizado de acordo com o conhecimento que é capaz de conduzir, tenta governar também o usuário, como traduz (Merhy, 2013b: p.61): “como regra o transformamos em nosso objeto e o tratamos a partir dos nossos a priori, éticos, técnicos e políticos”. Se na consulta, que também é um ato político, não há permeabilidade para se manifestarem os aspectos subjetivos que compõem a cidadania e não há capacidade de escuta que permita captar as singularidades do usuário, a relação médico-paciente parece contribuir para uma relação de dominação da ordem médica sobre a sociedade e sobre as classes não-hegemônicas, representando além do poder corporativo, o poder societário do ato médico (Fernandes, 1993; Iriart & Merhy, 2016).

4.3 O encontro clínico, um território de afetos

Parece que o tiro fura a gente

Já era quase almoço, Seu Geraldo entra na sala ansioso. Ainda não nos conhecíamos. Sentou-se ao meu lado e, cabisbaixo, começou a falar. Mas as queixas eram tantas, e tão repetidas, que as palavras congestionavam-se e eu só pude entender “dor” e “memória”. Mas Geraldo não estava sozinho. Vieram também a filha e o neto de colo. Eram a sua família. Dizia ela que no último mês seu pai apresentava lapsos de memória.

- Dra., eu salguei o café e deixei o feijão queimar três vezes. Que isso!?

E relatou num espanto, com um medo tímido de ser pior do que já estava sendo. Seu Geraldo estava engasgado. Mas, de algum modo, sentiu que aquela sala, apesar de toda branca e pouco acolhedora era, ao menos, um ambiente seguro. E desembestou-se a falar mais uma vez.

- Minhas mãos, não sei se sinto demais ou de menos. Se eu cozinho, ela queima. E se eu pego no gelado, ela também queima. E fica vermelha, bem vermelha. Parece que estou mais sensível ultimamente.

- E sente dor, Seu Geraldo?

- É que dói o corpo todo. Caí ano passado, minha clavícula saiu do lugar. Continua saindo, porque aquele dr. Do Hospital de Bonsucesso só deu remédio, nada mais. Meu joelho dói também, mais o direito. Meus cotovelos... os dois. Mas esse negócio de esquecer é que está me atrapalhando. E aqueles tiros...

- Que tiros?

- A senhora está sabendo dos tiroteios, né? Meu bar fica em frente à praça, tem bala todo dia. Quando começa, parece que o tiro fura a gente. Eu me escondo no banheiro, já passei horas lá.

E a filha interpela. A dor é dela também:

- É, dra, tá difícil. Trabalho com meu pai o dia todo. Tô preocupada com ele. Ele tá diferente. A gente passa por isso juntos. A gente sabe que o tiroteio é lá de fora. Mas o barulho é tanto, que parece que tá dentro de casa, dentro da gente. Tô tentando convencê-lo a mudar de lá e vir morar comigo.

- E aí, Seu Geraldo, o que acha disso?

- Mudar? É, já, pensei. Tô pensando... Mas são 70 anos de Nova Brasília, de Alemão. Minha vida é aqui. Você sabe o que é isso?

E pensei intimamente. Não, não sei. Também pensei que não aprendemos na faculdade a lidar com situações de violência. Diante minha ignorância, busquei no exame físico um pouco mais das dores daquele homem. E encontrei uma cicatriz bem extensa, no tronco, do coração à escápula.

- O que é isso Seu Geraldo?

- Isso já faz 28 anos, quando eu reagi a um assalto à mão armada.

(...)

Aquele era um sobrevivente. Balas cravadas no seu pulmão e dezoito dias de CTI lhe renderam duras memórias. Seu Geraldo estava em franco sofrimento mental. Seu corpo pedia socorro. Estava em pânico.

- Dra, eu não quero passar por isso de novo...

- E o sono, como está?

- Não é que eu tenha insônia, mas eu tenho medo de dormir. Vai que eu morro sem nem poder me proteger? Aí eu tento ficar acordado.

- E agora, por que você voltou a ficar ansioso?

Olha no relógio e diz:

- É o caminhão da coca-cola que vai entregar mercadoria lá no bar e eu estou aqui. Não tem ninguém pra receber.

- Deixe disso, pai, é hora de se cuidar. Tá vendo como ele é preocupado?

Bom, Seu Geraldo sai com uma receita, um retorno marcado, um aperto de mão e com a dúvida se sai ou não do seu lugar.

E eu termino com a certeza que a violência adoece. Medicá-la adoece também os profissionais de saúde. Estamos em guerra.³⁸

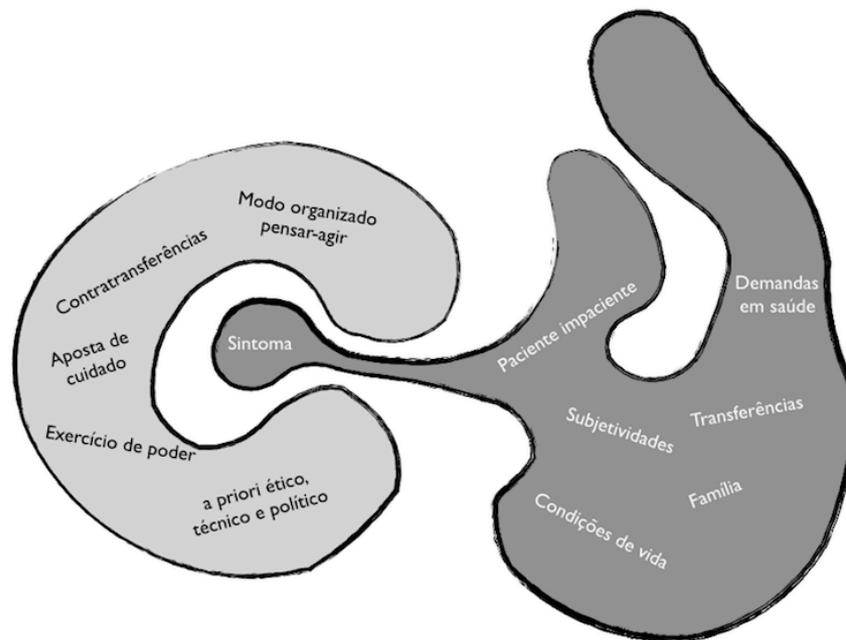
Encontrar, na perspectiva de Onocko Campos (2005: p. 575) é "pôr-se em contato, sempre com resultado incerto". É arriscar-se, estar aberto à surpresa, reformular o esboço antigo a cada contato (Carrió, 2012). Como na narrativa exposta para exemplificar a imprevisibilidade do encontro e as afetações que produz nos envolvidos, um encontro que pode desorganizar os saberes prévios da medicina e os exercícios de poder sobre o corpo do outro. Para Spinoza, "o corpo é uma potência em ato, uma força de existir" (Trindade, 2014)³⁹, e é por intermédio dos encontros que os corpos são afetados pelo mundo e afetam-se mutuamente, gerando mudanças em seus estados, no meio e na potência para agir⁴⁰, por isso um acontecimento imprevisível (Franco, 2013; Merhy, 2016), como destaca a figura:

³⁸ Essa narrativa é fruto de um caso cotidiano da clínica. Os nomes são fictícios.

³⁹ **Espinosa - origem e natureza dos afetos**. Publicado em 15/07/2014. Acesso em 05/08/2014. Disponível em: <https://razoainadequada.com/2014/07/15/espinosa-origem-e-natureza-dos-afetos/>.

⁴⁰ Túlio Franco (2013) discute a Teoria da afecção, de Spinoza, com destaque para o processo de subjetivação no contexto do processo de trabalho e cuidado.

Fig11: A imprivibilidade do encontro clínico.



No trabalho em saúde há um profundo processo de subjetivação, com produção de subjetividades em dinâmica metamorfose, criando relações fluidas que se estabelecem entre o usuário e o trabalhador, portadores de suas próprias forças e poderes (Franco, 2013; Merhy, 2013b; Merhy, 2016). Quando, então, o ato assistencial em saúde é posto em análise, quais as dimensões da intersecção profissional-usuário? Esse encontro fundamental envolve poderes; confiança; sentimentos; transpassa o campo dinâmico dos fenômenos transferenciais e contratransferenciais; e relaciona-se com a instituição, a clínica, o acolhimento e a gestão (Stewart, 2010; Onocko-Campos, 2005). Contudo, a forma que nos relacionamos com tal complexidade e nos colocamos à disposição é que define a nossa aposta de cuidado no campo relacional:

P3 GB1: "Eu perguntei qual foi a emoção mais frequente na consulta. Porque ela tinha falado de raiva e eu queria saber se foi raiva ou se foi alguma outra".

P1 GB1: "Acho que foi raiva. Em vários momentos eu fiquei com muita raiva dela".

P8 GB1: "Mas o que te incomodava?"

P10 GB1: *"É que você mostrou um incômodo o tempo inteiro, que eu senti na sua fala. O que você consegue perceber que te incomodava ali na situação?"*

P1 GB1: *"Eu acho que o que mais me incomodou foi vê-la tirando o foco ali, algumas vezes, do que eu queria que fosse o foco da consulta."⁴¹*

Este trecho é simbólico, pela hierarquia posta a priori, do que é objetivamente visto como prioridade pelo profissional versus o que é subjetivamente desconstruído pela usuária. Podemos ver como um jogo contratransferencial, que opera de modo regulador sobre a paciente, possivelmente gerado pela impossibilidade em governar o desejo desta quanto ao foco da consulta, ou seja, há um desencontro de prioridades produzidos nessa relação - entre o agenciamento formal da medicina e a autonomia da usuária, munida de suas demandas, seu corpo e suas subjetividades. Merhy (2013a; 2013b) destaca o usuário como produtor de saberes próprios, como aquele que também incomoda, que é impaciente e que questiona as relações de *saber e poder*.

P9 GB1: *"E essas pessoas que se colocam nesse lugar, e aí somatizam então as dores – articulares, insolúveis, intratáveis – compulsivamente. E elas também me ativam a minha sensação de impotência, porque nada que eu falar vai resolver. Eu preciso tirar esse problema e o no que ela vai se apoiar pra ficar reclamando, né? Se melhorar a dor, o que vai sobrar pra ela se trancar nesse papel de vítima?"*

P7 GB1: *"Quando alguém se coloca como vítima, eu tenho vontade de me colocar como agressor, né?"⁴²*

Nesse diálogo há tensões entre o cuidado que a usuária requer e o que o profissional sente-se capaz de oferecer (daí a impotência); também quanto aos regimes de verdade da forma médica de se enxergar uma queixa e referir-se a um tratamento que a cure, desconsiderando outras formas de produzir vida. No âmbito da discussão do que é um encontro, Onocko Campos (2005) discursa:

Quem se contacta com quem? Corpos e afetividades em jogo. Se entendermos por

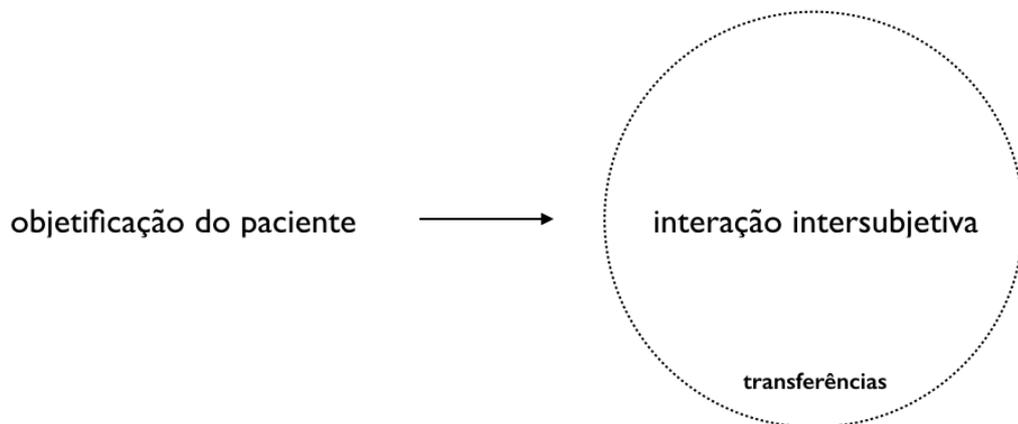
⁴¹ Transcrição das falas dos participantes do Grupo Balint 1, referente ao Tempo V (os integrantes esclarecem dúvidas sobre o caso, questionando objetivamente o apresentador).

⁴² Transcrição das falas dos participantes do Grupo Balint 1.

instituições as formações discursivas que adquiriram valor de verdade, quantas instituições mediam esse encontro quando se trata de uma situação de atenção à saúde? Onocko-Campos (2005: p.575).

A autora mostra que, se olharmos ao microscópio, o encontro entre os sujeitos é um encontro repleto de tensionamentos. Acrescenta que os trabalhadores de saúde reagem também de forma inconsciente, e reconhecermos tal dimensão muda a forma de abordarmos as relações, a partir de um viés de desconhecimento parcial de nós mesmos. É justamente essa lacuna que Michael Balint se propõe a investigar, ao negociar elementos da psicanálise, em um enquadre não psicanalítico, partindo da objetificação do doente para uma interação intersubjetiva, que se explora no grupo, por meio das transferências - em uma dada relação específica, com este sujeito particular, que tipo de médico sou? quais as minhas defesas? quais são os meus pontos cegos? (Soreanu, 2016; Balint, 1998; Enid Balint, 1998; Sapir, 1994):

Fig 12: O movimento de Balint na análise da relação médico-paciente.



Balint discute o "entre", ou seja, a dimensão terapêutica para ambos (médico e paciente); faz uso de elementos da psicanálise em um enquadre não psicanalítico; e desloca o olhar para a própria compreensão dos acontecimentos e emoções (campo das transferências) diante dos sujeitos de quem cuidamos enquanto profissionais de saúde.

Este é o campo da micropolítica, em cujo território existencial se exerce a produção do trabalho vivo em ato (Merhy, 2013d), que como o centro do processo produtivo do cuidado, ocorre na dinâmica dos processos subjetivos e sociais onde habitam os sujeitos. Desenvolve-se sob a interação de inúmeros elementos socioculturais, políticos, econômicos, técnico-científicos, subjetivos, relacionais, comunicacionais, organizacionais (modelo assistencial), territoriais e macroestruturais (Brandão, 2007; Franco, 2013; Gomes et al, 2012; Pendleton,

2011; Stewart, 2010; Sapir, 1994), o que Franco (2005) nomeia como micro e macrocontextos e Sapir (1994) por ambiente movediço, pela sua intrínseca fluidez.

A nossa força como trabalhadores de saúde está justamente na célula micropolítica do encontro com o usuário, âmbito em que conseguimos agir com autoria e imprimir a nossa liberdade e potencialidade criativa (Merhy, 2013c; Merhy, 2002). O uso das tecnologias leves permite-nos singularizar o olhar e o processo de trabalho, e gerar profundas mudanças no modo de produzir cuidado, apesar de previamente arquitetado pelo saber da medicina (tecnologia leve-dura) (Franco, 2013).

O uso de uma *caixa de ferramentas tecnológicas*, coerente com o sujeito da ação e a ação em si, é proposto como a instrumentalização dos saberes e seus desdobramentos pelo profissional. O uso das valises das tecnologias duras, leve-duras ou leves no *agir profissional* sobre o paciente, varia em intensidade conforme a finalidade do processo produtivo daquela rel(ação). O encontro médico-usuário sintetiza, nessa dimensão, a produção de uma intersecção das necessidades de saúde do paciente, suas experiências e expectativas, com os saberes e práticas do médico (Merhy, 2013d; Merhy, 2013e). Enquanto *agir-trabalhador de saúde* sobre o usuário, há uma disputa marcada pelos tensionamentos advindos do usuário, podendo contaminar-se pela leveza ou dureza que essa interação impõe. A assimetria, portanto, tem várias mãos – o usuário, com seus saberes, posiciona-se de forma assimétrica e intencionalmente desafiando e testando o poder e o saber do trabalhador (Franco, 2013).

“Ver no paciente um outro eu mesmo e, com isso, como disse Aristóteles, resgatar a própria individualidade” (Ismael, 2005: p. 114) – o que se produz enquanto atos de saúde é, pois, tão singular quanto incerto, a depender do olhar do profissional para o paciente como um outro de si mesmo, em um exercício de alteridade⁴³ por meio do qual o trabalhador encontraria a si mesmo no ato:

No ato produtivo, o trabalho vivo em ato é em si um acontecimento, é ação, e como tal está aberto aos processos mais díspares, tanto de capturas, pelas relações sociais capitalistas, como de fuga para lugares não obrigatoriamente dados, mas em produção, instituintes. (Merhy, 2013c: p. 11)

⁴³Segundo o Dicionário de Filosofia Nicola Abbagnano, *alteridade* refere-se ao "conceito que o indivíduo tem segundo o qual os outros seres são distintos dele. Ser outro, colocar-se ou constituir-se como outro. A Alteridade é um conceito mais restrito do que *diversidade* e mais extenso do que *diferença*. Acessado em 25/03/2017. Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/4776000/Dicionario-de-Filosofia-Nicola-Abbagnano>. Pelo dicionário de psicologia (1973: p.75), alteridade é contrário ao “ego”.

Os significados destes atos tomam forma durante os processos, que, conduzidos por tecnologias leves, produzem relações e seus desdobramentos, como “a construção ou não de acolhimentos, vínculos e responsabilizações, jogos transferenciais, entre outros”, que só tem materialidade em ato (Merhy, 2013a: p. 98). Entre a oferta de uma relação baseada em respostas tecnocientíficas, centrada nos riscos, medicamentos e disfunções, que vimos predominar na prática médica da APS, e o mundo da vida dos sujeitos, reside a necessidade de ampliar os horizontes normativos, em busca de se estabelecer uma relação dialógica (Merhy, 2013a).

P2 GB1: “A gente tem um certo impulso também de consertar a vida dos outros, né? Enquanto formadores de conduta, no papel de preceptor, de formador. Então como a gente resolve, como a gente organiza, como a gente conserta a vida do outro? Como a gente também conserta e tira doenças dos lugares e conserta as vidas dentro do consultório - existe esse mito, né, de ‘mecânico’, de organizar, ‘deixa eu colocar tudo no lugar.’ E às vezes, se a gente pudesse, a gente iria lá mesmo e resolveria a vida do paciente. ‘Deixa eu ir lá na sua casa que eu resolvo rapidinho.’ Mas não é bem assim, né? Não é bem assim.”⁴⁴

Nessa relação está em disputa, inclusive, o que é saúde e como se produz o cuidado. "As decisões que os trabalhadores de saúde fazem sobre a vida do outro muitas vezes divergem das apostas que os usuários fazem na produção intensiva de suas vidas" (Ferreira, 2016: p. 96). A fala da participante revela um comportamento já arraigado do profissional em prescrever e agenciar. E, ao mesmo tempo, uma compreensão de que o encontro clínico desorganiza esse lugar de certeza. Afinal, o que deseja o outro de si? Além do corpo biológico, o que constitui o usuário? Um corpo de experiências e afetos que definem seu modo de existir. Então, ao pensarmos o cuidado, devemos considerar essa complexidade para que a ação de cuidado potencialize as apostas dos sujeitos sobre suas existências (Ferreira, 2016; Merhy, 2002; Soreanu, 2016). Em uma perspectiva de corresponsabilização, ambos devem operar como protagonistas desse território relacional; promover uma relação cooperativa na tomada de decisões (Carrió, 2012; Stewart, 2010); repensar a organização dos serviços; atuar com reflexão crítica; engajar-se (Gomes et al, 2012). Depende, pois, de como esses atores atuam na micropolítica, como usam suas forças e quais apostas de cuidado

⁴⁴Transcrição da fala do participante do Grupo Balint 1.

produzem também nas dimensões técnica, ética e política (Onocko-Campos, 2005; Sucupira, 2007).

P10 GB1: “Mas é que a urgência é sempre nossa, né? Se fosse tão urgente pra ela, eu acho que isso já teria provocado alguma coisa. O que eu fico pensando é que vai ser sempre uma tarefa inglória pra gente, porque nunca vai depender da gente, vai sempre depender do outro. Que o outro se dê conta, e do quanto isso também estrutura o que o outro é, né? A gente pode abrir a porta, pode abrir o olho, pode abrir o que for, mas o passo quem dá é o outro. E vai ser sempre no tempo do outro. Porque senão ele pode dar um passo em falso e aí pode ser muito mais devastador pra vida dele e só ele vai ter condições de dizer e se responsabilizar também por aquilo. Falar de corresponsabilização é responsabilizar a todos os envolvidos, inclusive a pessoa que está trazendo aquela questão pra gente. O que de responsabilidade o outro tem também na vida, né? Qual é a minha responsabilidade nesse problema que ela está me trazendo, no que eu posso ajudá-la, mas qual a responsabilidade dela em fazer alguma coisa para a vida dela? E isso só cabe a ela fazer.”⁴⁵

Esse trecho nos faz pensar no quanto a forma do usuário viver por vezes desterritorializa os trabalhadores de seu lugar seguro, por isso um agir coerente passa por validar o que o outro faz pra se produzir em vida (Ferreira, 2016). Este é o lugar de onde partimos: validar o outro. Compreender o usuário requer uma escuta singular, que não se trata de traduzir uma queixa a uma leitura biomédica, mas de estabelecer uma relação dialógica no espaço intercessor do encontro. Isso demanda de nós um desapego à rigidez da clínica, e uma abertura ao inédito, pois se a aposta de cuidado é com e para o usuário, transgredimos o território dos procedimentos e fluxogramas para um espaço de negociação.

Para Balint (1998) o reconhecimento do outro era central para a clínica, mas convocava a uma medicina embasada também nas ciências humanas, cuja escassez na formação ele considerava lamentável. Em oposição, a medicina centrada na enfermidade, focada no diagnóstico clássico, cria prognósticos generalizados e probabilísticos, mas não individualizados, portanto insuficiente para a compreensão do processo de adoecimento em maior amplitude, considerando seu aspecto psicossocial e a resposta do paciente. Para fazer distinção a esses processos e olhares, no âmbito da medicina alopática, surgiu na década de 30

⁴⁵Transcrição da fala do participante do Grupo Balint 1.

a disputa conceitual entre a doença (experiência subjetiva do indivíduo) versus a enfermidade (objetivamente verificada pelo médico) (Tahka, 1988).

P2 GF4: “O que eu vejo geralmente no lugar onde eu estou agora, do internato, é que a maioria dos médicos e dos alunos também, como eu, se afetam com alguma coisa e acham que você tem que criar uma capa dura e não se afetar. Só que aí a gente é humano e a gente se afeta o tempo inteiro. Então eu acho que ter um espaço para você aprofundar o seus afetos e problematizar as coisas que você está vivendo é fundamental para essa relação – tanto médico-paciente como médico-médico, como médico e equipe em geral, e como ser humano mesmo.”⁴⁶

Na nossa relação com o trabalho somos sistematicamente treinados a objetivar, diagnosticar e tratar com eficiência, em prol de uma clínica que investiga o outro, mas cuja capacidade de interlocução está restrita aos regimes de verdade biomédicos. O campo disciplinar da medicina representa aqui um contratempo, entre o necessário e o instituído.

P8 GB1: “É difícil, quando a gente é impactado por uma situação que está ali acontecendo, você conseguir se deslocar, sair desse lugar e ser neutro; não sei se é o que os pacientes esperam, mas eu acho que é uma coisa que a gente espera como quem está atendendo. Eu sou psicóloga, quando alguém vinha até mim falar dos seus problemas, eu esperava de mim que eu me colocasse fora daquela situação para poder ser alguma coisa neutra ali e poder ajudá-la de alguma forma. Mas isso não é se relacionar, né. E aí qual é o limite, onde eu permito me relacionar...”

P5 GB1: “É que a neutralidade é sempre uma ficção também. Quando você fala ‘eu sou neutra’, eu acho que isso tem mais a ver com passar uma imagem de neutralidade do que de fato ter uma atuação neutra, né. Porque você vai ser afetada de qualquer maneira, e você vai pensar coisas para além do que você tem desejo de pensar.”⁴⁷

Essa busca pela neutralidade é fictícia, ao menos pelas perspectivas Spinozista das afecções e Balintiana do encontro clínico. Nessa conjuntura, o profissional impactado (e,

⁴⁶Transcrição da fala do participante do Grupo Focal 4.

⁴⁷Transcrição das falas dos participantes do Grupo Balint 1.

digo, implicado) não se constitui um receptor neutro de queixas, investe suas expectativas nessa interação, como também se produz nesse encontro. Como produtor de ações em saúde, suas particularidades (personalidade, habilidades de comunicação, valores e convicções) redimensionam o vínculo e possibilitam diferentes conexões com os usuários; nesse fluxo a cooperação é uma pedra angular, por reforçar conexão e abertura (Tahka, 1988; Teixeira, 2008). Ferreira (2016) e Merhy (2014) nos convocam a colocar o usuário no centro da produção do cuidado e a considerar os diversos modos de constituírem suas redes vivas.

P12 GF3: “Tem uma coisa muito básica que eu acho que o grupo Balint ajuda muito pra mim que é de lembrar que nós somos pessoas atendendo pessoas. Parece que é idiota falar isso, mas essa coisa do número de pacientes e tal, tem uma tendência muito grande de virar uma coisa em série, né, mais um entrando no seu consultório, e é muito fácil esquecer disso, né? Que você é uma pessoa cuidando de outra pessoa.”⁴⁸

Essa fala nos remete ao debate feito por Schraiber (2008), quanto às crises da medicina, seja no âmbito relacional (relembrarmos que somos sujeitos em interação, e não máquina-objeto, e que portanto há um fluxo de emoções na consulta); do exercício profissional; do distanciamento da relação; e da quebra da confiança. Tantas crises nos desafiam na imprevisibilidade do encontro que somos encorajados a pensar nas implicações psicológicas da nossa prática (Nogueira-Martins, 1998; Schraiber, 2008). O grande desafio atual é a reconquista das relações *inter* e *entre* subjetivas, dentro e fora da medicina, onde seja possível o encontro do humano comum, a partir de uma abertura ao outro: “cada um, diante do outro, se encontra de novo” (Schraiber, 2008: p.207). A mudança se opera em cada encontro, para que surjam novos modos de gerar cuidado que busquem sentidos mais amplos na satisfação do usuário e do profissional. O quanto me afasto/ me aproximo? O que faço com tal afetação? Para que seja mutuamente satisfatório, é importante que ambos sintam que algo bom foi realizado (Balint, 1998).

P6 GF4: “Eu fiquei tentando pensar nessa... eu vou falar do método, desse método. Por exemplo, uma discussão de caso em uma reunião de equipe: eu sei que é um tempo muito maior do que o que a gente geralmente tem para a discussão de um caso, mas muitas vezes

⁴⁸Transcrição da fala do participante do Grupo Focal 3.

a gente discute o mesmo caso toda semana, e aí eu fiquei pensando assim se isso seria possível, se isso caberia, ou se é o espaço. Eu fiquei pensando no quanto a gente não abre espaço para que surjam os sentimentos também dos casos que a gente discute. Às vezes a gente está discutindo, ‘não, fui lá, fiz a visita, fiz isso, eu já encaminhei, chamei o NASF, vamos discutir...’ O quanto às vezes a gente tem pouco espaço, a gente não se permite [criar] espaço pra [falar] tipo ‘tá difícil’, ‘eu não estou conseguindo lidar’, ou então ‘eu não consigo.’ Até pra entender assim que nesse momento eu preciso que tu entre no caso comigo, eu não estou conseguindo ser referência pra essa equipe. Uma das coisas que eu veria dificuldade não é a questão do tempo que a gente tem em uma reunião de equipe, mas do quanto isso faria sentido até para as pessoas – às vezes, pô, ficar duas horas discutindo um caso? –, mas do quanto as pessoas vão conseguir fazer esse movimento, né? Às vezes é isso, agentes comunitárias às vezes com falas muito prescritivas ou culpabilizadoras... a gente também, profissional, né!? não só a gente, mas todos os profissionais, eu acho, como um todo. E eu fico pensando: ‘é, mas meu grupo, será que seria possível a gente fazer isso de alguma maneira no nosso dia a dia?’”⁴⁹

Os trabalhadores são convidados a tomar consciência do seu papel coletivo como agentes e disparadores de mudanças na forma de operar o trabalho nos serviços de saúde, pois são eles, que, em contato com os usuários, produzem trocas de subjetividades que trazem à tona suas necessidades - "O encontro aí produzido é bem mais complexo que só um lugar de exercício do saber verdadeiro de uns sobre os objetos-problema a serem cuidados do outro" (Merhy, 2013b: p. 61).

As diversas formas de estabelecer o trabalho, de acordo com a associação entre as valises são estrategicamente definidoras do sentido dos modelos. O trabalho médico, para que exerça o potencial do cuidado em saúde, deve abranger a dimensão cuidadora e a dimensão centrada no saber tecnológico específico daquela profissão, constituindo competência de ação na intervenção em saúde, que englobe tanto procedimentos quanto formas cuidadoras. Essa questão é central para Onocko-Campos (2005), pois os meios técnicos que o trabalhador possui impactam tanto na eficácia de sua prática quanto na sua tolerância ao enfrentamento da dor que lida cotidianamente. Cobra-se do médico que ele exerça o seu saber disciplinar, de acordo com saberes já estruturados (tecnologias dura e leve-duras), mas também opere a

⁴⁹ Transcrição da fala da participante do Grupo Focal 4.

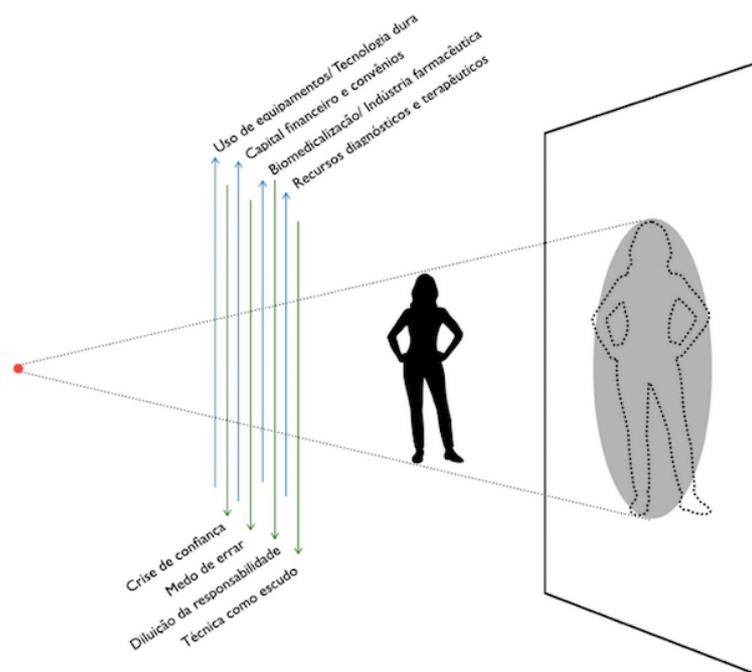
dimensão cuidadora por meio dos processos relacionais (tecnologias leves) (Merhy, 2013a) e dos processos de subjetivação que um dado equipamento pode ou não favorecer (Onocko-Campos, 2005).

Os *agires em saúde* articulam essas dimensões, produzindo distintas modalidades do cuidado. A dimensão cuidadora propõe produzir um terreno de troca, onde exista fala e escuta, acolhimento e vínculo, interesse pelo mundo subjetivo do usuário e suas demandas, plano terapêutico compartilhado e posicionamento ético (Merhy, 2013a). Afinal, nessa relação, o que é pretendido pelo usuário? Não é apenas o profissional que intervém sobre o usuário a partir da infinidade de seu universo de ação. No encontro, há a produção de um lugar situacional em ato, a criação do *espaço intercessor*, um campo de tensão permanente na *com-fusão* temporária que se estabelece, onde todos exercem suas forças - um encontro caótico de multidões (Merhy, 2013b).

4. 4 As tecnologias e as (in)certezas médicas

Nas múltiplas configurações que se estabelece o processo de trabalho em saúde, a relação direta entre o médico e o paciente não deixa de existir por ser intrínseca à atividade médica, mas esses sujeitos de fato se encontram quando se conectam por meio do intercâmbio de afetos (Schraiber, 2008; Fernandes, 1993), o que Merhy (2013a) denomina trabalho vivo em ato. O encontro clínico, definidor da ação cuidadora, vem sendo interpelado por intermediários, como convênios; indústria farmacêutica; uso de equipamentos; recursos diagnósticos e terapêuticos. Esses fatores tangenciam a autonomia, a ética e a remuneração profissional e produzem modificações no seu exercício, inclusive uma transposição da confiança para o uso da tecnologia dura (Schraiber, 2008; Nogueira-Martins, 1998). A influência do capital financeiro no setor da saúde introjetou mudanças quanto aos conceitos de cuidado em saúde não apenas na macropolítica, mas na forma de se produzir saúde, no âmbito da micropolítica (Iriart & Merhy, 2016).

Fig 13: O trabalho em saúde, o olhar profissional e os intermediários da relação.



Observa-se o olhar do profissional de saúde (ponto vermelho) para a usuária e a sua projeção sendo interpelada pelos inúmeros (e variáveis) intermediários dessa interação - discussão proposta por Schraiber (2008) - que influenciarão a aposta de cuidado.

A relação médico-paciente foi estruturada socialmente, nos âmbitos profissional e intersubjetivo, na confiança⁵⁰, elemento que garante credibilidade, respeito, vínculo, diálogo; na responsabilidade; nos compromissos; e nos deveres de ambos os atores, permeados pela proposta de cuidado em saúde. Trata-se de uma relação complexa que não está livre de complicações (Gomes, 2012). O cuidado é aqui entendido como uma ação integral em saúde; como direito de ser e de ter acesso a um tratamento digno, de qualidade, com acolhimento e vínculo; e como escolha ética e política das tecnologias a serem utilizadas nos atos de saúde (Carvalho, 2009; Franco & Merhy, 2013).

⁵⁰As definições de confiança variam, dizendo respeito, por exemplo, e de modo geral, ao “sentimento de quem confia em algo ou alguém: *Ganhou a confiança de todos.*” (ex: *Ele tem confiança médico da família.*), de acordo com o dicionário Aulete (disponível em: <http://www.aulete.com.br/confiança>, acesso: 02/03/2017). No caso do presente estudo, refiro-me à confiança na medida de sua definição como “credibilidade ou conceito positivo que se tem a respeito de alguém ou de algo; crédito, segurança; (...) crença de que algo é de qualidade superior e não falhará; (...) sentimento de segurança e respeito em relação às pessoas com quem se mantém relações de amizade ou negócios”, de acordo com o dicionário Michaelis (disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=confiança>, acesso: 03/02/2017).

Houve um inegável avanço da aplicação das tecnologias duras e sofisticadas, incorporadas ao exercício da profissão, que passam a assumir um papel substancial no diagnóstico-tratamento-prognóstico e na definição da relação, afastando o seu aspecto subjetivo (Merhy, 2013a). Dominar a técnica em si não seria bom ou ruim, mas, como a instrumentalizamos e em qual contexto, define se a utilizamos como escudo ao que nos ameaça ou como "alavanca de novos processos criativos, abertos à diversidade, acolhedores da diferença" (Onocko-Campos, 2005: p. 579; Carvalho, 2009).

Torna-se essencial ressaltar a estratégia de comunicação, por meio da mídia e da propaganda, na supervalorização dos exames e medicamentos, de forma irreflexiva e alienante, visando antes o lucro que a saúde; antes o consumo que o direito social; antes a dependência de procedimentos que o bem-estar (Ismael, 2005; Nogueira-Martins, 1998); a ponto de no século XX nos depararmos com o fenômeno da biomedicalização⁵¹ e com a criação intencional de novas subjetividades nos cidadãos, a favor do modelo médico hegemônico. O paciente busca o uso de novos equipamentos, comumente investindo expectativas introjetadas, e é projetado como cliente/consumidor e não como cidadão de direito. O médico, envolto pelos intermediários descritos por Schraiber (2008), acaba por fazer uma medicina defensiva⁵² e de altos custos, reproduzindo formas capitalísticas de intervenções médicas (Iriart & Merhy, 2016).

Essa modalidade de poder, o biopoder, “já não se exerce desde fora, desde cima, mas sim como que por dentro, ele pilota nossa vitalidade social de cabo a rabo” (Peter Pál Pelbart, 2007: p. 58); quer dizer, o que desejamos – o que o paciente busca e deseja – é em parte

⁵¹ Utilizo-me do conceito de biomedicalização de Iriart & Merhy (2016), definida como a radicalização da medicalização, ou seja, em que se diagnostica e se trata situações antes não consideradas problemas de saúde. A partir de uma transposição das "curvas de normalidade", mais pessoas são consideradas doentes, o que influencia os processos subjetivos de cuidados em saúde sobre a decisão de consumo dos usuários.

⁵² Sob o ponto de vista sociológico, a relação médico-paciente tem sofrido mudanças importantes, com uma transposição de paradigma relacionada ao acesso à informação técnica pela internet em relação ao seu estado de saúde e possíveis tratamentos, o que tem fomentado negociações quanto à intervenção médica na consulta. Esse aspecto repercute nos direitos subjetivos dos sujeitos, pois desloca suas posições, o que pode ser relacionado ao aumento de ações indenizatórias movidas contra médicos. Usuários e familiares processam mais frequentemente médicos e instituições por imperícia, imprudência ou negligência. Entramos na fase da medicina defensiva, cujo escopo seria diminuir as divergências entre os envolvidos, a fim de evitar conflitos éticos, civis e penais. Na prática, a adoção de práticas defensivas - proteção contra eventuais acusações - não apenas protege os profissionais, como também engessam o exercício da profissão e a própria relação. A melhora de alguns aspectos, como maior preocupação do médico em informar pacientes e famílias sobre os riscos e em preencher documentos e prontuários de forma clara e completa pode ser vista como uma atitude de autoproteção e não propriamente como um avanço na atitude médica em relação à sua ética profissional (Bergstein, 2013: pp. 31, 34, 109; Schraiber, 2008; Nogueira-Martins, 1998).

determinado pelas formas de introjeção do biopoder em nossas vidas, visando guiar-nos inclusive quanto ao que desejamos e queremos: "Já mal sabemos onde está o poder e onde estamos nós. O que ele nos dita e o que nós dele queremos. Nós próprios nos encarregamos de administrar nosso controle, e o próprio desejo já se vê inteiramente capturado" (Peter Pál Pelbart, 2007: p. 58). Pelo viés psicanalítico, Onocko-Campos (2005: p. 577) argumenta o ser humano como quem nunca será absolutamente dono de si ou conhecerá minuciosamente o seu desejo.

O famigerado "eu gostaria de um checkup, doutor" resulta de um longo investimento da medicina ocidental alopática em estimular os pacientes para os exames de rotina (Balint, 2008: p. 217), e da influência do capital financeiro em produzi-los como consumidores (Iriart & Merhy, 2016). Os exames por imagem e laboratoriais possibilitaram conclusões mais precoces e precisas, mais segurança aos médicos, mas tornaram menos importante e mais apressado o encontro médico-paciente, reduzindo-o a uma relação analógica sujeito/objeto ou instituição médica/doença. O tempo da consulta e a escuta são os aspectos mais valorizados pelo paciente, mas foi sendo gradativamente substituído pelo tempo dedicado às técnicas de apoio ao diagnóstico (Lejderman, 2016; Clavreul, 1983; Tahka, 1988; Teixeira, 2008; Iriart & Merhy, 2016). O receio de errar gera solicitação de exames, muitas vezes inapropriada; e produz encaminhamentos múltiplos a vários especialistas, em uma diluição da responsabilidade, o que Balint (2008: p.217) nomeia por *conluio do anonimato*. Sob o olhar da integralidade, Onocko-Campos (2005) discute o uso do encaminhamento pela equipe de saúde como um fluxo de proteção ao sofrimento diante o que lhe traz impotência ou que lhe torna insuportável. A integralidade atuaria em sentido oposto, na direção de acolhimento aos riscos subjetivos e sociais.

Há um contexto de disputa política, ideológica e econômica pelo modelo de serviço e prática de cuidado do capital, a partir do incentivo ao consumo de produtos e procedimentos, em prol do lucro, versus o trabalhador armado com as tecnologias leves/relacionais: "A hegemonia exercida pelo modelo hegemônico, biomédico, sustentado pela força do capital e seu poder de subjetivação, atua como linha de força a agenciar os atos profissionais" (Franco, 2013: p.13). O uso que se faz dos equipamentos e saberes especializados torna-se ainda mais preocupante pela forma que se conecta à prática médica, pois se interpõem entre o médico e o paciente, ou médico é o seu próprio veículo de escoamento e novidades farmacológicas (parceria com laboratórios). Nesse sentido a relação torna-se meramente contratual, técnica,

com frágil ou ausente envolvimento com o paciente, transportado para o lugar de cliente consumidor do saber médico (Schraiber, 1993; Ismael, 2005; Tahka, 1988).

Os exames complementares assumem, nesse ínterim, uma infinidade de funções na relação porque ambos estão dispostos a usá-los: objetivam ou substituem o raciocínio clínico; tensionam a tomada de decisões para aspectos objetivos (em detrimento dos subjetivos da relação); corresponsabilizam na tomada de decisão (por representarem uma prova concreta da ausência/presença de algo); sobrepõem o campo reflexivo do médico, quando orientam por si só a intervenção; mantêm a idéia de que todo exame tem intrinsecamente algum benefício e satisfazem o usuário em seu desejo de consumir recursos tecnológicos: “excessos produzem mais excessos”(Schraiber, 2008: p. 188).

A tecnologia (dura) avançada qualifica tecnicamente a clínica e trouxe avanço e reabilitação para diversas doenças (Onocko-Campos, 2005), entretanto, a despeito de todos os seus benefícios e sua importância, corrobora com o distanciamento dessa interação, em detrimento dos processos relacionais de cumplicidade e da habilidade em lidar com as incertezas. Os pacientes, instituídos pela própria prática médica, mantêm a expectativa de um diagnóstico preciso e imediato, mas nem sempre os médicos estão aptos a fornecê-lo. Tanto o médico deve ser capaz de expressar a sua insegurança, quanto o paciente de não recebê-la como uma incapacidade profissional (Schraiber, 2008; Ismael, 2005).

P7 GF4: “Falando meio genericamente, o Balint permite que você encontre o seu status humano, ou seja, de não ter que ser ‘super’ coisa nenhuma, nem de saber tudo, nem de poder tudo. Quando você fica mais humano, você encontra um outro humano do outro lado, que é o paciente.”⁵³

Está posta uma crise de confiança nas múltiplas esferas relacionais da medicina, inclusive do médico com a agência do seu processo de trabalho: a sua autonomia, as responsabilidades que assume, os limites e as expectativas de sua especialidade, o seu saber, o seu poder decisório... O exercício profissional da medicina tem sofrido mudanças estruturais, com impacto na remuneração e na atitude ética dos médicos, influenciados pela inovação de recursos diagnósticos e terapêuticos; pelo estímulo à medicalização; pelas formas de contratação e de trabalho médico. Mas como isso tudo tem modificado a relação? (Nogueira-

⁵³Transcrição da fala do participante do Grupo Focal 4.

Martins, 1998; Schraiber, 2008). O conhecimento técnico da medicina expresso pelo trabalho vivo em ato de um profissional utiliza-se das mesmas valises de tecnologias duras e leves que outros profissionais utilizariam; é único, no entanto, ao se subjetivar em ato, por meio das tecnologias relacionais leves. Disso compreende-se que a confiança nas relações de cuidado em saúde se estabelece por meio de múltiplas bases, não constituindo-se em uma composição binária (Machado, 1995; Schraiber, 2008; Franco & Merhy, 2013).

P3 GB1: “Tem um pouco também daquilo, eu estava aqui pensando, que é em cima da ideia de ‘eu não sei o que fazer’. A formação médica, de uma maneira geral, forma para que você saiba o que fazer sem fazer alguma coisa. Como é que a formação médica é, de uma maneira geral, estritamente focada em questões biológicas. Mas quando é uma questão pessoal e emocional, a verdade é que a gente nunca sabe. Então a gente precisa aprender todo dia a conviver com o não saber. Então esse ‘não saber’ é uma dualidade complicada, porque você é formado pra saber e, de repente, você não sabe? Onde é que eu estou errando? Quem vai dizer aquilo que tem que ser feito? Sou eu, o paciente ou é uma criação a dois ou a três?”⁵⁴

Esse diálogo traz à tona o desafio do ensino, cuja tradição mantém o *ensino da certeza*. De fato, o trabalhador que sinta sua competência técnica fragilizada está mais vulnerável ao sofrimento psíquico, pela angústia ao seu não saber. A insegurança intensifica/banaliza/ burocratiza o trabalho e está relacionada ao fluxo de poder institucional, delegado a quem sabe mais. Em um contexto multiprofissional, normalmente perpetua-se o excessivo poder médico (Onocko-Campos, 2005).

P6 GF1: “O pessoal fala muito que é importante não ter relações de poder no interior, entre os participantes. Ai eu fico imaginando se também não dá pra pensar coisas mistas... Por outro lado, é legal ter gente que tá... Assim, você trabalha com esse outro médico, de outra equipe mas que está na vivência da mesma clínica que você, às vezes isso também é potente nesse sentido de troca. Não tem uma relação de poder tão clara ali, mas não dá pra ficar isonômico. Eu vejo potencialidade nos dois lados.”⁵⁵

⁵⁴Transcrição da fala do participante do Grupo Balint 1.

⁵⁵Transcrição da fala da participante do Grupo Focal 1.

O ato clínico do médico contemporâneo é inundado de desafios de como equilibrar essas tensões entre o medo de errar, o uso coerente de recursos tecnológicos, a segurança em seu raciocínio, a atualização clínica e a habilidade em captar e entender as inúmeras demandas do outro. Reconhecer os limites, como a chance de falhar e a própria impotência são algumas aptidões necessárias para lidar com a pressão cotidiana, pois a atuação médica atravessa também a relação que este estabelece entre o *saber* e o *não saber* (Schraiber, 2008).

P12 GF1: “É sempre muito complexo, mas a gente pensa na potência desse grupo porque a gente tem um olhar enviesado da coisa, né? E ainda como profissional de saúde, o que eu tenho, o que eu acho que sempre me confortou muito além da identidade foi o fato de eu poder vir aqui, e poder dizer que não sei como conduzir e não sei o que fazer com esse caso sem ser julgada por isso. Na verdade, as outras pessoas, elas estão sempre respeitando o meu não saber, porque ele acontece mais do que qualquer coisa decretada, e aprender a conceber isso como natural na nossa prática, e não a outra coisa para a qual eu não fui preparada durante seis anos de curso médico, né, que sempre tem que saber. Foi um reencontro também, pra mim, participar do grupo. Foi uma coisa que eu sempre tive muita dificuldade pra admitir durante a formação e que, depois dela, eu me reencontrei, né. Eu não sei o que fazer e em muitas situações eu não vou saber. Pra mim, como profissional de saúde, tem contribuído muito nesse sentido. E acolher o não saber.”⁵⁶

Quando a conduta médica orienta-se em função do conhecimento científico apenas, de forma direta e não reflexiva, sem porosidade para as subjetividades, o médico é levado a uma perda do senso crítico da prática clínica, tornando-se agente mecânico e deixando de existir como sujeito da ação. Gera, enfim, trabalho morto, desconectado das necessidades de saúde que motivaram as suas intervenções. A crítica no trabalho seria o reencontro do médico com o seu saber e a experiência clínica; com o cuidado efetivo e afetivo; e com um agir reflexivo, recíproco e em parceria com o usuário (Schraiber, 2008).

O trabalhador é potencialmente capaz de desterritorializar práticas arraigadas propostas pelo modelo médico hegemônico, a partir de um deslocamento do lugar do médico instituído pela sociedade capitalística, e recriar suas próprias intervenções, gerando novas formas de cuidar, no âmbito da micropolítica do trabalho vivo. O instrumento diagnóstico e

⁵⁶ Transcrição da fala da participante do Grupo Focal 1.

terapêutico mais importante continua sendo o próprio profissional, desde que compreenda o seu papel de apostar na autonomia e na valorização da vida daqueles de quem cuida (Iriart & Merhy, 2016).

4.5 O paciente e a percepção de si: um nó na garganta

"É a mesma data, eu preciso falar com alguém sobre isso"⁵⁷

No GB 3 discutimos o caso de uma atual gestante que, em gestação anterior, vivenciou a angústia da malformação fetal e a perda de sua filha dois dias após o seu nascimento. Procurou a equipe em um sábado, aos prantos, queixando-se primeiramente de ter presenciado uma agressão, para depois esclarecer a sua real demanda:

P14 GB3: “Não, doutora; eu vou te dizer o que é que tá realmente dentro de mim e que não dá mais pra segurar.’ Eu falei, ‘pois diga.’ Ela falou: ‘a data provável deste parto, que eu tô com o bebê agora, é a mesma data da minha segunda gestação, que era uma menina com malformação que faleceu logo depois do nascimento’. E aquilo estava consumindo ela demais, porque ela estava achando que a história iria se repetir, e como ela conseguiria tirar aquilo dela?”

A paciente estava vivenciando algo que se denomina "reação de aniversário", caracterizada pelo aniversário de um evento traumático e pela ocorrência de uma enfermidade na coincidência de datas (Mello Filho, 1988). Reconhecer essa circunstância como cíclica oferece caminhos para que a profissional possa atuar de forma preventiva à medida que também toca em uma certa falta de objetividade e substancialidade da questão de saúde/adoecimento em si. Nesse caso a gestante está em sofrimento por ter se dado conta da inter-relação dos fatos (que era a mesma data provável do parto entre um bebê que morreu e outro que iria nascer) e reativa o seu luto, sem que a médica seja capaz, por hora, de garantir se há ou não riscos reais. A medicina baseada em evidências não sustenta essa demanda, o que convoca paciente e médica a lidarem com a incerteza: ambas grávidas de ansiedade.

⁵⁷ Transcrição da fala da participante P14 do GB3, que nesse grupo foi a apresentadora do caso.

O mundo da doença é uma manifestação do mundo da vida, submetidos às mesmas estruturas, ordens e leis: "a racionalidade da vida é idêntica à racionalidade daquilo que a ameaça" (Foucault, 2014: p. 6). Mas a cartografia do adoecimento é única para cada doente, a depender do seu saber prévio sobre si, o mundo e os outros (Merhy, 2013b). A forma que o paciente enfrenta o adoecimento decorre não apenas das particularidades da enfermidade, mas da sua personalidade, das suas motivações e das suas satisfações prévias com a vida e suas relações (Tahka, 1988). Mais amplamente, das lógicas que o governam, da forma que está e age no mundo, de suas percepções e de sua necessidade de defender a sua própria vida (Merhy, 2013b).

Existe uma relação *paciente-doença*, que independe do médico e antecede a sua demanda por cuidado (Balint, 1998). No estágio inicial do adoecimento, o sujeito encontra-se sozinho com o seu distúrbio, emocionalmente vulnerável, persistindo certa sensação de perda de autoridade sobre o corpo (Ismael, 2005). Com o tempo, a fim de transferir as suas emoções a alguém que o auxilie, a doença leva o paciente a se consultar (Balint, 1998). Nesse primeiro contato com o profissional, o sujeito está frequentemente em crise, ansioso e na defensiva, considerando que a doença é comumente acompanhada pelo rebaixamento da auto-estima e um certo grau de regressão psíquica (revive nas relações a expectativa que nutria pelos pais na infância e por pessoas importantes). Rememora, nessa fase, expectativas, preconceitos, reprise de sentimentos e atitudes (Tahka, 1988).

O profissional, reconhecendo tal fragilidade, pode assumir uma atitude psicoterápica e criar uma atmosfera acolhedora e compreensiva para a relação, aliviar e dar ampla oportunidade para que o doente dê vazão aos seus sofrimentos e consiga elaborar as suas questões (Nogueira-Martins, 1998), o que os participantes do GB3 traduzem como a importância da empatia na relação de cuidado. É no sentido de trazer mais clareza às posturas profissionais que o Grupo Balint atua. E no caso exposto acima, o GB3 investiu também na identificação *profissional-usuária* pela questão de gênero e ciclos de vida semelhantes; no exercício de lidar com a expectativa do outro; e na imprevisibilidade do encontro clínico, no sentido do quanto o usuário nos convoca a lugares inesperados.

Partindo do conceito do trabalho em saúde ser sempre relacional, Merhy (2013e; 2013b) propõe ao trabalhador de saúde um exercício de *troca das vistas* e nos convida a refletir o nosso *agir-trabalhador de saúde* a partir do nosso *agir-usuário*. Quando, diante uma necessidade de cuidado, entramos em contato com os serviços de saúde, o nosso *agir-*

usuário cria uma atitude de defesa à vida, é capturado por uma postura tecnológica de adequação dos modos de cuidar e por questionamentos quanto às formas de cuidado produzidas, apoiados nas nossas verdades prévias (Vão cuidar de mim?; Vão dar conta do meu problema?; Estão vendo que estou sofrendo?; Vão valorizar a minha história?; Serei um doente qualquer?). Nesse sentido, o nosso *agir-usuário* é capaz de reorientar os nossos modos de cuidar:

A equipe de saúde que cuida não pode nunca abandonar o agir-usuário que há nela quando está no mundo do trabalho em saúde. Esse agir é imperativo para que o cuidado gerado seja direcionado para a defesa radical da vida do outro, como indivíduo e coletivo. (Merhy, 2013b: p. 59)

Como aponta Tahka (1988), o fato de o paciente se consultar expressa a busca de um auxílio, mas pode desconhecer os vários porquês. No caso aqui explorado, a gestante está fazendo o pré-natal regularmente, mas busca a clínica em demanda espontânea pois há algo ainda desorganizado dentro dela, um certo conflito. Quando ela consegue falar sobre isso, ela já está em sofrimento por conta daquele problema que, para o profissional, pode ser algo simples, cotidiano, uma questão de vida, uma memória, algo pouco elaborado ainda... A capacidade do médico e da equipe para prescreverem a si mesmos é especialmente decisiva nessa fase inicial e desorganizada da doença, quando o paciente ainda não sabe o que seria mais importante, se *o ato de se queixar* ou se *a queixa em si*. As perturbações funcionais no corpo e no universo íntimo do sujeito conduzem-no a um apelo ao médico, como forma de aliviar essas tensões, transferindo-as para alguém que tende a saber o que fazer com elas (Balint, 1998).

P6 GF3: "E ela coloca uma responsabilidade na médica, né? "Eu tô falando pra você porque eu acho que você pode falar alguma coisa, me ajudar nisso." Ela tira dela e joga um pouquinho pra médica, "olha, é isso. Agora é com você, assim, também." Aí divide. Achei bem isso... "Não está mais só comigo. E você tem o poder, porque afinal você é médica. Não é uma amiga, é médica.""⁵⁸

Como a profissional ou a equipe recebem esse apelo? O grupo compreendeu como um apelo por um alívio, e mais, por uma certeza que, objetivamente, somos incapazes de ofertar.

⁵⁸ Transcrição da fala da participante do Grupo Balint 3.

E retomou a corresponsabilização com a usuária/família/rede de apoio como fundamental para o cuidado longitudinal. Alice Polomeni (2017) nos recorda sobre a importância de não abandonarmos o nosso lugar de profissionais, por mais próximos que sejamos do paciente, pois há razões, mesmo que inconscientes, dele buscar acesso a um saber específico e procurar um profissional de saúde (e não a vizinha, um amigo, um familiar). Nesse contexto, um dos integrantes questiona para si:

P12 GB3: “O que essa pessoa veio dividir comigo? Será que ela não tem ninguém na rede de apoio dela, ninguém com quem ela tenha intimidade suficiente, uma abertura suficiente, pra compartilhar isso, pra falar isso? Por que ela procurou um profissional de saúde?”⁵⁹

O agir-trabalhador de saúde nos valida como capazes de compreender as questões de saúde do outro, elaborar teorias sobre esse sofrimento e propor práticas que o amenizem (Merhy, 2013b). Atuar no campo da saúde é, portanto, ter a potência de agir nos modos de produzir a vida, em âmbitos individual e coletivo, sem que se tenha a pretensão normatizadora de endurecer essas vidas.

P1 GF5: “Tem uma coisa de trabalho de equipe versus estar sozinho no consultório que, me parece... É por isso que você tem que resolver em grupo, né? Por isso que você tem que sentar em roda pra falar dessas coisas, porque o trabalho, seja do médico, do enfermeiro, mas que a gente costuma fazer, costuma ser um trabalho um para um ali, dentro do consultório, porta fechada. (...) É tipo assim, caraca, essa solidão da prática clínica é uma fonte de angústia, né? A gente fica tentando dividir na prática e, pelo ... [inaudível], a gente senta aqui e divide com uma meia dúzia de solitários.”⁶⁰

Porém, em uma troca de cadeiras, a fala desse integrante do GF5 nos atenta também para o exílio e a solidão da clínica e dos profissionais, que observadores de si, experienciam suas próprias emoções e fragilidades. Que tipo de profissional é esse que o doente precisa que ele seja? (Salinsky, 2008); é o nosso papel responder a todas as perguntas? Os profissionais atuantes em grupos Balint tendem a olhar mais para a relação, para si próprios e suas defesas

⁵⁹ Transcrição da fala do participante do Grupo Balint 3.

⁶⁰ Transcrição da fala do participante do Grupo Focal 5.

(Kjeldmand, 2004; Salinsky, 2003). No caso explorado há um conflito entre o simbólico e o palpável, e a angústia e a incerteza são unânimes no encontro, mas como admitir: "Essa situação está completamente fora do meu controle também"? Um dos pontos-chave aqui é como e quando comunicar a incerteza para essa paciente. A comunicação e a linguagem ocupam um lugar central no cuidado, ou seja, a maneira como transmitimos algo é determinante no modo como o paciente vai receber aquela informação.

Seguindo com Balint (1998), acolher o que o paciente fala, de forma livre e aberta, escutá-lo ativamente e conhecê-lo pode nos auxiliar a compreender o que seria determinado pelas suas fantasias quanto aos processos que cria e cultiva dentro de si e que revelam, das formas mais diversas, as suas percepções sobre o corpo: um aperto no peito, febre por dentro, um gosto de cobre, um gelo na espinha, sensação de pisar em ovos, uma pedra dentro de mim, um nó na garganta...

4.6 A autonomia do paciente

*Joga pedra na Geni!
Joga bosta na Geni!
Ela é feita pra apanhar!
Ela é boa de cuspir!
Ela dá pra qualquer um!
Maldita Geni!*

(...)

*Vai com ele, vai, Geni!
Vai com ele, vai, Geni!
Você pode nos salvar
Você vai nos redimir
Você dá pra qualquer um
Bendita Geni*

(Chico Buarque, em *Geni e o Zepelim*, 1978)

Em um dos grupos surgiu a discussão de uma usuária em situação de violência. E da profissional como mais uma agressora frente ao sujeito que está no lugar de vítima, como ela uma mulher, lembrando a personagem do musical *Ópera do Malandro*, de 1978, a lendária Geni.⁶¹

⁶¹*Geni e o Zepelim* é uma Canção brasileira, composta por Chico Buarque e compõe a *Ópera do malandro*, de 1978.

P6 GB1: “É difícil esse paralelo, porque eu fiquei pensando em que dimensão todas as consultas são consultas de uma certa Geni? Ou a gente está atendendo a Geni de todos os nossos pacientes. E depois fiquei pensando em que dimensão essa Geni é singular. Na verdade, em que dimensão ela não é a Geni. Porque a Geni estava meio ‘safá’, né!? A Geni, ela é o objeto de agressão do universo, mas estava ‘de boa’ – dentro dos parâmetros que ela tinha para estar ‘de boa.’”⁶²

No entanto, a Geni parecia ao grupo mais autônoma, com agência sobre a sua própria vida, com autonomia e poder de escolha, diferentemente da usuária, em aparente inércia e submissão, quase uma anti-Geni. Diante uma relação abusiva, ***“o quanto tem de envolvimento que torna difícil também romper com esse lugar e dizer ‘não, eu quero sair.’”*** (P6 GB1). Além de reconhecer tais circunstâncias, sair dessa situação implicaria em produzir ação e recompor-se de forma muito radical - esse era o desejo da médica, que pensou em sacudi-la, por uma contratransferência negativa relacionada à violência contra a mulher. Esse foi um momento de crise para ambas na consulta. No campo de produção de atos de saúde, os processos de cuidado tomam o outro como seu *objeto-alvo*, mas um outro que também é sujeito em ação (Carvalho, 2009; Franco & Merhy, 2013).

Foram tantos os pedidos
Tão sinceros, tão sentidos
Que ela dominou seu asco
Nessa noite lancinante
Entregou-se a tal amante
Como quem dá-se ao carrasco.
(Chico Buarque, em Geni e o Zepelim, 1978)

A palavra paciente tem sua origem no latim, *“patior = aquele que sofre, e não aquele que é passivo à intervenção médica”* (Ismael, 2005: p.75). O paciente é reconhecido como sujeito quando imprime sua ação e autonomia no processo saúde-doença-cuidado, desenvolvendo sua coresponsabilidade e distinguindo no problema os contextos pessoal, familiar e social (Franco, 2005). No entanto, esse movimento não é isento de tensões - empoderar-se pode ser percebido pelos trabalhadores de saúde como uma capacidade de resistência do usuário a um ato de cuidado (Carvalho, 2009).

⁶²Transcrição da fala do participante do Grupo Balint 1.

A autonomia exige que permitamos que uma pessoa detenha controle de sua própria vida, mesmo quando comporta-se de um modo que, para ela própria, não estaria de modo algum de acordo com os seus interesses (...). O valor da autonomia deriva da capacidade que protege: a capacidade de alguém expressar o seu caráter – valores, compromissos, convicções e interesses críticos e experienciais – na vida que leva. (Dworkin, 2003: pp. 318-319 apud Bergstein, 2013: p. 17) ⁶³.

A medicina vem de um lugar socialmente legitimado, cujas ações sobre o *outro-objeto* dependem do contexto histórico e social dos atos de saúde (Carvalho, 2009). Remen (1993) discute a dificuldade do médico em relacionar-se de forma colaborativa por ser controlado pela própria ideia de autoridade, mas acrescenta que as habilidades cooperativas podem ser ensinadas, aprendidas e estimuladas e que é necessária ampla flexibilidade para reconhecer nos pacientes as suas potências individuais.

Com intenção de tornar as consultas menos paternalistas e garantir um maior estímulo à autonomia do paciente, discutem-se mudanças estruturais no *agir-médico*, como proposta de conduzir o doente como o centro e o ator implicado no seu processo de cuidado, o que Balint (1998: p. 218) chamaria de "atribuir ao paciente a função de árbitro". Nos grupos Balint realizados nesta pesquisa houve deslocamentos frequentes dos profissionais para a posição de doente-árbitro, o que permitiu inaugurar novos possíveis.

P5 GB1: “A dificuldade de personificar o marido tem a ver também com a dificuldade de personificar ou localizar a origem da própria violência, que eu acho que não é óbvia. Não é uma violência apenas do marido contra a mulher. Primeiro que é uma violência que o marido reproduz, mas ele nem sempre realiza – então tem a questão das ameaças e uma geração constante de medo, e isso atinge a mulher, claro, bastante. Mas também tem a violência dela também em aceitar tudo isso e passar trinta anos, sei lá, seja pelos filhos, seja pela manutenção da instituição do casamento, seja, enfim, por vários motivos. Então eu acho que a violência está meio que em raio, vindo por todos os lados.” ⁶⁴

Trata-se, para Merhy (2013b), do jogo entre o *agir-trabalhador de saúde* e o *agir-usuário* e em como os nossos modos de atuar no campo da saúde dialogam com o nosso modo de viver, individual e coletivo - explorar novos lugares significa também criar novas possibilidades relacionais. No processo do grupo, esses movimentos acessam tanto a

⁶³ Para maiores aprofundamentos nesse campo, sob o ponto de vista jurídico, Bergstein (2013) discute a evolução da relação médico-paciente e dos papéis dos envolvidos, do paternalismo à autonomia.

⁶⁴ Transcrição da fala do participante do Grupo Balint 1.

dimensão de modelos de atenção (do corporativo centrado para o usuário centrado), quanto as relações dos trabalhadores entre si e destes com os usuários e suas famílias. A dinâmica permite a experimentação de um espaço relacional às avessas, fluido, mutante e produtor de afetos.

No encontro do médico com o seu paciente, a relação que se estabelece é uma ferramenta importante na prática clínica e pode ser operada pelo médico como uma tecnologia em aprimoramento para atuar em melhores condições em prol do doente. Dessa interação cria-se um campo relacional que será o cenário para a construção do vínculo, a compreensão das intencionalidades, a troca de expectativas e as negociações (Brandão, 2007).

Pode não ser tão claro para o profissional o *timing* do agir médico: quando e quanto deve o médico apoiar o seu paciente ou conduzi-lo? Balint (1998) defende que os pacientes devem ser estimulados a assumirem um senso de responsabilidade frente às suas questões de saúde.

No entanto, retornando para o jogo recíproco entre as ofertas do paciente e a resposta do médico, questiona qual o grau de maturidade esperado pelo médico e quais os níveis de dependência em relação ao médico devem ser tolerados. Numa fase inicial da doença - *desorganizada* - pode ser necessário maior suporte do médico, enquanto no período posterior - *crônico* - já é possível traçar compromissos em conjunto com uma atitude mais colaborativa. Esses aspectos requerem uma flexibilidade mútua dos envolvidos e sobremaneira da equipe, que deve investir na autonomia do usuário e buscar compreender o seu comportamento durante o processo de adoecimento. Na perspectiva do campo clínico ampliado, o conhecimento do paciente sobre si e sua vida e a sua maturidade intelectual e emocional fornecem melhores condições para o ato médico, contribuem para a sua compreensão e são fundamentais para a aplicação do diagnóstico e do tratamento (Fernandes, 1993; Balint, 1998).

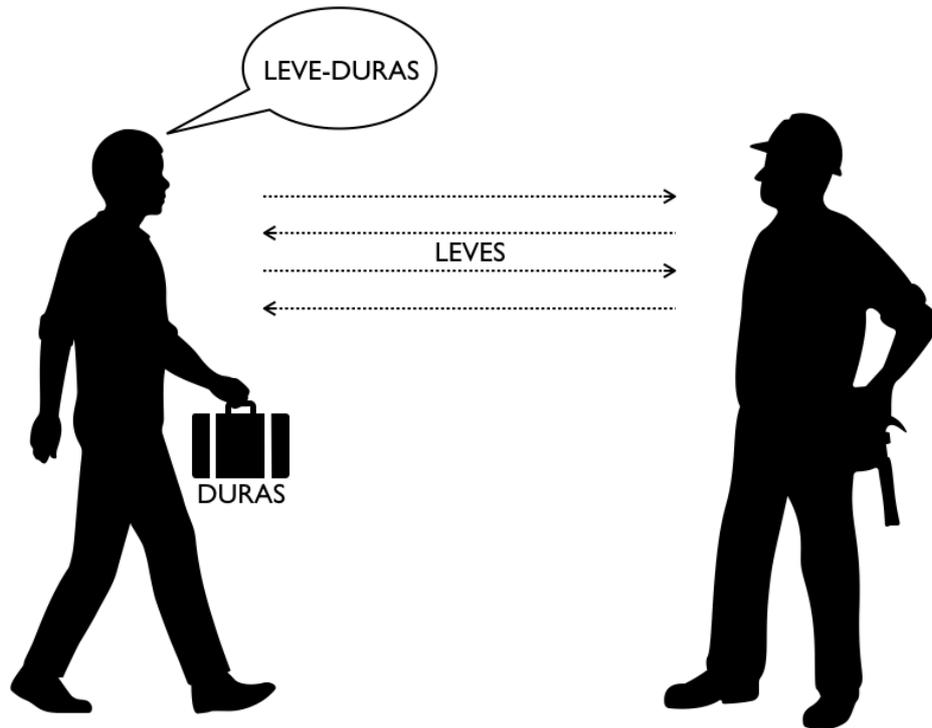
A doença interfere diretamente sobre a forma dos indivíduos *andarem a vida* ou seja, como significam sua existência (Mattos, 2008). O modelo biomédico acaba por subestimar as dimensões cultural-social-emocional do adoecimento para o paciente e sua família ou subestimar inclusive o doente. Médicos e pacientes interpretam, então, cada qual à sua maneira a relação saúde-doença, de forma desencontrada. A demanda primária do paciente ao médico é que nomeie sua doença, o que poderia se traduzir numa solicitação ao saber já instituído. O diagnóstico tem um efeito tranquilizador quer sobre o médico, quer sobre o paciente. É só num segundo tempo que o doente pede um tratamento para aliviar seu

sofrimento e as privações provocadas pela doença (Balint, 1998; Tahka, 1988).

Nessa etapa, o tratamento, quando ampliado (e não reduzido a uma aplicação codificada), pode ser uma forma de resgatar a autonomia do paciente e devolvê-lo a sua capacidade de pensar e ter controle sobre a própria vida e sobre o próprio corpo. É fundamental estabelecer uma comunicação entre o saber biomédico e a perspectiva do paciente, seus desejos e aspirações, adaptando o tratamento a seu contexto e possibilidades, além de dispor um interesse legítimo pelo paciente, buscar apreendê-lo e dar voz à sua história (Tahka, 1988). Ao protagonizar o seu próprio cuidado, resgata o andar da própria vida, torna-se sujeito das adversidades e enriquece o seu plano terapêutico com as suas perspectivas (Ferreira, 2011). Mais do que isso, o arco terapêutico é modificado: não mais no sentido médico→paciente, mas também médico↔paciente, paciente ↔paciente, médico↔médico, em uma atitude mútua, autorreflexiva e altamente potencial.

Diante da produção acelerada de novos conhecimentos, a influência da mídia, a medicina defensiva, as incertezas intrínsecas ao ato clínico, Schraiber (2008) propõe como desafio a construção de uma relação interativa, que, diferentemente da prática clínica vigente, seria capaz de estabelecer um diálogo e compartilhar juízos e decisões, o que Merhy (2013a) compreende como um investimento necessário do *agir-trabalhador de saúde* nas tecnologias do cuidado, em especial no agir pelo comando central da valise das tecnologias relacionais.

Fig 14: As tecnologias leves (relacionais) como centrais no cuidado.



O uso de uma caixa de ferramentas tecnológicas, coerente com o sujeito da ação e a ação em si, é proposto como a instrumentalização dos saberes e seus desdobramentos pelo profissional. O uso das valises das tecnologias duras, leve-duras ou leves no agir profissional sobre o paciente, varia em intensidade conforme a finalidade do processo produtivo daquela rel(ação). O encontro médico-usuário sintetiza, nessa dimensão, a produção de uma intersecção das necessidades de saúde do paciente, suas experiências e expectativas, com os saberes e práticas do médico (Merhy, 2013d; Merhy, 2013e). Essa ilustração nos remete a algumas reflexões: O trabalhador comanda o seu saber ou é comandado por ele? Que tipo de trabalhador de saúde eu sou/ quero ser? Quem é este sujeito a ser cuidado? Qual é a minha aposta de cuidado? O quanto me afasto ou me aproximo? Como desejo interagir com o outro (usuário/sujeito)?

4.7 Comunicação: o ato de dizer como aposta de cuidado

A comunicação é um processo relacional entre "ideias, conceitos, fatos, campos, pessoas, vozes..." (Araújo & Cardoso, 2007: p. 11) e expressa "a busca de uma maneira de interagir com o outro em meio à desordem do mundo, à arrebatadora onda de sofrimento e ao intervalo de tempo assustador entre a vida e a morte" (Stelet, 2015: p.1). Araújo (2003) propõe a superação de práticas comunicativas bipolares e unidirecionais, que não acessam a complexidade dos processos relacionados aos sentidos da saúde. Em um contexto no qual a clínica é validada pelas tecnologias duras e leve-duras, pelas evidências científicas e pelos modelos de comunicação padronizados, quais as vozes se fazem prevalecer? (Stelet, 2015).

No território discursivo que se opera a interação médico-paciente, com constante

disputa de significantes, a compreensão depende da construção de compromissos. O contrato de confiança já está instituído pelo valor social e prática da medicina, mas a sua manutenção e a qualidade dessa confiança resultam de uma atitude de colaboração comum (Araújo & Cardoso, 2007; Schraiber, 2008; Ismael, 2005). Torna-se interessante nos debruçarmos em como utilizamos a linguagem no âmbito do cuidado. Austin (1990) define como *ato de fala* toda ação realizada através do dizer, e distingue suas dimensões: locucionário (o ato de dizer algo, em sua dimensão linguística); ilocucionário (realiza uma ação ao ser dito); perlocucionário (intenção de provocar emoções no ouvinte). Na perspectiva que comunicação é ação, a força ilocucionária relaciona-se às interações entre os comunicantes, cujas relações podem ser tanto de autoridade como de cooperação. Ao proferir a sentença, sua força está intrínseca no ato. Disto compreende-se que o nosso discurso aos usuários torna explícita a escolha de cuidado pela qual optamos e a intencionalidade da nossa ação. Para Austin (1990), proferir um ato de fala equivale a produzir um compromisso com o ouvinte, então, para que uma aposta se concretize, é necessário que essa aposta seja aceita pelo interlocutor e que as circunstâncias sejam coerentes.

Franco & Merhy (2003) discutem a coerência entre o falar e o agir pelas equipes de saúde, que muitas vezes se apropriam do discurso da integralidade, mas sem modificar as suas práticas. "Talvez uma das piores coisas que podem nos acontecer é fetichizarmos as palavras, como se elas pudessem em si ser portadoras de sentidos e significados sem os sujeitos que lhes dão recheio. Nós é que engravidamos as palavras" (Merhy, 2003f: p.252). O *agir-trabalhador de saúde* tem o potencial de permitir que a presença do outro se singularize ou não, a depender da aposta de cuidado proposta e de como se mobilizam os afetos no encontro (Merhy, 2003b). Estamos diante do caos das multidões discursivas. O profissional faz uso de seu saber para ampliar ou inibir a polifonia do encontro, numa constante disputa pela dominação dos territórios discursivos; a equipe, cujas posições ideológicas e culturais já estão alicerçadas, aprecia o compartilhamento dos planos terapêuticos e opera também nas dimensões éticas e políticas (Carvalho, 2009). O campo relacional que se cria no encontro clínico é interferido pelos permanentes jogos de captura usuário x profissional (Merhy, 2003a). Enquanto por um lado as equipes têm dificuldade em trabalhar juntas, pelas suas próprias falhas na comunicação e desencontros entre o que pode/deve ou não ser realizado (Onocko-Campos, 2005), por outro os usuários resistem e disputam os planos terapêuticos dos quais serão alvos (Carvalho, 2009).

Profissionais que acessam os interesses, as expectativas e as demandas de seus pacientes e com eles constroem acordos, obtêm maior satisfação dos doentes (Tahka, 1988; Balint, 1998). Porém, mesmo que ambos exerçam o seu protagonismo, e a relação seja cooperativa, não há discursos homogêneos, tampouco em igualdade de poder. Esse é um território de tensão permanente, cuja disputa deve ser encarada como um espaço de negociação (Carvalho, 2009). No âmbito da linguagem falada, a existência de um vocabulário técnico especializado tenta manter e produzir o discurso médico hegemônico, como expressão de domínio, para redirecionar o processo de tomada de decisões, do qual o paciente geralmente é submetido e excluído, mantendo reciprocamente um diálogo ininteligível (Gwyn, 1999; Carrió, 2012). O discurso irônico e depreciativo, estimulado na formação médica, pode revelar as dificuldades em lidar com as frustrações da profissão (Nogueira-Martins, 1998). Trata-se da assimetria também no âmbito da comunicação, do direito de falar ao valor e credibilidade agregados à fala (Araújo & Cardoso, 2007).

P1 GB1: “Teve um momento em que ela voltou a falar da dor articular na consulta, e eu fui agressiva com ela, eu falei ‘não, chega, não quero ouvir isso; eu quero ouvir o que está acontecendo na sua vida, não fala mais da dor articular.’ E fui grossa, fui direta. Na hora eu fiquei assim, ‘caraca, eu descontrolei, não podia ter descontrolado. Mas foi, agora já foi.’ E fui tentando levar... Impressionante: a mulher, há trinta anos toma porrada da vida e eu ainda vou lá e dou mais uma (...).”⁶⁵

É aí que entra a questão da “competência” para falar, ou seja, das distinções sociais que se exercem no domínio da fala. As competências concorrem entre si e definem o valor que será atribuído a cada fala. Voltamos então ao tema do mercado simbólico, espaço dessa concorrência, na qual intervêm inúmeros fatores. A competência lingüística se exerce desigualmente, ela é monopolizada por alguns, outros são despossuídos em graus variados. Essas desigualdades manifestam-se nas trocas cotidianas. A competência é, por outro lado, um diferencial social, não só acentua, mas produz as diferenças sociais. Então a língua, para Bourdieu, não é um tesouro comum, mas um artefato histórico, o produto de um trabalho social operado pelos agentes em situação de concorrência (Araújo, 2003: p.169).

Quando Foucault (2014: p.IX) discute o nascimento da clínica, traz a importância do discurso como central: "O que mudou foi a configuração surda em que a linguagem se apoia, a relação de situação e de postura entre o que se fala e aquilo de que se fala". A medicina moderna nasce ancorada em um discurso racional, objetivo, com valor agregado por ser dito

⁶⁵Transcrição da fala da participante do Grupo Balint 1.

científico. O uso frequente de jargões médicos é um exemplo do modo de se comunicar exclusivo daquele grupo e pode significar uma espécie de autoproteção ou confirmação da estrutura do poder médico na preservação de sua identidade profissional, o que Foucault (2014: p. X) anuncia como "a articulação da linguagem médica com o seu objeto". Há um linguajar próprio, vigente desde a biologia molecular e mantido pelas instituições, que podem criar barreiras de entendimento até mesmo entre os profissionais. Isso dificulta o entendimento do paciente, pois realiza uma comunicação em linguagem incompreensível, baseada no modelo cognitivo biomédico, do tipo *queixa-conduta*, que pouco acessa a complexidade dos envolvidos (Caprara, 2007; Schraiber, 2008)

Além da linguagem falada, a comunicação não verbal - expressões relacionadas à postura corporal, às variações da face e do olhar e ao conceito de espaço pessoal - está relacionada com melhores resultados em saúde (Corraze, 1982; Tahka, 1988). O médico desenvolve essa atitude psicoterápica através da sua capacidade em, antes, reconhecer e discriminar em si os seus mecanismos psicológicos. A intenção receptiva auxilia a distinguir, nomear e significar os sentimentos (Abdo, 1996). Em oposição, hábitos de evitação do olhar e pressa afastam essa interação, aspectos influenciados pela cultura e questões circunstanciais (Carrió, 2012; Nogueira-Martins, 1998). Em pesquisa realizada no Brasil pelo jornalista José Carlos Ismael (2005) sobre as expectativas dos pacientes quanto aos médicos, as ações mais valorizadas foram: confortar, escutar, olhar e tocar. Não diferente, estudos com pacientes espanhóis mostraram que eles esperam do médico: olhar, escutar e respostas satisfatórias (Jovell, 2002 apud Carrió, 2012), ou seja, coincidem em ações interativas e atitudes de disposição e interesse do profissional. Trata-se da valorização e da expectativa diante a comunicação não verbal, discutida extensamente por Corraze (1982), em especial quanto ao nível de coerência entre os campos verbal e o não verbal e a associação entre intimidade e invasão de privacidade, relacionados aos sinais territoriais que indicam o conceito de espaço pessoal.

Enquanto escutam, os médicos formam uma imagem da outra pessoa. Em um primeiro momento, de forma especulativa e estereotipada, que com o tempo se desconstrói ou se reafirma, de acordo com abertura a deixar-se surpreender pelo outro, já que o motivo da procura pelo médico nem sempre é óbvio e é preciso ir além da demanda aparente (Carrió, 2012). O trabalhador de saúde deve buscar (como) escutar o doente, a fim de compreendê-lo sistemicamente, o que já teria um efeito terapêutico, e não apenas investigá-lo. Para além de

escutá-lo, Merhy (2013b) propõe dialogar com os saberes dos usuários (sobre si, seu mundo e suas relações), sem menosprezá-los.

P10 GF3: “É, uma coisa que eu acho que ajuda muito é a questão do tempo de espera. Porque da forma como se faz, quando uma pessoa fala, as outras ouvem, então...”

P2 GF3: “O que não é uma coisa muito comum, né?”

P10 GF3: “Então essa coisa de você esperar pra falar, e aí então você falar, esse tempo de espera, isso amplia o espaço do outro, né? Ao mesmo tempo em que você vai refletindo, criando espaço pra você mesmo... pra você e amplia o espaço da relação com o outro. Então isso aí causa uma reflexão direta nas relações.”

P1 GF3: “É, e que é essencial na clínica, né? Mas a gente não aprende assim.”

P2 GF3: “Eu gostei muito disso porque é um momento fora do tempo, né? Você pensa assim... ‘Por que eu tô sentado? Eu não tenho pressa, eu não vou a lugar algum, não tenho nada pra resolver...’ Eu penso: ‘Eu vou ficar aqui, vou escutar o outro falar, vou falar; não tenho nenhum plano pra seguir.’ Isso esvazia essa ansiedade, essa tensão de... Ter contato com momentos assim, periodicamente, provavelmente vai se refletir no nosso estado mental fora do grupo, né?”⁶⁶

A escuta ativa das narrativas de vida dos pacientes auxilia no vínculo, como também no esclarecimento diagnóstico, pelo potencial de elucidar questões mais arraigadas do adoecimento. A história pessoal dos doentes toma outros sentidos após o aparecimento da doença e ganha significados quando falada (Ismael, 2005). Balint traz à tona a discussão do quanto suportável se faz ao médico escutar o doente e o quanto pode ser ameaçador ao seu poder na consulta. Reforça, ao mesmo tempo, a importância de escutar a queixa e desapegar-se da atitude autoritária, que para Austin (1990) fica clara nas expressões veridictivas comumente utilizadas pelos médicos.

P8 GB1: “O que eu fico pensando muito é que tarefa é essa que a gente toma pra gente, como se a gente que tivesse que resolver a vida do outro. E não temos; cabe ao outro resolver. A gente cabe ali ser um interlocutor dessas possibilidades que começam a surgir num campo para essa outra pessoa que está conseguindo trazer e verbalizar e, de repente,

⁶⁶Transcrição das falas dos participantes do Grupo Focal 3.

*se dar conta de algum processo que está ‘disfuncionando’ na vida dela. Mas a gente que está ali na frente dela não vai resolver a vida dela, a gente pode estar ali e ouvir. Vamos [nos] colocar empaticamente como "ouvidos" ali, né. Eu acho que só o ouvir por si já é terapêutico.”*⁶⁷

“Ser escutado é terapêuticamente significativo para o paciente” (Tahka, 1988: p.63; Balint, 1998). Nesse sentido, Enid Balint (1998) coloca em xeque os métodos tradicionais de escutar e examinar o paciente e propõe a experiência do *flash*, um modo focal de usar o tempo do encontro a favor da demanda do paciente, em uma entrevista de curta duração. Buscava uma espécie de *sintonização*, a partir de três princípios: observá-lo atentamente e distinguir o que é do médico e o que é do paciente; antes de falar, fazer uso do silêncio para refletir os significados do que está a observar; respeitar a privacidade do paciente (Brandt, 2009; Enid Balint, 1998). O plano terapêutico deve ser modelado em várias mãos, de forma que os usuários tenham gerência sobre o seu cuidado. A disputa entre trabalhador e usuário não pressupõe conflito, e produz melhoria no trabalho da equipe, no âmbito das tecnologias relacionais, com respeito, valorização e entendimento recíprocos, o que demanda haver espaços nas equipes para que os profissionais permitam ser afetados pelos usuários (Carvalho, 2009).

A reconquista das relações torna-se o grande desafio (Schraiber, 2008). Consolidar uma comunicação efetiva e afetiva significa construir verdadeiras conexões, com construção de vínculo de confiança e envolvimento, o que contribui para cenários de frustração e desentendimentos – para que sejam substituídos por interações construtivas, colaborativas, de auxílio e compreensão (Carrió, 2012; Tahka, 1988).

Schraiber (2008) propõe como um caminho possível - estabelecer negociações, a partir de um interesse legítimo e intersubjetivo, desde a entrevista inicial, do diagnóstico à terapêutica, buscando uma linguagem comum, com compreensão mútua e responsabilização. A colaboração genuína advém de uma abertura para que o trabalhador e o usuário se reconheçam como sujeitos, discutam e agenciem de forma franca as possibilidades terapêuticas, expressem cada qual as multidões que lhes constituem, e exerçam a sua autonomia por meio de seu discurso e agires próprios. Merhy (2013f) propõe a abertura do trabalhador para diferentes modos de produzir o cuidado, novas ressignificações e para o

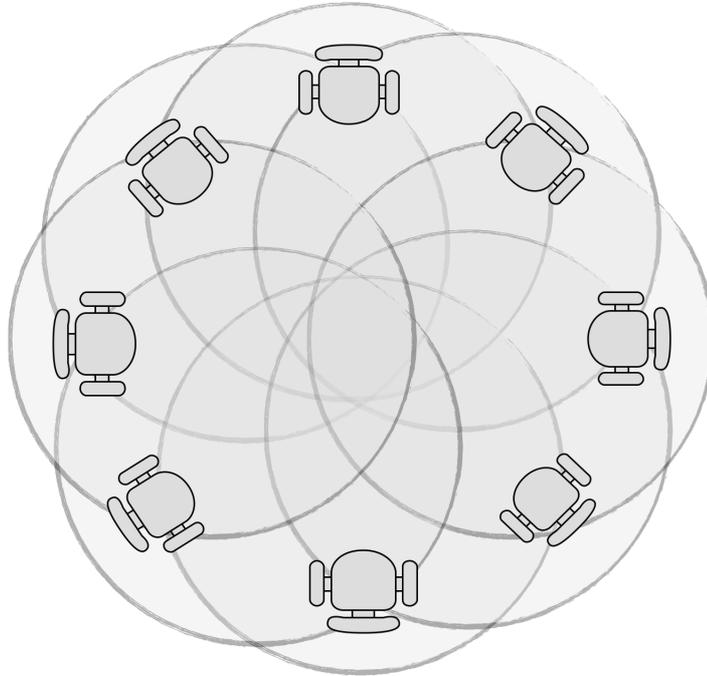
⁶⁷Transcrição da fala da participante do Grupo Balint 1.

uso das palavras cujos sentidos sejam recheados com o nosso agir individual e coletivo. Onocko-Campos (2005) acrescenta:

tais mudanças desejáveis nos encontros assistenciais requerem intervenções complexas (no sentido do grande número de variáveis) e de grande investimento técnico, ético e político. Não acontecerão somente com boa vontade, não demoram somente por causa de falhas na comunicação, nem por “falta” de humanização. Mas bem acontecem por inevitável humanidade dos humanos ali envolvidos (Onocko-Campos, 2005: p. 580).

5. A EXPERIÊNCIA BALINT: O CAOS DAS MULTIDÕES

Fig. 15: Grupo Balint: o caos das multidões.



Representação gráfica do encontro do caos multidões que nos compõem no Grupo Balint.⁶⁸

5.1 O Grupo Balint como método investigativo

O Grupo Balint é um método qualitativo de pesquisa. Ao explorar os aspectos psicológicos das consultas realizadas pelos GPs, Balint construiu pontes entre a clínica geral e a psicanálise, com um material de pesquisa essencialmente comum à produção do cuidado em saúde: a própria relação entre os sujeitos, e encontrou semelhanças nas atitudes dos médicos (Branco, 2012). Balint nutria a expectativa que essa pesquisa pudesse auxiliá-los a reconhecerem ali os seus próprios casos, assim como as dificuldades com as quais lidavam cotidianamente, a fim de prevenir consequências relacionais indesejáveis, e reitera que a medicina poderia não ter ignorado essa discussão (Balint, 1998; Soreanu, 2016).

Em sintonia com a proposta de Freire (2016), neste estudo o método foi um exercício

⁶⁸ Faz referência à intersecção dos mundos e multidões que cada um leva consigo no encontro com o outro - discussão extensamente desenvolvida durante as orientações com Merhy ao longo da produção deste mestrado.

que nos convocou a (re)pensarmos o encontro com o usuário; a tensionarmos os lugares e as funções que ocupamos enquanto categorias de profissionais de saúde; a nos deslocarmos dos nossos lugares de conforto; a avaliarmos a existência, as condições e os efeitos de certas práticas de poder sobre o outro; a problematizarmos as nossas formas de cuidado e a nos reinventarmos:

P8 GF2: “Pra mim, pessoalmente: tem essa questão de desfolhar, de pensar em outras coisas, e até um pouco... Eu sei que não é o objetivo do grupo, mas uma questão de ‘catarse’, digamos assim. E perceber que certos problemas são comuns, certas coisas organizacionais são comuns. E expressar, né? As suas angústias, mesmo que não tenha sido um caso meu, algumas angústias tuas também são minhas em relação a um outro paciente. E eu consegui falar disso aqui. Falar de um caso meu.”

P4 GF2: “Quando você tem pessoas que têm vivências diferentes, experiências diferentes, tem pessoas que têm muito tempo de formada, outras que não são nem formadas... Isso é muito bom.”

P6 GF2: “É um exercício interdisciplinar de verdade.”⁶⁹

Enid Balint (1998) reafirma o caráter investigativo da prática e destaca a potência do GB em facilitar observações, coerente com a perspectiva do membro quando caracteriza o processo como um *desfolhar*, no sentido de aprofundar, escavar, anunciando camadas a serem percorridas. O método reconhece que fontes valiosas de informação estão em nossos pensamentos; ações inconscientes; em coisas que esquecemos; nos padrões dos sonhos e em nossas relações. E que todos esses recursos são dignos de atenção durante o grupo (Enid Balint, 1998; Polomeni, 2017).

Trata-se, em primeiro lugar, de uma proposta pela ética do cuidado, a partir da percepção das necessidades de formação de cada profissional, que inclui ver mais claramente o nosso papel na negociação com os pacientes, e olhar para a própria compreensão dos acontecimentos e emoções diante dos sujeitos de quem cuidamos. Paralelamente, é executada a agenda de pesquisa daquele grupo, que reúne as observações de todos os envolvidos (Hull, 1996). Por isso os grupos diferem-se entre si, a depender da competência cultural; do país; do cenário (hospital, universidade, ESF etc); dos seus membros e da sua coesão (Polomeni &

⁶⁹Transcrição das falas dos participantes do Grupo Focal 2.

Brandão, 2017).

5.2 Foco e amplificação: as ressonâncias do Grupo Balint

O Grupo Balinté uma *forma* resiliente e nômade, cuja proposta é de uma certa permanência com o paciente (Soreanu, 2016). Fornece um lugar seguro para a reflexão de casos difíceis; auxilia os participantes a validarem outras perspectivas sobre a narrativa exposta; e viabiliza uma amplificação do campo de visão do profissional de saúde na própria consulta ao acessar nuances da realidade do caso e dos sujeitos envolvidos - antes pontos obscuros. Produz, nesse sentido, mudanças na *personalidade profissional* e novas formas de consciência da sua própria contratransferência em relação aos pacientes. Permite adquirir novas compreensões a respeito dos pacientes, explorar o potencial terapêutico da relação e oportuniza o contato com mudanças em suas formas de lidar com o outro (Hull, 1996; Moura, 1998; ABS, 2014).

Há uma alegoria⁷⁰ utilizada por Enid Balint para esboçar esse aspecto - imagine uma maçã suspensa por um fio, e todos ao redor mirando-a. Certamente cada um verá um ângulo distinto (e complementar) desse objeto, o que trará ao grupo uma nova síntese do cenário analisado (Brandão, 2017):

Fig 16: O Grupo Balint e a alegoria da maçã.



Produção de Patrick Hutt, junior doctor and author of *Confronting an Ill Society* London⁷¹.

⁷⁰ Sugerimos a palavra alegoria no sentido de enriquecer a linguagem, extrapolar o sentido literal e que faça referência à multiplicidade. A alegoria exige um exercício da mente para a compreensão do objeto, pois transpassa o seu sentido exato (Campello, 2013).

⁷¹ Imagem cedida por Jorge Brandão, autor da Conferência "O movimento Balint na história e no mundo", ocorrida no Rio de Janeiro-RJ, em 28 de julho de 2017.

P10 GF3: “É, uma coisa que eu acho que tem a ver com essa questão do grupo é que quanto mais olhares você tem sobre um determinado objeto ou evento, mais perto da realidade você fica. E quando é só você, a gente sempre força muito a barra, mas quando você tem vários olhares a realidade fica mais consistente, mais palpável.”

P1 GF3: “Você falando assim, eu pensei numa máquina fotográfica, sabe?”

P6 GF3: “Eu também!”

P1 GF3: “Que faz um zoom, volta o zoom.”

P10 GF3: “E ainda dá voltas!”

P1 GF3: “E aí depois faz aquela... Como que fala quando deixa melhor a imagem... Foca. Aí foca da melhor forma, e desfoca.”

P8 GF3: “Eu penso nessa coisa dos vários pontos de vista, um objeto aqui no meio de várias... Cada canto tem uma forma diferente, mas é um objeto, é uma unidade, né? Eu estou vendo aqui uma parede lisa, sei lá, de tal cor, com tal formato, e você vai olhar uma coisa completamente diferente, eu não estou olhando dali. Do meu lugar eu vejo uma coisa; se eu vejo e você vê, a gente já vê juntos uma coisa mais próxima da realidade, do formato real, né? E aí se tiver uma pessoa vendo de todos os lados, né, aí fica uma coisa bem...”⁷²

Trocar as lentes e mudar as perspectivas da câmera é trabalhar sistematicamente um problema (Asen et al, 2012). Pensando junto com essas falas, a associação com o objeto é interessante, mas abre também a oportunidade pra colocar que, diferentemente de um *objeto-unidade*, ou seja, uma coisa fixa que não se altera senão diante de diferentes pontos de vista, um caso clínico - que envolve pessoas, que envolve narrativas (do paciente sobre sua própria vida e do médico sobre o que ele escutou e viu) ou seja, a narrativa que chega no grupo já é uma narrativa num outro grau de realidade – um caso clínico é algo meio sem forma. Nessa frequência, Balint afirmava que um caso era como um sonho, pois já representava a realidade recontada, ao passo que também era incompleto, partindo da suposição que há detalhes a serem descobertos (Soreanu, 2016; Polomeni, 2017).

⁷²Transcrição das falas dos participantes do Grupo Focal 3.

P6 GF3: “Mas eu acho que também não é assim ‘vamos ver num ponto de vista’. Eu acho que é a imbricação dos pontos de vista. Senão fica parecendo que é assim: um foco aqui, outro ali e outro ali – eu acho que é mais do que isso, uma mistura mesmo.”

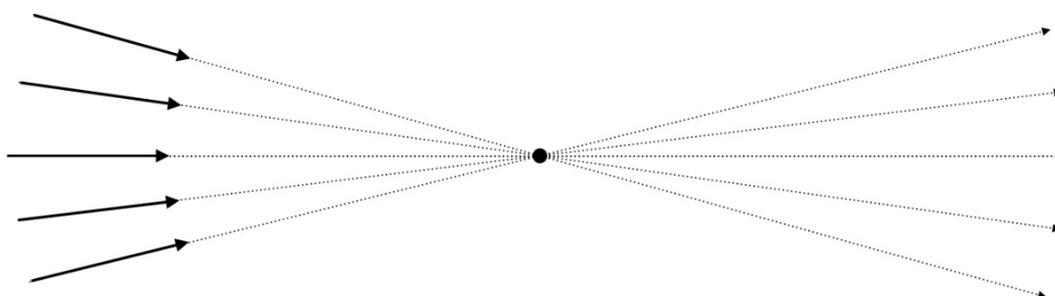
P5 GF3: “Eu acho que, talvez, para além de ver melhor o caso, de certa forma a gente também constrói o caso juntos. Então é também uma construção coletiva a partir da narrativa que a gente escuta da pessoa. Acaba virando uma outra coisa, né?”

P1 GF3: “E a gente constrói um caso ou a gente constrói vários casos?”

(Várias pessoas ao mesmo tempo): “Vários casos...”⁷³.

Não há ali apenas um caso esperando para ser tocado e explorado, mas talvez a ser recriado por meio da observação e do pensamento, o que me remete às outras *vistas do ponto*, aos diferentes *pontos de vista* e à *troca das vistas*, quando Merhy (2014) propõe um deslocamento do olhar no cuidado ao usuário. Podemos criar novas miradas.

Fig. 17: Os pontos de vista e as vistas do ponto.



Representação gráfica de um *lugar-multidão*, proposto por Merhy (2014), em cujas múltiplas possibilidades de olhar, torna-se rico em pontos de vista (significados que colocamos no ponto, a partir das nossas perspectivas) e vistas do ponto (significados que o ponto emite pra cada um de nós individual e coletivo).

Por essa lente, o GB é também um lugar potencial de criação de conhecimento. Não apenas no sentido da produção científica – pressupondo uma observação do objeto, a apresentação de uma hipótese e a comprovação desta hipótese por meio da metodologia escolhida –, mas da livre criação de saberes. Um saber que nasce também do afeto, do não-saber, da hesitação, do silêncio, da dificuldade, da escuta, da angústia e do alívio, por meio da associação livre de ideias. Um saber que não precisa ser provado, porque ele existe na

⁷³Transcrição das falas dos participantes do Grupo Focal 3.

experiência mesma do encontro, e a ordem de seus efeitos é de uma natureza distinta que a dos conhecimentos formais, incluindo aí a medicina.

Michael Balint partiu dessa experiência vivida, este era o seu objeto maior de investigação, daí sua obra ser um acontecimento. Ele produz um diálogo novo pra sua época, e abre caminhos que serão desbravados após a sua morte, em 1970. É nesse sentido ainda que os GB podem ser pensados numa perspectiva de resistência com relação a uma ideia mais ortodoxa do campo da medicina e da saúde. Porque o que ele faz é justamente criar esses espaços de dissenso que são também espaços de ruptura com a lógica supostamente posta. Quer dizer, o *natural* seria suportar a todo custo as angústias da clínica, guardá-las para si e para o âmbito privado, e ver como insustentável a relação do médico com o não-saber. Balint, então, inverte isso – torna essas angústias objetos de análise; geradoras de conhecimento; e as dinamiza em um exercício de habilidades e mudanças de atitudes.

É isso o que chamo dissenso: não um conflito de pontos de vista nem mesmo um conflito pelo reconhecimento, mas um conflito sobre a constituição mesma do mundo comum, sobre o que nele se vê e se ouve, sobre os títulos dos que nele falam para ser ouvidos e sobre a visibilidade dos objetos que nele são designados. O dissenso não é a guerra de todos contra todos. Ele dá ensejo a situações de conflito ordenadas, a situação de discussão e de argumentação. (RANCIÈRE, 1996: p. 374)

O pensamento divergente e o dissenso, em certa medida, permitem a diversidade das construções projetivas do grupo e a transposição do óbvio. O líder deve desconfiar de evitação e tangencialidade quando o grupo converge para os mesmos pontos sem contraposições, e tentar abrir caminhos para que o coletivo acesse as zonas de cegueira.

P2 GF3: “Só que ser divergente é, no Balint, um potencial, né? Então é curioso que... Isso que eu acho, que é a tendência mais natural, quando você bota um monte de gente junto, eu acho que as pessoas divergem. É potência a divergência. O ‘poxa, você tava indo pra lá’, aí você é puxado pra cá, e o outro, né, isso vai afetando todo mundo, e traz essa coisa que, talvez, seja mais natural...”⁷⁴

Em um dos grupos a apresentadora compartilhou o caso de uma senhora com neoplasia, em estado terminal, sob cuidados paliativos e completou no final da prática: ***“Eu falei, eu esvaziei, mas ainda assim estou bem ansiosa. Porque é isso, assim, algumas***

⁷⁴Transcrição da fala do participante do Grupo Focal 3.

colocações foram muito boas para um insight.”⁷⁵ Um ponto interessante do Balint é que a pessoa que traz o caso não se esgota, mas volta pra casa com um outro caso. As questões se transformam sem parar diante do que o outro diz, a partir do que o outro vê.

P14 GF3: “Vocês trouxeram uns trocentos motivos do porquê que eu estava evitando. E durante, né, a gente conversando aqui, eu tive várias oscilações de conduta, tanto de ‘vou me distanciar do caso’ como de ‘vou assumir o caso só pra mim’ (risos), mas agora a sensação mesmo é de ‘tá, tô com uma bagagem cheia de coisas que dá pra me ajudar a assumir (ou não), mas me ajudar a tocar o caso daqui pra frente. Tem muito material pra trabalhar com o caso.’”⁷⁶

O conceito de *novo começo*, advindo da teoria psicanalítica Balintiana, traduz essa possibilidade de transformação no sujeito quando na clínica surgem condições favoráveis entre médico e paciente, despertando novas respostas do médico às propostas do paciente (Balint, 1998; Missenard, 1994; Brandt, 2009). Nesse sentido, o GB atua em harmonia com uma visão sistêmica - ao possibilitar uma maior compreensão do profissional sobre o seu papel na relação, pode gerar mudanças atitudinais a favor do doente. O principal efeito colateral da substância médico é justamente sua resposta às ofertas do paciente (Balint, 1998). Trata-se de um jogo especular, em um exercício constante entre perceber a si, ao outro e perceber-se em ação com o outro, o que inaugura habilidades para operar em conjunturas complexas de produção de acordos de compromisso (Brandão, 2007).

P14 GF3: “Voltando, o que foi muito bom é que eu consegui perceber mesmo os sentimentos meus que, provavelmente, iriam acabar interferindo na minha relação com o caso, né? Que eu estava ignorando e que aí eu consegui senti-los, colocar eles nos lugar deles, entendeu!? Porque eles são sentimentos meus, eles não devem passar pra paciente. E, a partir disso, retomar o cuidado com ela. Então a partir do momento em que eu consegui lidar e encontrar com esses sentimentos, que muitos deles foram injustificados, até pelo levantamento das outras pessoas, [eu falei] ‘é, vamos seguir cuidando da minha paciente.’”⁷⁷

⁷⁵Transcrição da fala da participante do Grupo Focal 4.

⁷⁶Transcrição da fala da participante do Grupo Focal 3.

⁷⁷Transcrição da fala da participante do Grupo Focal 3.

A participação nos Grupos Balint permite aos profissionais de saúde acessar um novo olhar sobre a experiência diária e atentar para seus mecanismos de defesa, seus preconceitos, e para suas próprias reações emocionais diante as queixas e as demandas dos pacientes.

PI GF1: “Foi bom contar a história. Eu me senti acolhida – pessoas interessadas, legais, se identificando; foi legal. Eu queria ter falado mais, mas, não sei... Porque o caso realmente mexeu comigo, então eu acho que eu preciso falar mais sobre ele. Mas isso em diferentes momentos, com diferentes pessoas, qualquer coisa. Achei muito legal observar, foi um treinamento pra mim e para o próprio caso, porque eu tô muito ‘assim’ com o caso, então às vezes respirar, observar, e ver o que os outros falam... É um treinamento mesmo, foi bom. Porque é o que eu preciso, canalizar isso [de uma maneira] um pouco diferente. Já errei, então eu preciso fazer outra coisa. Não errei totalmente, né, mas um pouquinho - não posso me culpar tanto.”⁷⁸

Nessa circunstância, a relatora do caso compartilha suas emoções ainda de forma ambivalente ao retornar à roda, com sensação de erro e culpa, emoções pouco exploradas no cotidiano da prática profissional. O grupo Balint atua também no sentido de trazer à tona reações mais arraigadas da personalidade profissional. Médicos e pacientes normalmente esquivam-se das emoções suscitadas nas consultas (afeição, medo, aversão, culpa etc), agrupando-as em temas concretos e objetivos. No entanto, a relação médico-paciente, por mais distante, está longe de ser um lugar de neutralidade e indiferença (Leite, 2005). Os usuários acabam por serem obrigados a esquivarem-se por uma certa prática de cuidado (quando tratados como verdadeiros pacientes-objetos). Para Fernandes (1993), o mais adequado seria aceitar a imprevisibilidade dos afetos implicados na consulta, na medida em que envolvem um campo alheio à racionalidade humana.

Sapir (1994) propõe que, nos GB, essa problemática se revela quando os médicos expressam livremente seus sentimentos a ponto de acessarem o *direito à estupidez*, questionando a si próprios ao invés de aos outros. Para este autor, o método Balintiano produz uma certa liberdade quanto à multiplicidade de suas ações. Não se trata somente de reconhecer seu papel no exercício da profissão, mas de ampliar a compreensão da relação e se

⁷⁸Transcrição da fala final da apresentadora do caso no Grupo Focal 1, quando retorna ao círculo, após ter ficado como observadora pela técnica do *push back* - Tempo VIII (ABS, 2014; Brandão, 2017).

dar conta da importância de estarem em ressonância com os seus pacientes (Salinsky, 2003).

P4 GF2: “Você começa a descobrir coisas que você não imaginava. Porque quando você se forma, você não aprende a fazer essas perguntas. Tudo bem que foi acidental, mas às vezes tem algumas perguntas que a gente faz propositalmente pra descobrir coisas além. Quando a gente se forma, a gente não aprende a lidar com as respostas dessas perguntas; a gente aprende a encaminhar pra um psicólogo.”

P8 GF2: “A gente não aprende a consultar na faculdade.”

P1 GF2: “O que é mais profundo.”

P4 GF2: “É, eu acho que a gente não sabe lidar com pessoas.”⁷⁹

O GB, como método de formação centrado nas relações do profissional de saúde com o paciente, pode auxiliar a entender melhor as atividades clínicas da equipe e facilitar a abordagem dos sujeitos, suas famílias e demais envolvidos, daí experiências exitosas de GB em inúmeros países, na graduação, nas residências médicas, na prática de generalistas e na formação de profissionais de saúde (Teixeira, 2008; Branco, 2012; Soreanu, 2016; Kjeldmand & Holmström, 2010; Johnson, 2001).

P6 GF4: “O que eu acho interessante no Balint? É isso, as angústias são muito semelhantes e muito parecidas. Então todo mundo sempre tem um caso que, ao mesmo tempo em que você está falando, você se ajuda, porque você se reconhece milhões de vezes. Quando, mais pra frente, você vê temáticas que voltam a aparecer... E teve algum momento em que você disse que não é um grupo de autoajuda; aí eu não sei exatamente qual é a definição que você está usando, mas assim, acaba que me ajuda!”

P7 GF4: “Um grupo que se ajuda!”

P6 GF4: “Que se ajuda, né? Eu fiquei pensando nisso, sabe? Porque por mais que... Tem a posição de quem sai da roda, né, aí tem a coisa de, assim... e obviamente é muito mais potencializador, talvez, para quem está levando o caso, mas para quem fica também é bem interessante. E é uma rede de apoio, por mais que não tenha essa proposta, talvez. Mas é

⁷⁹Transcrição das falas dos participantes do Grupo Focal 2.

*isso, quando você vê que o outro também está na mesma situação e... É isso, você não se sente mais sozinho, 'só eu', 'a diferentona [risos].'"*⁸⁰

As pesquisas destinadas a avaliar a eficácia dos GB procurando evidências de uma mudança de atitudes e valores naqueles que experimentaram o processo aumentou nos últimos anos. Os resultados sugerem que os médicos de família treinados por grupos Balint são mais tolerantes com as incertezas e menos propensos a fazer investigações desnecessárias; são mais flexíveis psicologicamente e mais conscientes de si; atuam de forma mais holística; acolhem melhor transtornos psicossomáticos; têm maior grau de satisfação no trabalho e identificação profissional. Há uma relação positiva direta entre o tempo de permanência no grupo e a aquisição de competências profissionais. O método mostra-se promissor no exercício de resiliência, empatia, reconhecimento mútuo e satisfação profissional, podendo ser utilizada como prevenção do *burnout*⁸¹ (Salinsky, 2003; Kjeldmand et al, 2004; Brandão, 2017).

P2 GF3: "É, eu senti falta. A sensação é de que eu já tô um pouco melhor do que semana passada. Exatamente depois de participar daqui. Eu acho que já estou um pouco mais relaxado, sabe? Eu tava sufocado."

P6 GF3: "Eu tenho plena convicção de que o Balint é a prevenção de burnout."⁸²

Esse processo grupal estimula a capacidade de abertura e a reflexão sobre si no exercício da profissão (incertezas, fragilidades), aspectos com os quais o paciente também pode se beneficiar (Sapir, 1994). Quando o contexto limita o trabalhador, por mudanças organizacionais; falta de materiais e de pessoal; pouca autonomia; conflitos (Machado, 1997) e causa sofrimento, os sujeitos constroem estratégias como somatização, estados passionais, ideologização (Onocko Campos, 2005). Este grupo contribuiu ao produzir uma permeabilidade emocional reflexiva:

P11 GF4: "Ah, o Balint é... Ah, eu acho que é a angústia do dia a dia, né, você buscar formas de lidar com essas angústias e prevenir o burnout, sabe? É um tipo de cuidado mesmo, de prevenção de 'pifar.'"⁸³

⁸⁰Transcrição das falas dos participantes do Grupo Focal 4. P6 GF4 faz referência à técnica de *push back*.

⁸¹ Na medicina o *burnout* está relacionado ao esgotamento profissional, físico e mental.

⁸²Transcrição das falas dos participantes do Grupo Focal 2.

5.3 A substância médico: uma farmacologia em construção

Michael Balint utiliza-se de uma metáfora sedutora e produtiva, que cativa os praticantes do grupo e os convida a um jogo de imaginação: *o médico como medicamento*. Por ela, propõe ser o médico a substância mais utilizada em medicina, cujo efeito proposto seria saber *como* escutar o doente, a fim de compreendê-lo, o que já teria uma ação terapêutica (Soreanu, 2016). Longe de padronizá-la, discute seus impactos caso a caso, resguardando a singularidade do profissional. Diante de variáveis dinâmicas, as re(l)ações terão construções diversas, portanto a farmacologia da *substância médico* é uma aposta contextual centrada no caso. Os pacientes serão beneficiados e expostos a distintos êxitos. O grupo, nesse sentido, é utilizado como um cenário de treinamento para uma escuta mais profunda. O facilitador tem a função de exercitar a mesma escuta que se esperava que os médicos apreendessem e praticassem com os doentes (Moura, 1998; Balint, 1998; Brandão, 2017).

Investigar o quanto o médico, mantendo-se certo de sua personalidade profissional, deve prescrever a si mesmo (apresentação, posologia, doses de cura e manutenção), representou o cerne desafiador da busca e do embasamento teórico do grupo de pesquisa da Clínica Tavistock. Em especial considerando os efeitos colaterais indesejáveis e involuntários dessa substância, que podem causar tanto a ele quanto ao paciente sofrimento e esforços desnecessários. Um dos principais efeitos é como se responde às ofertas do paciente e as consequências dessa resposta, o que imprime um certo ônus à atitude médica (Balint, 1998). A resposta imediata mais comum consiste no ato de prescrever, mesmo que frequentemente seja duvidoso oferecer algo racionalmente benéfico ao paciente (Balint, 1998).

O *médico como medicamento* relaciona-se aos processos de transferência⁸³ e contratransferência, fenômenos psicológicos desenvolvidos na própria relação entre o profissional e o paciente, o que Sapir (1994: p. 110) denomina de "contratransferência daquele que cuida" (Balint, 1998; Enid Balint, 1998; Branco, 2012; Nogueira-Martins, 1998). Nos grupos aparecem de forma velada ou explícita, como observada a seguir:

⁸³Transcrição das falas dos participantes do Grupo Focal 4.

⁸⁴“Designa em psicanálise o processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles e, eminentemente, no quadro da relação analítica. Trata-se aqui de uma repetição de protótipos infantis vivida com um sentimento de atualidade acentuada. A transferência é classicamente reconhecida como o terreno em que se dá a problemática de um tratamento psicanalítico, pois são a sua instalação, as suas modalidades, a sua interpretação e a sua resolução que caracterizam este” (Laplanche, 2001: p. 514).

P3 GF1: “Eu me vi em algum momento, eu me percebi um tanto quanto preocupado demais com o que eu iria dizer ou não. Eu achei que foi demais. E aí eu fiquei me perguntando se isso não tem a ver com alguma percepção contratransferencial do caso. Porque a gente tem muito buraco na história toda, então...tinha que saber mais, né? Costumo brincar dizendo que uma das coisas que a gente tem que fazer é preencher queijo suíço: a gente recebe um monte de queijo suíço e tem que começar a preencher onde tem mais buracos para entender o que está acontecendo. Então eu não sei, eu me senti especialmente preocupado com o que dizer ou não. Pode ter sido algo por aí, pode ser que não. Mas, de qualquer maneira, achei melhor compartilhar.”⁸⁵

Por *transferência* compreende-se o processo inconsciente, por parte do paciente, de trazer para o relacionamento atual com o seu médico, conflitos e sentimentos primitivos da infância, com uma reativação de emoções passadas. Esse fenômeno psicológico pode gerar interações afetivas intensas das mais variadas formas. A transferência positiva assemelha-se às expectativas que o paciente nutria pelos seus pais - fonte de apoio, cuidado e segurança, o que pode ser benéfico no tratamento, dentro de limites tênues. Na transferência negativa pode haver atitudes estruturadas em sentimentos como raiva, desprezo, desconfiança, que se expressam na pouca disposição em cooperar, no distanciamento, no atraso na recuperação etc (Nogueira-Martins, 1998; Tahka, 1988).

A *contratransferência*, em sentido oposto, refere-se às reações inconscientes do médico ao paciente, em relação aos seus próprios protótipos infantis ou à transferência deste (Laplanche, 2001), como revela a fala de uma participante: *“nesse sentido do reconhecimento do que o outro trás e aquilo que eu consigo reconhecer em mim.”⁸⁶ (P8 GB1)*. O trabalhador de saúde pode desenvolver uma *contratransferência negativa* quando responde de forma hostil ao estado e às emoções do paciente, por razões diversas, como insatisfação com o trabalho, insegurança, cansaço, pouca escuta, inabilidade em lidar com sofrimentos, pressa, ameaça de caso psiquiátrico ou grave; podendo construir uma relação com características iatropatogênicas (Nogueira-Martins, 1998; Tahka, 1988). A *contratransferência* pode ser positiva, negativa ou expressar um misto de elementos coerentes com a complexidade do encontro, como exposto na fala abaixo, quando a profissional modula

⁸⁵Transcrição da fala do participante do Grupo Focal 1.

⁸⁶Transcrição da fala do participante do Grupo Balint 1.

entre vários sentimentos:

P1 GB1: *“Ai meu deus, essa consulta não pode se estender muito tempo’... E ela foi me cansando muito, eu fiquei com essa impressão. Ela foi me cansando demais. E eu falei, e eu resolvi... e eu falei assim, ‘não, com algum insight ela vai ter que sair daqui hoje! Porque senão, não estou fazendo o meu papel.’ Esse era o meu objetivo. E por que eu pensei nisso? Na verdade eu estou num momento muito ruim da minha vida – como médica de família, com várias coisas –, e eu tenho tido vários insights esses dias. E aí eu falei, ‘não, eu vou ajudá-la, [de uma maneira] mais ou menos [parecida de] como eu estou.”*⁸⁷

Esse trecho continua, e para além da contratransferência, nos traz algumas outras reflexões, como pensar no encontro como um acontecimento desestruturante, que queremos capturar a partir de perspectivas estruturantes (Merhy, 2013f). Por exemplo, a função do profissional no sentido de provocar *insights* no usuário, quando algo o incomoda ou há divergências de opinião, o que nos remete à *função apostólica* proposta por Balint. Também me parecem interessantes os *insights* da médica ao trazer o caso, como *“tem que vir dela.”* Uma das participantes trouxe: *“agora eu tenho a fala, eu tenho o discurso, eu tenho a conduta, então deixa eu tentar abrir a porta pra sair dela, se eu puder pelo menos abrir essa janela e ampliar essa visão, talvez isso já esteja sendo o meu papel.”*⁸⁸ (P2 GB1). Essa metáfora da janela remete à urgência do profissional em fazer algo, à sua dificuldade de esperar o tempo do outro e de perceber que não controla a vida alheia ou os seus direcionamentos e que, inclusive, poderia proceder de forma iatrogênica.

P1 GB1: *“Na minha primeira impressão, eu queria dar na cara dela, queria bater [e dizer] ‘minha filha, acorda, larga esse homem!’, essa era a minha vontade. Mas eu falei, ‘não posso fazer isso, não vai adiantar nada. Tem que vir dela.’ Eu só ficava com isso: tem que vir dela, tem que vir dela, tem que vir dela. Eu posso no máximo ajudá-la com alguma coisa para levá-la pro caminho dela, não tem como eu falar pra ela o que ela tem que fazer. Mas essa era a minha vontade. Eu estava com muita vontade de dizer ‘você é louca, sai disso, sai agora, não volta pra casa!’ E era uma história de... Não era uma violência física, clássica,*

⁸⁷Transcrição da fala da participante do Grupo Balint 1.

⁸⁸Transcrição da fala da participante do Grupo Balint 1.

era uma violência psicológica importante; tinha alguma violência física de quebrar objetos, mas ela mesmo nunca apanhou no jeito clássico de se pensar. E aí foi isso, fui conduzindo ela, fui estimulando ela para ela ir pensando... Eu falei ‘tá, ok, mas por quê você não faz isso?’ E ela saiu super feliz, quis me abraçar no final, e eu abracei ela também, porque eu acho que eu queria abraçar ela também, e aí a gente se abraçou.”⁸⁹

Ao integrar a análise da *contratransferência* ao método grupal, Balint reafirma o seu investimento para que as transferências sejam pensadas, elaboradas e trabalhadas. Possibilitou, assim, que a discussão e o aprendizado clínicos deixassem de priorizar apenas o campo cognitivo do médico, em certa postura de confronto às escolas médicas, que desconsideravam tal discussão (Brandt, 2009; Cunha, 2010; Balint, 1998; Soreanu, 2016).

5.4 Grupo Balint e a Medicina de Família e Comunidade: um círculo relacional

Michael Balint iniciou o seu trabalho grupal com os GPs por achar propícia a atmosfera de consulta na prática generalista e por acreditar que estes utilizavam o médico como medicamento no cotidiano de uma forma diferente de outros especialistas, cuja relação era mais técnica (Balint, 1998; Brandão, 2017). Nesse sentido, McWhinney (2010) e Norman (2015) advogam a favor da MFC ao explorarem a relação médico-paciente como a pedra angular do médico de família e comunidade por simbolizar o elemento essencial e estruturador do cuidado próximo e cotidiano proposto por essa especialidade. O MFC é tanto o primeiro a ver o paciente quando este adocece, como o que permanece disponível de forma permanente (Balint, 1998; McWhinney, 2010; Stewart, 2010). Mas uma abordagem integral, que respeite a estrutura de tempo e as limitações da APS (abarcando com qualidade a demanda interminável da APS; realizar atendimentos tecnicamente consistentes sem desenvolver uma atuação profissional superficial, monótona e de baixa resolutividade) ainda é um desafio (Asen, 2012; Fernandes, 1993).

O MFC tem melhores condições de operar mudanças na interação com o sujeito e sua família, a fim de permeabilizar o *agir-médico* à pedagogia relacional, pois estabelece um contato longitudinal em arco temporal, que permite apreendê-los de forma particular (Teixeira, 1998); acompanhar as mudanças de comportamento provocadas pelas privações

⁸⁹Transcrição da fala da participante do Grupo Balint 1.

impostas pela doença; e observar os métodos que recorrem para se adaptarem (Balint, 1998). A atitude do paciente diante do seu adoecer é matéria-prima valiosa para que a equipe de Saúde da Família (EqSF) construa planos terapêuticos compartilhados e afinados ao perfil do usuário, já que a APS é um lugar marcado pela multiplicidade (dos modos de ser, agir, pensar e olhar). Assim validam os participantes quando evidenciam as distintas perspectivas :

P4 GF3: “Tem uma alegoria, acho que é indiana, que o elefante, e várias pessoas cegas ao redor dele, e aí o que ele toca, você acha que Deus é aquilo que você está tocando, então quem está tocando a tromba acha que Deus é uma tromba; quem está tocando a pata, acha que é uma pata.”

P1 GF3: “E aí o formato de círculo tem alguma coisa a ver com isso? Com esses efeitos, será?”

P8 GF3: “Simbolicamente, sem dúvida, né?”

P4 GF3: “360, né?”⁹⁰

A atividade do grupo Balint é um método para o desenvolvimento profissional de médicos de família e comunidade desde o seu surgimento. Nos EUA, os programas de residência de MFC estão conectados à prática dos GB desde a década de 70 e foram os responsáveis pela sua disseminação, pelo treinamento de líderes e pela manutenção dos grupos (Johnson, 2001). O GB é oficialmente recomendado como um meio para promover a reflexão, o bem-estar e aumentar a competência relacional médico-paciente, pelos seus benefícios para a saúde mental dos participantes (Kjeldmand & Holmström, 2010). Considerando que o MFC estará intimamente conectado à experiência de doença, única para cada usuário, necessitará de ferramentas para melhor abordá-la (Stewart, 2010; McWhinney, 2010), o que para Sucupira (2007) é a própria relação médico-paciente, vista por esta como uma *tecnologia de processo*.

Na Atenção Primária à Saúde (APS), os pacientes chegam repletos de demandas, expressas por seus corpos e pela sua singular subjetividade e é nesse ínterim, que para Moreira Filho (2005) a relação já começa complicada, pois tanto os pacientes quanto os médicos estão mais dispostos a falar que a ouvir. Essa é uma tensão central no mundo do cuidado, em uma cena cotidiana do encontro clínico. Se cada um vê e ouve a si, sem validar a

⁹⁰Transcrição das falas do Grupo Focal 3.

perspectiva do outro, estamos diante um *lugar multidão*, que para Merhy (2014: p.2) tem diferentes vistas do ponto e pontos de vista. Como sincronizá-las?

Desde a formação do profissional, na universidade, prioriza-se sintomas e não aspectos da vida cotidiana, mesmo que essa discussão seja central para o paciente (Balint, 1998; Acirole, 2004). Como em muitas clínicas da família do Rio de Janeiro-RJ, que são utilizadas como campos de estágio de acadêmicos de cursos da saúde, na fala seguinte, a médica é preceptora da residência de MFC e de estudantes de outras duas instituições de ensino. Compartilha uma situação na qual uma estudante do internato⁹¹ de medicina não soube o que fazer quando uma usuária começou a chorar no consultório:

P1 GB1: *“Nessa semana que passou agora, uma interna me chamou para discutir um caso e já veio me dizendo assim: ‘essa paciente é muito difícil.’ E eu falei, ‘tá, o que aconteceu?’. Eu vi pelo prontuário dela que ela tem várias consultas, as queixas são sempre parecidas, são queixas pontuais, são consultas pontuais – e isso eu já interpretando o que ela me falou, né, porque ela como interna às vezes não sabe usar esses termos exatamente. E ela se queixa de dor articular, ela tá com o punho enfaixado, dor no ombro, dor no cotovelo, mas ela começou a chorar na consulta ... Ela (estudante) não sabia o que fazer.”*

P3 GB1: *“Mas por quê ela não sabia o que fazer? O que fez ela parar e pensar que você poderia ajudar em alguma coisa, o que é essa alguma coisa que ela identificou?”*

P1 GB1: *“Eu acho que é porque a paciente começou a chorar. Por isso que ela não sabia mais o que fazer. A anamnese dela foi cortada ao meio, não existe exame físico para choro, e ela foi chamar alguém.”⁹²*

No caso a estudante interrompe a anamnese e busca a ajuda da médica de família, pois *“não existe exame físico para choro”*. A relação médico-paciente ganha relevância na APS ao atender as demandas mais frequentes expressas na tênue fronteira entre os problemas da vida e a patologia objetivamente definida (Gomes et al, 2012). As experiências partilhadas na saúde e na doença por famílias (diversos membros e gerações) podem auxiliar as equipes a conhecerem pormenores importantes e definidores para o acompanhamento dos usuários

⁹¹ O internato caracteriza-se pelos 2 últimos anos do curso de medicina, período em que as atividades práticas são privilegiadas.

⁹² Transcrição das falas dos participantes do Grupo Balint 1.

(Balint, 1998).

O *locus* do cuidado desloca-se para o espaço da vida cotidiana, a partir de redes de vinculações que não só o profissional-usuário, mas também de familiares, vizinhança e comunidade. Esse suporte afetivo e cuidador permite a produção de corresponsabilização com a equipe de saúde e novas significações para os envolvidos (Carvalho, 2009). Para os médicos preceptores, há um desafio extra de conduzir uma consulta com múltiplos focos e relações e ainda exercer o papel formativo. A interna de medicina pode não saber o que fazer, mas a preceptora precisa saber sair dali de alguma forma, mesmo que seja de uma forma disforme, ainda sendo construída, ainda sendo elaborada, ainda sendo pensada.

P6 GB1: “Como é que você transmite esse tipo de sentimento, de ética de trabalho, sei lá? É fácil mostrar que você sabe prescrever antibiótico, que você sabe examinar o tímpano, mas não é tão fácil passar esse tipo de envolvimento com o outro.”⁹³

De fato, as tensões dos encontros cobram dos profissionais atitudes ético-políticas, pois afinal, agem em defesa de quem e de quê? (Merhy, 2014; Onocko-Campos, 2005). No Brasil, os estudos passaram a privilegiar a investigação da subjetividade e da dimensão contextual do encontro clínico apenas na década de 90 (Onocko-Campos, 2005). A ESF, pensada como proposta política de reorientação do modelo assistencial, pressupõe mudanças no *agir-profissional de saúde* com os usuários, ou seja, uma reforma na clínica em prol da eficácia do SUS. Pelas suas diretrizes, espera-se que os profissionais valorizem as queixas relacionadas às condições de vida e a interação com os pacientes, as famílias, o território, compreendendo essa relação como atribuição do processo terapêutico (Franco, 2005; Fernandes, 1993). Ainda no caso exposto acima, diante do fluxo de emoções da consulta e a imprevisibilidade desse encontro, a preceptora coloca-se à prova na circunstância de ambiente formativo, em sua relação não apenas com a usuária, mas com a estudante:

P1 GB1: “E eu fico preocupada com o que os outros pensam lá na clínica, eu acabo ficando, porque a gente deixa uma impressão para os internos, né!? Não tem como. E aí eu falei, ‘nossa, ela deve tá achando que eu tô fazendo psicoterapia com a paciente.’ E eu fiquei pensando, ‘ai meu deus, será que eu tô fazendo psicoterapia com essa paciente? Ou

⁹³Transcrição da fala do participante do Grupo Balint 1.

não? Ou eu só tô fazendo o meu papel?”⁹⁴

Um dos integrantes do grupo compreendeu esse cenário como um “*duplo impulso pedagógico*” (P5 GB1)⁹⁵ - exercer a função de médica e ensinar uma possibilidade de abordagem para a interna e, concomitantemente, criar um modo de ação e relação com a usuária. Essa cena nos remete às lacunas e ao futuro da educação médica, ainda sem clareza formativa para lidar com essas questões. A aplicação do método Balint longitudinalmente pode auxiliar o acadêmico e os profissionais a entenderem melhor o paciente; a relevância de fatores psicológicos, familiares, sociais e culturais no processo de adoecimento; o trabalho em equipe; o contexto sócio-histórico-político no qual está inserido, além de possibilitar a sua autocrítica⁹⁶. Brandão (2007) argumenta só ser possível ultrapassar a resistência às múltiplas terapêuticas em casos difíceis, ditos insolúveis, ao se reformular a linguagem médica tradicional centrada no diagnóstico e na doença. Para tal é imprescindível ouvir os pacientes, acolher outras linguagens e abranger múltiplos aspectos do doente para se conceber diagnósticos mais amplos e profundos, a fim de ampliar o arco terapêutico.

No entanto, salvo o macrocontexto político em que a ESF se estruturou, e da mudança esperada na qualidade da relação entre profissionais de saúde e usuários, em grande parte das consultas não se esclarece o problema ao paciente, tampouco se faz entender seu diagnóstico, mantendo o paciente afastado da compreensão do seu processo saúde-doença e das decisões terapêuticas a serem formuladas (Franco, 2005).

No âmbito da relação trabalhador-instituição, Onocko-Campos (2005: p.577) acrescenta que "ser um trabalhador da saúde, do SUS, e acreditar no valor positivo do próprio trabalho constituem funções estruturantes da subjetividade e ajudam a suportar o mal-estar advindo das tarefas coletivas". A compreensão integral do paciente requer a incorporação de novos comportamentos e atitudes no cuidado à saúde, para além da escuta biomédica - queixa-conduta - e da ação prescritiva. A medicalização, além de responder aos interesses do complexo médico-industrial, reitera a supremacia do saber médico e a dependência do doente, transformando os usuários em doentes em potencial. Recorrer a um discurso doutrinário de humanização da assistência pouco adiantaria, se não alcançarmos suas causalidades. São necessárias mudanças macroestruturais nas políticas de assistência, as quais interferem no

⁹⁴Transcrição da fala da participante do Grupo Balint 1.

⁹⁵ Transcrição da fala do participante do Grupo Balint 1.

⁹⁶Associação Portuguesa de Grupos Balint. Disponível em: <http://www.apgb.pt/>. Acessado em 02/08/2017.

ambiente da relação (Fernandes, 1993).

O debate sobre o momento da consulta, que marca o encontro médico-usuário, integra substancialmente a discussão da autonomia dos pacientes e sua dimensão psicossocial, mas pode ser também oportunizado para uma maior compreensão dos papéis dos envolvidos. Afinal, onde está o médico nessa relação? Para Sapir (1994: p. 123), “a onipotência, portanto, o poder, é da medicina, a fragilidade, independente do que o paciente pense, é própria do médico”. Diante da atração e da compreensão que Balint nutria pela medicina e pelos médicos, Sapir (1994) questiona se o desejo de Balint não era justamente o de melhorar o funcionamento dos profissionais para além da medicina, afinal, para ele, os GB guardam a pretensão “de lutar contra as certezas, o consenso e contra a dominação onipotente do objeto medicina” (Sapir, 1994: p. 124).

Pendleton (2003) ressalta que médicos dispostos usam suas consultas para ampliar o seu conhecimento e compreender suas lacunas, não apenas para aplicá-lo, e com o tempo aperfeiçoam suas habilidades para entender melhor das enfermidades, dos sujeitos e de si mesmos. Os valores, crenças e atitudes dos médicos também se expandem ao longo de todo o espectro de cuidado médico. Trata-se de se pensar a dimensão relacional dentro da prática médica, mas sem que nela esteja restrita.

Glyn Elwyn (2004) discute a diversidade de vozes presentes na consulta pós moderna (do doente e de sua família; do médico; da educação médica contínua; da medicina baseada em evidências; da indústria farmacêutica; da rede de saúde e da mídia), que se explicitam nas relações em questão por meio de consultas difíceis, polimorfas, complexas e pouco previsíveis. Em um dos casos discutidos (GB 4 e GF 4) tratava-se de uma paciente com neoplasia em cuidados paliativos, em que os serviços da rede de saúde não se corresponsabilizavam pelo cuidado, e a médica sentia-se sozinha na condução do caso e, ao mesmo tempo, pressionada pela família:

PI1GF4: “A questão de estar em equipe, mas naquele momento você se sente muito sozinha. A questão de todos os e-mails [relacionados ao contato com os outros serviços], a impressão que eu estava é que estava todo mundo tipo: ‘não é meu’; ‘não é meu’; ‘não é meu.’ E aí o médico de família e o cuidado paliativo pode ser na Atenção Primária? Pode ser na Atenção Primária, sim; só que é isso, está todo mundo dizendo que não era, que tinha que ser no INCA, e aí você ainda pegar essa máscara de super-heroína e falar: ‘não,

vai ser meu, sim, que eu vou pegar e resolver!” [risos].⁹⁷

Nessas circunstâncias, os desafios são múltiplos para a EqSF: como comunicar uma má notícia à usuária e à família e investir na compreensão; oferecer suporte longitudinal, de acordo com a demanda; advogar pela usuária na rede de saúde do SUS; mobilizar-se enquanto equipe por um cuidado multiprofissional; estreitar vínculo; acolher as fases de aceitação da paciente diante um diagnóstico de câncer. A pluralidade dos elementos envolvidos (médico, equipe, usuários, famílias, SUS, sociedade) marca a complexidade do encontro clínico na APS e a exigência por habilidades e uma adaptabilidade contínua do profissional, que deve ter conhecimento, disposição e criatividade para lidar com a diversidade de situações propostas. A família é essencial para a relação médico-paciente, a compreensão da dinâmica familiar, no restabelecimento da saúde do paciente, no fornecimento de informações, e na terapêutica (Tahka, 1988; Carrió, 2012; McWhinney, 2010; Asen et al, 2012).

P13 GF4: "Mas na verdade essa vivência do “sozinho” ela é até uma vivência que existe, porque nem tudo, nem toda estruturação para as nossas tarefas, da vida ou do trabalho, elas vão acontecer no coletivo. Então tem aquela experiência do singular, do sozinho, do só você, do só você falando. Então tem as duas coisas, tem isso e tem o coletivo.”⁹⁸

Para Balint, o trabalho de elaboração começa e termina no contato com o outro que lhe desperta afecções, então, em certa medida, um exercício que também é solitário. A função reflexiva do grupo, chamada de terceiro olho ou terceira orelha, é incorporada ao trabalho do profissional quando ele está consultando. Michael Balint investigou as peculiaridades do paciente e dos sujeitos envolvidos no encontro clínico, discutindo a relação do médico com suas afetações, seus medos, suas fragilidades e frustrações. A tarefa do grupo centra-se na avaliação do modo de sentir e, mais especificamente, na personalidade profissional, como também no que isso pode indicar quanto aos sentimentos do doente: qual o olhar do paciente para o médico, sem que aquele esteja presente? Fala-se do lugar do outro, na tentativa de se perceber de fora para dentro (Brandão, 2007; Brandão, 2017).

⁹⁷ Transcrição da fala da participante do Grupo Balint 4.

⁹⁸ Transcrição da fala do participante do Grupo Focal 4.

P2 GB1: “Eu fiquei pensando nesse corpo dolorido da paciente e também nos corpos doloridos dos outros atores que estavam ali. Da interna, de ela ter entrado em contato com essa limitação de não saber o que fazer diante de alguém que chora. E não saber o que fazer diante de outro corpo dolorido. E da médica preceptora, que se dói com a história de dor da outra e que tem um reflexo de bater na pessoa que dói porque o seu próprio corpo dói também... De acolher aquela história. Então como esses corpos de três mulheres doloridas se encontram naquele espaço do consultório, né!? Como é interessante e potente esse encontro. Porque de alguma forma traz essas dores à tona, e acho que nesse sentido abre caminhos, faz com que elas naquele momento se enxerguem melhor. Achei bonito esse movimento de ter causado na médica uma sensação de violência também, de ter trazido à tona coisas que ela não queria que tivessem vindo, e que fazem ela inclusive sentir culpa, mas que sela o encontro das três mulheres numa história de violência com um abraço triplo. Achei bonito.”⁹⁹

A prática do grupo reforça a potência do encontro a partir da circulação de emoções, e permite experimentar os seus vários lugares: do profissional, do doente ou de qualquer outro envolvido. A relação médico-paciente se estabelece por meio de uma queixa, que encobre um mal, o qual ressoa mais ou menos profundamente no médico, a depender do seu saber, de sua ideologia e de sua história pessoal (Sapir, 1994).

A APS tem o papel de auxiliar os pacientes a entenderem seus sintomas e melhorarem sua própria capacidade de lidar com os problemas (Pendleton, 2011), porém o raciocínio anátomo-clínico-fisiopatológico é frequentemente ineficaz para satisfazer a demanda dos usuários, e os vários campos da existência humana (social, ambiental, emocional). O desencontro entre o médico armado com tecnologias duras e o usuário que busca respostas imediatas pode levar à medicalização e aos exames desnecessários, além da cronificação dos doentes. Torna-se primordial ampliar o campo de percepção clínica com abordagens diagnósticas e terapêuticas mais criativas, para além da perspectiva organicista, para fazer face a estas solicitações de modo a buscar em outras áreas do saber um cuidado mais adequado à complexidade das queixas e sintomas (Fernandes, 1993).

⁹⁹Transcrição da fala do participante do Grupo Balint 1.

P3 GF3: “Quando a gente tem apoio matricial, quando a gente discute caso em equipe, né, a gente tem tantas visões sobre o mesmo caso e isso... às vezes tu fica meio perdido quando tá atendendo sozinho. Quando tu compartilha, às vezes tu nem viu algumas coisas, né, tu não valorizou uma parte da fala da paciente por tá tu e ela ali... E outros olhares ajudam muito no direcionamento e na condução do caso. Achei muito bacana.”¹⁰⁰

Quando se trata de atuar na perspectiva da ESF, há importante influência dos contextos socioeconômico e cultural no processo saúde-doença, a serem considerados juntamente com o modo como as pessoas vivem a experiência do adoecimento, o que pressupõe abertura e preparação para relacionar-se com pacientes e suas famílias de forma longitudinal, integral e dialógica, em diferentes cenários (Gomes, 2012).

P10 GF1: “A gente acaba não conseguindo acessar isso, o foco. O que eu posso fazer além daqui? Pra quem eu posso levar esse caso, com quem eu posso articular, e quais os procedimentos e tal? Falta essa dimensão.”¹⁰¹

Podem ocorrer processos de identificação trabalhadores-usuários tão intensos que, inclusive, em áreas de maior risco social e recursos insuficientes pode haver produção de impotência em série, adoecimento da equipe, evitação e agressividade aos usuários. O contexto ampliado influencia os modelos de consulta e de cuidado e têm implicações diretas no *agir-profissional de saúde*. Em meio à pressão assistencial de um território socialmente negligenciado, as relações intersubjetivas do trabalho em equipe (muitas vezes violentas) e as pautas priorizadas pela gestão, não há espaços intersubjetivos produtores de falas que representem a diversidade. Então, quais seriam os espaços de escuta a esse profissional? (Onocko-Campos, 2005).

Sobre a estrutura político-social nas quais estão inseridos os profissionais deste estudo, atuantes na Atenção Primária à Saúde do Rio de Janeiro, talvez também seja preciso criar gestos de resistência (e resiliência), para a própria manutenção dos vínculos. Nesse sentido, o Grupo Balint contribui, mesmo que por caminhos não diretos e da troca coletiva, com o movimento de valorização das subjetividades, inerente ao trabalho em saúde e na sua

¹⁰⁰Transcrição da fala da participante do Grupo Focal 3.

¹⁰¹Transcrição da fala da participante do Grupo Focal 1.

interlocução com as dimensões individual, familiar e social. Os pesquisadores concluíram que os profissionais treinados regularmente desenvolvem a capacidade de terem *insights* (chamados *flashes*) quando há um reconhecimento entre os interlocutores; uma identificação com o doente, sem a perda de objetividade (Enid Balint, 1998; Sapir, 1994; Brandão, 2017). Sapir (1994: p.119) discorre que o *flash* seria “qualquer experiência clínica que não separe o visto do ouvido, que tente dar sentido simbólico tanto aos gestos quanto às palavras, predisporia este grupo aos flashes”.

O método Balint tem o potencial de fazer emergir questões associadas às tecnologias relacionais, pois insere-se numa perspectiva em que os profissionais trocam com seus pares dinâmicas e situações conflitantes oriundas do cotidiano; estabelecem caminhos e reencenam possibilidades relacionais; entram em contato com seus mecanismos de defesa e com suas reações emocionais - ansiedade, irritabilidade, rigidez, ceticismo e desinteresse. Viabilizam uma zona de colaboração genuína, com a criação de lugares de discussão não existentes nos espaços institucionalizados da prática, a fim de ousar novos modos de agir (Branco, 2012; Courtenay, 1977). Após décadas de Grupos Balint, em consequência à experiência adquirida e às influências socioculturais, os grupos sofreram modificações e hoje a diversidade multiprofissional é rica e desejada:

P10 GF1: “A rede e o sistema são fundamentais no nosso trabalho, só que em algum momento da prática a gente só fala nisso, a gente sai do que a gente tá fazendo pra falar da rede, principalmente da rede que não funciona, ou da rede que funciona, e a gente não consegue olhar para o que a gente tá fazendo. E os momentos institucionais que a gente tem não servem pra isso. Por mais que a gente se esforce, ou é o outro, ou é a rede, ou é o NASF... Enfim, então o potencial é de olhar... Todos os outros espaços são importantes, mas falta um espaço pra olhar pra nossa relação direta com o paciente.”¹⁰²

Trata-se portanto da criação de espaços novos e de novas temporalidades para a experiência simulada entre o trabalhador e o usuário. Mas, antes, do trabalhador na percepção de si, do seu modo individual e coletivo de (re)agir e implicar-se (Merhy, 2003f).

¹⁰²Transcrição da fala da participante do Grupo Focal 1.

P6 GF1: “Quando comecei, essa dimensão da fala (de colocar pra fora) né, de ‘caraca eu quero falar, quero botar pra fora’, e de me identificar com gente que tá sofrendo que nem eu, foi muito radical mas marcou positivamente, de uma maneira dramática... E médio a longo prazo – sei lá, a longo prazo eu nem sei se dá pra falar nele –, eu fico pensando que foi uma das primeiras oportunidades que eu tive de me entender como uma pessoa; no fazer do meu trabalho. Não que eu precisasse sair dessa lógica de estar me enquadrando o tempo inteiro e resgatando essa neutralidade, em todo o furor que eu precisasse, suprimindo o que fosse necessário para conseguir sustentar. Foi o primeiro espaço prático de grupo e espaço teórico também pra pensar nesses termos.”¹⁰³

No Brasil o GB ainda é um método ainda pouco acessível, e é questionável se teria compatibilidade com as condições cotidianas do exercício da profissão e se porventura poderia ser integrado à práxis da APS. Aos Grupos Balint não se impõe o mesmo registro do tempo, muitas vezes opressor, das lógicas convencionais de trabalho pautadas em índices quantitativos e de produção. Nesse sentido, o que se observa é uma extensão continuada do processo formativo - ou de capacitação - do profissional de saúde (não apenas na troca de experiências como no estudo conjunto e colaborativo de bibliografia atualizada do campo) e, sobretudo, a abertura de importante brecha para a identificação e o exame de questões pessoais e profissionais, questões essas responsáveis, não raro, por estados de esgotamento físico e mental.

P9 GF1: “Acho que essa sensação de identidade parece que dá uma aliviada... ‘Ufa, tem gente que sofre igual a mim.’ Eu acho que isso dá uma sensação de alívio, que alivia um pouco o nosso sofrimento enquanto profissional. Tipo, ‘ah, eu não tô sozinho enfrentando questões como essa.’ Eu acho que esse senso de identificação e de pertencimento alivia um pouco o sofrimento do dia a dia.”¹⁰⁴

A partir do grupo cria-se a possibilidade do confronto positivo com casos difíceis, de mudanças no *agir-trabalhador de saúde* e valoriza-se o processo de cuidado e não apenas a resolução do caso. A mudança na forma do médico ver e sentir o doente é tão importante

¹⁰³Transcrição da fala do participante do Grupo Focal 1

¹⁰⁴Transcrição da fala da participante do Grupo Focal 1.

quanto a mudança no doente (Brandão, 1998; Salinsky, 2008; Leite, 2005), daí a importância do médico perceber o que o corpo do outro desperta em seu corpo (Sapir, 1994). A longo prazo, as trocas do grupo permitem desenvolvimentos mais profundos, cujos benefícios são de uma ordem diferente dos benefícios a curto prazo simplesmente porque serão diferentes experiências. É como ver o mesmo paciente várias vezes, isso lhe permite **“acessar, supor e lançar mão de ferramentas que não estão lá no primeiro encontro. O oitavo Balint de um grupo será muito diferente do primeiro, não só porque será outro caso mas porque outras coisas já estão subjacentes e permitirão dar uma potência diferente” (P7 GF1)**¹⁰⁵. O GB a longo prazo permite experienciar outros lugares, a partir da observação, da escuta, e da vivência com o que os colegas pensam e falam: "pedir emprestado o olhar do outro é o método, o resto são ferramentas" (Merhy, 2013f: p. 252).

Enid Balint (1998) faz uma provocação ao questionar quando os médicos irão evoluir para uma atitude menos dogmática e conseguirão encorajar seus pacientes a serem eles mesmos. Nessa linha, uma mudança de atitude do médico desencadearia também uma mudança de atitude no usuário e novas ressignificações. O MFC, mais sistemicamente que outro especialista, tem experiências repetidas com o usuário, o que lhe permite conhecê-lo melhor e lhe agrega informações de seu contexto de vida, suas fragilidades e demandas. O tempo de relação é um fator determinante para a "sociedade de investimentos mútuos"¹⁰⁶(Balint, 1998: p. 226).

Não estaríamos aqui propondo, então, que esse médico compreenda melhor a si mesmo para que possa, não somente reconhecer melhor o seu paciente, como também com ele estabelecer uma relação mais (a)efetiva? - **“Quer dizer que, para além de tudo, é um espaço afetivo também” (P7 GF2)**¹⁰⁷. Balint (1998) propõe o médico como o próprio medicamento a ser ofertado no encontro clínico e este será mais adequado quanto melhor reconhecer as nuances de suas contratransferências.

P3GF1: “É bom notar um aspecto terapêutico do Balint é que você estimula uma forma de você pensar e refletir sobre você, sobre a sua prática, sobre o que tá acontecendo, ele ajuda você nesse processo que você vai criando, uma maneira de você refletir que normalmente

¹⁰⁵Transcrição da fala do participante do Grupo Focal 1.

¹⁰⁶ Balint (1998) intitula *sociedade de investimentos mútuos* o valioso investimento que ambas as partes se depositam (pp 217 - 226).

¹⁰⁷Transcrição da fala do participante do Grupo Focal 2.

não está dada. Então a continuidade do processo vai ajudar você a desenvolver isso, pra você usar quando estiver com o paciente.”¹⁰⁸

5.5 Grupo Balint: limites e desafios

Os benefícios do Grupo Balint para profissionais de saúde já estão bem estabelecidos, conforme toda a discussão prévia já demonstrou. Em contrapartida, os seus limites são pouco estudados.

Nesta pesquisa observamos que o Grupo Balint coloca o biopoder em análise. Entretanto, pode ratificar o poder médico e o poder deste sobre o corpo do usuário, pois falamos deste à partir das nossas perspectivas e fantasias. O nosso deslocamento avança de acordo com a nossa plasticidade psíquica, mas apesar de ser uma prática multiprofissional, que parte da vulnerabilidade e do desconforto dos seus componentes, ainda é gerida por uma aposta *profissional-centrada*. Ouvimos mais a nós mesmos, o que já é um grande avanço por ser um espaço de escuta às nossas projeções contratransferenciais. Todavia, ouvir mais aos usuários à partir de nós demanda uma aposta e uma abertura do grupo para esse fim. Esté é um exercício desafiador.

Como limitações do BRAlint, especificamente, não conseguimos manter a continuidade da discussão de certos casos, o que nos impossibilitou verificar as mudança de atitude do médico diante das questões trazidas quanto àquela relação específica. A falta de devolutiva, ao não revisitarmos os mesmos casos, dificultou a compreensão do grupo sobre as suas próprias ações. Soubemos, por meio de nossas avaliações, dos ganhos individuais dos profissionais após as participações, mas não quanto aos processos relacionais estabelecidos com os pacientes. Os vínculos de confiança entre os membros também estreitam-se e se afrouxam. Assim, o grupo se estabeleceu mais como um espaço coletivo de escuta, apoio e investigação das nossas questões/limitações, que propriamente de formação.

Kjeldmand & Holmström (2010) discutem mais amplamente alguns pontos de tensão bastante relevantes:

1- Há certa dificuldade em manter os membros ativos. O GB demanda investimento de tempo e compromisso, pois é importante que exista certa estabilidade na participação, para

¹⁰⁸Transcrição da fala do participante do Grupo Focal 1.

que o grupo evolua coletivamente (Salinsky, 2003). Essa é uma dificuldade e uma característica do BRAlint. Dentre as razões do abandono, há a não aprovação do método ou a sua não compreensão; a quebra de expectativas, pois muitos esperam conselhos práticos sobre comunicação clínica; fatos sentidos como destrutivos ou desestimulantes (Kjeldmand et al, 2004).

P8 GF2: “Eu acho que é um fresco pra cabeça, né? Que a gente não consegue ter no dia a dia, porque a gente não consegue conversar tudo que a gente quer conversar de segunda a sexta, e muito menos no horário de trabalho.”

P7 GF2: “Eu não sou nem médico, mas pra vocês mais refresca, tem mais essa questão leve, do que tensa? Porque pra mim, eu fico pensando sobre o caso, então tem uma certa questão... Demanda uma certa energia, sabe? Mas é porque eu não lido com isso no dia a dia.”

P8 GF2: “Pra mim, a angústia que eu tenho é [similar a de] quando eu tô assistindo a um filme de suspense, sabe? Mas aquilo é bom, porque o processo de trabalho que a gente tem vivido é uma coisa insana, sabe? É você atender, atender, atender – você não consegue parar, sabe?”

P2 GF2: “Falta uma discussão fora da Clínica, né? Fora da parte exclusivamente clínica. Eu chamo muito o pessoal da residência pra vir, e o pessoal fica muito assim: ‘ah, vou...’ [num tom desanimado], mas aí, no final, eu chamo e aí, na sexta feira, ‘ah, tô muito cansado.’ Aí eu, sempre assim, é automático já: ‘pô, mas isso descansa!’ Ir pra praia e tudo é legal, mas assim, a gente fica tentando esquecer o que acontece, e isso às vezes não funciona tão bem.”¹⁰⁹

2- Idealmente os grupos devem ser conduzidos por dois líderes devidamente treinados por um curso intensivo ligado à alguma sociedade Balint (Salinsky, 2003). Em alguns países, como na França, há profunda influência psicanalítica (Polomeni & Brandão, 2017). Em países em que não há essa oferta, a exemplo do Brasil, o treinamento é dificultado¹¹⁰.

¹⁰⁹Transcrição das falas dos participantes do Grupo Focal 2.

¹¹⁰No período de 28 a 31 de 2017, nós do BRAlint, junto ao Grupo de Trabalho de Comunicação Clínica da SBMFC, realizamos o I Curso de formação de liderança de Grupos Balint no Rio de Janeiro-RJ. Este evento contou com a participação dos formadores credenciados pela *International Balint Federation*, Alice Polomeni (França) e Jorge Brandão (Portugal). Os critérios para a atuação dos líderes estão descritas no site da *The International Balint Federation*. Acesso em 02/08/2017.

3- Pode ser doloroso aos profissionais entrar em contato com o componente emocional da relação clínica, então é esperado haver certo receio e evitação, o que deve ser contornado pelos facilitadores e pelo próprio grupo, de acordo com o aprofundamento desejado para aquele caso (Salinsky, 2003). Nos grupos realizados nesta pesquisa, ocorreu certo tangenciamento em casos que havia questões de gênero, violência e disputa entre categorias profissionais. A atitude evasiva do grupo foi pautada e amplamente discutida pelo coletivo durante os Grupos Focais.

P13 GF3: “Eu lembro que eu comecei a fazer Balint no final da residência, e aí estar num grupo Balint é basicamente um convite para me colocar no lugar do outro, mas entendendo os meus sentimentos, e o quão eu precisava entrar em contato comigo para estar no Balint, né... o quanto o Balint me forçava a fazer isso. E o quanto, muitas vezes, é desconfortável, extremamente desconfortável. A partir do momento em que começou a ser mais confortável, eu comecei a gostar mais. E por mais que, no final, às vezes assim ‘ah, foi ótimo, né?’, aí eu saía e ‘foi ótimo, mas não sei...’. E aí, vir mais, [me fez pensar]: ‘ah, eu estou me conhecendo mais, eu estou conseguindo me perceber mais, e isso está me ajudando mais, então... que bom. Eu vou continuar por aqui, eu não sei... Acho que eu estou num limite que eu...’”

P8 GF3: “Balint é enfrentamento, né? Não é fuga, né; é enfrentamento.”

P10 GF3: “Anti zona de conforto.”

P6 GF3: “Por tudo isso, muita gente não vem sempre, né?”¹¹¹

4- Os GB voluntários, como o BRAlint, ainda são poucos. A participação dos membros é instável, dificultando a proposta de longitudinalidade. Por outro lado, esses grupos são iniciados e planejados por forças internas, e seus membros têm autonomia para definir suas intenções e expectativas.

P12 GF4: “Cara, eu vou falar porque é difícil não falar. Mas eu acho a técnica o menos importante, na verdade. Eu acho que a essência das pessoas é o melhor. A gente tem um grupo muito especial, o ambiente está muito especial, muito leve, [e] apesar de a gente falar

Disponível em: <http://www.balintinternational.com/membership/balint-leadership/>.

¹¹¹Transcrição das falas dos participantes do Grupo Focal 3.

de coisas densas, chegamos aqui [e encontramos] um ambiente agradável, pessoas queridas, o jeito como a gente se lida e o conteúdo das pessoas. Acho que se fosse outra técnica, talvez, a gente tivesse objetivos semelhantes porque eu acho que a essência... As pessoas estão imbuídas da essência e isso pra mim é o mais relevante.”¹¹²

O que se percebe aí é a explicitação de uma certa leveza – potencialmente libertadora, inclusive – intrínseca à prática do GB, em toda oposta ao peso do cotidiano profissional no âmbito da clínica. E ainda a sugestão de que o efeito do GB não advém tanto da aplicação metódica de sua técnica quanto da possibilidade de escapar da asfíxia dos muros e relacionamentos institucionais, num ambiente de intercâmbio afetivo e de acolhimento. Um escape que, no entanto, se caracteriza não como fuga, mas, ao contrário, como enfrentamento direto do que se depara no lugar de trabalho.

5- A participação de um membro exige uma certa flexibilidade psíquica. Participantes com idéias fixas, necessidade de verdades absolutas e engessamento de ações podem, além de ter que lidar com o seu sofrimento, prejudicar ou lentificar a evolução do grupo. É esperado que os membros fiquem temporariamente vulneráveis, em razão da profundidade que lhes toca. Mas essa é uma característica dinâmica, pois o próprio movimento coletivo, junto às intervenções dos facilitadores, tende a evitar exposições excessivas ou aprofundamentos desnecessários.

6- Os GB precisam de apoio do empregador ou da organização de saúde local, caso a proposta seja um GB profissionalmente conduzido na clínica. Pode haver um confronto de interesses com o paradigma biomédico nesses casos.

Vários profissionais, em diferentes grupos pautaram a possibilidade de haver GB *intra/entre* equipes, nas Clínicas da Família (contexto da APS do Rio de Janeiro-RJ), caso houvesse um espaço institucionalizado que priorizasse as tecnologias relacionais. A participante **P8 GF1** contextualizou o seu desejo de fazer GB no seu local de trabalho, projetando a prática como potente por “*estabilizar relações de poder*” entre distintos sujeitos(gerente, médicos, enfermeiros...).

P8 GF1: “*É eu fiquei pirando aqui, seria o máximo ter isso em todas as unidades. Um espaço assim, que é um lugar protegido onde os profissionais podem falar e,*

¹¹²Transcrição da fala do participante do Grupo Focal 4.

principalmente, um lugar de empatia, sabe? Eu posso falar aqui o que eu penso, sem achar que o outro vai julgar, ou vai punir; não, é um lugar onde a gente pode dizer aqui quais são as questões, porque o que a gente fala são também questões nossas, né? É aquilo que atravessa a gente também de alguma forma. E aí...De como isso seria potente dentro das unidades pra criar, entre as equipes, essa empatia: o que é meu é seu, também. E como a gente pode falar isso de uma outra forma, porque nas unidades é tão duro que aí a gente fala gritando, fala brigando, mas a gente pode falar de uma outra forma.”

P10 GF1: “Não sei se eu concordo com essa fala, eu não sei se isso funcionaria com uma equipe que trabalha junta. Porque aí tem outras relações que atravessam. Talvez se tivessem outros espaços onde essas pessoas da unidade participassem, mas não entre elas. Eu acho que seria bem difícil. Não digo que não daria certo, mas acho que seria uma coisa assim... Eu acho o espaço importante para os profissionais, mas não que trabalham juntos.”

P7 GF1: “Seria legal se todos os profissionais pudessem fazer seus Balints, ou seria bom se todas as pessoas que trabalham juntas pudessem fazer um Balint juntas?”¹¹³

A profissional *P10 GF1* traz as questões que atravessam o trabalho em equipe, que suponho estarem relacionadas à dificuldade em dar conta das tensões internas da equipe e elaborá-las num fazer coletivo; ao espaço do trabalho como também um espaço de diálogo; ao desafio de se ver diante do seu próprio fazer com o outro; à possibilidade da troca das vistas (Merhy, 2014; Franco & Merhy, 2013). Em contrapartida, outro integrante retoma a especificidade do GB:

P3 GF1: “Eu acho que o Balint não se propõe a isso e nem tem como. Eu acho que, pra fazer isso, teria que ter um trabalho específico de equipe, de dinâmica de grupo, de trabalho com a própria equipe, de rever as relações e tal, por que né, é bem mais difícil e complexo e eu acho que o Balint não daria conta disso. Em compensação, o Balint dá conta perfeitamente de você perceber que o seu título, seja lá qual for, é perfeitamente compatível com o ser humano. Você não precisa se esconder atrás do título, seja qual for... Ficamos

¹¹³Transcrição da fala dos participante do Grupo Focal 1.

todos iguais, em todas as nossas dificuldades, as nossas angústias, e isso aí nos torna mais próximos de alguma forma e a gente pode ficar menos distante do paciente, né?”¹¹⁴

7- Em grupos obrigatórios há dificuldades e desafios, como ausências, resistência e inércia. Isso inevitavelmente influencia o trabalho coletivo, que depende da confiança e da abertura mútuas.

P5 GF3: *“É, mas talvez também o grupo tenha a sua operacionalidade de maneiras muito diferentes em cada pessoa, né? Para alguns, por meio da continuidade; para outros, dessa inconstância.”*

P2 GF3: *“Vou ali tomar a minha dose, né?”¹¹⁵*

8- O participante tem as suas próprias necessidades, vulnerabilidades e defesas, por isso o método não substitui a sua análise individual. Devem ser fornecidas formas adicionais para diminuir o estresse, e aumentar a competência e a satisfação. Uma nova compreensão da relação pode ser indesejada ou muito chocante para ser internalizada. As discussões podem trazer memórias ou sentimentos dolorosos:

P1 GF1: *“Mas é que tem muita coisa pra falar, e não cabe, não é o momento aqui. Talvez, não sei, só com amigos, família, no bar, sei lá. Ficar com mais pena dela e xingar mais ela, pra eu lidar melhor com essa situação, com os sentimentos, né, que eu fiquei. Mas eu achei que já foi um ótimo passo, foi muito legal participar, foi meu primeiro Balint. Gostei da técnica, não conhecia.”¹¹⁶*

9- O grupo (incluindo o líder) pode ter problemas de agendas ocultas e rivalidades internas, então seus componentes devem se atentar-se às suas reações.

10- O ambiente circundante pode definir as condições do grupo (onde é realizado, por quais categorias profissionais, qual a origem de seus componentes (países diferentes?); quais os interesses políticos envolvidos, esses grupos estão conectados a outras teorias grupais ou dinâmicas de grupos, como psicodrama, grupo operativo, terapia comunitária?

¹¹⁴Transcrição da fala da participante do Grupo Focal 1.

¹¹⁵Transcrição das falas dos participantes do Grupo Focal 3.

¹¹⁶Transcrição da fala da participante do Grupo Focal 1.

11- Responsabilidade excessiva dos líderes: criar um ambiente seguro para a reflexão criativa sobre a relação médico-paciente, protegendo ao mesmo tempo o médico que apresenta o caso e os demais membros; auto avaliar-se junto ao grupo; conhecer bem os membros e protegê-los; evitar disputas; saber comunicar-se com franqueza, mas sem expor ou ferir; evitar bodes expiatórios (personificação da agressão do grupo).

12- Dificuldades relacionadas com a participação individual: aprovação do método; necessidades; estado de saúde mental; capacidade de se empatizar; vulnerabilidade; gênero; histórico cultural; especialidade; carga de trabalho; tempo:

P9 GB1: “E uma coisa que eu fiquei pensando, muito louca também, que é essa vontade que a gente tem de consertar a vida do outro, quando a gente também está passando por momentos difíceis, é sempre mais fácil resolver a vida do outro, que está ali a solução, na cara dele, do que a gente resolver os problemas da nossa vida, que estão difíceis da gente lidar.”¹¹⁷

13- Confidencialidade. A quebra do sigilo desestabiliza o grupo:

P2 GB3: “Lembrar de confidencialidade e respeito mútuo, né? É um espaço que, se a gente ‘vai bem’ nele, é [um espaço] de bastante vulnerabilidade, então... Cuidar um do outro. Mas, ao mesmo tempo, sabendo que os moderadores também estão um pouco aí pra isso; só aquele cuidado do bom senso – fácil de dizer, difícil fazer.”¹¹⁸

14: Dificuldades relacionadas ao grupo (incluindo o líder): privacidade; mudança de líder; relações duplas; rivalidade; intervenções; antipatia; agendas ocultas; bode expiatório.

15- Dificuldades relacionadas ao ambiente do grupo: paradigma da saúde; obrigatoriedade ou grupo voluntário.

16- O registro dos GB ativos é inadequado, o que dificulta os estudos e o acompanhamento de efeitos e falhas do método.

17- Os GB podem nem sempre ser benéficos para todos os membros.

¹¹⁷Transcrição da fala do participante do Grupo Balint 1.

¹¹⁸Transcrição da fala do participante do Grupo Balint 3.

6. O SILÊNCIO: ENTRE O INCÔMODO E A SIGNIFICÂNCIA

6.1 Uma pausa para os sentidos do silêncio

Entre o cuidado e o indizível: a potência do silêncio

Já eram quase duas da tarde. Eles haviam chegado às 11h, junto com mais 9 outros pacientes, daqueles dias em que a gente pede arrego aos céus. E eu entre a fome e o dever. Eram três. Apesar da longa espera, ainda entraram sorrindo. Carlos, pai e marido, acabara de retornar de São Paulo, onde trabalhara por um ano. Parecia ótimo, era uma consulta familiar, estavam juntos outra vez. Fazia DOTS pelo diagnóstico de tuberculose desde meados de agosto e queria iniciar o acompanhamento conosco. *“Eu trouxe minha esposa e filha pra você dar uma olhada”*. Mas tinha algo mais ali, um hiato que esconde um mundo. Há um ano, pouco antes de mudar-se do Rio, havia feito o teste rápido de HIV nessas campanhas de triagem e “sabe-se lá o porquê”, ignorou o resultado positivo. A esposa tampouco chegou a saber até dias atrás e continuaram, como sempre, sem a camisinha. A história foi tomando corpo e enchendo a sala de ansiedade. Havia tensão nos olhares, rigidez nas posturas, peso na fala. Os corpos do casal pareciam desenhar um grande abismo. Dívida e dúvida. Enquanto Carlos incorporava a culpa da tragédia iminente, Bianca ora preparava-se para atacar, ora segurava Clara como anteparo. Poderia ser insuportável, mas a pequena Clara suavizava tudo com seus 6 anos de graciosidade. Nossa, onde iríamos chegar? Eu respirava fundo, pra organizar a tempestade de pensamentos que me inundavam, quando a esposa dispara: *“Nós queremos ter outro filho, doutora! Não é?”*. O olhar atravessado no parceiro. E o meu coração fibrilava, num misto de desespero (será que elas também têm HIV?) e encontro com o mais profundo de minha humanidade. Tinha um grito abafado nas respostas monossilábicas. Tinha um pedido de socorro, uma busca por cuidado. *“Que bom que vocês não foram embora e conseguiram esperar. Que bom!”*. Eu só podia agradecer, por mais dolorido que fosse. Fizemos os testes rápidos. Pai positivo, como já se esperava ou já se negava. Clara negativo (ela dava piruetas enquanto o nosso alívio coletivo transbordou). Bianca positivo. Era o que temíamos. Bianca congelou, enquanto Carlos me enchia de perguntas. Queria saber se tinha pegado HIV pelo beijo. Às vezes a melhor intervenção é o silêncio. Não precisei responder, ela tirou a criança do colo, *“Agora é comigo, doutora”*. E nos entreolhamos mais uma vez, como durante toda a consulta, numa compreensão recíproca do indizível. A força das mulheres é mesmo de se admirar.¹¹⁹

Em “A estética do silêncio”, a ensaísta norte-americana Susan Sontag (1997: p. 18) dedica-se a uma longa meditação em torno do silêncio no âmbito da arte e da filosofia. Comentando a respeito do compositor musical John Cage, para quem o silêncio absoluto não existe (“Cage descreveu como, mesmo numa câmara silenciosa, ainda ouvia dois sons: a batida de seu coração e o fluxo de sangue em suas têmporas”), diz que, da mesma forma em que há sempre algo que provoca um som,

¹¹⁹ Essa é uma narrativa de um caso cotidiano, cujo silêncio ressoa os mais profundos sentidos do encontro. Utilizo-me deste trecho para iniciar a categoria mais inesperada e, pra mim, mais singular e especial deste mestrado: o silêncio. Os nomes expostos são fictícios.

não existe o espaço vazio. Na medida em que o olho humano está observando, sempre há algo a ser visto. Olhar para alguma coisa que está ‘vazia’ ainda é olhar, ainda é ver algo – quando nada, os fantasmas de suas próprias expectativas. (Sontag, 1997: p. 18)

Num deslocamento para o nosso contexto, são esses fantasmas que nos assombram e com os quais precisaremos lidar para retirar deles algum sentido. E é ainda Sontag (1997: p.18) quem diz, num outro momento, que o silêncio é também “uma forma de discurso (...) e um elemento em um diálogo”, e prossegue: “é necessário reconhecer um meio circundante de som e linguagem para se reconhecer o silêncio”. Assim, é só quando se assume o silêncio em sua validade, em sua espessura significativa, que se reverte o incômodo em matéria com a qual colocar-se de modo proveitoso em contato. Negá-lo é também negar que há aí um pensamento a caminho; e, sobretudo, que é próprio do pensamento a hesitação e o ruído.

Os grupos analisados nesta pesquisa foram permeados por diferentes densidades e tempos de silêncio. Se a presença do silêncio tornou-se algo marcante, seja pelo incômodo produzido entre os participantes ou pelos momentos em que fora tematizado, sobretudo nos Grupos Focais, talvez fosse o caso de deter-me, ainda que de forma breve, em seus possíveis sentidos e significações, tomando-o por ora como objeto de reflexão. Trata-se, pois, não de um silêncio que *nada diz*, mas, ao contrário, de um silêncio que, como enunciado, *significa* – e que está, portanto, posto à observação. Ainda que não seja de todo simples adentrar suas zonas de legibilidade, parece-me um gesto produtivo à continuidade e complexificação de minha análise. Orlandi (2007) anuncia que o silêncio foi relegado como o resto da linguagem, desprezado como menor, em um segundo plano. Não me contraponho, à medida que as gravações coletadas foram um surpreendente convite a aprender a pensar o silêncio, e a olhá-lo com curiosidade e entusiasmo.

As diferentes afetações pelo silêncio vieram à tona nas práticas de Grupos Balint e Grupos Focais, desde um alívio aconchegante, um sossego, tomando o corpo uma atitude confortável, aos relatos de ansiedade e desejo de fuga. O silêncio mobilizou com tal destreza os grupos estudados, que se fez um tema transversal nos encontros. A ausência temporária de falas não revelou repouso, passividade, falta de comunicação ou lapsos de ação. Ao contrário, os corpos moviam-se, embrulhavam-se, remexiam-se, suportavam... No hiato do som, esses corpos vibrantes preenchiam a sensação de vazio com sua expressividade franca.

O circuito fechado do círculo exprimia nesse momento a sua máxima coesão. Seus membros estavam interligados pelas linhas de tensão invisíveis, mas notáveis (e sentidas). A

elaboração individual era ainda um mistério para o coletivo, uma interrupção fazia-se necessária para conectar-se com o mundo do outro. Calar-se a fim de ouvir outras vozes. A pausa entre o fim da história ouvida ao início da sua própria narrativa... (Tempos VI - VII). Um silêncio que não se fazia absoluto, pois mobilizava as memórias vivas e anunciava as suas próprias vozes não declaradas¹²⁰:

P6 GF2: “Eu acho que uma questão fundamental do Balint é que ele qualifica a sua prática, melhora a qualidade da sua prática bastante. Em todos os livros, de qualquer área que você participa, de qualquer categoria, você fica mais qualificado.”

P5 GF2: “E eu acho que qualifica porque além dessa troca de experiências, de casos legais, e esse caso especificamente – porque sempre fica aquele silêncio, né? E às vezes eu penso assim: ‘ih, será que ninguém vai trazer?’ Eu sempre tenho essa sensação. Eu fico com essa sensação: ‘ninguém vai trazer caso! Ai meu deus, ai meu deus!’ (Tempo II). Agora eu acho que também... E aí quando eu cheguei eu falei: ‘e aí, tá tudo bem?’ E ele falou que tá ruim? Né? Porque assim, gente – tá gravando? Porque talvez depois eu queria tirar! –, o mundo tá acabando! Se é negócio de Juízo Final, Jesus está chegando. [risos]. Amanhã vai ter manifestação em Copacabana pelo [Sérgio] Moro com o apoio dos militares! Os militares já estão querendo, já estão achando o Moro legal. E aí eu acho que a gente não escolheu, ninguém escolhe nenhuma profissão à toa, a gente não escolheu Saúde da Família à toa, e eu acho que a gente sofre muito, porque a gente empatiza. E às vezes a gente fica com a maior raiva por não empatizar tanto, né? E aí você quer empatizar menos, só que aí não dá. Então eu acho que... Eu, pra mim, eu acho que contribui na minha prática clínica, tem essa coisa da catarse, e de você ver que tem outras pessoas

¹²⁰Relembrando das fases e dos tempos do Grupo Balint, expostos no cap. II:

Tempo I: trata-se do início da prática, o grupo já encontra-se em círculo. Todos são igualmente participantes (sem função pré estabelecida).

Tempo II: são definidos o facilitador e o co-facilitador. O facilitador relembra as características essenciais da prática, pactua os princípios do grupo e convida os membros ao início da discussão com a pergunta: "Quem tem um caso?".

Tempo III: um dos participantes voluntariamente compartilha um caso vivenciado em sua prática clínica: "Eu tenho um caso...".

Tempo IV: os facilitadores perguntam se algum dos membros tem esclarecimentos a fazer sobre o caso.

Tempo V: os integrantes esclarecem dúvidas sobre o caso, questionando objetivamente o apresentador.

Tempo VI: o apresentador do caso sai da roda, a pedido do facilitador, em um movimento simbólico denominado *push back*, para que o grupo inicie a discussão.

Tempo VII: ocorre a dinâmica do grupo, com a elaboração coletiva do caso. E a escuta ativa do apresentador do caso (que neste momento está fora da roda).

Tempo VIII: a pedido do facilitador, o apresentador volta a compor o círculo, e a partir desse momento, faz as suas intervenções e a fala final. O grupo termina.

passando pelas mesmas coisas, né? E eu tenho procurando muito... Tentei com algumas coisas, né; tentei na frente Direitos Humanos & Drogas, tentei no PSOL, tô tentando! Aí, gente, encontrei vocês!”¹²¹

O silêncio nesse diálogo relaciona-se ao início do grupo, quando um dos facilitadores convida: "Quem tem um caso?" (Tempo II). Nesse dia houve um silêncio prolongado até que um dos membros compartilhasse a sua narrativa. E é interessante notar como essa participante relaciona o silêncio coletivo às afetações oriundas da conjuntura política vigente e do trabalho na ESF. "Há um modo de estar em silêncio que corresponde a um modo de estar no sentido e, de certa maneira, as próprias palavras transpiram silêncio. Há silêncio nas palavras" (Orlandi, 2007: p.11). Ora, o silenciamento ("pôr em silêncio")¹²² que avança após o caso compartilhado é recheado de sentidos. Trata-se de um silêncio não instituído pela técnica, mas construído no grupo para dar sentido a ela, para deixar as palavras falarem em silêncio e, por si mesmas. Há, portanto, um processo de produção de sentidos silenciados, que é subjetivo, e que mobiliza em cada participante diferentes dimensões do não-dito.

P1 GF4: “Certo, pessoal, algum desconforto durante a prática?”

P5 GF4: “Eu fiquei sem entender se eu podia falar ou se eu não podia, sabe? Aí depois passou [risos] (Tempo VI - VII). Passou depois. Eu fiquei me segurando: ‘não, vou falar.’”

P1 GF4: “É mais a questão do silêncio ou de vocês desejarem falar e não saberem se podiam?”

P13 GF4: “Eu acho que as duas coisas.”

P1 GF4: “O silêncio foi curto dessa vez, né? Tem vez que tem cinco minutos...”

P4 GF4: “Mas é porque teve um número maior de dramatizações dessa vez, eu acho, logo no início.”

P5 GF4: “Aí eu não sabia que a ela iria dramatizar! Aí teve uma hora em que ela começou a falar como se fosse... Aí até eu entender que ela estava na cena, aí eu...!”

P10 GF4: “Mas é aberto de fazer ou não. Tem vezes que têm mais, tem vezes que têm menos.”

¹²¹ Transcrição das falas dos participantes do Grupo Focal 2.

¹²² Definição de Orlandi (2007), que destaca o silenciamento como *ação*.

P3 GF4: “Por isso que falaram no começo: ‘é livre, cada um fala da sua forma.’ O meu estilo é esse, eu sou...teatral! [risos]. Cada um tem o seu, cada um falou da sua maneira.”¹²³

O momento destacado no último diálogo refere-se à transição dos Tempos VI - VII, quando a participante se vê na iminência da fala, em um exercício reflexivo e dialético desconfortável. Vale destacar que era a sua primeira participação no grupo, não havia, portanto, uma construção prévia de confiança e reciprocidade. A dramatização do outro membro disparou ainda outras percepções de como se projetar e como se dizer. Podemos dizer que a fala ***“Eu fiquei me segurando, não, vou falar” (P5 GF4)*** relaciona-se ao conceito de aceitabilidade (Bourdieu, 1989), que determina o que pode ou não ser dito em tal ocasião ou tal lugar e traduz uma certa hesitação quanto à dinâmica das falas, o que elas representam, o valor do que é dito. De fato,

quando falamos, produzimos um produto que, sob certo aspecto, é um produto como outro qualquer, portanto, destinado a estar sujeito não só à interpretação, mas também à avaliação. (...) Quando produzo um determinado discurso, preocupo-me mais ou menos com o efeito que ele vai produzir naquele a quem o dirijo. A antecipação do preço que meu discurso receberá ajuda a determinar a forma e o conteúdo dele, que será mais ou menos tenso, mais ou menos censurado, às vezes até o ponto de ser anulado – é o silêncio da intimidação. Se meu discurso pode receber um preço, isso ocorre porque quando falo, digo o que digo, mas também digo algo a mais na maneira de dizê-lo. (Araújo, 2000: p. 53)

P2 GF1: “E do grupo, o que vocês acharam? Queria ouvir um pouco de vocês - das contribuições dessa prática para a relação que a gente estabelece com o paciente...”

P6 GF1: “Posso falar? E achei arrastado. Achei que as pausas foram especialmente longas, eu não sei se foi isso de ter muito o que falar ou ser domingo...E não sei, parece que também rolou, nessa linha de falar muito, uma dificuldade de ser objetivo nas falas. Mas eu também não sei se isso foi constitutivo desse grupo particular, no caso. Até pra trazer mais, tipo...Tem um exemplo que [ele] trouxe umas referências muito boas, pontuais, mas tem outras coisas que ficaram frouxas, que não foram tão diretas, como as metáforas que impactam. Mas achei interessante.”¹²⁴

¹²³ Transcrição das falas do Grupo Focal 4.

¹²⁴ Transcrição das falas dos participante do Grupo Focal 1.

Dentro da materialidade simbólica do silêncio proposta por Orlandi (2007), observa-se uma tensão no grupo em como e o quanto caminhar entre o dizer e o não-dizer. Em tempos ligeiros e rápidos, em que é preciso não desprezar o tempo, Mendonça (2015: p.14) nos convida a refletir sobre "abdicar de certa tagarelice sem fim, de se sentir obrigado a sempre falar, a sempre escrever, a sempre manifestar uma opinião", propondo em certa medida a experiência do silêncio, absoluto e total.

P8 GF1: “Mas isso que eu achei legal! Sou psicóloga, né, desculpa a falta de objetividade... Mas é porque eu acho que quando você vai falando, a gente vai processando... É o tempo de elaborar alguma coisa, sabe. Às vezes, quando você é muito objetivo, você perde alguma coisa que vai ficar ressoando ali dentro de você e que de repente não tem espaço de externalização, sabe?”¹²⁵

As falas longas ficam na interface de serem criticadas pela sua prolixidade e amparadas pela tentativa (verbal) de elaboração - observa-se a tentativa grupal de compreender a relação com as palavras, por meio do alargamento das margens individuais. Araújo (2003) argumenta a importância das divergências e do confronto de interesses para a manutenção da polifonia, em uma prática comunicativa que não se expressa de forma linear e unidirecional, mas como o ato de ativar o circuito produtivo dos sentidos sociais.

P6 GF1: “Não, eu concordo totalmente, a minha impressão é que parece que rolava um processamento não verbal que hoje ficou no verbal, acho que é isso o que eu quis dizer.”

P2 GF1: “Hoje as coisas foram bem destrinchadas, mas eu acho que talvez tenha sido o perfil do movimento de hoje, mesmo.”

P8 GF1: “Teria que ver o outro lado, porque eu estou habituada a...”

P7 GF1: “A esse ritmo de fala.”

P10 GF1: “É.”

P7 GF1: “Mas quando ele falou, eu entendi uma parte nisso, mas uma parte assim, às vezes, no grupo, essa sensação [ela] falou – ‘é isso!’ –, rola umas paradas mais secas, que depois você fica um tempão digerindo. Mas tem um [faz som de tapa]. E aí fica em

¹²⁵Transcrição da fala da participante do Grupo Focal 1.

silêncio... e aí demora, da mesma maneira, só que com umas marcações que hoje não tiveram muito. Foi um pouco isso o que você quis dizer?”

P6 GF1: “Também, essa questão de processo.”

P7 GF1: “É, é que o processamento foi aos pouquinhos, né, mais o ócio, e aí você pensa um pouco...”

P8 GF1: “É que eu fico pensando no cuidado de quando você tá falando de um outro, né. Às vezes eu falo muito para achar as palavras e não ser muito [faz um som, talvez indicando desgosto]. Ter esse cuidado de escolher as palavras e de pensar o que é de verdade que eu estou querendo dizer.”¹²⁶

Os agenciamentos dos silêncios e das falas se revelam disputáveis - os sujeitos discursivos representam ali o "seu próprio modo de perceber, classificar e intervir sobre o mundo e a sociedade – em busca de poder simbólico, o poder de constituir a realidade" (Araujo, 2003: p. 167). O silêncio não é acidental, é propositivo, conferindo um tom enigmático e provocador. E toma o tempo de cada relação e de cada coletivo, pois traduz a sua incompletude e o seu próprio funcionamento. A negociação entre fala e silêncio revela um embate entre as categorias da saúde, representadas pelas suas comunidades discursivas, cujos interesses não são necessariamente harmônicos. Do embate caminha-se para uma tentativa de sinergia grupal. O não audível extrapola em outros sentidos, tornando-se visível e enunciável. Os sujeitos, assim, permutam suas compreensões do modo de significar o silêncio:

O silêncio é a respiração (o fôlego) da significação; um lugar de recuo necessário para que se possa significar, para que o sentido faça sentido. Reduto do possível, do múltiplo, o silêncio abre espaço para o que não é um, para o que permite o movimento do sujeito. (Orlandi, 2007: p. 13)

Quando ocorre o movimento de ruptura do silenciamento pré discussão (Tempo VI), após o término do caso relatado, há uma transição fugaz entre a permanência na elaboração individual e a mudança para a perspectiva grupal. Nesse instante, assisti a uma reação corporal mais brusca em direção à primeira fala e ao primeiro interlocutor. A quebra desse silêncio é o prenúncio da reverberação coletiva, da construção de pontes de sentidos que os sujeitos discursivos irão tecer de forma polifônica. A partir do formato atual do Grupo Balint, os silêncios são definidores das fases do grupo, tanto no intervalo ouvir-elaborar-dizer quanto

¹²⁶Transcrição das falas dos participante do Grupo Focal 1.

na saturação e término da prática. Daqui em diante, as significações se sobrepõem - a fala de um começa a dialogar com o silêncio dos outros, formando dinâmicas mandalas de força:

P4 GF3: “Acho que o desconforto foi só o dedo da ferida, né? A reflexão do problema.”

P6 GF3: “É, eu me senti desconfortável o tempo inteiro. Quando [ela] terminou de falar, eu estava tão angustiada que meu Deus do céu! E aí, até o final eu estava menos angustiada do que logo no começo, mas acho que foi um desconforto que estava dando pra lidar ali de alguma forma, e tinha espaço pra lidar. E você falou em desconforto, né, e eu me lembrei assim, porque pra mim, o desconforto, hoje, foi aquele silêncio até alguém começar a falar.” (Tempo VI - VII).

P5 GF3: “Ah, eu iria falar isso!”

P6 GF3: “Eu falei: ‘ai, meu Deus...!’ Aquilo me deu um... né?”

P1 GF3: “Hoje tiveram dois silêncios marcantes, né? Um no início e o outro...”

P6 GF3: “Teve um outro momento menor.”

P8 GF3: “Depois que ela voltou.” (Tempo VIII)

P1 GF3: “Não, então teve três, porque eu tinha marcado...”

P6 GF3: “E aí essa aí foi uma questão minha, né, de lidar com esse silêncio, porque isso marcou muito hoje assim, da demora de...”

P1 GF3: “Mas ele tem a função...?”

P6 GF3: “Fiquei sem saber o que fazer. Foi só esse momento que eu achei que fiquei nervosa.”

P2 GF3: “É, em termos de instrumentalização, eu acho que o Balint é um arraso. Você aprende a ficar quieto, né? Inclusive na consulta.”

P1 GF3: “Então, isso, né, tem a função; ele te prepara para uma escuta qualificada (que não chamava ‘qualificada’ e que a gente deu esse nome depois, né?). É tipo... ‘fica quieto’, né? É tipo... ‘elabora.’”

P14 GF3: “Pois é, pra mim já foi terapêutico, porque na hora que ficou aquele silêncio todo, eu falei: ‘tá, foi pesado.’ Risos. Não era só pra mim!”

P1 GF3: “Desesperando a gente e te acalmando...” (Risos.)

P14 GF3: “Porque no início, eu confesso que, na hora em que ele estava explicando, o caso já começou a falar muito alto no meu ouvido.”¹²⁷

¹²⁷Transcrição das falas dos participantes do Grupo Focal 3.

De início seria preciso questionar, contudo, no que consistem esses silêncios; colocá-lo aqui não como algo dado mas como fato ou matéria a ser elaborada. Quando a participante **P6 GF3** diz: *“pra mim o desconforto, hoje, foi aquele silêncio até alguém começar a falar”*, nota-se alguma dissociação entre *silêncio* e *fala* – o primeiro agindo como um intervalo ansioso, mudo e aparentemente sem sentido; o segundo, como a resolução de uma expectativa com relação à fala do outro e ao encontro de um significado mais imediato. Nesse sentido, pode ser que o objeto de aflição entre os participantes não seja tanto a ausência de falas, mas sim a dificuldade para lidar com a falta de significado, ou mesmo com um tempo mais alargado para a produção de novos significados diante do caso compartilhado. O silêncio ganha aqui um outro sentido, o de produção de rotas de fuga para lidar com situações de difícil manejo, como a violência:

P11 GF1: *“Posso só me meter? Eu percebi que o caso tinha violência de gênero, né? Talvez esse problema tenha constrangido um pouco os homens do grupo e deixado as mulheres num papel de falar um pouco mais sobre isso e a maneira como isso ainda atinge, e os homens ainda um pouco melindrosos em lidar com o assunto...?”*

P10 GF1: *“Eu acho que isso interferiu. Pra mim. Porque eu tive que me conter em muitos momentos com medo de ser agressiva, porque eu vi falas que me soaram como encobrindo violência de gênero. E isso é uma leitura individual minha, e aí eu não queria jogar isso pra todo mundo, é a primeira vez que eu estou participando e eu disse “não, vou esperar um pouco, vou pensar, porque não necessariamente esteja repensando”. E aí eu acho isso das falas um pouco enroladas; não sei se afetou aos outros, a mim afetou.”¹²⁸*

Observo a auto censura e a censura destinada aos colegas, a qual de tal modo inconsciente e tênue, mas gritante. Em especial em contextos de violência e questões de gênero, havia uma evitação clara em se adentrar na dimensão dos agressores e dos agredidos, e uma tendência a ocupar o território da saúde e da dimensão cuidadora. A identificação com o agressor algumas vezes rara, outras inexistentes. Observa-se que os grupos não conseguem superar o estigma relacionado à periculosidade, e diante do outro que é visto como ameaça estabelece uma relação de controle, excluindo-o da cena, submetendo-o ao domínio do

¹²⁸Transcrição das falas dos participante do Grupo Focal 1.

grupo, em sintonia com o relatado por Ferreira (2016) quanto ao encontro de profissionais com usuários loucos.

P6 GB1: “De novo eu fico pensando, com essa sua fala também, dessa coisa da violência como lógica, como elo, como vínculo. O quanto que esse abusador também é abusado, né? A fala inaugural foi ótima - ‘o choro é o que me dá raiva’, né? O quanto isso é uma dinâmica peculiar ou própria e que não aparece porque ele também não teve voz?”¹²⁹

Bom, o quanto esse abusador também é um sujeito que, ao negligenciarmos, também ignoramos o seu agir potencial no mundo? A abertura para o encontro com o outro, que pode ser violento, diferente, mas que também pode ser muitos (na perspectiva de que em cada encontro somos um; e de que somos muitos em um), permite compreender os modos de produzir vida deste usuário, sua dinâmica familiar e seus vínculos (Ferreira, 2016; Merhy, 2014).

Quanto à violência, está presente no cotidiano assistencial no município do Rio de Janeiro-RJ de forma orgânica e longitudinal. Trata-se de uma temática diária nas relações que estabelecemos com os usuários, a equipe, a gestão, a comunidade, com a rede intersetorial e, inclusive, com o nosso trabalho. Por que, então, a mantermos silenciada? Brandt (2009) discute a violência quando há assimetria de poder e o desafio de estabelecermos um *espaço de palavra*. Aqui a aposta seria abrir a palavra para o diferente e respeitá-la, sem produzir novas desigualdades - "pensar o cuidado como a construção de espaços de escuta e reconhecimento do outro" (Ferreira, 2016, p. 98).

P2 GF1: “Interessante você trazer isso, porque é um grupo justamente pra gente se desfazer das defesas, né!? Isso também é um pouco fictício, igual a questão da neutralidade – sempre haverá as defesas, independente de estar num lugar seguro. Da gente minimamente tentar se desfazer dessas nossas defesas pra poder discutir as questões abertamente. Porque quando a gente discute de uma forma mais aberta, mais solta, essas associações acontecem mais, elas estão melhor costuradas, e aí eu também tinha percebido essa questão do masculino versus o feminino, de dificilmente ser acessada pelo grupo...E quando tem uma questão de violência de gênero - ou a mulherada cai em cima da figura do

¹²⁹Transcrição das falas dos participante do Grupo Focal 1.

masculino e os homens ficam retraídos por causa disso no grupo, ou o grupo que normalmente tem mais mulheres – aqui até que tem um certo equilíbrio, né? – ignora completamente a figura do masculino. Então isso tem acontecido, não sei, se isso é uma coisa... Tem alguns textos que estudam o Grupo Balint que falam que [se] apegue muito à fala do apresentador. Como a [relatora do caso] deixou esse agressor muito como sombra na história, não materializou, não acessou ele, o grupo manteve esse movimento. Mas têm algumas questões aí que também têm aparecido em outros grupos, são coisas que me estimulam e me motivam a pensar - Por que será que a gente não está conseguindo acionar essa violência masculina? Essas questões de gênero num espaço que é pra se desfazer das defesas pra justamente chegar nas fragilidades?”

P10 GF1: “Porque tudo isso que é agressivo mesmo em algumas rodas toca especificamente na questão do gênero. De... ‘pra mim, essa não é uma relação de violência mútua, é uma relação de violência contra a mulher.’ Como o relato que ela trouxe... E em algum momento de fala, eu fiquei com medo de ser agressiva com relação a isso porque é uma postura comum.”¹³⁰

Sobre a natureza dos casos, percebo que os grupos têm mantido o ritmo da narração do relator do caso, o que Polomeni (2017) caracteriza como "efeito espelho". Imagine um caso angustiante, com personagens violentas, forte demais, difícil, doloroso. Em princípio, os participantes reagem na mesma medida, o que não significa um modo passivo, mas reativo diante do insuportável e intolerável. Rompê-lo e transgredi-lo demanda do grupo *pôr em questão* tais circunstâncias. Esse silenciamento conjuntural converge à própria censura social e histórica desses eixos temáticos, representando como a prática comunicativa traz à tona os processos sociais de formação dos sentidos, dando voz a discursos hegemônicos:

P1 GB1: “E o que eu faço com esse abusador que está ali, né? Como que eu o faço aprender, ou como eu mostro pra ele de alguma forma que ele não pode ser assim? Enfim, é difícil de se entrar, eu fiquei pensando nisso porque vocês estavam falando que a gente não falou do outro personagem, [não falou] dele, né!? Aí eu fiquei pensando: como seria

¹³⁰Transcrição das falas das participante do Grupo Focal 1.

ser um abusador? Ele aprendeu isso também. Ele aprendeu que podia. E ela aprendeu que tinha que aceitar.”¹³¹

Retomando o conceito de aceitabilidade de Bourdieu (1989), sobre o que pode ou não ser dito, quando, onde e por quem, observa-se uma coerção sobre o discurso nesse contexto. Estamos diante um grupo de profissionais enviesado pela sua disposição e abertura em discutir, voluntariamente e aos fins de semana, casos complexos de encontros clínicos. No entanto, observo que a estrutura discursiva dos sujeitos provém de um espaço comunicativo em certa medida pré determinado, operado por regras e grupo social definidos, que exercem domínio sobre a fala (Araujo, 2003).

Em uma esfera corporativa de profissionais de saúde, majoritariamente da medicina, vê-se as formas do exercício de poder entre (e não só) sobre o outro, como objeto de cuidado. E a dificuldade da profissão médica em fazer uma autocrítica. Ao transpormos o contexto situacional da clínica que exercemos para o grupo, trazemos também o lugar que ocupamos, o nosso lugar de interlocução (Araújo, 2003). No caso em pauta, houve a percepção, por outro lado, que na consulta a médica reproduziu com a paciente a violência que ela sofria do marido:

P3 GB1: “Eu estava pensando na coisa como uma cena, em que eu falo de um personagem que aparentemente não está na sala – que no caso era o marido –, e aí o que acontece, eu recebo o ‘espírito’ do marido e, de repente, eu estou funcionando que nem o marido: gritando, brigando, dizendo o que tem que ser, como é que não tem que ser, eu que sei o que é o melhor pra ela, e de repente eu estou igualzinho ao marido, o ‘espírito dele.’”¹³²

Retomando a questão do silêncio em situações em que há violência, que relação pode ter essa compreensão do silêncio com a prática médica, ou, de um modo mais ampliado, com uma prática de saúde? Para Nogueira-Martins (1998), diante dificuldades e limitações do exercício profissional, o médico tende a minimizá-las em um exercício de negação e rigidez. A atenção ao silêncio tal como o elaboramos visa antes o profissional de saúde que o doente, mas apenas porque é no último que recai de modo mais direto seu efeito. Como forma de

¹³¹Transcrição das falas das participante do Grupo Balint 1.

¹³²Transcrição das falas dos participante do Grupo Balint 1.

resistência aos limites da abordagem biomédica, atentar-se ao silêncio é talvez recuperar a imagem da relação médico-paciente como uma relação entre sujeitos, a despeito de suas diferenças constitutivas e funcionais. É, nesse sentido, e num gesto reflexivo, voltar o olhar ao profissional de saúde como um indivíduo que também se queixa e sofre, que também se empata e se mobiliza, que também duvida e não sabe.

Na medida em que esses trabalhadores de saúde saem de suas casas e narram suas histórias com os pacientes, expõem ao grupo os seus desencontros, os seus afetos, os seus esgotamentos e as suas limitações; eles também transpassam alguns silêncios, mesmo e apesar de imersos nas dimensões histórica, política e econômica das relações sociais do discurso.

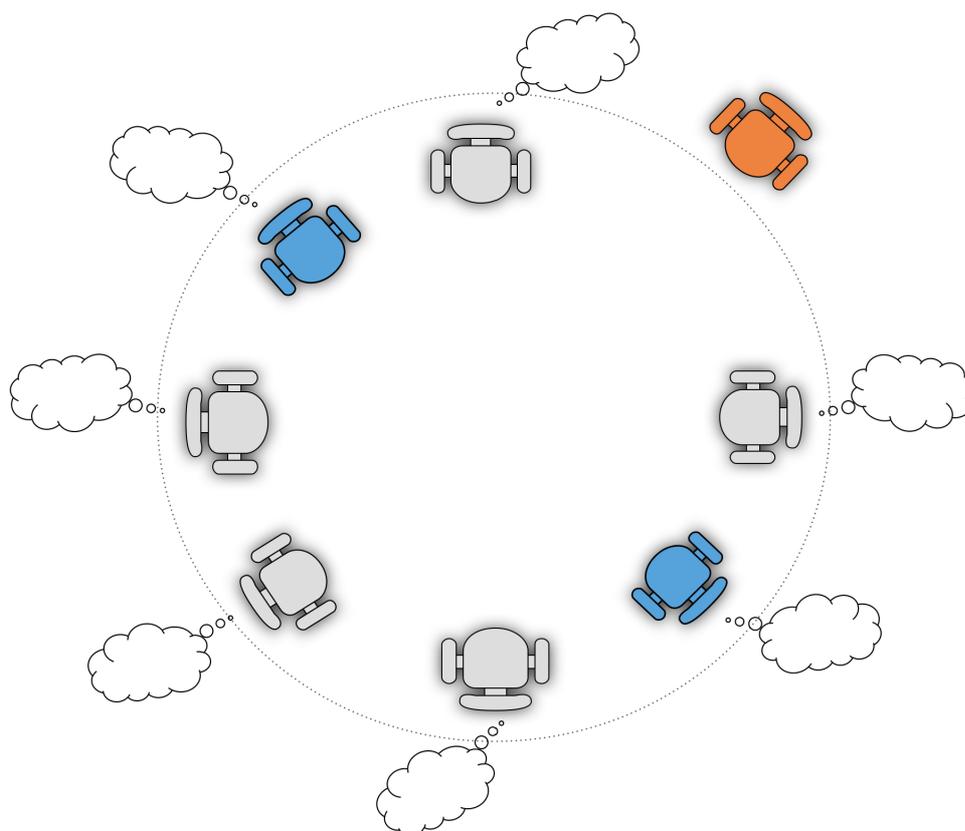
A presença desses grupos em local não institucionalizado (fora do ambiente formal de trabalho) anuncia uma demanda para que sejam ouvidos. Trata-se de um lugar privilegiado de observação, de escuta, de embate, de reflexão quanto aos desafios postos, mas também de criação de caminhos possíveis, de invenção. Ainda que as suas vozes não sejam ouvidas por uma rede mais ampla, dentro da estrutura da saúde, as suas falas dinamizam as fronteiras entre a vida privada e o que é de interesse coletivo nos atos de saúde.

Há uma produção subjetiva que define, além de comunidades discursivas, suas fronteiras, seus encadeamentos, e seus silêncios. Se por vezes o médico (ou o enfermeiro, ou o psicólogo...) atinge certo grau de esgotamento físico e mental em função das demandas que se lhe impõem, é, entre outros motivos, porque ele tem silenciado seu poder de, por instantes, se calar – isto é, processar as dúvidas, lidar com as suas impotências, dar tempo à escuta de si para que a escuta do outro seja então otimizada. Criar espaços para que os silêncios escoem, como ocorre nessa experiência, é simultaneamente, uma forma de resistência, de resiliência e, igualmente, de potência.

6.2 Uma história em projeção¹³³

¹³³ Este texto foi construído a partir das notas compiladas nos diários de campo desta pesquisa.

Fig 18: Grupo Balint e suas projeções.



Representação das projeções individuais e coletivas, experimentadas a partir da *forma-caso*, narrada pelo apresentador.

A rede de pessoas, histórias e encontros que se constrói na prática do Grupo Balint tomam corpo como *imagens-movimentos*, as quais sincronizadas parecem-me um curta metragem. Enquanto no cinema todos olham pra mesma tela de formas diferentes; aqui, a partir da mesma história falada, cada um projeta na sua própria tela, no anteparo da interface consciente-inconsciente, as suas transferências.

A partir do enredo, dos atores e seus tensionamentos, as câmeras, de cunho pessoal, captam as ações que lhes sobressaem à percepção. Onde iluminar? Em qual plano focar? O que recortar? Penso estar aí uma das grandes potências desse grupo: a da amplificação. Quando se cria a sua própria *imagem-ação*, dentro da história do outro (do apresentador), como a novidade do filme afeta cada um dos participantes? Como construir a sua imagem-percepção? E como não suprimi-la?

Aqui o impacto é definido na vivência subjetiva do outro e de si próprio, pois a memória afetiva dos casos está marcada no corpo. Por Deleuze (2013: p.67), “os tipos de imagem evidentemente não preexistem, têm de ser criados”. O grupo é, pois, um exercício de

mobilização das transferências e de reinvenção da *forma-caso*, o que para Balint era a unidade fundamental na organização do saber.

É interessante o silêncio que se estabelece entre a fala do apresentador e o início das falas do grupo (entre os tempos VI e VII). Um silêncio que eu diria necessário. Um silêncio de criação. No cinema são necessárias várias câmeras para um melhor efeito da mesma cena, no Grupo Balint o efeito presente provém de vários diferentes focos, interpretações e elaborações, compondo uma montagem fugaz, cujo registro será apenas subjetivamente memorável. Para Deleuze (2013: p.71), “uma imagem nunca está só. O que conta é a relação entre imagens”. Aqui as cenas grupais se compõem como num mosaico dinâmico de retratos individuais e circulares, formando um ambiente polifônico e polimórfico. Trata-se de uma percepção imaginativa, sonora e visual, ou seja, trata-se do presente, pois a imagem é atual; mas nela contida algo de antigo, dos casos e histórias já vividos, da forma que elas vêm e ocupam a mente.

E como analisar tais imagens e signos? Não os compreendemos isoladamente, estamos em ressonância. Somos ali a reunião de distintos tempos e lugares, motivados e mobilizados, cada um à sua maneira, pela troca que se estabelece no círculo. Compreendo a ausência das notas escritas para além da associação livre. Há uma questão ligada à profundidade que se almeja e ao que ainda falta ser descoberto. No Grupo Balint a natureza do caso é radicalmente transformada. Não estamos aqui propondo imagens planas. Estamos ocupando outras dimensões, que dificilmente tocaríamos sozinhos no cotidiano de nossas clínicas.

O isolamento, o silêncio e a proteção que se estabelecem ao redor do grupo favorecem os sentidos, as abstrações, os movimentos intuitivos e inconscientes. A velocidade e o ritmo nos quais o grupo evoluiu não são determinados por fatores externos, mas pela repercussão interna dos vetores, despertados pelo caso narrado. Então o círculo projeta-se em esfera, a partir de um encadeamento tridimensional das falas e (re)ações.

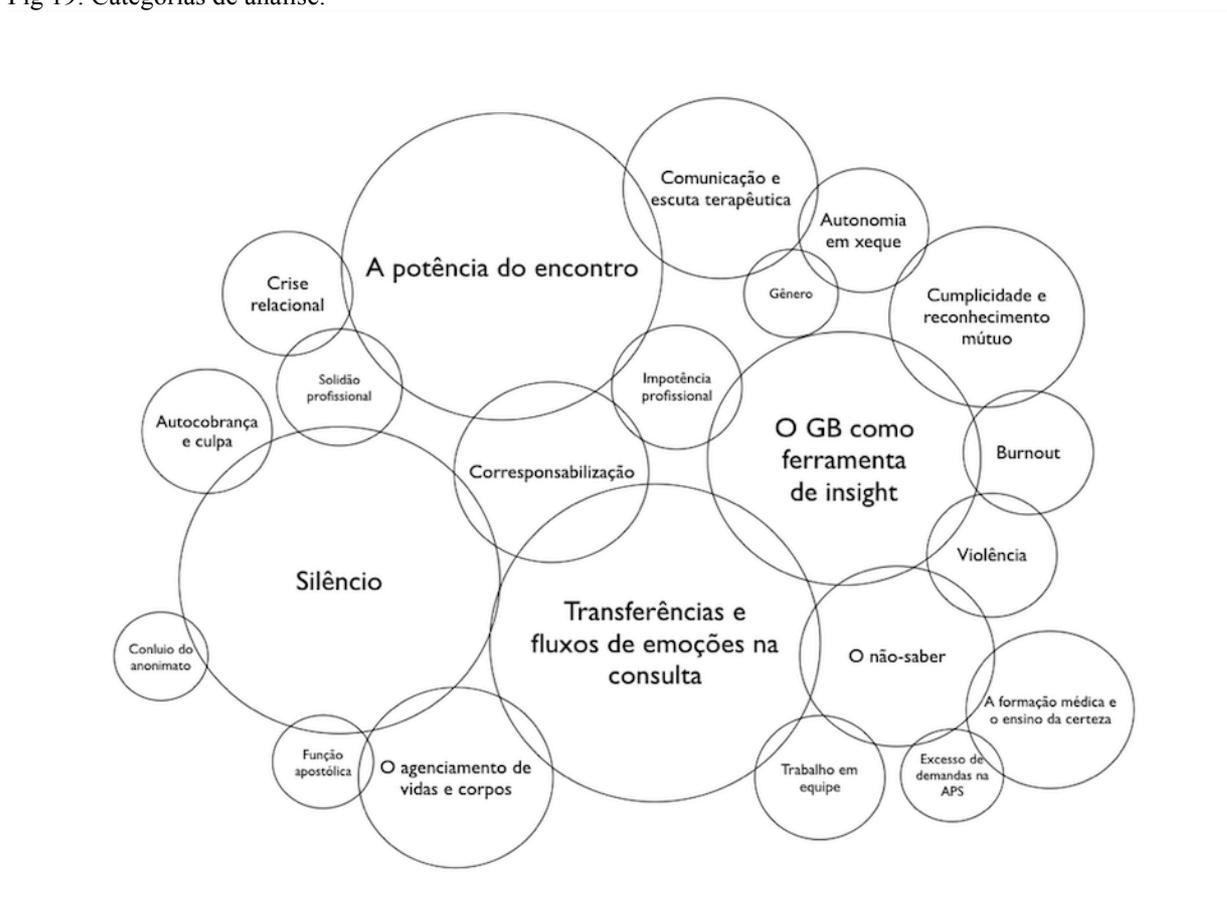
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação, enquanto o primeiro registro público de um Grupo Balint de longa duração no Brasil, o BRAlint, tem, por um lado, uma responsabilidade histórica e, por outro, coloca aos futuros pesquisadores no tema, desafios encontrados, mas ainda pouco explorados. O mestrado, apesar de uma aparência longa, é breve quando se pensa no *aprofundar* pela espessura das questões que emergem da pesquisa.

A sua relevância foi se estruturando e se amplificando, conforme a realização dos encontros, para além da prática do grupo em si, em um sentido reflexivo coletivo de pensar novas formas de agir; ressignificar o fazer saúde; e reconsiderar em quais apostas de cuidado investir. Escrevê-la foi um convite ao leitor, para que navegasse comigo pela relação profissional-paciente, um encontro mobilizador de afetos e transferências, tema tão rico quanto caótico. Como no delta de um rio, há muitas reentrâncias. Precisamos escolher por onde navegar, o que inclui definir do que abriremos mão. Posso dizer que tomar essa decisão foi o aspecto mais difícil do estudo. Foi preciso navegar em curvas para cumprir com a proposta de ouvir os profissionais de saúde, e discutir as suas percepções em relação ao encontro clínico, à partir da experiência do Grupo Balint. Ouvi-los foi um exercício estimulante, pois muito havia para ser dito. Foi surpreendente, inclusive, o silêncio surgir como categoria de análise - pra mim a mais instigante. Parar para ouvir e pensar o silêncio foi um dos meus grandes aprendizados.

O material coletado foi extenso, com mais de 100 páginas de transcrição recheadas com a diversidade de olhares dos profissionais. Do consenso ao dissenso, ali haveria conteúdo para muitos mestrados. Cada grupo realizado abriu uma infinidade de caminhos, o que dificulta a ideia de saturação. Diante das inúmeras categorias de análise, algumas prevaleceram, mantendo suas linhas de força de forma longitudinal:

Fig 19: Categorias de análise.



- O trabalho em equipe;
- A formação médica e o ensino da certeza;
- O excesso de demandas na APS;
- A solidão do profissional de saúde;
- A importância da escuta terapêutica;
- As transferências e o fluxo de emoções na consulta;
- As sensações de auto cobrança e culpa;
- A autonomia em xeque (do usuário e do profissional);
- O grupo Balint como ferramenta de *insight*;
- A cumplicidade e o reconhecimento mútuo entre os componentes do grupo;
- A sensação de impotência do profissional;
- A importância da corresponsabilização com o usuário e as famílias;
- A *função apostólica* de Michael Balint;
- O *conluio do anonimato* de Michael Balint;

- A discussão entorno do *não saber*;
- As atitudes de normatização, paternalismo e urgência dos profissionais, no sentido de agenciar as vidas e os corpos;
- A crise relacional da e na medicina;
- O *burnout* dos trabalhadores de saúde;
- A violência nas relações e no cuidado;
- A neutralidade, que não existe mesmo quando a desejamos;
- As questões de gênero;
- A potência do encontro, a linha condutora dessas páginas.

Algumas categorias foram mais profundamente trabalhadas, outras apenas tangenciadas, de acordo com a importância dada pelos participantes e com os objetivos iniciais deste estudo. Foram dispostas em rede, assim como se interpõem nas relações.

O Grupo Balint, vêm, enquanto ferramenta de trabalho aos profissionais de saúde e para a educação médica, mostrar uma das perspectivas possíveis, como "uma análise que tem consequências, não só porque os seus efeitos incidem sobre o objeto, mas por poder deslocar a vista do ponto de vista do pesquisador" (Freire, 2016). O Grupo Balint é o método, espero que este aspecto tenha se materializado com clareza ao leitor. O encontro é o objeto pretendido. Não finaliza em si, não esgota o tema, mas abre novas perguntas (quem sabe a serem respondidas e multiplicadas em novos estudos brasileiros). Nos grupos que estudamos o método foi essencial para nos fazer pensar, enquanto profissionais de saúde, no poder que exercemos sobre o corpo e a vida dos usuários, mas pela perspectiva das nossas fragilidades e dos nossos desconfortos.

Finalizo com o entusiasmo de ter vivido e reconhecido esta prática de saúde solidária. De ter trocado com cada participante afetos mobilizadores para um agir mais coerente. Assim seguimos, como diz Drummond, " Não, não nos afastemos muito. Vamos de mãos dadas" ¹³⁴

¹³⁴ Fragmento do poema "Mãos dadas", de Carlos Drummond de Andrade, publicado no livro Sentimento do mundo, de 1940.

8. REFERÊNCIAS

ABDO, C.H.N. **Armadilhas da comunicação: o médico, o paciente e o diálogo**. São Paulo: Lemos Editorial, 1996. 181p.

ACIOLE, G. G. **O lugar, a teoria e a prática profissional do médico**: elementos para uma abordagem crítica da relação médico-paciente no consultório. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.8, n.14, p.95-112, set.2003-fev.2004.

ARAÚJO, I.S.; Cardoso, J.M. **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. 152 p. (Coleção Temas em Saúde).

ARAÚJO, I. **A reconversão do olhar**: prática discursiva e produção do sentido na intervenção social. São Leopoldo: Unisinos, 2000.

_____. **Mercado Simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas**. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.8, n.14, p.165-77, set.2003-fev.2004.

ASCHIDAMINI, I.M.; SAUPE, R. **Grupo focal** – estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. *Cogitare Enferm.* 2004 Jan/Abr;9(1):9-14.

ASEN, E. et al. **Dez minutos para a família: intervenções sistêmicas em Atenção Primária à Saúde**. Tradução Sabrina Mello Souza. Porto Alegre: Artmed, 2012. 263p.

AUSTIN, J.L. **Quando dizer é fazer: palavras e ação**. Trad. Danilo Marcondes de Souza Filho. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. 136p.

AYRES, J.R.C.M. **Hermenêutica e humanização das práticas de saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005.

BALINT, M. **O médico, o seu doente e a doença**. 1 ed. Lisboa: CLIMEPSI, 1998. 344 p.

BALINT, E.; NORELL, J.S. **Seis minutos para o doente**: interações na consulta de clínica geral. 2 ed. Lisboa: CLIMEPSI, 1998. 159 p.

BARDIN, Lawrence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed.70; 1979.

BARBOUR, R. **Grupos Focais**. Porto Alegre: Artmed; 2009. 216p.

BERGSTEIN, G. **A Informação na relação médico-paciente**. São Paulo: Saraiva, 2013.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Lisboa: Difel, 1989.

BOTSARIS, A. **Sem anestesia**: o desabafo de um médico. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.80p.

BOLTANSKI, L. **As Classes Sociais e o Corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BRANCO, R.F.G.R. *A contribuição de Balint à relação entre o clínico geral e seu paciente*. In: _____. **A relação com a pessoa**: teoria, ensino e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

BRANCO, R.F.G.R. et al. **Grupos Balint**. In: GUSSO, G.; LOPES, J.M.A.C. (Org). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípio, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. 2v (846 p e 1354 p). 2222 p.

BRANDÃO, J. **Relação médico-doente**: sua complexidade e papel dos grupos Balint. Rev Port Geral 2007; 23: 733-44.

_____. In: BALINT, E.; NORELL, J.S. **Seis minutos para o doente**: interações na consulta de clínica geral. 2 ed. Lisboa: CLIMEPSI, 1998. 159 p.

BRANDT, J. A. **Grupo Balint**: aspectos que marcam sua especificidade.p. 199-208. Vínculo – Revista do NESME, 2009, v. 2, n. 6, p. 113-219.

CÂMARA, R.H. **Análise de conteúdo**: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas à organizações. Revista Interinstitucional de Psicologia, 6 (2), jul - dez, 2013,179-191.

CAMARGO Jr, K. R. **(Ir)racionalidade médica**: os paradoxos da clínica. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1990.

_____. **Biomedicina saber & ciência**: uma abordagem crítica. São Paulo: HUCITEC, 2003. 195 p.

CAMPELLO, M. R. R. **Mosaico no tempo**: uma inter-ação entre corpo, cegueira e baixa visão. 247 p. Tese de doutorado. Niterói, Universidade Federal Fluminense, julho de 2013.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2017. 7 ed. 277 p.

CAPRARA, A. et al. **Habilidades de comunicação com pacientes e famílias**. São Paulo: SAVIER, 2007. 242 p.

CAPRARA, A.; LANDIM, L.O.P. **Etnografia**: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. *Interface Comun Saúde Educ.*, Botucatu, v.4, 2008.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J.V. **A relação assimétrica médico-paciente**: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

CAPRARA, A; FRANCO, AIS. **A relação paciente-médico**: para uma humanização da prática médica. *Cad Saúde Pública*, v. 15, p. 647-54, 1999.

CARRIÓ, Francisco. **Entrevista clínica**: habilidades de comunicação para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed, 2012. 344 p.

CARVALHO, L.C. **A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar**. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica). Programa de pós-graduação em Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. 111 p.

CASSELL, E. **The Nature of Suffering and the Goals of Medicine** (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press, 2004. 314 p.

CAVALCANTE, R.B. et al. **ANÁLISE DE CONTEÚDO**: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. *Inf. & Soc.:Est.*, João

Pessoa, v.24, n.1, p. 13-18, jan./abr. 2014.

CHACRA F.C. **Empatia e comunicação na relação médico-paciente: uma semiologia autopoiética do vínculo.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Campinas, Universidade Estadual de Campinas, 2002.

CLAVREUL, J. **Ordem médica: poder e impotência do discurso médico.** São Paulo: Editora Brasiliense, 1983.

CORRAZE, J. **As comunicações não-verbais.** Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

COURTENAY, MJF. **The leaders, the doctor's and their patients.** *J Balint Soc* 1977; 6: 19-24.

CRESWELL, J.W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens.** 3 ed. Porto Alegre: Penso, 2014. 421p.

CRUZ NETO, O. et al. *Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação.* In: **ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS.13.**, ABEP, 2002, Ouro Preto. Disponível em: <http://redenep.unisc.br/>. Acesso em 10 de julho de 2016.

Constituição Federal do Código Civil de 2002.

CUNHA, G.T.; SANTOS, D.V.D. **Grupos Balint Paidéia: ferramenta para o apoio gerencial, contribuição para a clínica ampliada.** In: Brasil. Ministério da Saúde. Caderno Humaniza SUS. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2010.

DELEUZE, G. **Conversações (1972-1990).** Tradução de Peter Pál Pelbart. São Paulo: editora 34, 2013 (3 edição). 240p.

Dicionário de Psicologia. São Paulo: Itamaraty, v.5, 1973.

DWORKIN, R. **Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais.** Tradução de Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 2013.

DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M.H. **Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem.** *Rev.Gaúcha Enf.*, Porto Alegre, v.20, n.1, p. 5-25, 1999.

DEBUS, M. **Manual para excelência em la investigacion mediante grupos focales.** Washington: Academy for Educational Development, 1997.

ELWYN, G. **Arriving at the postmodern medical consultation.** *Eur J Gen Pract* 2004; 10 (3): 93-7.

FERNANDES, J. C. L. **A Quem Interessa a Relação Médico-Paciente?.** *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9 (1): 21-27, jan/mar, 1993.

FERREIRA D.C.; Favoreto, C.A.O. **Análise da narrativa dos pacientes com HIV na construção da adesão terapêutica.** *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 21 [3]: 917-936, 2011.

FERREIRA, T.P.S. et al. *O reconhecimento do saber do outro como válido: as apostas que*

os usuários fazem sobre sua vida e a decisão dos trabalhadores de saúde sobre a vida do outro. In: MERHY, E et al (Orgs). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. 448 p.

FIGUEIREDO, L. C. et al. **Balint em sete lições**. São Paulo: Escuta. 1 ed. 2012. 176p.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 7 ed. 2014. 231 p.

FRANCO, T. B. *Prefácio*. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013. 361p.

FRANCO, T. B; MERHY, E. E. **Trabalho, Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

FRANCO, A.L.S.; BASTOS, A.C.S.; ALVES, V.S. **A relação médico-paciente no Programa saúde da Família: um estudo em três municípios do estado da Bahia, Brasil**. *Cad. Saúde Pública*, v. 21, n. 1, p. 246-255, jan-fev. 2005.

FREIRE, M.A.M. et al. *Um “estrangeiro” na rede de avaliação compartilhada: experiências em uma área programática no município do Rio de Janeiro*. In: MERHY, E et al (Orgs). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. 448 p.

FURTADO, M.A. **O lugar do sofrimento na cultura contemporânea: patologização do mal estar e medicalização da vida**. 2014, 210 p. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, abril de 2014..

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999. 202 p.

GOMES, A.M.A. et al. **Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na atenção primária à saúde**. *Physis*, vol.22, no.3, Rio de Janeiro, 2012.

GOMES, R. *Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa*. In: MINAYO, M.C. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 34 ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2015. 108 p.

GRISSE, T; APPELBAUM, P. **Assessing competence to consent to treatment**. New York: Oxford University Press, 1998.

GROSSMAN, E.; CARDOSO, M.H.C. **As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico**. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v .30, no 1, jan./abr. 2006.

GUSMÃO, R. C. **Abrindo gavetas, tramando redes: dos impactos na educação pelo trabalho na saúde**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015.

GUYOTAT, J. **Psychiatrie et formation psychologique du médecin**. Paris, Masson, 1967.

- GWYN, R; ELWYN, G. **When is a shared decision not (quite) a shared decision? Negotiating preferences in a general practice encounter.** *Soc Sci Med* 1999; 49: 437-447.
- HOPKINS, P. *Who was Michael Balint?* In: SALINSKY, J. (Ed.). **Proceedings of the eleventh international Balint on 1998.** London: The limited Edition, 1999.
- HULL, SA. **The method of Balint group work and its contribution to research in general practice.** *Fam Pract*, 1996;13:S10-2.
- IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. **A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde.** *Rev. Esc. Enf. USP. São Paulo*, v.35, n.2 , p. 115-21, jun. 2001.
- IRIART, C.; MERHY, E.E. **Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico.** Botucatu: Interface, nov. 2016.
- ISMAEL, J.C. **O médico e o paciente: breve história de uma relação delicada.** 2 ed. São Paulo: MG editores, 2005. 149 p.
- JOHNSON, A.H. **The Balint movement in America.** *Fam Med* 2001; **33(3):** 174-177.
- JORGE, M.A.C. **Discurso médico e discurso psicanalítico.** In: CLAVREUL, J. *Ordem médica: poder e impotência do discurso médico.* São Paulo, Editora Brasiliense, 1983.
- JOVELL, A. **El Proyecto del paciente del futuro.** Proyecto Internacional. Investigación basada en entrevistas en grupos en España. Julio 2001. Apresentado em: Fundación Biblioteca Josep Laporte, MSD. Seminario: El paciente español del futuro. La democratización pendiente. Lanzarote, 5 outubro de 2002.
- KJELDMAND, D; HOLMSTROM, I. **Difficulties in Balint groups: a qualitative study of leaders' experiences.** *British Journal of General Practice*, November 2010. 60: 808-814. DOI: 10.3399/bjgp10X532585.
- KJELDMAND, D et al. **Balint training makes GPs thrive better in their job.** *Patient Education and Counseling*, Volume 55, novembro de 2004. Issue 2 , 230 - 235.
- LANCETTI, A. **Contrafissura e plasticidade psíquica.** São Paulo: Editora Hucitec; 2015. 134p.
- LAPLANCHE, J. **Vocabulário da psicanálise.** Trad. Pedro Tamen. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001. 552p.
- LEITE, G.M.F. **Uma relação delicada: o médico e seu paciente.** *Revista Científica eletrônica de Psicologia. Associação Cultural e Educacional de Garça.* Ano III, Número 04, maio de 2005 - Semestral - ISSN 1806-0625.
- LEJDERMAN, F. **A relação médico-paciente na atualidade.** Disponível em: http://www.celpsyro.org.br/joomla/index.php?option=com_content&view=article&Itemid=0&id=602. Acesso em: 6 de junho de 2016.
- LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, M.T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna.** 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MACHADO, M.H. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade.** Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1997. 244p.

MATTOS, R.A. *Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores.* In: MATTA, G.C.; LIMA, J.C.F. (Org.). **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 313-354.

McWHINNEY, I. R. **Manual de Medicina de Família e Comunidade.** Porto Alegre: ARTMED, 2010. 471p.

MELLO FILHO, J. **Concepção psicossomática: visão atual.** 5 ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1988. 216 p.

_____. et al. **Psicossomática hoje.** 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 616p.

MENDONÇA, P.E.X. de. **Sem Soberania: gestão solidária e força fraca para cuidar de vidas fracas.** 2015. 120 f. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Faculdade de Medicina, UFRJ/Instituto de Estudos em saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2015.

MERHY, E et al (Orgs). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes.** 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. 448 p.

MERHY, E.E. *Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições da análise do território tecnológico do trabalho vivo em ato em saúde para compreender as reestruturações produtivas no setor saúde.* In:FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos.** 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2013a. 361p.

_____. *Apresentação.* In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos.** 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2013c. 361p.

_____. *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde.* In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos.** 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2013d. 361p.

_____. **O trabalhador de saúde como potência: ensaio sobre a gestão do trabalho.** In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos.** 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2013e. 361p.

_____. *Engravitando as palavras: o caso da integralidade.*In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos.** 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2013f. 361p.

_____. *O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido.* In: FRANCO, Túlio Batista; PERES, Marco Aurélio de Anselmo (Orgs.). **Acolher Chapecó: Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no**

processo de trabalho. 1 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004, v. 1, p. 21-45. Disponível também em: www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-02.pdf.

_____. **As vistas do ponto de vista, tensão dos programas de saúde da família que pedem medidas.** Revista Brasileira de Saúde da Família. v. 14. Ministério da Saúde. 2014. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/artigo_emerson_merhy.pdf.

_____. **Saúde: cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: HUCITEC, 2002.

_____. **Ver a si no ato de cuidar: educação permanente na saúde.** IN: VER-SUS Brasil: cadernos de textos [documento eletrônico]/ Associação Brasileira da Rede Unida; organização de Alcindo Antônio Ferla, Alexandre de Souza Ramos, Mariana Bertol Leal, Mônica Sampaio de Carvalho. – Porto Alegre: Rede Unida, 2013b. 106 p. – (Coleção VER-SUS/Brasil).

MINAYO, M. C. S. et al (Org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 34 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015. 108 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 9 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MISSENARD, A et al. **A Experiência Balint: história e atualidade.** Trad. Nelson da Silva Junior. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994. 194p.

MOURA, M.S. *Breve nota à edição portuguesa.* In: BALINT, M. **O médico, o seu doente e a doença.** 1 ed. Lisboa: CLIMEPSI, 1998. 344 p.

MUNIZ, JR e Chazan, L.F. **Ensino de Psicologia Médica.** In: Mello Filho J. *Psicossomática hoje.* Porto Alegre, Artes Médicas, 1992; 37-44.

MOREIRA FILHO, A.A. **Relação médico-paciente: teoria e prática, fundamento mais importante da prática médica.** 2 ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2005. 200p.

NOGUEIRA-MARTINS, L.A.; NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F. **O exercício atual da Medicina e a relação médico-paciente.** Rev. Bras. Clin. Terap. 24(2):59-64, 1998.

NORMAN, AH, TESSER, CD. **Prevenção Quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente.** Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015; 10 (35): 1-10.

ODENT, M. **Pode a humanidade sobreviver à medicina?** Trad. Laura Uplinger, Izabel Aleixo. Rio de Janeiro: Instituto Michel Odent, 2016. 204 p.

ONOCKO-CAMPOS, R. **O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 10, n. 3, p. 573-783, 2005.

ORLANDI, E. P. **As formas de silêncio: no movimento dos sentidos.** 6 ed. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2007.

PELBART, Peter Pál. *A vida (em) comum.* In: _____. **Vida capital: ensaios de biopolítica.** São Paulo: Ed. Iluminuras, 2003.

_____. **Biopolítica**. In: Revista Sala Preta. USP-ECA, V. 7, n. 1, 2007, pp. 57-65.

PENDLETON et al. **A nova consulta**: desenvolvendo a comunicação entre médico e paciente. Porto Alegre: Artmed, 2011. 159p.

PEREIRA, AGD. **O consentimento informado na relação médico-paciente**: estudos de direito civil. Coimbra: Coimbra Editora, 2004.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

PIERCE, R. **Research Methods in Politics**: a practical guide. SAGE, London, 2008.

QUEIROZ, D.T. et al. **Observação participante na pesquisa qualitativa**: conceitos e aplicações na área da saúde. Revista de Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15(2):276-83.

RANCIÈRE, Jacques. *O dissenso*. In: NOVAES, Adauto (Org.). **A crise da razão**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996, pp. 367-382.

RABIN, S; MAOZ, B; SHORER, Y; MATALON, A. **Balint groups as “shared care” in the area of mental health in primary medicine**. Mental Health in Family Medicine. 2009;6(3):139-143.

REMEN, N. **O paciente como ser humano**. Trad. Denise Bolanho. São Paulo: Summus, 1993.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 327p. ISBN: 8522421110.

ROSA, M.V.F.P.C.; ARNOLDI, M.A.G.C. **A entrevista na pesquisa qualitativa**: mecanismos para a validação dos resultados. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2006. 112 p.

SALINSKY, J. **The Balint movement worldwide: present state and future outlook**: a brief history of Balint around the world. *Am J Psychoanal* 2002; 62(4):327–335.

_____. *Balint groups and the Balint method*. In: BURTON, J; LAUNER, B. (Orgs). **Supervision and Support in Primary Care**. Oxfordshire: Radcliffe Medical Press, 2003, 1 ed.

_____. **Como os grupos Balint têm mudado ao longo de 57 anos**: objetivos e expectativas. Revista Portuguesa de Clínica Geral; 2008, 24:526-30.

SAPIR, M. *O Grupo Balint: passado e futuro*. In: MISSENARD, A et al. **A Experiência Balint**: história e atualidade. Trad. Nelson da Silva Junior. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994. 194p.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e seu trabalho**: limites da liberdade. São Paulo: HUCITEC, 2008.

SONTAG, S. *A estética do silêncio*. In: _____. **A vontade radical**: estilos. Tradução de João Roberto Martins Filho. São Paulo: Companhia das Letras, 1977, pp. 11-76.

SOUZA, J. et al. **Análise Documental e observação participante na pesquisa em saúde mental.** Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, maio/ago. 2011.

STELET, B et al. **Anomalia e o ensino da comunicação clínica na prática médica.** Cad. Saúde Pública 2017; 33(2):e00154016.

STEWART, Moira. **Medicina Centrada na Pessoa.** Porto Alegre: ARTMED, 2010, 376p.

STOETZEL, J. **La maladie, le malade et le médecin:** esquisse d'une analyse psychosociale. Population, 15 (4): 613-624, 1960.

SUCUPIRA, A.C. **Relações médico-pacientes nas instituições de saúde brasileiras.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). São Paulo: Universidade de São Paulo, 1981.

_____. **A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde.** Interface Comunic, Saúde, Educ, v. 11, n. 23, p. 619, set-dez 2007.

TAHKA, V. **O relacionamento médico-paciente.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1988. 227p.

TEIXEIRA, J. *Introdução à edição portuguesa.* In: BALINT, M. **O médico, o seu doente e a doença.** 1 ed. Lisboa: CLIMEPSI, 1998. 344 p.

TEIXEIRA, A.C.B. **Saúde, corpo e autonomia privada.** Rio de Janeiro: Renovar, 2010.

TEIXEIRA, R.R. **Humanização e Atenção Primária à Saúde.** Ciência & Saúde Coletiva 10(3): 585-597, 2005.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação.** 10 ed. São Paulo: Cortez, 2000. 108 p.

TRIPP, D. **Pesquisa ação:** uma introdução metodológica. Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005

TRIVIÑOS, A. R. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 2008.

WESTPHAL, M. F. et al. **Grupos focais:** experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Bol. Oficina Saint. Panam. Washington, v.120, n.6, p. 472-481, 1996.

SITES:

ABS (American Balint Society). Disponível em: <<http://americanbalintsociety.org/>>. Acesso em: 28/06/2017.

Associação Portuguesa de Grupos Balint. Disponível em: <<http://www.apgb.pt/>>. Acesso em 02/08/2017.

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia.** 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/doc/4776000/Dicionario-de-Filosofia-Nicola-Abbagnano>>. Acesso em 25/03/2017.

Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa Michaelis. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=confiança>>. Acesso em 03/02/2017.

Dicionário Caldas Aulete. Disponível em: <<http://www.aulete.com.br/confiança>>. Acesso em 02/03/2017.

HARARY, A; FIGUEIREDO, L.C. **Biografia: Michael Balint.** Disponível em: <http://febrapsi.org.br/biografias/michael-balint/>. Acesso em: 12/02/2017.

JIMÉNEZ, Ángeles. **Grupos Balint.** Disponível em: <<https://angelesjimenezpsicoterapia.wordpress.com/grupos-balint/>>. Acesso em 17/06/2017.

Société Balint Belge. **Qui est Michael Balint?.** Disponível em: <<http://www.balint.be/index.php/le-balint/michael-balint.>> Acesso em 03/08/2017.

Société Médicale Balint. Disponível em: <<https://www.balint-smb-france.org/>>. Acesso em 03/08/2017.

TRINDADE, Rafael. **Espinosa - origem e natureza dos afetos.** Publicado em 15/07/2014. Disponível em: <<https://razaoinadequada.com/2014/07/15/espinosa-origem-e-natureza-dos-afetos/>>. Acesso em 05/08/2014.

The International Balint Federation. Disponível em: <<http://www.balintinternational.com/>>. Acesso em 02/08/2017.

VÍDEOS:

BOYD, Lara. **After watching this, your brain will not be the same.** TEDxVancouver. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=LNHBMFCzznE>>. Acesso em 07/04/2017.

MORGANA, MASETTI. **Ética do encontro.** TEDx UFRJ. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=M7JXIfBbQqW>>. Acesso em 07/04/2017.

CONFERÊNCIAS:

ABS (American Balint Society). **Balint leadership training intensive.** Seattle, abril de 2014. Disponível em: <<http://americanbalintsociety.org/>>. Acesso em: 07/06/2017.

SOREANU, Raluca. **O estilo epistêmico de Michael Balint:** “Grupos Balint, utopias médicas e o legado da escola de psicanálise de Budapeste”. Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: 26/11/2016.

POLOMENI, Alice. **Grupos Balint: funções do facilitador.** Curso de formação de liderança de Grupos Balint. Colégio Brasileiro de Altos Estudos, UFRJ. Rio de Janeiro: 28 a 31 de julho de 2017.

BRANDÃO, Jorge. **O movimento Balint na história e no mundo.** Curso de formação de

liderança de Grupos Balint. Colégio Brasileiro de Altos Estudos, UFRJ. Rio de Janeiro: 28 a 31 de julho de 2017.

9. ANEXOS

ANEXO I - GRUPO BALINT 1

Nota do transcritor: "entre colchetes, coloquei o detalhamento de algumas siglas citadas pelos interlocutores ou, em outros casos, algumas palavras que foram ocultadas no ato da fala e que podem contribuir na compreensão do trecho".

P2: E aí pessoal, quem tem um caso hoje?

P1: Eu tenho um caso. Você explicando o que é o Balint – eu nunca participei do Balint, sou Médica de Família há seis anos e nunca havia participado, e sempre quis; aliás, estudei pouco, sei muito pouco sobre o Balint, e aí quis entrar no grupo e começar e tal – e aí você foi explicando e veio um caso na minha cabeça. Engraçado isso, porque eu não esperava, eu não me preparei para isso. Mas o que aconteceu: eu sou do Salles Netto – vale a pena os detalhes, né? Eu posso falar?

P2: Pode! O que você sentir.

P1: É um CMS [Centro Municipal de Saúde] – lá a gente tem internato da UFRJ, tem residência da UERJ, tem o internato da Estácio – e, nessa semana que passou agora, uma interna me chamou para discutir um caso e já veio me dizendo assim: “essa paciente é muito difícil”. E eu falei, “tá, o que aconteceu?” Eu vi pelo prontuário dela que ela tem várias consultas, as queixas são sempre parecidas, são queixas pontuais, são consultas pontuais – e isso eu já interpretando o que ela me falou, né, porque ela como interna às vezes não sabe usar esses termos exatamente. E ela se queixa de dor articular, ela tá com o punho enfaixado, dor no ombro, dor no cotovelo, mas ela começou a chorar na consulta, e eu falei “tá”, e ela falou assim, “eu sei fazer”; “então tá bom, vamos lá!”. Então eu fui lá, a gente voltou lá, eu me apresentei e a gente começou a conversar com a paciente. E é uma senhora, que deve ter quase cinquenta anos, e...com uma cara muito sofrida, e contando a história de que ela é maltratada pelo marido há trinta anos. E ela não sabia o que fazer, queria sair [de casa] de algum jeito e não conseguia; mas, ao mesmo tempo, [parecia] muito protetora com relação ao seu casamento, muito conservadora (“ora, eu casei pra ficar casada”). E ela misturava muito, chorava um pouco, falava do casamento, e aí voltava à dor articular, voltava ao casamento, e aí eu fui tentando mediar – era uma consulta em demanda livre, a princípio; era quase hora do almoço, então eu percebia que a interna estava cansada e eu já estava um pouco cansada, e pensava “ai meu deus, essa consulta não pode se estender muito tempo”...E ela foi me cansando muito, eu fiquei com essa impressão. Ela foi me cansando demais. E eu falei, e eu resolvi...é...e eu falei assim, “não, com algum insight ela vai ter que sair daqui hoje! Porque senão, não estou fazendo o meu papel”. Esse era o meu objetivo. E por que eu pensei nisso? Na verdade eu estou num momento muito ruim da minha vida – como médica de família, com o mestrado, com várias coisas –, e eu tenho tido vários *insights* esses dias. E aí eu falei, “não, eu vou ajudá-la, [de uma maneira] mais ou menos [parecida de] como eu estou”. Na minha primeira impressão, eu queria dar na cara dela, queria bater [e dizer] “minha filha, acorda, larga esse homem!”, essa era a

minha vontade. Mas eu falei, “não posso fazer isso, não vai adiantar nada. Tem que vir dela”. Eu só ficava com isso: tem que vir dela, tem que vir dela, tem que vir dela. Eu posso no máximo ajudá-la com alguma coisa para levá-la pro caminho dela, não tem como eu falar pra ela o que ela tem que fazer. Mas essa era a minha vontade. Eu estava com muita vontade de dizer “você é louca, sai disso, sai agora, não volta pra casa!”. E era uma história de... Não era uma violência física, clássica, era uma violência psicológica importante; tinha alguma violência física de quebrar objetos, mas ela mesmo nunca apanhou no jeito clássico de se pensar. E aí foi isso, fui conduzido ela, fui estimulando ela para ela ir pensando... Eu falei "tá, ok, mas por quê você não faz isso?" E ela saiu super feliz, quis me abraçar no final, e eu abracei ela também, porque eu acho que eu queria abraçar ela também, e aí a gente se abraçou. E a interna, durante a consulta eu fiquei assim, "nossa, ela deve tá achando isso aqui a maior loucura, ela deve tá achando isso aqui...nossa...". E é uma interna que é boa, mas ela quer Otorrino. Eu já sabia que ela não queria Medicina de Família. E eu fico preocupada com o que os outros pensam lá na clínica, eu acabo ficando, porque a gente deixa uma impressão para os internos, né. Não tem como. E aí eu falei, "nossa, ela deve tá achando que eu tô fazendo psicoterapia com a paciente". E eu fiquei pensando, "ai meu deus, será que eu tô fazendo psicoterapia com essa paciente? Ou não? Ou eu só tô fazendo o meu papel?". Mas aí no final, não; a interna levantou e foi abraçar [a paciente], e agarrou ela! E aí eu fiquei olhando assim, e falei "nossa! Ela gostou, então! Ela ficou tocada, ela gostou." Ela não estava assim, "nossa, que saco, manda pro psicólogo e tchau", ela ficou tocada, e eu acho que ela gostou da abordagem. E eu falei, "agora eu tenho que discutir com ela o que eu fiz aqui, né, o que aconteceu". Mas eu fiquei muito mexida, eu fiquei...tem uma parte que eu tenho que contar, não vou me alongar muito: acabou que eu não fiz isso, eu fui embora porque realmente algo me incomodou muito. Teve um momento em que ela voltou a falar da dor articular na consulta, e eu fui agressiva com ela, eu falei "não, chega, não quero ouvir disso; eu quero ouvir o que está acontecendo na sua vida, não fala mais da dor articular". E fui grossa, fui direta. Na hora eu fiquei assim, "caraca, eu descontrolei, não podia ter descontrolado. Mas foi, agora já foi." E fui tentando levar...Impressionante: a mulher, há trinta anos toma porrada da vida e eu ainda vou lá e dou mais uma. Depois eu fiquei super culpada. E acabou que por isso, depois, eu não fiz uma conversa com a interna sobre a consulta, porque eu saí e fiquei furiosa comigo mesma, "por que eu não me controlei? que raiva!", mas a situação realmente me incomodou. Foi tipo isso. Acho que falei tudo o que eu queria falar do caso.

P2: E alguém gostaria de tirar alguma dúvida, perguntar alguma coisa?

P10: Você já viu essa paciente outras vezes, ou foi o único encontro?

P1: Foi a primeira vez.

P2: Foi uma única vez, então.

P1: Foi.

P2: Você se lembra do nome dela?

P1: O nome dela... Não. Se eu ver o nome eventualmente, assim, eu vou lembrar. Mas agora, não.

P6: Qual a idade que ela tem?

P1: Acho que quase cinquenta.

P3: A emoção que ela mais despertou durante a consulta toda foi raiva, é isso?

P2: Não, pode perguntar o que...[interrupção/fala paralela] Desculpa, ela estava só tirando uma dúvida.

P3: Não, pode...

P2: Ela quer saber se pode perguntar para a P1 ou só sobre o caso. Pergunte o que você quiser, qualquer coisa a gente... Como o grupo é um grupo também de estudo, de formação, a gente mesmo vai... Se for uma coisa que já entra no Balint, a gente fala.

P4: Onde eram as dores que ela tinha?

P1: Eram no punho, cotovelo e ombro. E ela falava que tinha uma hérnia, também, que doía. Uma hérnia, acho que era umbilical, que ela falou, que não deixava mais ela fazer exercícios, por isso ela tinha que tratar, porque ela gostava de fazer e tinha parado por causa disso etc.

P2: P3, eu não escutei a sua pergunta.

P3: Eu perguntei qual foi a emoção mais frequente na consulta. Porque ela tinha falado de raiva e eu queria saber se foi raiva ou se foi alguma outra, mas [uma outra emoção que tenha sido] predominante.

P1: Acho que foi raiva. Em vários momentos eu fiquei com muita raiva dela.

P8: Mas o que te incomodava?

P1: Do quê? Disso, da raiva?

P10: É que você mostrou um incômodo o tempo inteiro, que eu senti na sua fala.. O que você consegue perceber que te incomodava ali na situação?

P1: Eu acho que o que mais me incomodou foi vê-la tirando o foco ali, algumas vezes, do que eu queria que fosse o foco da consulta.

P5: Ela é dona de casa?

P1: Ela é dona de casa, mas ela trabalha em casa também; ela faz sorvete e vende o sorvete, e é uma importante fonte de dinheiro pra ela.

P5: E ela tem filhos?

P1: Tem três filhos: duas casadas, mais velhas, e um que está casando agora e saindo de casa.

P4: Essa consulta foi bem longa? Quanto tempo demorou?

P1: Acabou que eu perdi noção do tempo, mas não foi longa, não. Eu não costumo fazer consultas muito longas, não. É, não sei...vinte minutos, trinta.

P3: A interna te chamou.

P1: Aham.

P3: Por que ela achou que você tinha que entrar nessa história?

P1: Ela não sabia o que fazer.

P3: Mas por quê/ do quê ela não sabia o que fazer? Eu vou exemplificar melhor: o que seria possível? "Ah, eu tô com dor articular". Aí [ela] examina, fala um diagnóstico qualquer, de algum traumatismo qualquer, e dá a prescrição de um antiinflamatório, um analgésico, e manda embora. Mal atendimento, mas não é raro. Por que ela parou? O que fez ela parar – ainda mais uma interessada em Otorrino – e pensar que você poderia ajudar em alguma coisa, o que é essa alguma coisa que ela identificou?

P1: Eu acho que é porque a paciente começou a chorar. Por isso que ela não sabia mais o que fazer. A anamnese dela foi cortada ao meio, não existe exame físico para choro, e ela foi chamar alguém.

P3: E ela disse a partir de qual momento a paciente começou a chorar?

P1: Parece que foi rápido, foi bem rápido. Ela já foi pedir ajuda rapidamente, ou foi a impressão com a qual eu fiquei.

P7: Mas eu queria só perguntar se você poderia falar um pouquinho do tipo de violência que ela sofria.

P1: Ela falava que o marido era muito grosso, era muito rude, gritava muito, ameaçava matá-la ao longo da vida, ameaçava se matar se ela saísse de casa, ameaçava bater nos filhos, e quebrava as coisas dela ao longo da vida, reclamava se ela saía de casa, e o que mais que eu lembro... É uma consulta, [incompreensível 12'30"]. Eu perguntei, "mas ele já te bateu?". Ela disse que não, não bateu.

P2: P1, muito obrigada. Normalmente a pessoa que traz o caso puxa a cadeira pra trás, para poder ter um cantinho assim [mais externo ao grupo], o cantinho do pensamento. Vamos lá então.

P10: Acho curiosa essa relação do Médico de Família que também é preceptor, que recebe estudantes, acadêmicos, e como existe a preocupação com a imagem do que a gente está passando para esses meninos. E de fato, na hora que ela falou, veio um peso, parecia que tinha alguma coisa apertando mesmo, tipo "presta atenção no que você está fazendo. Porque esses meninos querem fazer outra coisa mas a gente tem que mostrar o melhor pra eles, do que a gente tem que fazer, mas agora eu não sei o que eu vou fazer. Só estou com raiva dessa situação toda". E aí a consulta não é só da relação médico-paciente, fica uma coisa meio maluca da sua relação com o estudante também, e como você está se mostrando; é um peso que vai além do peso que você sente com o paciente, você não consegue saber por onde andar com isso. Fica uma coisa muito complicada mesmo. Eu sentia esse peso também.

P6: Um pouco de saída do controle, essa frustração, né, do tipo "caraca, sai do controle da situação, e agora eu tenho que controlar não só essa situação com a paciente mas também com o interno – a interna, no caso. Parece que, sei lá, eu estou pensando numa identificação dessa frustração – "caraca, que péssima essa situação, fora do controle, minha vida que tá com um monte de dificuldades também, um pouco tentando me virar com um monte de situações", e ao mesmo tempo que essa identificação negativa de alguma forma chega num ponto positivo. Porque, no final das contas, eu só consigo me encontrar com a paciente, de alguma forma, mesmo que não seja do jeito que eu estava prevendo, queria que ela tivesse um insight maravilhoso...; e a interna também se encontrou com essa situação de uma maneira muito inesperada. Eu fiquei pensando na posição da médica: eu iria ficar muito surpreso e... recompensado? Porque como é que você transmite esse tipo de sentimento, de ética de trabalho, sei lá? É fácil mostrar que você sabe prescrever antibiótico, que você sabe examinar o tímpano, mas não é tão fácil passar esse tipo de envolvimento com o outro.

P3: Eu acho que toda vez que aparece uma emoção muito intensa ou forte eu acho bom perguntar o que é que está acontecendo. Eu estava pensando na coisa como uma cena, em que eu falo de um personagem que aparentemente não está na sala – que no caso era o marido –, e aí o que acontece, eu recebo o "espírito" do marido e, de repente, eu estou funcionando que nem o marido: gritando, brigando, dizendo o que tem que ser, como é que não tem que ser, eu que sei o que é o melhor pra ela, e de repente eu estou igualzinho ao marido, o "espírito dele" entrou aqui e eu estou lá falando e conduzindo a cena de alguma maneira, né. O choro dela não me incomoda. A paciente que chora eu não quero botar no colo. Por que que com essa aqui eu resolvi brigar? Esse choro não me incomodou, não. Tem o Gilberto Gil, né, que canta aquela música, "Mulheres" ["Mulher de coronel"], eu não lembro de cor, mas esse choro não me tocou não, esse choro me deu raiva.

P8: Eu estava pensando mais ou menos isso que você falou, não bem isso mas nesse sentido do reconhecimento do que o outro trás e aquilo que eu consigo reconhecer em mim. Então enquanto ela foi contando, eu fui pensando assim: se fosse uma pessoa que estivesse na minha frente, que sofre violência, e eu me sinto impotente, eu também iria querer sacudi-la e falar "minha filha, acorda!". Mas quando a gente está nessa situação, quando a gente sofre violência, quando a gente passa por aquilo, o quanto é difícil a gente chegar, e se sacudir e falar "não, não aceite isso, você não merece isso", enfim. Quando somos nós a passar por aquilo, o que a gente consegue fazer e reconhecer como possível, né. E eu acho que quando vem essa raiva dela, é uma raiva que é dela. Eu achei interessante quando você traz a "encarnação" do cara, o "espírito" do cara que entrou. Mas é porque é o espírito da humanidade, né, eu acho que é o que tem no mundo [e] que todos nós podemos sentir. Ela é o elemento que provoca raiva no marido e que se deixou dominar por essa raiva, e aí o que ela traz ali que provoca a raiva dela, e como que o outro lida com aquilo que se apresenta no campo é o que vai fazer essa relação ir pra um caminho ou pro outro. E é difícil, quando a gente é impactado por uma situação que está ali acontecendo, você conseguir se deslocar, sair desse lugar e ser neutro; não sei se é o que os pacientes esperam, mas eu acho que é uma coisa que a gente espera como quem está atendendo. Eu sou psicóloga, quando alguém vinha até mim falar dos seus problemas, eu esperava de mim que eu me colocasse fora daquela situação para poder ser alguma coisa neutra ali e poder ajudá-la de alguma forma. Mas isso não é se relacionar, né. E aí qual é o limite, onde eu permito me relacionar...

P5: É que a neutralidade é sempre uma ficção também. Quando você fala "eu sou neutra", eu acho que isso tem mais a ver com passar uma imagem de neutralidade do que de fato ter uma atuação neutra, né. Porque você vai ser afetada de qualquer maneira, e você vai pensar coisas para além do que você tem desejo de pensar.

P3: É, neutro é que nem sabão, né. É a base do analista saber a diferença entre mim e o outro.

P6: Isso que a P8 falou ficou me remetendo a essa situação concreta, né; porque tipo, "tá", mas tem uma particularidade toda. E aí a fala do P3 é brilhante, porque traz esse sistema que está por trás da paciente, [mostrando] que ela não está ali sozinha.

P5: E tem quase que um, me parece, um "impulso pedagógico", mas de uma maneira... Na verdade são dois "impulsos pedagógicos", eu acho: por um lado, de uma maneira muito direta, com a interna, ou seja, "eu estou aqui atendendo, estou exercendo minha função de médica, e ao mesmo tempo eu estou ensinando uma possibilidade de conduta, estou experimentando uma situação que eu nunca vivi e tentando, não sei, talvez armar um modo de ação, enfim, [um modo de ação] novo com esse paciente, já que a gente nunca teve essa relação". E, por outro lado, um "impulso pedagógico" com relação à própria paciente, no sentido de talvez ser muito difícil eu não querer também passar um modo de conduta que para mim seria muito claro, "ah, eu agiria dessa forma". Então você quer que, de todo modo, a pessoa também atue dessa forma. Só que, desse impulso, aí precisaria haver um distanciamento. E acho que nesse lugar teria uma dificuldade, também.

P9: Eu não suporto gente que se vitimiza, entendeu? Essa coisa de ficar chorando, e [dizendo] "eu tô há trinta anos nessa situação, e eu não consigo sair dessa situação", me irrita muito. Essa coisa da pessoa se vitimizar, se colocar nesse lugar de vítima, de coitadinha, porque eu sofro, porque meu marido isso, e de terceirizar então os meus problemas, os meus problemas são por conta dele, isso me irrita muito. E essas pessoas que se colocam nesse lugar, e aí somatizam então as dores – [as dores] articulares, insolúveis, intratáveis – compulsivamente. E elas também me ativam a minha sensação de impotência, porque nada que eu falar vai resolver. Eu preciso tirar esse problema e o no que ela vai se apoiar pra ficar reclamando, né? Se melhorar a dor, o que vai sobrar pra ela se trancar nesse papel de vítima?

P7: Quando alguém se coloca como vítima, eu tenho vontade de me colocar como agressor, né!?

P2: Fiquei pensando naquela música do Chico Buarque – "Joga pedra na Geni!/ Ela é feita pra apanhar!/ Ela é boa de cuspir!" – e me pareceu muito essa paciente, porque ela se coloca num lugar de vítima, né, de coitada, e aí..."pá", "pá", a interna não sabe o que fazer, a médica também não sabe mas ela tem que saber. Então é diferente: a interna pode não saber, mas a preceptora precisa saber sair dali de alguma forma, mesmo que seja de uma forma disforme, ainda sendo construída, ainda sendo elaborada, ainda sendo pensada; ou uma forma reacional. Mas a Geni está ali levando pedradas.

P6: É difícil esse paralelo, porque eu fiquei pensando em que dimensão todas as consultas são consultas de uma certa Geni? Ou a gente está atendendo a Geni de todos os nossos pacientes. E depois fiquei pensando em que dimensão essa Geni é singular. Na verdade, em que dimensão ela não é a Geni. Porque a Geni estava meio "safá", né!? A Geni, ela é o objeto de agressão do universo, mas estava "de boa" – dentro dos parâmetros que ela tinha para estar "de boa". Ela estava na zona, enfim.

P2: Ela estava mais autônoma?

P6: É, tinha uma certa agência!

P4: Acho que seria mais essa frase, né: "feita pra apanhar/ ela é boa de cuspir".

P6: Eu entendi, mas fiquei pensando... Caraca! Na paciente, eu fiquei vendo a Geni mas ao mesmo tempo a anti-Geni, porque ela está nessa situação de inércia.

P2: A Geni tinha uma certa agência, né? Uma certa gerência da sua própria vida, autonomia...

P8: É, ela escolheu ir lá e ficar com o cara. Que a cidade inteira implorou e ela falou "tá bom, eu vou".

P6: Mas aí também, a paciente – está difícil ser essa paciente porque ela não tem nome, né? "ah, a paciente" – também é um pouco isso, porque... Não sei, o comentário da P9 antes, um "comentário não-verbal" de quando a

P1 estava contando e falou da saída do filho, eu fiquei pensando "cara, o quanto tem de investimento dela também nessa relação abusiva", né? Sei lá, sem querer usar a palavra "masoquismo", mas o quanto tem de envolvimento que torna difícil também romper com esse lugar e dizer "não, eu quero sair".

P8: Mas é porque a gente é construído assim desde sempre, né? E aí falar de uma posição da mulher mesmo dentro da sociedade. Desde que a gente nasce, cresce, se desenvolve, sempre a gente tem que estar submetido ao outro, e como é difícil sair desse lugar. E como sair desse lugar requer ação minha, e como eu não aprendi a me colocar em ação desde sempre. Eu sempre tive que estar submetida ao outro, o outro sempre teve que me prover, o outro sempre teve que fazer por mim – e aí sair dessa situação não é simples. Não é só um reconhecimento: "ah, eu estou nessa situação e agora eu vou sair"; é tudo o que "sair dessa situação" implica. Onde ela vai se colocar nesse mundo, e aí isso vai ter que se construção dela. E isso requer muita força, requer muita presença...

P4: Às vezes uma atitude não é só uma atitude, é ser outra pessoa, né?

P3: Eu estou há trinta anos vivendo com esse cara mal-educado, grosseiro, e aí a minha médica me disse que eu posso abandonar ele, que eu posso deixar ele. Mas não sei. Ele precisa tanto de mim, ele disse que se mata se eu não estiver com ele, porque ele gosta de mim. Eu não sei o que eu faço. E também, se eu me separar dele, como é que vai ser? Porque eu sempre aprendi que no casamento a gente tem que suportar tudo. Aí eu vou ser uma fracassada, pra sempre, porque eu não consegui suportar o que eu tinha que suportar?

P10: Essas situações são situações que também me irritam muito, como a P9 falou. E depois do que a P8 falou eu fiquei pensando: é uma mulher que a gente não sabe o nome, mas é uma interna mulher e é uma médica mulher, que se [incompreensível; talvez "aconselham"] de uma maneira diferente dessa paciente – por que isso nos irrita tanto? Isso não me irrita tanto quando eu vejo um homem se vitimizand; me irrita quando eu vejo uma mulher assim. E essa questão da médica olhar e ver "não, você precisa sair daí", é porque ela se construiu de outra maneira. Eu também me construí de outra maneira. E isso provoca uma raiva imensa que, em mim, gera uma impotência. Porque eu não posso...A vida daquela pessoa, enfim, tem 40, tem 50 anos e aí eu não sei o que fazer com a minha raiva. Porque eu sairia dessa situação, despedaçada como fosse, mas sou eu. E ela se construiu da maneira como a P8 falou: o casamento é muito importante, ela nunca se imaginou talvez de outra maneira, ou em outra relação, e isso provoca raiva. Eu me olhando e vendo essa paciente... Nossa, não sei, acho que a raiva está muito relacionada a isso.

P2: A gente tem um certo impulso também de consertar a vida dos outros, né? Enquanto formadores de conduta, no papel de preceptor, de formador. Então como a gente resolve, como a gente organiza, como a gente conserta a vida do outro? Como a gente também conserta e tira doenças dos lugares e conserta as vidas dentro do consultório - existe esse mito, né, de "mecânico", de organizar, "deixa eu colocar tudo no lugar". E às vezes, se a gente pudesse, a gente iria lá mesmo e resolveria a vida do paciente. "Deixa eu ir lá na sua casa que eu resolvo rapidinho". Mas não é bem assim, né? Não é bem assim. Eu achei muito interessante o insight – durante a própria fala da P1 ela trouxe vários insights do caso, e um deles foi que..."mas eu sempre pensava que tem que

sair dela, tem que sair dela; mas agora eu tenho a fala, eu tenho o discurso, eu tenho a conduta, então deixa eu tentar abrir a porta pra sair dela". Então eu senti muito essa sede da P1 de..."deixa eu abrir a janela dessa mulher pra ela ver que tem algo ali além da casa dela, pra ela ver que tem uma paisagem. Então se eu puder pelo menos abrir essa janela e ampliar essa visão, talvez isso já esteja sendo um papel... meu."

P5: Não dá pra não levar em consideração, também, que era uma mulher falando para outra mulher. Então acho que talvez pudesse ser diferente se fosse um homem médico, ou se o paciente também fosse um marido e uma mulher. Acho que isso implica em algumas coisas.

P8: Talvez nem tivesse a sua ajuda, né? Surgiu pela empatia, ali. O que eu fico pensando muito é que tarefa é essa que a gente toma pra gente, como se a gente que tivesse que resolver a vida do outro. E não temos; cabe ao outro resolver. A gente cabe ali ser um interlocutor dessas possibilidades que começam a surgir num campo para essa outra pessoa que está conseguindo trazer e verbalizar e, de repente, se dar conta de algum processo que está "disfuncionando" na vida dela. Mas a gente que está ali na frente dela não vai resolver a vida dela, a gente pode estar ali e ouvir. Vamos [nos] colocar empaticamente como "ouvidos" ali, né. Eu acho que só o ouvir por si já é terapêutico.

P6: Mas aí quando você "empaticamente", não tem uma presunção de que vai... De que isso também é constitutivo do processo? Eu fico voltando pra fala da Thaís, pensando "cara, mas não foi à toa, né. Por mais que seja uma situação difícil para mim, era o meu projeto de vida, né, pelo menos eu botei minhas próximas energias". E aí, de novo, pensando que ela é a Geni/não é a Geni, ela também não estava totalmente à mercê ali? Ela foi fazer picolé pra vender, ela tinha uma certa agência nesse espaço pessoal que é dela, e essa crise emerge num momento - muito legal a pergunta que alguém fez que suscitou isso - que o filho está saindo de casa, o último filho, o filho mais novo, o lar vai se recompor de uma maneira muito radical. E aí, de novo, voltou a dimensão da/ tipo, quem é a P1 que chega e ouve essa história? Que está passando também por uma situação difícil dela? Por mais que venha de uma trajetória de vida diferente. Aí eu fico pensando nesse encontro num momento de crise para as duas, como não tem como não compartilhar sofrimento?

P10: Mas isso também é empatia, né?

P6: É, pois é. O que eu faço com isso dra?

P10: Mas acho que isso de abrir um espaço, ou de abrir uma janela ou uma porta, enfim, essa metáfora - é o que a gente espera disso, porque a gente está esperando abrir algo que seja positivo para essa pessoa. E ela pode sim abrir, mas pode ser algo que a gente não veja como positivo. A vida dela pode mudar, mas e aí, para onde? A gente não tem como mudar esse direcionamento. A gente parte do princípio que isso é bom.

P4: Será que a vista que ela vai ter da janela vai ser tão boa quanto a gente acha?

P7: Não sei se eu entendi.

P10: Quando a P1 falou que é uma tentativa de você... Você tem que fazer algo, né, no sentido de mostrar outra visão dessa cena, dessa realidade para a pessoa – para que ela veja, não para que você veja os caminhos, enfim. E aí eu me pergunto o quanto isso vai ser positivo para essa pessoa, porque ela pode ver coisas que não sejam [positivas]. A gente pensa que... Senão a gente não tentaria, senão a gente não estaria nesse processo e nessa tentativa do "eu tenho que fazer alguma coisa", e eu tenho que fazer alguma coisa agora, inclusive, porque poderia ter sido outro movimento - "agora eu não faço nada e eu espero". Por aí tem essa expectativa de abrir algo que mude - e sim, mas vai mudar de que maneira? A gente não tem controle sobre isso. Eu acho que isso é o que causa sofrimento. No "depois", também, depois que a paciente foi embora. A gente fica... A gente "mexeu". E aí?

P7: Acho que sim, é tipo: ela tem que sair daqui com um insight, qualquer que seja ele e qualquer impacto que isso vá ter depois. Ela tem que sair daqui com um insight.

P10: A pergunta no final é boa, não é?

P4: Será que a gente não pode ser iatrogênico?

P7: No fundo é tudo conduta, né? "Não, eu não vou dar a conduta pra ela. Eu não vou dizer o que ela tem que fazer. Eu vou fazer isso aqui pra depois ela andar. Eu vou só abrir a porta pra ela atravessar, eu não vou atravessar por ela."

P3: Mas eu estava me perguntando... Há trinta anos, quarenta anos que está nessa história, por que tem que resolver tudo num único encontro com essa paciente? Qual é a urgência que tem aí? Ou de quem é a urgência?

P6: Mas a interna não vai estar semana que vem!

(Risos coletivos e breves comentários simultâneos)

P2: E a violência é uma urgência, né? A violência é uma coisa que eu não engulo. Não dá pra passar.

P10: Mas é que a urgência é sempre nossa, né? Se fosse tão urgente pra ela, eu acho que isso já teria provocado alguma coisa. O que eu fico pensando é que vai ser sempre uma tarefa inglória pra gente, porque nunca vai depender da gente, vai sempre depender do outro. Que o outro se dê conta, e do quanto isso também estrutura o que o outro é, né. A gente pode abrir a porta, pode abrir o olho, pode abrir o que for, mas o passo quem dá é o outro. E vai ser sempre no tempo do outro. Porque senão ele pode dar um passo em falso e aí pode ser muito mais devastador pra vida dele e só ele vai ter condições de dizer e se responsabilizar também por aquilo. Falar de corresponsabilização é responsabilizar a todos os envolvidos, inclusive a pessoa que está trazendo aquela questão

pra gente. O que de responsabilidade o outro tem também na vida, né. Qual é a minha responsabilidade nesse problema que ela está me trazendo, no que eu posso ajudá-la, mas qual a responsabilidade dela em fazer alguma coisa para a vida dela? E isso só cabe a ela fazer.

P6: Mas aí se não tem urgência, não tem também, por outro lado, oportunidade?

P10: Ah, mas se você está aí, você está "oportunizando", né. Eu entendo assim.

P9: Eu tive vários insights agora com coisas que vocês falaram. Um é uma coisa que o P4 falou: às vezes uma atitude muda quem a gente é, de que ela é essa senhora que foi criada para ser casada, né. Sei lá, pode até ser que tenha ido na igreja e tal. Então quem ela é, ela é essa senhora de meia idade, casada e com três filhos, e ela se vê assim, ela não se vê [como] uma senhora de meia idade separada. Será que ela consegue se ver assim? Será que se ela se separar, esse cara se mata mesmo? E se acontecer isso, olha a responsabilidade do cara que [se] matou! E uma coisa que eu fiquei pensando, muito louca também, que é essa vontade que a gente tem de consertar a vida do outro, quando a gente também está passando por momentos difíceis, é sempre mais fácil resolver a vida do outro, que está ali a solução, na cara dele, do que a gente resolver os problemas da nossa vida, que estão difíceis da gente lidar. E que, pra gente, às vezes, ter coragem de falar com alguém alguma coisa que a gente precisa falar é difícil, então pra gente resolver os problemas da nossa vida é muito mais difícil do que a gente estar lá no consultório, e dá vontade chacoalhar a pessoa e dar uns tapas na cara e falar "vai lá resolver". E pra gente é muito difícil de resolver muitas coisas da nossa própria vida, né.

P10: Quem vai chacoalhar a nossa cara?

P3: Nós somos seres complexos, e nos discursos da complexidade tem uma máxima muito boa que diz o seguinte: para todo problema complexo, existe sempre uma solução rápida, simples e equivocada.

P7: Não seja por isso. Eu me sacudo bastante dizendo: " Eu não poderia ter me descontrolado." Também bato na minha cara.

P6: Ela se desviou bastante, né, nessa consulta. Acho que por todas essas razões ela se cobrou de dar um bom exemplo pra interna, ela se cobrou de que ela tinha que dar um resultado, não objetivo mas tangível com o que estava acontecendo ali. Ela se cobrou, ela cruzou a linha num determinado momento...

P2: Mas ela ficou com um pouco de culpa, né,!? e trouxe a culpa ainda.

P9: É difícil a gente se acolher também, né. Acho que a gente não tem como ser perfeito, a gente tem essa tendência de querer ser perfeito também - querer fazer as melhores condutas, o melhor exemplo para os internos, a melhor consulta. E é difícil. Eu sempre me pego fazendo tudo direitinho, tudo melhor, tudo mais perfeito, né. Então é difícil sair e carregar essa culpa assim, é pesado.

P2: Eu fiquei pensando nesse corpo dolorido da paciente e também nos corpos doloridos dos outros atores que estavam ali. Da interna, de ela ter entrado em contato com essa limitação de não saber o que fazer diante de alguém que chora. Não tem nada mais comum na vida de alguém de vinte e poucos anos do que ver as outras pessoas chorarem, né; a família, desde que nasceu, enfim. E não saber o que fazer diante... Com outro corpo dolorido. E da médica, né, preceptora, que se dói com a história de dor da outra e que tem um reflexo de bater na pessoa que dói porque o seu próprio corpo dói também... De acolher aquela história. Então como esses corpos coloridos... doloridos. Coloridos!?

(Risos coletivos)

P2: Que bonito, mas é "doloridos". Como esses corpos doloridos se encontram, [corpos] de três mulheres doloridas se encontram naquele espaço do consultório, né. Como é interessante e potente esse encontro. Porque de alguma forma traz essas dores à tona, e acho que nesse sentido abre caminhos, faz com que elas naquele momento se enxerguem melhor. Achei bonito esse movimento de ter causado na P1 uma sensação de violência também, de ter trazido à tona coisas que ela não queria que tivessem vindo, e que fazem ela inclusive sentir culpa, mas que sela o encontro das três mulheres numa história de violência com um abraço triplo. Achei bonito.

P10: E como na verdade deu certo, não é? Por mais culpa etc. Na verdade foi um encontro super bonito.

P2: Para as três, né?

P4: Eu fico imaginando a interna, né; uma Otorrino num estágio de Medicina de Família, encontrar com isso, sei lá, a primeira vez que ela foi ver alguma coisa de "humanidade" num atendimento, né. [incompreensível, 42'56"] ... outras clínicas, isso aí "ah, tem um jeito de abordar isso, mas não uma conduta específica pra cada caso de sofrimento que é trazido". Então pra ela também deve ter sido uma janela que se abriu. Quer dizer, "eu sou médica, vou ser médica, mas... Nossa, que bonito que eu posso fazer isso também, né". Ela deve ter ficado muito feliz pelo abraço; ela "agarrou" a mulher no final, né? Deve ter ficado muito feliz.

P7: E o marido efetivamente não está no jogo, né? Não é uma "pessoa", não está personificado, não é alguém com quem eu vou me preocupar porque tem um cara aí, potencialmente descontrolado, que diz – por mais que nunca tenha feito, não vai fazer, aí já gera outras coisas -, que fica ameaçando que vai se matar e não se mata, e também esse tipo de gente é difícil... Mas eu não estou nem dando bola, né? Quem é esse cara que se casou com essa mulher? Quem é a outra metade desse relacionamento que a gente quer chamar de desfuncional? É uma mulher desfuncional, né? Não é um relacionamento desfuncional, com um homem desfuncional - se a gente quiser ficar julgando as pessoas [como] "funcionais" ou "desfuncionais". Fiquei só me perguntando, não cheguei a grandes conclusões, não, quem é esse cara.

P6: É, e se a gente pensar, essa família toda, né? Porque realmente, a sensação que eu tive, ainda mais estando perto da hora do almoço, eu fiquei consumido nessa consulta, com essa mulher e essa interna, e ainda tinha que

discutir com a interna mas eu não estava com condições psicológicas de discutir com a interna. Então assim, "tá bom, fechou, agora eu vou almoçar, depois eu vou ver outra coisa, depois eu volto nesse tema, em algum momento, quem sabe, se eu frequentar algum bar aqui em algum momento".

P10: Mas a questão é: será que eu conseguiria cuidar desse cara depois de ouvir essa história? Se ele estivesse aí, logo depois?

P2: Eu não sei se eu quero acessar, né? Essa outra parte da relação. Não sei se quero acessar isso aí. É muito forte, né, essa relação de três mulheres na consulta, e qual a abertura que se tem para acolher o homem numa história de violência relatada?

P5: A questão que... A dificuldade de personificar o marido tem a ver também com a dificuldade de personificar ou localizar a origem da própria violência, que eu acho que não é óbvia. Não é uma violência apenas do marido contra a mulher. Primeiro que é uma violência que o marido reproduz, mas ele nem sempre realiza – então tem a questão das ameaças e uma geração constante de medo, e isso atinge a mulher, claro, bastante. Mas também tem a violência dela também em aceitar tudo isso e passar trinta anos, sei lá, seja pelos filhos, seja pela manutenção da instituição do casamento, seja, enfim, por vários motivos. Então eu acho que a violência está meio que em raio, vindo por todos os lados.

P3: Tem um pouco também daquilo, eu estava aqui pensando, que é em cima da ideia de "eu não sei o que fazer". A formação médica, de uma maneira geral, forma para que você saiba o que fazer sem fazer alguma coisa. Como é que a formação médica é, de uma maneira geral, estritamente focada em questões biológicas. Espera-se que você saiba o que fazer naquele momento se vc tiver material pra fazer. E não não saber o que fazer. Mas quando é uma questão pessoal e emocional, a verdade é que a gente nunca sabe. Então a gente precisa aprender todo dia a conviver com o não saber, porque senão a gente vai decretar. Todo mundo sabe o que o técnico do Brasil de futebol tem que fazer - desde que você não seja técnico. Se você for técnico, você esquece completamente. Mas aí quando você está fora, você sabe o que ele tem que fazer. Então esse "não saber" é uma dualidade complicada, porque você é formado pra saber e, de repente, você não sabe? Onde é que eu estou errando? Mas se você sabe, você decreta. Se eu decreto, talvez eu seja [incompreensível, 47'42"] maior, né, quem sabe? Quem vai dizer aquilo que tem que ser feito de fato? Sou eu, o paciente ou é uma criação a dois ou a três?

P2: P1, pode voltar para o grupo.

P7: E a gente pode continuar um pouco no mesmo ritmo, né? Sempre.

P8: Eu fico pensando aqui quantos relacionamentos abusivos a gente não tem, né? Seja com o pai, com o irmão, com a mãe, enfim. E o que é um relacionamento abusivo e como a gente se relaciona com ele, né? Porque eu fiquei lembrando aqui que eu tive um namorado que era super abusivo, ele era super ciumento, super gritava comigo, e aquilo me ofendia de uma forma e eu não conseguia reagir; eu reagia na hora, mas isso não me fazia

"ir embora". Mesmo quando eu "ia embora", eu voltava por algum motivo. Até o dia em que eu resolvi sair e não voltar mais. Mas eu saber que aquilo me fazia mal, mas eu ainda pesar as coisas boas que tinha no relacionamento e escolher ficar, sempre foi uma escolha, sempre foi uma escolha minha. Ou quando é com um irmão, por exemplo, ou com um pai, enfim, cabe a gente dizer "olha, até aqui eu vou, daqui eu não vou mais". E o que eu faço com esse abusador que está ali, né? Como que eu o faço aprender, ou como eu mostro pra ele de alguma forma que ele não pode ser assim? Enfim, é difícil de se entrar, eu fiquei pensando nisso porque vocês estavam falando que a gente não falou do outro personagem, [não falou] dele, né. Aí eu fiquei pensando: como seria ser um abusador? Ele aprendeu isso também. Ele aprendeu que podia. E ela aprendeu que tinha que aceitar. E aí, ela...

P6: De novo eu fico pensando, com essa sua fala também, dessa coisa da violência como lógica, como elo, como vínculo. O quanto que esse abusador também é abusado, né? A fala inaugural do P3 foi ótima - "o choro é o que me da raiva", né? O quanto isso é uma dinâmica peculiar ou própria e que não aparece porque ele também não teve voz.

P4: Eu fico pensando que uma atitude, de repente chegar alguém e ter uma atitude violenta ou abusiva e você entende geralmente, né. Eu acho que quando a gente toma uma atitude mais séria, mais drástica, geralmente é quando a gente está cansado. Muitas vezes isso nem é tão racional, "ele já fez isso tantas vezes e esse é meu número limite, a partir daqui eu não aceito mais". É pelo cansaço. Eu já sofri tanto e aí eu volto pra mesma coisa, e aí tem uma hora que você diz "chega", né? E será que ela não está começando a "contemplar" também? Pra ir no médico, trazer essas dores e relacionar a dor com o sofrimento dela, ela fica indo de um pro outro, eu imagino que ela esteja fazendo essa relação, já: será que ela já não está "contemplando" como é que ela vai sair, foi um pedido de socorro porque ela não conseguiu admitir que ela mesma, de repente, ela está pensando em sair dessa?

P7: Pô, tô precisando encontrar um novo equilíbrio, né? Porque eu estava bem aqui nesse relacionamento e nunca não é uma escolha, né? Sempre é uma escolha, a cada momento. E aí o primeiro grito foi uma escolha em continuar. Ah, "agora ela vai tomar uma atitude" - ela tomou uma atitude em todos os momentos, em 30 anos, todos os anos, todos os dias.

P10: Mas escolhas baseadas em fatores que a gente não conhece. Porque a gente só conheceu uma parte da história e tá, é uma escolha só com ele, mas os outros fatores...

P7: Dentro de um contexto peculiar.

P10: Não que não seja uma escolha, como a P8 relatou a experiência dela. Mas os fatores a gente não domina. Aí é uma escolha que ela está fazendo.

P7: Nem ela domina, nem ninguém vai dominar isso. Quem domina todos os fatores contextuais de uma relação?

P10: Mas a gente tendo essa leitura, menos ainda, né? É uma escolha, mas que fatores da escolha não são a toa. A escolha não é voluntária. Quando eu digo "domina" não é ter controle dos fatores, mas a gente não conhece e nenhuma escolha é aleatória.

P3: Por quê, e se esse marido topasse ir para uma consulta e [o profissional] conversar com ele também e ver qual é?

P6: Muitas coisas podem acontecer.

P8: Eu fico pensando se ela se reposiciona, né? Se ela sai desse lugar e vai um passinho pro lado, se ela consegue, sei lá, dizer "não" uma vez, ou confrontá-lo uma vez, como ele vai poder se reposicionar também, né? É uma relação. (gesticulando) Se eu faço assim, você vai fazer assim, se eu faço assim, você vai bater aqui. E aí cabe a qualquer peça desse tabuleiro aí se reposicionar. E aí os outros, naturalmente, vão responder a esse posicionamento. Mas dar um passinho pro lado é muito difícil. É muito difícil de conseguir...

P7: A mudança do sistema começou, né? Porque aí ele já saiu de casa e ela não consegue ir na academia. De repente é só voltar a ir pra academia e já achou outro equilíbrio.

P8: É uma escolha diária, como você estava falando. Cada momento é uma escolha.

P9: Interessante isso que você falou, que a gente também não trabalhou muito qual é o desejo dela. Tem aquela coisa de diferenciar que a gente [incompreensível]. Às vezes a gente quer se queixar, mas a gente não quer resolver as coisas. Ou às vezes a gente quer uma ajuda pra resolver. Ou às vezes a ajuda pode ser um anti-inflamatório e..."então tá bom...já me queixei. Já esvaziei". De vez em quando eu tenho que me queixar também.

P10: E a questão da urgência, né? Porque por mais que a violência para mim também sempre seja uma urgência, é uma violência que ocorre há trinta anos. E aí por que o profissional se coloca nessa urgência de resolver alguma coisa? E até porque a maneira como ela expressa essa dor dela, essa dor física dela, não é numa urgência, né? É uma dor que não precisa ser tratada de maneira urgente. E aí por que a gente se cobra isso? Sei lá..."Porque uma resposta tem que ter, pelo menos uma. E com urgência".

P10: Alguma coisa tem que dar certo hoje. Estou tentando mostrar pra interna que isso é o suprasumo da medicina.

(conversas paralelas incompreensíveis, 56'08").

P9: E é tão difícil isso, né, ser preceptor também - como a gente fica preocupado com o que o outro vai pensar. De fazer o outro entender o que é Medicina de Família, de fazer o outro entender que aquilo ali é Medicina, aquilo é cuidado, ficar preocupado com a relação dela é cuidado, é importante. E aí a gente fica preocupado de o

outro achar que aquilo não é Medicina, de o outro achar que não precisa aprender aquilo, de o outro achar que isso não é da nossa alçada.

P10: Eu acho que por eu não ser médica, agora com a fala da P9 eu entendi um pouco melhor a questão que a P1 colocou: "será que esse é meu papel?". Na hora eu não entendi muito bem, eu pensei "por que não seria? por que não seria o seu papel?". E eu acho que a questão de atuar na formação do profissional médico diferente com esse questionamento, porque o nosso papel é cuidar, então esse é o papel, sim. Se está fazendo da melhor maneira ou não, aí a gente para para pensar depois, mas essa questão de "é o meu papel ou não" tem tudo a ver com a formação mesmo.

P6: Eu faria talvez essa distinção: posso ter ficado na dúvida se eu consegui "passar" Medicina, mas eu acho que ela passou muito mais - ou o que é muito mais difícil, que não está no manual, que é passar esse senso de cuidado. Tipo.. "tô me envolvendo com um outro aqui".

P9: Mas tem aquela coisa que a gente tem que resolver, também, né? Da gente ter que resolver. A gente tem que ser resolutivo. Medicina de Família, na Atenção Primária, resolve o quase 100% dos problemas das pessoas. A gente tem que resolver!

P7: Se for ver é bonito, mas se ela não sair daqui com um insight, não foi suficiente, né?

P3: É complicado. Tem uma dor. Que dor é essa?

P7: Nem me fala dessa dor. Eu não quero ouvir da sua dor.

P3: Ela tem um pensamento? Ela pensa alguma coisa? Essa dor é uma pessoa inventada? O que ela tem? Não sei. Posso só ler um negocinho aqui que eu lembrei? Eu não sei se vocês conhecem... Deixa eu ver aqui, porque eu acho bem interessante.

P7: Você imagina se a gente ainda vai fazer diagnóstico diferencial de dor articular?

(Risos coletivos).

P3: "As coisas estavam a tal ponto que meu cérebro não podia mais suportar as preocupações e os tormentos que lhe eram infligidos. Ele dizia: Eu renuncio; mas se há aqui alguém que deseje a minha convocação, que me alivie de uma pequena parte do meu fardo, nós teremos ainda algum tempo. Foi neste momento que o pulmão se apresentou, pois, aparentemente, não tinha muito a perder. Os debates entre meu cérebro e pulmão, que se desenvolveram à minha revelia, devem ter sido terríveis." Kafka, em carta a Max Brody, descrevendo o aparecimento da tuberculose pulmonar que o vitimou.

P4: Está na hora do encerramento.

P6: Levanta, alonga, bebe uma água, faz um xixi?

P2: Então, é.

ANEXO II - GRUPO FOCAL 1

Pesquisadora: Esse é um momento, P2, em que a gente fala um pouquinho como que cada um sentiu com a técnica, e eu vou aproveitar esse momento pra fazer algumas questões, e aí a gente vai conversando também sobre o grupo. Eu queria saber como você se sentiu de ter trazido o caso, e queria saber do grupo também quais vocês acham que são os efeitos desse grupo, os potenciais do Grupo Balint, para a relação do profissional de saúde com o paciente.

P1: Foi bom contar a história. Eu me senti acolhida – pessoas interessadas, legais, se identificando; foi legal. Eu queria ter falado mais, mas, não sei... Porque o caso realmente mexeu comigo, então eu acho que eu preciso falar mais sobre ele. Mas isso em diferentes momentos, com diferentes pessoas, qualquer coisa.

P6: Você queria ter falado agora no final? Porque você não falou depois que você voltou.

P7: Você sabia que você podia?

P1: Sim, sim, sim. Mas é que tem muita coisa pra falar, e não cabe, não é o momento aqui. Talvez, não sei, só com amigos, família, no bar, sei lá. Ficar com mais pena dela e xingar mais ela, pra eu lidar melhor com essa situação, com os sentimentos, né, que eu fiquei. Mas eu achei que já foi um ótimo passo, foi muito legal participar, foi meu primeiro Balint. Gostei da técnica, não conhecia. Achei muito legal observar, foi um treinamento pra mim e para o próprio caso, porque eu tô muito “assim” com o caso, então às vezes respirar, observar, e ver o que os outros falam... É um treinamento mesmo, foi bom. Porque é o que eu preciso, canalizar isso [de uma maneira] um pouco diferente. Porque [incompreensível] já fui, e já errei, então eu preciso fazer outra coisa. Não errei totalmente, né, mas um pouquinho - não posso me culpar tanto.

P3: Toma isso como um guia, a compreensão do processo, o que aconteceu, por que é assim. Não é um erro, né.

P1: Sim.

P7: Mas dentro do tanto que dava pra falar e que você achou que cabia, fluiu? Tinha mais coisas pra falar e tal? Você falou um tanto, e pra esse tanto você achou que teve um bom desenvolvimento?

P1: Sim. Muita gente falou exatamente o que eu queria falar, e [portanto eu] não precisava falar. Já valeu, foram várias falas, vários sentimentos, e isso foi muito bom. Eu fiquei impressionada, às vezes, de obter o mesmo efeito como se eu falasse e eu ouvindo, não sei se consigo ser clara. Dá pra entender? Compartilhar a emoção, né? A P9 falou uma coisa numa hora, que “me irrita”, e eu falei “é isso, P9!”.

(Risos coletivos).

P6: Eu não entendi se ela estava falando naquela hora como ela ou como você!

[vozes alternadas]: Eu acho que foi as duas!/ É, eu acho que foi!

P9: Eu estava falando como ela, mas eu estava totalmente identificada.

Pesquisadora: Foi um susto, porque estava super calmo o grupo e de repente, você... Aí [eu falei] “ah, ela tá dramatizando ou é ela mesma? Ou mais a P1? Eu acho que somou as duas”.

P1: Hum, o que mais?

Pesquisadora: Não, é isso mesmo!

P7: O que você quisier.

Pesquisadora: E do grupo, o que vocês acharam? Queria ouvir um pouco de vocês das contribuições, mesmo, dessa prática para a relação que a gente estabelece com o paciente...

P6: Posso falar? E achei arrastado. Achei que as pausas foram especialmente longas, eu não sei se foi isso de ter muito o que falar ou a maresia de domingo...E não sei, parece que também rolou, nessa linha de falar muito, uma dificuldade de ser objetivo nas falas. Mas eu também não sei se isso foi constitutivo desse grupo particular, no caso. Até pra trazer mais, tipo...Tem um exemplo que o P3 trouxe umas referências muito boas, pontuais, mas aí com outras coisas que ficou meio frouxo. [Incompreensível] que não foram tão diretas, como as metáforas que impactam. Mas achei interessante.

P8: Mas isso que eu achei legal! Sou psicóloga, né, desculpa, falta de objetividade... Mas é porque eu acho que quando você vai falando, a gente vai processando e vai... É o tempo de elaborar alguma coisa, sabe. Às vezes, quando você é muito objetivo, você perde alguma coisa que vai ficar ressoando ali dentro de você e que de repente não tem espaço de externalização, sabe?

P6: Não, eu concordo totalmente, a minha impressão é que parece que rolava um processamento não verbal que hoje ficou no verbal, acho que é isso o que eu quis dizer.

Pesquisadora: É que a gente não precisa dizer tudo pro grupo entender tudo, algumas coisas podem ficar nas entrelinhas, né?

P6: Tipo isso, talvez?

Pesquisadora: Hoje as coisas foram bem destrinchadas, mas eu acho que talvez tenha sido o perfil do movimento de hoje, mesmo.

P10: Teria que ver o outro lado, porque eu estou habituada a...

P7: A esse ritmo de fala.

P10: É.

P7: Mas quando o P6 falou, eu entendi uma parte nisso, mas uma parte assim, às vezes, no grupo, essa sensação que a P1 falou – “é isso!” –, rola umas paradas mais secas, que depois você fica um tempão digerindo. Mas tem um [faz som de tapa]. E aí fica em silêncio... e aí demora, da mesma maneira, só que com umas marcações que hoje não tiveram muito. Foi um pouco isso o que você quis dizer?

P6: Também, essa questão de processo.

P7: É, é que o processamento foi aos pouquinhos, né, mais o ócio, e aí você pensa um pouco...

P10: É que eu fico pensando no cuidado de quando você tá falando de um outro, né. Às vezes eu falo muito para achar as palavras e não ser muito [faz um som, talvez indicando desgosto]. Ter esse cuidado de escolher as palavras e de pensar o que é de verdade que eu estou querendo dizer.

P3: Eu me vi em algum momento, eu me percebi um tanto quanto preocupado *demais* com o que eu iria dizer ou não. Eu achei que foi demais. E aí eu fiquei me perguntando se isso não tem a ver com alguma percepção contra-transferencial do caso.

P7: Adoro essas coisas. O negócio é ficar preocupado e vigiado.

P3: É uma coisa que às vezes ela está conectada de alguma forma, e se isso é fato – isso aí só dá pra saber depois, com a história da paciente adiante –, denota uma certa fragilidade especial dessa paciente – mais do que talvez tenha ficado claro. Porque a gente tem muito buraco na história toda, então... tinha que saber mais, né? Costumo brincar dizendo que uma das coisas que a gente tem que fazer é preencher queijo suíço: a gente recebe um monte de queijo suíço e tem que começar a preencher onde tem mais buracos para entender o que está

acontecendo. Então eu não sei, eu me senti especialmente preocupado com o que dizer ou não. Pode ter sido algo por aí, pode ser que não. Mas, de qualquer maneira, achei melhor compartilhar.

P11: Posso só me meter? Eu percebi que o caso tinha violência de gênero, né? Talvez esse problema tenha constrangido um pouco os homens do grupo e deixado as mulheres num papel de falar um pouco mais sobre isso e a maneira como isso ainda atinge, e os homens ainda um pouco melindrosos em lidar com o assunto...?

P10: Eu acho que isso interferiu. Pra mim. Porque eu tive que me conter em muitos momentos com medo de ser agressiva, porque eu vi falas que me soaram como encobrindo violência de gênero. E isso é uma leitura individual minha, e aí eu não queria jogar isso pra todo mundo, é a primeira vez que eu estou participando e eu disse “não, vou esperar um pouco, vou pensar, porque não necessariamente esteja repensando”. E aí eu acho isso das falas um pouco enroladas; não sei se afetou aos outros, a mim afetou.

Pesquisadora: Interessante você trazer isso, porque é um grupo justamente pra gente se desfazer das defesas, né. Isso também é um pouco fictício, igual a questão da neutralidade que o P5 trouxe – sempre haverão as defesas, independente de estar num lugar seguro. Da gente minimamente tentar se desfazer dessas nossas defesas pra poder discutir as questões abertamente. Porque quando a gente discute de uma forma mais aberta, mais solta, essas associações que o P6 apontou, elas acontecem mais, elas estão melhor costuradas, e aí eu também tinha percebido essa questão do masculino versus o feminino, de dificilmente ser acessada pelo grupo... E quando tem uma questão de violência de gênero – eu estava até conversando disso com o P7, porque a gente tem visto nos Balints da residência –, ou a mulherada cai em cima da figura do masculino e os homens ficam retraídos por causa disso no grupo, ou o grupo que normalmente tem mais mulheres – aqui até que tem um certo equilíbrio, né? – ignora completamente a figura do masculino. Então isso tem acontecido, não sei, se isso é uma coisa... Tem alguns textos que estudam o Grupo Balint que falam que [se] pegue muito a fala do apresentador. Como a P1 deixou esse agressor muito como sombra na história, não materializou, não acessou ele, o grupo manteve esse movimento. Mas têm algumas questões aí que também têm aparecido em outros grupos, são coisas que me estimulam e me motivam a pensar – por que será que a gente não está conseguindo acionar essa violência masculina? Essas questões de gênero num espaço que é pra se desfazer das defesas pra justamente chegar nas fragilidades.

P7: Um pouco como uma vontade de [incompreensível], né? “Eu tô chegando agora, sei lá qual é, vou devagar”, né?

P10: Porque tudo isso que é agressivo mesmo em algumas rodas toca especificamente na questão do gênero. De... “pra mim, essa não é uma relação de violência mútua, é uma relação de violência contra a mulher”. Como o relato que ela trouxe, ... [incompreensível]. E em algum momento de fala, eu fiquei com medo de ser agressiva com relação a isso porque é uma postura comum. Das próximas vezes eu vou poder extravazar.

Pesquisadora: Eu queria ouvir também – se dá pra falar, né, um pouquinho sobre isso – as contribuições que vocês vêm desse grupo pro profissional de saúde, a curto e a longo prazo. Se já dá pra elaborar isso com a prática de hoje, ou se é uma coisa que precisaria ter outros encontros pra pensar... Algumas pessoas que já fazem podem ter alguma coisa em mente.

P6: Fiquei com inveja branca dessa interna. Queria ter tido uma experiência parecida na minha formação. Deve ter sido muito legal.

P9: Acho que essa sensação de identidade parece que dá uma aliviada... “Ufa, tem gente que sofre igual a mim”. Eu acho que isso dá uma sensação de alívio, que alivia um pouco o nosso sofrimento enquanto profissional. Tipo, “ah, eu não tô sozinho enfrentando questões como essa”. Eu acho que esse senso de identificação e de pertencimento alivia um pouco o sofrimento do dia a dia, né.

P10: Apesar de ser o primeiro grupo que eu participo, eu consegui ver como potencial a questão de ele puxar... aquilo que você colocou no início, das regras lá, “não é pra se falar da rede, não é pra se falar do sistema”, e a rede e o sistema são fundamentais no nosso trabalho, só que em algum momento da prática a gente só fala nisso, a gente sai do que a gente tá fazendo pra falar da rede, principalmente da rede que não funciona, ou da rede que funciona, e a gente não consegue olhar para o que a gente tá fazendo. E os momentos institucionais que a gente tem não servem pra isso. Por mais que a gente se esforce, ou é o outro, ou é a rede, ou é o NASF... Enfim, então o potencial é de olhar... Todos os outros espaços são importantes, mas falta um espaço pra olhar pra nossa relação direta com o usuário, enfim.

P6: A gente personaliza, né? Individualiza e personaliza. Primeiro personaliza tudo porque esses problemas estruturais estão lá em todas as situações, e tem situações que a gente lida bem com isso, e tem situações que a gente carrega, então por que essa diferença... E, por outro lado, individualiza. Tipo, nessa situação em particular, “como é que eu cheguei dela, como é que eu saí dela, como é que eu tô continuando nela”... Então esse aspecto de “personalizar”, de botar um nome, “a P1” e “a paciente”, enfim, essa coisa do impessoal eu acho que é interessante. Porque resgata uma dimensão do que está em questão que geralmente fica neutralizado, “estruturalizado”.

P10: E sem tirar a importância das outras discussões, né, até porque a gente acaba não conseguindo acessar isso, o foco. O que eu posso fazer além daqui? Pra quem eu posso levar esse caso, com quem eu posso articular, e quais os procedimentos e tal? Falta essa dimensão.

P8: É, eu achei, eu fiquei pirando aqui, seria o máximo ter isso em todas as unidades. Um espaço assim, que é um lugar protegido onde os profissionais podem falar e, principalmente, um lugar de empatia, sabe? Eu posso falar aqui o que eu penso, sem achar que o outro vai julgar, ou vai punir; não, é um lugar onde a gente pode dizer aqui quais são as questões, porque o que a gente fala são também questões nossas, né? É aquilo que atravessa a gente também de alguma forma. E aí... De como isso seria potente dentro das unidades pra criar, entre as

equipes, essa empatia: o que é meu é seu, também. E como a gente pode falar isso de uma outra forma, porque nas unidades é tão duro que aí a gente fala gritando, fala brigando, mas a gente pode falar de uma outra forma.

P7: Você diz, em especial, uma potência *entre/intra* a equipe, né? É isso o que você tá falando ou não necessariamente?

P10: Não, dentro da unidade. Entre as equipes, entre a grande equipe da unidade.

P2: Se tivesse um espaço institucionalizado que priorizasse essa discussão, né?

P10: Isso.

Pesquisadora: Porque você trouxe que os espaços não priorizam isso, priorizam outras discussões.

P10: Não sei se eu concordo com essa fala, eu não sei se isso funcionaria com uma equipe que trabalha junta. Porque aí tem outras relações que atravessam. Talvez se tivesse outros espaços onde essas pessoas da unidade participassem, mas não entre elas. Eu acho que seria bem difícil. Não digo que não daria certo, mas acho que seria uma coisa assim... Eu acho o espaço importante para os profissionais, mas não que trabalham juntos.

P7: Foi um pouco por isso que eu perguntei. Seria legal se todos os profissionais pudessem fazer seus Balints, ou seria bom se todas as pessoas que trabalham juntas pudessem fazer um Balint juntas?

Pesquisadora: No local.

P10: Eu tinha pensado nisso.

P7: Nessa segunda?

P8: É. Mas tem todas essas questões que atravessam e que poderiam atrapalhar a fruição do grupo.

P6: O pessoal fala muito que é importante não ter relações de poder no interior, entre os participantes. Aí eu fico imaginando se também não dá pra pensar coisas mistas... Por outro lado, é legal ter gente que tá... Assim, você trabalha com esse outro médico, de outra equipe mas que está na vivência da mesma clínica que você, às vezes isso também é potente nesse sentido de troca. [incompreensível]... Não tem uma relação de poder tão clara ali, mas não dá pra ficar isomômico. Eu vejo potencialidade nos dois lados.

P8: É porque quando eu pensei nisso, eu pensei exatamente nesse momento do Balint é um momento em que tá todo mundo igual, as pessoas estão sem poder ali, né? Não importa se é a gerente que tá, se é o médico, enfermeiro. Eu fiquei pensando que o potente de ter isso seria essas relações de poder estarem estabilizadas.

P10: Como desconstruir esses papéis no grupo, né? Eu não sei se o grupo teria forças pra isso. Se tivesse alguém que trabalha comigo aqui, eu acho que... Seria ótimo, mas um grupo, num espaço, onde as pessoas trabalham com as mesmas pessoas ao mesmo tempo de poder no grupo, e desconstruir as relações que têm ali naquele grupo...

P3: Eu acho que o Balint não se propõe a isso e nem tem como. Eu acho que, pra fazer isso, teria que ter um trabalho específico de equipe, de dinâmica de grupo, de trabalho com a própria equipe, de rever as relações e tal, por que né, é bem mais difícil e complexo e eu acho que o Balint não daria conta disso. Em compensação, o Balint dá conta perfeitamente de você perceber que o seu título, seja lá qual for, é perfeitamente compatível com o ser humano. Você não precisa se esconder atrás do título, seja qual for, que é importante essa... Ficamos todos iguais, em todas as nossas dificuldades, as nossas angústias, e isso aí nos torna mais próximos de alguma forma e a gente pode ficar menos distante do paciente, né? A gente costuma brincar – porque eu sou psiquiatra, pra quem não sabe – que às vezes você vai fazer psiquiatria por questões humanitárias, questões de percepção de saúde mental, mas aí você vai pra ter certeza que o doente é o outro, né.

P10: Como profissional de saúde, eu, desde quando comecei a participar – gostaria de poder participar com muito mais frequência –, desde sempre eu percebi que esse grupo é um grupo enviesado. Ele é, naturalmente né, como ele sempre existiu, e a gente continua com ele assim. E as pessoas estarem aqui num domingo à tarde pra compartilhar casos e exercitar a empatia, né, é um grupo enviesado. Também acho que seria um máximo, mas como incluir isso de uma forma facultativa, né? Porque, enfim... Estabelecer um turno na semana que você tem liberado pra fazer o Balint, eu fico viajando assim... É sempre muito complexo, mas a gente pensa na potência desse grupo porque a gente tem um olhar enviesado da coisa, né? E ainda como profissional de saúde, o que eu tenho, o que eu acho que sempre me confortou muito além da identidade foi o fato de eu poder vir aqui, e poder dizer que não sei como conduzir e não sei o que fazer com esse caso sem ser julgada por isso. Na verdade, as outras pessoas, elas estão sempre respeitando o meu não saber, porque ele acontece mais do que qualquer coisa decretada, e aprender a conceber isso como natural na nossa prática, e não a outra coisa para a qual eu não fui preparada durante seis anos de curso médico, né, que sempre tem que saber. Foi um reencontro também, pra mim, participar do grupo. Foi uma coisa que eu sempre tive muita dificuldade pra admitir durante a formação e que, depois dela, eu me reencontrei, né. Eu não sei o que fazer e em muitas situações eu não vou saber. Pra mim, como profissional de saúde, tem contribuído muito nesse sentido. E acolher o não saber.

Pesquisadora: Eu queria escutar também se tem alguma coisa a longo prazo que vocês acham que seria interessante pra gente enquanto trabalhador de saúde. Porque tem algumas questões imediatas, né, que vocês trouxeram que sentem pro grupo, a questão de identificação, de identidade, de compartilhar casos, de compartilhar “lugar”, né, como trabalhador de saúde, de acessar o não saber. Mas em relação a essa prática, se a gente estivesse disponível ou disposto a manter essa prática a longo prazo, será que teria aí alguma coisa interessante pra gente como profissional de saúde?

P10: Eu acho que na medida em que a gente vai se tornando consciente a partir dessas trocas, isso vai sendo trazido pra nossa prática. Eu acho que o ganho a longo prazo seria esse. [fala complementar de P1, incompreensível]. A partir dos casos a gente consegue se perceber nesse lugar, né? E aí é bom que a gente vai ouvindo o que os outros pensam e a gente vai trazendo isso pra nossa prática.

P3: Mas tem alguma coisa que eu acho que é só a longo prazo. Que... [várias frases incompreensíveis, muitos ruídos]. Mas é bom notar um aspecto terapêutica do Balint é que você estimula uma forma de você pensar e refletir sobre você, sobre a sua prática, sobre o que tá acontecendo, ele ajuda você nesse processo que você vai criando, uma maneira de você refletir que normalmente não tá dado. Então a continuidade do processo vai ajudar você a desenvolver isso, pra você usar quando estiver com o paciente. [...]

[várias frases incompreensíveis, com ruídos].

P7: E ao longo do tempo eu acho que tem um componente importante que é desfazer essa sensação de primeiro contato. Se é o mesmo grupo ao longo do tempo, isso certamente vai permitir outros desenvolvimentos, mais profundos. Tem uma frase da [incompreensível] dessa coisa assim que ela fala né, que é muito óbvio mas que você tem que dizer, que a primeira vez que você atende alguém é muito diferente da oitava vez que você atende a mesma pessoa, pela mesma queixa, não importa. Só o fato de ser a mesma pessoa que você atende várias vezes, vai permitindo acessar e supor e lançar mão de ferramentas que não estão lá no primeiro encontro. Eu acho que, daí, cria benefícios a longo prazo de uma ordem diferente dos benefícios a curto prazo simplesmente porque serão experiências diferentes. O oitavo Balint de um grupo será muito diferente do primeiro, não só porque será outro caso mas porque outras coisas já estão subjacentes e permitirão dar uma potência diferente.

P6: Quando comecei, essa dimensão da fala (de colocar pra fora) né, que eu acho que a P1 trouxe bastante, de “caraca eu quero falar, quero botar pra fora”, e de me identificar com gente que tá sofrendo que nem eu, foi muito radical mas marcou positivamente, de uma maneira dramática...E médio a longo prazo – sei lá, a longo prazo eu nem sei se dá pra falar nele –, eu fico pensando que foi uma das primeiras oportunidades que eu tive de me entender como uma pessoa; no fazer do meu trabalho. Não que eu precisasse sair dessa lógica de estar me enquadrando o tempo inteiro e resgatando essa neutralidade, em todo o furor que eu precisasse, suprimindo o que fosse necessário para conseguir sustentar... Mas [frases incompreensíveis]. Foi o primeiro espaço prático de grupo e espaço teórico também pra pensar nesses termos. [frases incompreensíveis].

P7: É muito louco como a gente fica uma hora falando de uma consulta de vinte minutos, né?

Pesquisadora: E ficaríamos muito mais, né?

P7: Muito mais. E dá pra fazer retorno, que é outra coisa que eu... Tem um momento, que é quando você tem um grupo estável, que normalmente você abre o grupo – quando alguém tem um retorno pra dar – e aí então “meu

paciente que eu trouxe dois meses atrás, seis meses atrás, voltou na consulta essa semana, e foi assim e foi assado”, e aí isso também permite outros entendimentos, né. E aí a pessoa que lembrou do caso...

Pesquisadora: Pra gente finalizar, eu queria saber se teria alguma proposta de melhoria pra nossa prática. Esse grupo a gente chama de “BRAlint” – fazendo uma alusão ao Brasil, Balint no Brasil – então a gente apelidou de “BRAlint”, e é um grupo que já está há dois anos com encontros mensais para tentar trazer a técnica para o maior número de pessoas possível, pessoas que a gente conecta através dos nossos trabalhos. E se vocês que experimentaram o grupo, tem alguma coisa que vocês gostariam de colocar, que a gente poderia melhorar na nossa prática....?

P3: Eu iria falar pra gente tentar começar mais no horário.

Pesquisadora: É, eu acho isso importante. Dá pra fazer das cinco às seis, né? Dá pra fazer em uma hora. Ou das cinco e meia às seis e meia, a gente tem que definir.

P4: Eu achei o de hoje particularmente produtivo. A gente focou muito na relação. E só deixou bem claro né, lembrou as regras e tal e isso evitou várias coisas que às vezes a gente não fala que acontece. A gente não entrou na parte da discussão clínica, a gente não entrou em casos próprio, a gente não falou da rede, e isso são coisas que a gente esbarra várias vezes. Não sei se é só quando a gente não fala as regras no início, mas hoje eu achei que a gente não passou por essas coisas que às vezes são um pouco problema.

ANEXO III - GRUPO BALINT 2

P6: Só lembrando então, uma questão fundamental que é quando a pessoa estiver apresentando, que ela termine de falar tudo o que ela tiver que falar e a gente não interrompa; e aí, depois, a gente vai seguir o que vocês já sabem.

P1: Bom, eu tenho um caso. Eu estou acompanhando um paciente que se chama "XXX" e eu o conheci, na verdade, por intermédio da minha residente, de uma colega, que falou assim: “olha, tem um paciente seu aí que você precisa ver porque deve ser uma síndrome neurológica muito difícil, o exame neurológico dele tá complicado, tem um quadro aí a esclarecer”. Aí eu fiz a revisão do prontuário dele, e eu não conseguia chegar a lugar algum. Eu tentava entender pelo prontuário, estudando neuro, aquelas síndromes mais malucas, e eu não conseguia entender. E aí eu falei, “não, vou marcar uma consulta pra eu o atender”. Marquei e coloquei o exame neurológico no *Youtube*, do começo ao fim, pra eu não esquecer nada – porque é um exame muito peculiar, muito difícil. E eu o virei do avesso, só tinha uma alteração em face – de sensibilidade, um pouco de movimento – e, o restante, uma contratatura muscular extensa. Ele [*faz expressão de esforço e rigidez, contraindo os ombros, os braços e as mãos*] é assim, como se estivesse tenso 100% do tempo. E eu falei: “bom, agora que eu te virei do avesso, me conte o que tá acontecendo”. Ele disse que a filha dele de 16 anos foi pega, no colégio, transando com o namorado; filmaram e colocaram no *Facebook*, isso em dezembro de 2015. E aí ele é um cara nordestino, hipermachista, provedor da casa, e ficou *muito* puto, *muito* puto; se sentiu muito exposto e, depois disso,

começou a adoecer. Ficou muito puto em dezembro do ano passado; ele trabalha com construção civil e aí ele cortou o dedo – o segundo dedo, que é o mais importante pra movimentos de construção, por causa do movimento de pinça –, e ele cortou na máquina, então ele estava muito mal, não conseguia mais trabalhar, e entrou num grau de adoecimento que foi até a sua chegada à nossa equipe. E aí, assim, eu gastei 2h30 nesse dia – e isso, na atenção primária, todo mundo sabe como ficou o meu dia. Eu falei: “eu vou ficar com esse cara o tempo que for necessário pra eu entender esse quadro”. E foi uma consulta *muito* importante pra mim, e eu acho que pra ele, também. Mas aí eu chamei a filha dele, essa de 16 anos que tinha sido filmada, pra entender melhor o caso. Ela foi na clínica e aí eu resolvi perguntar sobre a última menstruação dela, e eis que estava atrasada; fiz o exame de urina e ela estava grávida. Então eu tive que fazer uma abordagem familiar meio às pressas; sem eu me programar, entrou a família inteira dentro do meu consultório, ela estava desesperada, pediu ajuda, e uma pessoa que era *assim* ficou *assim* [*repete a expressão de esforço e rigidez, mas agora com mais ênfase*] – contraiu mais aquele corpo, todo adoecido, e eu falei: “gente, como é que eu vou sair disso?!”. E aí eu combinei com ele, eu falei: “olha, a matriciadora de dor vai te ver toda semana, junto comigo, eu quero te ver toda semana”; e aí eu descobro, pela fala da adolescente, que a família não é de lá. Que as meninas moram em Duque de Caxias e a esposa mora em Jacarepaguá – não tem nada a ver com a Ilha do Governador. E aí eles contaram que ficaram rodando um ano atrás de cuidado médico e que agora eles encontraram, então eu não podia romper com aquela relação, porque ele começou realmente a se sentir cuidado. E aí eu estou vendo ele semanalmente, essa semana ele foi na quarta-feira, e assim: eu me lembro que na primeira que ele chegou pra mim, há dois meses, ele não mexia o pescoço; e agora ele chegou e ele já ri! Ele tinha [algo] parecendo uma pitose, olhava pra baixo, o olho dele era caído, e aí, de repente, ele tá se movimentando, como uma pessoa... Ele movimenta o ombro, ele movimenta o pescoço! Ele parecia, na verdade, uma múmia, que tinha movimentos de lateralização. Então eu falei: “nossa, “XXX”, eu tô *muito* feliz, que bom que você melhorou!”. E ele: “doutora, eu tô *muito* melhor, *muito*.” Aí a gente fez acupuntura nele, eram 10 minutos e ele falou: “me deixa mais, por favor!”; aí eu apaguei a luz, saí da sala e falei: “gente, esse é um cuidado que eu tenho fora daqui; que eu tenho no particular. Que bom que, de alguma forma, pelo menos para 1 a cada 3.000 eu possa trazer isso.” Mas é um caso que mexeu muito comigo, porque é um caso em que eu sei que eu vou precisar romper com essa família, porque eles são fora de área, eles não são da minha área adscrita, e... Sei também que eu não tenho instrumentos ou ferramentas da Psicanálise pra cuidar melhor. Pra mim, parece um caso, não sei se clássico, né, mas muito próximo da interface da somatização, pelas coisas que eu leio, mas eu fico assim: “eu não tenho instrumentos pra ir mais profundamente.” E aí eu imprimi uma página inteira de serviços de psicologia pra ele ter acesso; pra ele trabalhar essas questões, não é, porque ele precisa trabalhar isso. O corpo dele está respondendo, mas enfim, eu não sei quanto tempo que essa nossa intervenção vai durar. E ele não quer ir na Psicoterapia, porque ele foi no CAPs e não o acolheram, ele foi em outro serviço e não o acolheram, então ele fala: “doutora, eu quero vir aqui.” E aí, por fim, eu me sinto em parte limitada, por eu *não ter*... Não sei como avançar mais. E também tem uma relação com a esposa dele, eles entram e a esposa parece a mãe dele, e isso me dá um pouco de raiva; e nessa semana, até, eu tomei a decisão de não deixar ela entrar na sala. Porque ela *fala* por ele e isso me dá muita aflição, então eu tenho vontade de individualizá-los. E aí, desde a primeira consulta, eu falei: “mas dona “ZZZ”, o “XXX” tem que falar sobre a dor *dele*, como é que você vai falar da dor do corpo do outro? Deixa eu ouvir dele e, se eu tiver dúvida, eu te pergunto; ou se ele quiser que você fale alguma coisa, ele te pergunta.” Aí ela falou: “ah, tá bom,

então fala "XXX", então fala; mas ele não fala, doutora, tá vendo? Ele não fala." E aí, nessa vez, eu decidi que ele iria entrar sozinho, e ele entrou e a aí a nossa matriciadora falou: "não, deixa ela entrar agora." E ela entrou e começou a falar dela! Com aquilo, eu queria expulsá-la da sala, tipo: "não, deixa eu cuidar *dele!*". E aí eu super me arrependi de ter puxado ela de novo pra dentro da sala, por que eu falei: "gente, ela se intromete muito, e eu tô falando dele". Daí eu falei: "dona "ZZZ", essa é a consulta dele, depois eu faço uma consulta que seja sua, porque também são as suas questões, mas não vamos misturar." Enfim, é muita coisa que eu sinto.

P6: Acabou?

P1: Acabei.

P6: Alguém quer perguntar alguma coisa?

P5: Ele é de Jacarepaguá com a esposa, as filhas são de Duque de Caxias, e como é que ele conseguiu acessar a clínica da Ilha do Governador?

P1: Na verdade, eles moram – eu acho que é Jacarepaguá onde eles moram, assim; eles moravam todos juntos e, depois desse vídeo, “rachou” a família porque eles não tinham mais dinheiro pra sobreviver. Três filhas foram morar em Duque de Caxias com a avó, e eles estão perambulando pela casa dos irmãos dele. Eles são mantidos pelos irmãos dele, porque eles acham que é uma síndrome neurológica bizarra. Todo mundo está desesperado que seja um câncer no cérebro – e não é, porque a gente já fez a tomografia –, então eles ficam, cada semana, na casa de um dos irmãos dele, que é a rede que compra remédios – porque a gente teve entrar com medicação que não tem na rede, então eles que auxiliam. Então ele se sente mais humilhado ainda, ele se sente pior, e aí tem um irmão dele que mora na Ilha.

P5: É um irmão com quem ele se dá bem?

P1: É, mas a rede de apoio dele é muito grande; são vários irmãos e eles estão muito preocupados com esse quadro

P5: Mas ele poderia ficar um tempo grande na Ilha... Porque aí ele estaria sendo da sua área.

P1: Mas a esposa, ela fica nisso. Eu falo toda vez: "ZZZ", eu falei que eu não vou quebrar esse contato com o cuidado *dele*, porque é um quadro mais grave mesmo e é preciso continuar. Mas você e a sua filha, por favor, procurem um atendimento em Duque de Caxias." Aí ela sai e fala: "tudo bem, cuida *só* do meu marido." Aí ela sai, depois bate na porta – já acabou a consulta –, eu tô lá, com outro paciente, e ela: "Aí, por favor, doutora, só um favorzinho! É que eu tô com cólica, pode passar um Ibuprofeno? Por favor doutora, *só um favorzinho!* Pede meus exames de hipertensão? Por favor doutora, *só um favorzinho!* Renova a minha receita?" Então a minha questão é: eu não sei fazer favorzinho; eu sei cuidar ou eu não assumo o cuidado. Então eu cuido dessa família inteira, desse *corpo ampliado*, ou eu cuido desse corpo "XXX"? É possível que eu cuide dele individualmente? É possível individualizá-lo? Ou eu faço o pré-natal da filha, o cuidado de hipertensão da esposa, e cuido da

estrutura? Porque a minha equipe é a mais vulnerável da Ilha, tá com “hiper-ultra” pacientes, eu tô atendendo 28 pacientes por turno, então assim...de 20 a 28...Tá muito cansativo, então assumir mais uma família toda, com essa estrutura tão difícil, pra mim seria um peso. Mas também poderia ser um alívio.

P7: Como está a relação dele com a filha? E como mudou essa relação durante o tempo de tratamento dele?

P1: Pois é. Essa gravidez, o que eu pensei quando a gente diagnosticou essa gravidez, eu falei: “ou ‘racha’ tudo, ou adoce todo mundo e cai num buraco, ou melhora. E aí eu falei pra ela: “você quer manter essa gravidez?” E ela falou: “quero, porque a gente é de religião evangélica”, e aí melhorou a relação. Ele tá falando mais. Tanto que ele falou muito nessa consulta; ainda bem que a esposa ficou um pouquinho lá fora. Ele falou, expressou, riu. E melhorou essa relação com a filha; essa gravidez parece que não foi mais uma questão. Foi uma questão, mas enfim... de...

P3: E a esposa dele? Além dessa questão da consulta, como é a relação dela com ele?

P1: A "ZZZ" com o "XXX" é muito maternal e muito de cuidado, ela meio que se anula pra cuidar dele. Ela não trabalhava antes, não tinha fonte de renda; mas depois que ele parou de trabalhar, ela não buscou trabalhar, ela só cuida dele. Na segunda consulta, até, ela falou: “ah, doutora, eu também comecei a sentir formigamento desse lado” – que é bem do lado que ele sente, ela começou a reproduzir os sintomas dele. E eles não estão tendo relação sexual, sabe, eu fiquei conversando um dia com eles sobre isso; eles entraram na espiral da doença, os dois, como se fossem um corpo só, adoecido.

P5: Eles têm qual idade? porque é engraçado, eles...

P1: Eles têm, eles são novos; têm acho que 48 anos.

P6: Só uma pergunta, que não é diretamente relacionada ao caso, mas à questão do sistema: na Justiça tem uma discussão, entre os que trabalham com isso, segundo a qual existe uma coisa que é seguir a letra da lei e, a outra, que é você fazer justiça. Então a minha pergunta é a seguinte: se eles afirmam que moram com o irmão, qual é o problema?

P4: P1, você conheceu mais alguém da família, além dele, a esposa e a filha?

P1: Não. As duas outras meninas são menores.

P8: E tem alguma informação dele de como ele chegou ao Rio, de como foi a juventude dele...?

P1: Não; o foco das consultas foi mesmo de um ano pra cá, quando passou a ter disfunção. Antes, eles falam que tinham uma vida corriqueira, de cinco pessoas...

P6: Quando ele recebeu a notícia, o que ele sentiu?

P1: Qual delas? Qual notícia?

P6: A notícia do vídeo. O que ele sentiu?

P1: Ele falou assim que se sentiu muito invadido, muito exposto; que foi tipo uma “desonra”.

P3: E ele começou a adoecer depois do vídeo?

P1: Imediatamente.

P2: E ele, de alguma forma, foi violento? Como é que ficou a relação com a filha dele depois do vídeo?

P1: *That's the point!* Não, a violência dele é pra dentro.

P2: Ele não brigou com a filha?

P6: Porque eu iria perguntar o que, exatamente, dentro disso, o que faz com que um “nordestino tradicional” faz quando se sente desonrado?

P1: Mata.

P5: Ele mata...

P1: E ela me pediu ajuda, ela falou: “pelo amor de deus, doutora, eu não esperava que iria dar positivo! Olha lá, ele chegou, me ajuda!” E aí, enfim... Tá aí pra vocês. Posso sair? (*Risos*).

P7: Descreve fisicamente o "XXX"?

P1: O "XXX" é um pouquinho menor que eu, “atarracudinho”, e *muito* enrijecido [*faz expressão de força e contração com o corpo*]. Tanto que, no primeiro dia, eu o massageei, porque eu entrei em desespero, eu falei: “nossa, gente, solta...”

P8: E a esposa dele, como é que é?

P1: A esposa dele é baixinha, gordinha, sorridente – super sorridente! “Doutora, só um favorzinho! Só um favorzinho!” [*cita num tom adocicado, terno*].

P3: Você tá atendendo ele há quanto tempo?

P1: Dois meses.

P4: Quantos anos tem a menina, mesmo?

P1: 16 anos. Tem uma 10, uma de 12 e uma de 16; fez 17.

P2: Ela engravidou do cara do vídeo?

P1: [*sinaliza com a face que sim*].

P7: Só mais uma questão: as irmãs dela iam à consulta, também?

P1: Não. Eu convidei *ela*, porque era o centro da disfunção – pra mim, na minha cabeça; por isso que eu queria ouvi-la.

P6: O que mais?

[*breve silêncio*].

P1: Vou sair, então. (*Risos*).

P7: Ela tem uma relação com o pai do filho dela, ou não?

P1: Tem! Eles namoram há dois anos.

P6: O problema, parece que não é o cara do vídeo; é o cara que filmou.

P1: Foi ela mesma.

P6: Foi ela? E quem botou?

P1: Ninguém sabe.

P6: Quer dizer, ela compartilhou com alguém. Você quer continuar dentro ou quer sair?

P1: Não, eu quero sair! [*com uma certa expressão de desconforto e ansiedade*].

[*riso geral*].

P1 AFASTA-SE DA RODA.

P6: Então.... Se vocês se colocassem no lugar da P1, o que vocês fariam?

P8: Eu iria levar uma bronca do meu preceptor, iria fechar o olho e atender todo mundo como se todo mundo morasse na área! (*Risos*). Não seria a primeira vez.

P5: Eu, que já tenho um pouquinho mais de tempo de formada, eu iria ter *muita* vontade de fazer isso – muito provavelmente eu fizesse –, mas eu iria ficar nunca crise danada. Porque é isso, né, atendendo 28 pacientes de manhã... E essa coisa não é simplesmente... Ele diz que mora com o irmão, por essa questão legal, eu, realmente... Mas a questão é que ele não mora. Então, às vezes, assim, pra poder acessar, né? Por outro lado, a gente sabe que em Duque de Caxias, ... [*palavra inaudível*], né? Que, em outro lugar, tampouco. É uma situação muito grave que, pelo que eu entendi, não é neurológica. Quer dizer, é alguma coisa reativa que... E uma família

toda que, ao mesmo tempo que é adoecido esse corpo, tem tanta possibilidade, né? Eu fiquei pensando assim: que a P1 pegou, estudou a coisa neurológica, fez um exame detalhadíssimo, e falou assim: “agora eu quero te escutar um pouquinho.” E aí, tudo faz muito sentido; aquilo que estava tão difícil, de repente, não [está mais]. Só que, talvez, fosse melhor até que tivesse alguma coisa neurológica, né? Porque aí é bem objetivo; “ah, olha, eu vou te encaminhar pra UFRJ, pra fazer uma cirurgia”, e...Opa, resolvi! Só que não. [*burburinho de comentários paralelos*]. E aí agora – desculpa, é que eu falo pra caramba –, mas agora eu até tive um “*insightzinho*”: talvez a P1 *soubesse* disso, por isso talvez ela tenha procurado tanto alguma coisa neurológica, entendeu? Orgânica. Porque é realmente mais simples.

P6: Deixa eu fazer uma outra pergunta que eu acho que cabe nessa situação. Vocês se colocando no lugar, tentando se colocar no lugar dela, qual vocês acham que é o sentimento, a emoção mais importante *em vocês*?

P8: Eu acho que é frustração.

P5: Eu veria muito junto: muita felicidade por ele estar melhorando e uma impotência danada, misturada com uma potência, também. Eu iria ficar com esses três, e uma impotência muito grande. E ao mesmo tempo muito feliz, mas e aí?

P6: A felicidade tá clara, né? E a impotência, vocês compartilham dessa impressão? Por que a impotência?

P8: Por essa questão, né – não é algo orgânico, não parece ser algo orgânico. Então pra ele enfrentar essa possível somatização, ele precisa passar por um processo que, provavelmente, ele não está disposto a passar. E a gente não pode passar por esse processo pelo paciente. A gente não consegue prescrever alguma coisa que resolva isso. Então a gente depende muito mais do lado de lá do que do nosso lado. E aí, como é que você faz isso?

P4: Gostei muito dessa potência com impotência ao mesmo tempo, porque eu vejo que é justamente isso o que acontece; porque a P1, num momento, começa a se sentir mais potente, com mais força pra mudar uma realidade, ela vê uma reação mas tem muito medo de dar uma passo à frente porque talvez isso não seja o certo. Justamente por essa questão, de ser uma família que não deveria estar ali na rede de cuidado dela; mas quando você começa a oferecer cuidado para uma pessoa, é muito difícil você romper isso. Você não sabe exatamente, é aquela questão: “ah, lá não vai ter, naquele lugar muito menos...” Então eu acho que... é frustrante.

P6: Eu vou continuar sendo chato. Por que tem impotência? Você insistir nisso, porque... Ele está há dois meses sendo acompanhado. Pelo que eu entendi, ele fez um vínculo; a família fez um vínculo. Ele está vindo, está melhorado, cadê a impotência?

P5: Engraçado, não foi por nenhuma das duas coisas. Primeiro porque eu não acho que não seria errado [atendê-lo] pelo fato de ele ser ... [de outra área]; essa, pra mim, é a questão que menos pesa, a não ser pela praticidade. E tampouco acho que é a questão de depender dele, não. Eu acho assim, que a P1 nem precisa saber de Psicanálise, não! Põe dois meses, o cara já ri! Já tá se mexendo! Isso é a puta potência! Agora a impotência tá... Assim, aí eu

vou fazer o papel... [*palavra inaudível*]: “pô, eu tô cansada! Eu atendo 28, não é uma família daqui, entendeu? Caramba, como é que eu vou fazer? Essa menina vai parir e vai tá em Duque de Caxias? E aí?” Eu me sentiria muito assim. “Pô, eu tô atendendo 60 pacientes por dia, e agora... [*faz expressão de sufoco*], e eu sei que... Mas o cara tá rindo, né, tá se soltando. E agora?” A impotência, pra mim, viria até a mim. É que eu acho que ele tá querendo, coitado. ... [*frase inaudível*].

P8: Pensei bastante nisso porque a P1 falou que ele não aceitou a Psicanálise em outro lugar.

P5: Mas ele nem sabe o que é Psicanálise; quem não aceitou, foi a P1; é, assim, sair da P1, sabe?

P6: Será que ele precisa de Psicanálise, mesmo? Será que a Psicanálise vai ser “a salvadora”?

P8: É que seria um jeito de ele ser cuidado sem que a P1 precisasse tomar frente disso, né? E ele ser cuidado sem depender do lugar onde ele mora. Porque se ele fosse pra um serviço de hospital universitário, ninguém iria se preocupar com [o local] onde ele mora. Na Medicina de Família, a gente se preocupa.

P2: Eu acho que a coisa que melhor funcionou pra ele até agora é uma coisa que foge totalmente ao escopo do médico e da saúde enquanto rede; é a gravidez da filha. Isso foi o melhor remédio pra a situação dele, me parece. A coisa que mais libertou ele um pouco e mais chamou a atenção dele. Mas uma coisa assim, é... Eu acho difícil um caso... Realmente, é muito cansativo ter casos complexos no meio de dias assim tão confusos, tão conturbados, com tantos pacientes, e você ainda organizando um serviço que antes não existia. E você pegar um caso complexo – independente de ser da área ou não; claro que, quando tá certinho, a pessoa mora do lado, você sabe que é um paciente daquele território, você fica um pouco mais tranquilo de saber onde você vai encontrar, como vai encontrar, ter um contato mais certo –, e aí, a pessoa sendo de fora, ainda dá uma sensação de estar fazendo mais do que poderia, do que deveria... Eu acho que um caso complexo no meio de tanta gente assim sempre cansa muito. Eu vejo cansaço; eu vejo vontade de ajudar, mas sem saber como e sem ter tempo.

P4: Aonde tava a impotência, né?

P2: Impotência, né? O que me daria mais pena, inicialmente, e depois uma alegria, uma felicidade de vê-lo ali um pouco melhor com a minha ajuda e com o fato que se desenrolou e tal.

P7: Talvez tenha alguma espécie de impotência *nele mesmo*, né? Eu não sei; pelo menos a percepção de uma certa impotência nesse paciente. Primeiro, por ele não ter conseguido reagir senão de uma maneira autorreflexiva – ou seja, ao invés de ele lidar com essa espécie de “impulso de morte”, no sentido de levar a cabo essa ideia do nordestino desonrado que mata, é como se ele tivesse trazido essa questão da morte pra si mesmo. Tanto que enrijeceu a si próprio ao invés de bater na filha ou levar adiante alguma prática externamente violenta; e, dessa maneira, ele se viu sem poder, na verdade, contribuir com uma questão familiar mais ampla. Ao contrário, ele teve que ser cuidado. Então talvez seja nesse lugar – de não poder se ver exercendo a sua função masculina, a sua função de pai, de provedor da casa, de coordenador daquela família – que tenha algo da ordem da impotência. Para além de uma possível impotência da médica, da P1. E aí talvez a questão da filha, da filha dele,

talvez seja um lugar que crie um contraste, uma tensão positiva com esse impulso de morte que existe nele com relação a ele mesmo. E talvez isso o ajude, realmente, a passar a um outro ciclo. Não sei, tô conjecturando.

P6: É, eu acho que existe um certo consenso de que essa sintomatologia dele está relacionada ao evento. Ela está representando algo do evento. A gente já fez uma associação, que ele deveria... Porque não é só o que ele está sentindo; é também o que ele não está sentindo, que é o que chama a atenção. Ele *deveria* ter tido vontade de matar alguém, mas, pelo visto, isso não apareceu. Apareceu em algum outro lugar no corpo dele. Uma outra associação que eu estava fazendo livremente aqui, porque eu não estou no lugar dele...E porque eu pensei isso? Pensei com relação à relação familiar, na qual a mulher sente o que ele sente. Ou seja, pode ser uma característica dessa família uma certa pouca delimitação das individualidades; então, conseqüentemente, as pessoas podem sentir o que os outros sentem. O que aconteceu com a filha? De certa forma, ela foi violentada – não pela ação com o namorado, mas pela história toda. Então eu pergunto: será que ele também não se sentiu violentado? Será que, quando você vai ser violentado, você não tenta enrijecer o corpo todo, numa tentativa de resistir de alguma maneira? Talvez a impotência esteja nele, né? De lidar com isso. A questão evangélica é outra coisa: eu não sei exatamente, mas tem igreja – eu não sei a dele como é –, onde sentir raiva é feio, ou é coisa ruim, é coisa que não se deve sentir. Então essa dualidade de... tanto que quando você é violentado, numa situação dessa, a raiva é esperada, né? Que é o que está faltando.

P3: E me parece que a ecologia da doença dele não é simplesmente o fato que ocorreu, a exposição do vídeo. Querendo ou não, eu acho que são os preconceitos enraizados durante toda a construção da pessoa dele. Ele sendo nordestino, entendeu? Eu sou nordestino também, minha família é super conservadora, e eu tive – ao longo desses últimos dois anos, três anos de Rio –, eu tive que construir muita coisa, sabe? E desconstruindo outras em cima disso, e vendo que há caminhos, que não são tão tradicionais assim, que são meus – e que me caracterizam, que fogem do padrão que é estabelecido pelo conservadorismo. E eu acho que é muito difícil, porque... É muito difícil mudar 40 anos de formação de uma pessoa. Não é uma médica, não é um professor, não é uma pessoa...Ele construiu; várias coisas o construíram.

P5: Agora eu fiquei pensando numa coisa. Quando você falou essa coisa da impotência, e você também falou dessa coisa da impotência estar nele, né... Outra coisa também que me chamou a atenção: a mulher fala por ele, mas porque ele deixa. Porque quando um não quer, dois não brigam. Então assim, ela tem essa coisa porque ele também permite. É que eu estava pensando nisso e aí você falou isso. Agora, sabe... Desculpa, como é que é seu nome? P3? P3, eu acho assim... Eu acho isso também, eu acho que não é uma médica que vai mudar, não. Mas eu acho que a P1, quando ela olhou pra ele, e perguntou e ele pôde falar, aí eu fico pensando: eu acho até que ele não quer – essa coisa que você tava falando, né –, não é que ele não quer Psicanálise, que ele não queira se cuidar; ele não quer é largar a P1. Porque eu acho que de alguma forma – lógico que ela não vai poder mudar a forma de ele pensar –, deu uma... [*faz expressão de alívio*].

P3: Aliviou, né?

P5: Sabe? E legal essa coisa que você falou – no teu eu também tive essa sensação, que parece não ter muita

fronteira... Quando ela falou da mãe; quer dizer, é, da mãe – da menina, mas não da mãe dele –, eu me lembrei de uma paciente – não era paciente, eu atendi o filho dela –, e ela falava o tempo todo por ele, igualzinho a P1 falou. Quando eu perguntava pelo paciente, ela falava dela. Eu perguntava: “ah, como é que tá fulano”, e aí ela dizia: “ah, eu tô com muita dor nas juntas, eu tô com isso...” Gente, tudo muito misturado, mesmo. Muito sem lugar, né?

P8: Isso quando você não fala assim: “mas eu quero te ouvir!”, e a esposa fala assim: “não, você não sabe de nada, deixa que eu faço; não sabe de nada.” (*Risos*).

P2: É maluco, né? Eu fico pensando assim: a gente fala de impotência, e eu fico imaginando qual é a potência de um homem, de 50 anos, nordestino, evangélico, que mora no Rio, tem três filhas, dentre as quais uma foi exposta; qual é a potência dele, pra saber qual é a impotência, também. E pra onde essa impotência está indo. Não é pra fora. Como ela se manifesta nele?

P8: E eu acho que isso tem tudo a ver com essa questão dessa criança que vai nascer, porque normalmente as pessoas religiosas encaram sempre, independente de quais sejam as circunstâncias, uma gestação como uma benção de Deus, uma dádiva, algo que deve ser sempre levado adiante e respeitado; uma graça. Então a família dele, apesar de tudo, foi “agraciada.”

P2: Eu achei interessante isso: parece que trouxe pra ele essa desonra, que se tornou uma honra porque gerou uma vida. Não sei, acho que trouxe um conforto pra ele, ele falou assim: “ah, aconteceu isso, foi uma fatalidade, mas o que vai acontecer é muito maior do que tudo isso.”

P8: E fico me perguntando... De repente ele casa a filha com esse cara, independente do que eles queiram, e aí, depois de um tempo, ninguém vai saber que foi uma desonra, né? Porque é um casal, e é bem comum uma menina de 16 anos, religiosa, se casar. Não faz diferença, 16, 17.

P6: Existe alguém aqui que tem experiência com Terapia Comunitária? O Adalberto Barreto tem uma frase, que o pessoal usa na Terapia Comunitária, que é: *quando a boca cala, o corpo fala*. Então o que está faltando ele falar?

P2: Com quem, talvez?

P4: É muito difícil o que ele faz. Essa questão de não ter os limites, na verdade, é porque, talvez, seja muito mais fácil que outra pessoa chegue e fale por ele, como no caso da esposa. Eles sabem que ali existe um problema, uma dificuldade de se expressar; na verdade, ele está se expressando da forma dele. Tudo tá rígido ali, e aí chega a esposa que fala por cima e tal. E é complicado, porque isso é uma coisa muito comum, muito comum em consultório. Eu não sou nem médico ainda, mas eu já sei que isso é comum! Eu já vi muito isso. E aí chega uma médica que quer ouvir o paciente além das queixas clínicas dele, é óbvio que ele não vai querer sair mais desse cuidado.

P8: Até porque, provavelmente, ele nem se conhece, né? É difícil as pessoas da idade dele, que são mais ... [palavra inaudível], que tiveram uma vida mais difícil, se conhecerem. Além de ter alguém que fale por ele, será que, ele falando, ele sabe falar alguma coisa dele?

P7: Eu estava me perguntando onde estava a potência e pensando muito que talvez ela esteja justamente na possibilidade do autorreconhecimento, ou então do reconhecimento da sua potência. Eu acho que ela está nessa dificuldade, para além da questão de buscar definir o que seria a potência em si.

P6: É, e aí a pergunta seria: como é que você pode ter potência sem poder ter raiva?

P8: Sem poder expressar os seus sentimentos, ou sem conseguir, ou sem saber expressar...

P6: Se a P1 estivesse aqui, já tivesse voltado, eu iria perguntar: “ele já falou de raiva alguma vez?”

P8: Porque quando tudo é feio, tudo é proibido ou não pode, quando tem que existir uma questão de culpa muito forte, você não tem como se mostrar, escolher seu caminho, trilhar seu caminho; é sempre o que alguém te manda fazer, que é abaixar a cabeça.

P2: Eu fiquei pensando nas potências... Uma delas, que a gente falou, é a raiva. Principalmente num homem nordestino, machista e tal, que tem uma situação dessa. Ser um pouco violento, não sei se fisicamente mas de alguma forma, pensar essa raiva através de violência. Mas eu acho que o diálogo não me parece ser uma possibilidade. Eu fiquei pensando nessas duas potências numa situação dessa: a *raiva* e a *conversa*. Como é que você vai resolver isso e o que você vai fazer? Eu não sei se passou pela cabeça dele alguma das duas. A raiva é uma coisa esperada e o diálogo está fora de cogitação.

P5: Eu pensei uma coisa engraçada.

P6: Então, compartilha. Todo mundo vai querer rir também. (*Risos*).

P5: Eu tive uma viagem. Quando a P1 chega e fala que ficou super incomodada porque a esposa dele entrou e fala por ele, eu fiquei pensando: “coitada dessa moça, porque ela deve ser angustiada também, né? Todo mundo muito angustiado.” E aí eu fiquei pensando, porque a P1 traz esse caso muito angustiada com o que fazer – e eu falei de impotência –, falando assim: “porque eu não tenho instrumento, eu não sou psicanalista, como é que eu vou aprofundar?” E eu pensei assim: “gente, não precisa, não! Você tem sim, opa!” E aí eu tava pensando que essa questão da impotência bateu muito em mim – e não deve ser à toa; mas essa coisa que eu fiquei pensando da P1 – agora lá, sentada na cadeirinha e com os balõezinhos assim: “ai, meu deus, eles estão falando dele, tudo bem, mas e eu, o que que eu faço? Eu fico com ele, eu assumo, eu mando embora?” (*risos*). Porque... Eu penso muito nessa situação de impotência em várias situações, quando a coisa foge ao meu controle... Enfim, essa coisa, quando ela falou “28”, eu pensei num dia inteiro, eu pensei assim: “nossa, tá puxado”; e aí ela falou “no turno”, e eu falei “ahhh!” [*num tom de desespero*]. Por isso que eu volto... Tudo bem, a impotência está nele, mas aí eu ouço a P1 falando: “ah, mas a impotência está em mim, também. Tá bom, tem isso tudo, ele não fala, mas,

poxa, eu ajudei o cara, olha só como é que eu sou potente! Só que não, ele não mora aqui, e aí eu vou procurar ele e ele não tá!”

P7: Mas tem essa coisa de pensar assim: até onde vai a minha responsabilidade?

P5: “Porque agora que eu cuidei dele! E agora? O que eu faço com esse homem? Esse homem melhorou... Ah, vamos pesquisar alguma coisa nesse cérebro? Ver se tem alguma coisa pra tirar, de repente descobre que tem um tumor...”. Porque... Desculpa, gente; uma residente em Psiquiatria tava lá em Manguinhos, e ela falou uma frase que agora eu repito como mantra: “é tão bom quando é *doença* mesmo, né?”

[*riso geral*].

P5: “É tão bom quando é *doença* mesmo, né? O cara é super esquizofrênico, você dá dez gotas de Haldol e uau!” O cara sai..., né? Só que não. Aí chega um cara, um senhorzinho – que nem é senhorzinho, mas é engraçado que, quando a P1 tava falando, assim, ele tem 65 anos, sabe? –, aí ele chega e eu fiquei pensando: “gente, esse cara, ele cortou o dedo que ele trabalhava, ele tá...” [*faz uma expressão meio de espanto, meio de rigidez*].

P8: Eu tava pensando numa coisa, porque você falou da angústia da P1 e eu fiquei pensando: “caramba, e o que eu digo para os meus residentes?”, sabe? Já que faz parte das estratégias de Saúde da Família a questão da territorialização, como é que eu digo pra eles: “ah, não, finge que...”; como é que eu posso dar esse exemplo, já que isso é tão importante, né, e estar ali e tudo. Já que a gente não trabalha com lista, como é que eu vou driblar isso, se eu resolver driblar?

P3: Mas assim, eu acho que ele, no início da conversa, já justificou; porque a estrutura da família dele, ou a estrutural de qualquer família, é muito particular. E você encarando que o irmão mora lá, e que é o território do irmão, dá pra encará-lo como “a família”, sabe?

P8: Mas se o Agente de Saúde for lá pra checar se ele mora ou não lá? E alguém, um vizinho, falar assim: “não, ele não mora; ele fica aqui uma semana e depois vai embora e volta depois de duas semanas”, o Agente de Saúde vai chegar e vai falar: “não, doutora, ele não mora.” E como ela vai chegar e falar: “não, ele mora!”? A coisa, por mais que não seja tão “preto no branco”, é que quando você tem uma família que é conhecida, você não consegue driblar isso. Você não consegue.

P3: E ele tá meio que rodando, tá num rodízio de casas, né? E ele vai ser atendido por quem?

P6: Ou seja, onde é que ele mora?

P8: Ele mora em lugar nenhum.

P6: Então por que ele não pode ser atendido onde ele está?

P8: Sim, sim, mas a estrutura do sistema não comporta isso.

P6: Como é que você lida com um paciente que mora na rua, na sua área?

P8: Bem, fica aquela questão, né: “ah, mora em que área? É de quem? Ele dorme onde? Ah, dorme aqui, dorme ali, dorme acolá.” O sistema não flexibiliza pra isso. É difícil, isso traz muita angústia para as equipes.

P6: Bancando de novo aquele “advogado do diabo”, se você tem que atender 28 pessoas num turno, o sistema está favorecendo você trabalhar com Medicina de Família plena? Então, o sistema... É uma questão. Outra coisa: será que a gente não pode fazer...Eu me lembro de uma médica, isso em outras épocas, que trabalhava no Ambulatório e em Atenção Básica, antes até de ter a Saúde da Família, e ela fazia o seguinte: ela tinha um número de pacientes “impossível”, e aqueles que ela achava que precisavam de mais tempo, ela marcava para o final. Ela até selecionava aqueles que ela podia ajudar mais e que precisavam de mais tempo e aqueles que, por outro lado, podiam ficar numa consulta mais tradicional. Ela fazia uma separação. Será que se você escolhe alguém que você possa trabalhar mais profundamente e outros menos – porque não dá pra trabalhar, com 28 por dia, num modelo...

P8: ... Satisfatório, né? Você vai ter 10 minutos de consulta...

P6: Não dá. Não dá, mesmo. Então ao menos eu posso escolher alguns eventualmente!?! Nem que seja pra ajudar e pra você mesmo, pro prazer da sua prática.

P8: Aí, se a sua agenda fica nas mãos do Agente de Saúde, você tem vontade de matar um no final do dia! (*Risos*).

P6: Que é o que tá faltando no paciente, que tinha vontade de matar um, não é, não?

(*Risos coletivos*).

P2: Nem falou que iria matar, né? (*Risos*).

P6: Vamos voltar...?

P1 VOLTA À RODA.

P2: Eu fiquei pensando se esse senhor também não ficou... Às vezes ele coloca uma cara por cima muito rígida, mas, na verdade, pode não ser tanto. Eu fiquei pensando se ele não teve também uma compaixão pela filha e resolveu poupá-la do esporro, da raiva, da desonra que ele sentiu.

P1: Eu sinto o "XXX" como uma pessoa muito dócil, na verdade. E quando a gente falou, fomos eu e – eu me esqueci do nome dela, acho que é Larissa – a filha dela, nós falamos juntas que ela estava grávida. E aí ele fez assim, ele falou: “eu sabia que isso iria acontecer, desde daquele vídeo! E tudo o que eu queria é que isso não acontecesse!” Então é como se ele estivesse esse ano todo adoecido esperando uma tragédia, que seria, além dela se expor, ela engravidar – e, de repente, aconteceu. Eu não sei se isso tem a ver com esse relaxamento, com o

início desse relaxamento corporal dele. Tipo... "tudo o que eu tinha medo, aconteceu", mas ele está sendo cuidado agora, né, então...

P6: E quem falou "tudo que eu tinha medo aconteceu"? Eu não peguei no início.

P1: O "XXX". Quando a gente falou da gravidez, ele estava esperando isso.

P6: Vocês viram a expressão corporal da "Dra." P1 aqui, quando ela estava falando isso? "Eu sabia que isso iria acontecer" [*diz num tom de esforço*].

[*riso geral*].

P2: Eu fiquei numa dúvida. Essa gravidez, pela sua percepção, gerou nele um conforto ou uma raiva? Foi uma tragédia ou foi uma...

P1: Eu acho que na hora em que a gente falou foi uma tragédia anunciada. Mas aí trouxe um alívio depois, porque agora que eu o vi, quarta-feira, ele tava incrivelmente melhor. Porque na hora que aconteceu, eu falei: "fudeu! Ou resolve e melhora, ou ele cai numa desgraça." Mas era uma tragédia anunciada. O vídeo anunciou a tragédia. Tanto que eu falei pra ela: mas por que, você não tava usando camisinha, nada? O que aconteceu? E aí ela falou assim: "ai, doutora, o meu pai *não conversa* comigo, ele nunca... Ele não me dirige a palavra, não fala comigo. Ele só se fecha, se fecha, cada vez mais." A filha dele é super moderna; ela é evangélica, mas ela é super despachada, sabe?

P3: Com certeza não há diálogo nessa família. Não há, não há. Não há mesmo, de não dar "oi" em casa.

P1: É, é assim.

P6: Quer dizer que se ajudasse a botar um "oi", um diálogo lá, podia talvez melhorar?

P3: Sim! Com certeza. E a longo prazo, isso. Ela foi criada assim, sabe? Criança, adolescente...

P6: Eu não gosto muito de falar de teoria, não; mas, quando você falou, me lembrou de um ponto que eu acho que é importante. Quando começou a história dos estudos de histeria, no trabalho de histeria com o Freud, uma das características – você tinha paralisia, você tinha um monte de coisas e pode ter alguma coisa desse tipo –, uma característica importante nesse caso era a de uma garota que tinha vontade de esbofetear o pai, mas não tinha consciência disso e não conseguia, então ela ficou parálitica do braço. Mas por quê? Porque ao mesmo tempo em que ela amava o pai, ela o odiava. Então a ambivalência, quer dizer, "eu amo a minha filha, mas eu quero matar a minha filha", eu não posso, então.. *Tum* – não vou, nem fico. Porque a ambivalência tá presente nessas coisas, né? Isso aí é um sintoma, quer dizer, uma das bases dos sintomas do histérico. Aliás, coisas que o homem não tem – no útero, né? (*Risos*).

P1: Eu perguntei a ela: "como você vê o seu pai?" Ela falou assim: "eu nem sei, porque ele não fala comigo." E

ela me pediu ajuda pra anunciar a gravidez – a “tragédia”, né? – porque ela não tinha a mínima ideia de como o pai iria reagir.

P3: Talvez isso seja muito comum, tá? Mais comum do que qualquer um imagina. Eu não falo com o meu pai, também. A gente não tem relação, não tem. Ela morava comigo, meus pais se separaram e a gente não conversa. Nunca.

P8: Acho que nessa família também tinha um fator adicional pra isso acontecer, porque se não existe bem um limite entre um e o outro, por que você vai falar com o outro se você já tem certeza do que ele acha, ou de como ele vai reagir? Tem o lado da briga, da rixa, mas também tem esse lado dessa falta de limite, de individualidade.

P1: Eu tava pensando como a filha, aqui: eu acho que a gravidez, eu não tava ligando, não tava usando anticoncepcional, não tava me preocupando com isso, porque eu acho que já rompi essa relação com a família. Já quero construir a minha própria família.

P8: E tem uma outra questão - o anticoncepcional não é uma coisa bem aceita pelas pessoas que têm a religiosidade forte. Então acaba sendo melhor, mais bem visto, você ter uma criança não desejada, não planejada, e começar a desejar aquela criança, do que você usar um preservativo.

P4: E a quantidade de informação a respeito que ela recebeu durante a vida provavelmente não foi muito, também. Sobre essas questões de educação sexual etc.

P8: É, mas existe hoje em dia uma propaganda muito forte, sabe? Se ela tivesse procurado *um pouquinho*, ela iria ter encontrado.

P4: Mas eu não sei se a propaganda, sozinha, é suficiente. Porque existem barreiras pra acessar.

P1: Mas eu achei que, nesse sentido, ela parecia de uma geração... Ela não me parecia nem como fazendo parte daquele contexto familiar; parecia que os pais estavam em outro tempo com relação a ela. Em outro lugar. Quando eu a conheci, ela era tão jovem, tão dona de si, e moderna no jeito que se vestia, e tão empoderada, que eu falei: “mas você não sabia que você poderia engravidar?” E ela: “é, né...” Sabia. Sabe, ela sabia o que tava fazendo.

P8: E essa coisa da culpa, do “não pode, não pode, não pode”, que muitas religiões têm, isso é muito forte. Muito forte. E acho que as pessoas, mesmo adultas, que têm uma base religiosa forte, acabam levando um resquício disso pela vida toda, sabe?

P5: Agora, por outro lado, eu concordo muito com o que você falou. Eu acho – me veio agora uma coisa na cabeça –, eu acho que talvez essa gravidez tenha sido muito desejada e, quiçá, planejada. Porque quando você pega uma garota fora do tempo dos pais, 16 anos... Tudo bem, tem todas essas barreiras, aí eu concordo com você que tem a questão religiosa, que também dificulta, porque você tem que acessar, só que...Me parece que no caso, aí...Aí ela falou assim: “ah, não sei...é...” [*diz numa expressão e tom de despreocupação*]. Diz que é, né?

Diz que você tem relação sexual.

P7: É como se a filmagem do sexo, e também a gravidez, realizassem uma certa emancipação dela, né? Mesmo que isso não fosse consciente.

P5: E assim... Uma outra família, né? Essa coisa da dificuldade do pai não... Provavelmente não dê nem “oi”, mesmo. Porque há famílias que são muito duras, que são capazes de *coabitar – coabitam*, né?

P3: Coabitam mas, ao mesmo tempo, se amam.

P5: Sim, se amam, coabitam, mas não trocam! Às vezes nem “bom dia”, por conta das suas questões. Às vezes não dá nem “bom dia”. Aí, de repente, ela tá meio cansada disso.

P8: Se for parar pra pensar, demorou 2 anos pra ela engravidar. Se ela não usava nada...

P5: E fez uma filmagem, né?

P8: É, parecia tão animada, né? Pois é, e de repente demorou dois anos, né? Demorou bastante.

P4: Mas existe, né, uma questão cultural de que quando você começa a construir a sua família, você rompe oficialmente com a sua família antiga. Eu não tinha pensado desse lado.

P1: E por quê eu fui perguntar dessa menstruação? (*risos*). Tava uma semana só atrasada, e eu falei: “vamos só fazer o exame, só pra tirar isso da cabeça.” – *eu* tirar da cabeça.

P8: Talvez ele continuasse duro, agora, até que ele começasse a ver a barriga crescendo e ... [*frase inaudível*]. Você não iria estar lá pra dar a notícia junto com ela.

P6: Eu tô achando que vai ter alguém convidada pro casamento.

(*Riso geral*).

P3: E pro batizado, né?

P5: É! Gente, ela vai ser a madrinha.

(*Risos seguidos por alguns segundos de pausa*).

P2: Eu acho que, às vezes, o nosso papel... A gente tem a coisa da longitudinalidade, né? Mas às vezes eu tenho a impressão de que a gente tá na hora certa, no lugar certo, pra algumas situações. Acho que cai como uma luva. A pessoa vai lá, você vê que a pessoa tá rígida, faz massagem, a pessoa deve ficar já “assim”, né? [*expressando uma mistura de alívio e contentamento*]. “Nossa, ... [*frase inaudível*].” E aí depois serve como interlocutor de uma situação muito complicada... E o nosso desejo é sempre, né, ter...Estar do lado, conseguir sempre ter a “potência” de cuidado – dentro do que a gente coloca pra si como “potência.” Mas... Às vezes, onde a gente foi

já foi uma coisa pontual, foi uma coisa já bem importante na situação.

P8: Aquela coisa, né, “o médico encostou em mim”, sabe? “Fez mas-sa-gem!” Isso é excepcional, realmente, pra muita gente.

P6: É o que a gente pode chamar, ou que pelo menos eu chamo, de “consulta significativa.” Porque se você não tiver um... Por exemplo... Esses pacientes, levando pra um ambiente, uma cultura completamente diferente da psicoterapia, pode não ser significativo. E o alcance vai ser muito maior aí.

[alguns segundos de silêncio].

P6: E então, encerramos?

P1: Encerramos.

ANEXO IV - GRUPO FOCAL 2

Pesquisadora: De que modo essa prática influenciou a percepção sobre o caso? De que modo o Balint mudou a percepção de vocês sobre esse caso discutido hoje?

P8: Acho que me ajudou a pensar em várias possibilidades, várias interpretações, várias coisas que, a princípio, estavam ocultas: a questão da filha, do que a gravidez significa, da estrutura familiar dele...

P3: Eu não sei se *mudou*, eu acho que ampliou várias [coisas]...Pra ir lapidando vários acontecimentos do caso.

P7: Desfolhando um pouco o caso, né?

P3: É, pois é! E ampliando um pouco...

P1: Desfolhando...

P2: Quando você aprofunda, você vai alcançando várias camadas, e nessas camadas você vai descobrindo coisas e pensando em modos de ver as coisas, em como cada um vê. E, pra isso, você precisa fazer esse exercício. Analisar o caso simplesmente, “ah, ele deve tá achando isso”, e ficar nisso mesmo, você não consegue avançar nesse aprofundamento.

P5: Como é que é a pergunta? Desculpe...

Pesquisadora: Como que essa prática do Balint de hoje influenciou na forma como você viu o caso? Antes e até agora? Influenciou a sua percepção.

P5: Ah, tá, “por quê influenciou”, gostei. (Risos). Não, porque eu pensei que você tivesse falado outra coisa. Que “mudou”, porque assim, não mudou, mudou no sentido de que...

Pesquisadora: Influenciou a sua percepção, na verdade; não o caso. A sua percepção sobre o caso.

[pausa]

Pesquisadora: O Balint não gostava que ficasse com anotações, mas eu pensei assim: “será que no mestrado eu não posso ficar?” Porque eu precisava muito anotar enquanto eu estava ali! É isso, foi desfolhando, meio como um organograma: “com isso eu tenho que fazer aquilo, com esse ponto B...”

P7: Você queria já...

Pesquisadora: É, eu queria já ir conduzindo, sabe?

P6: Eu não posso falar pelo Balint, mas eu tenho quase certeza que ele iria te perdoar por isso.

[riso geral e burburinhos paralelos]

P1: E tem umas perguntas também que a gente pode ir respondendo juntos, enfim. Se esse grupo contribui, e de que forma vocês acham que ele contribuiu para a relação médico-paciente e pra gente, enquanto profissional de saúde?

P5: Se contribui?

P1: Sim.

P5: Muito! Muito, muito!

P8: É... Pra mim, pessoalmente: tem essa questão de *desfolhar*, de pensar em outras coisas, e até um pouco... Eu sei que não é o objetivo do grupo, mas uma questão de “catarse”, digamos assim. E perceber que certos problemas são comuns, certas coisas organizacionais são comuns. E *expressar*, né? As suas angústias, mesmo que não tenha sido um caso meu, algumas angústias tuas também são minhas em relação a um outro paciente. E eu consegui falar disso aqui. Falar de um caso meu.

P4: Uma das coisas mais legais que eu acho é a diversidade de público. Porque no WONCA foi exatamente assim, também. Quando você tem pessoas que têm vivências diferentes, experiências diferentes, tem pessoas que têm muito tempo de formada, outras que não são nem formadas... Isso é muito bom.

P6: É um exercício interdisciplinar de verdade.

P4: Isso.

P1: É. E vocês perceberam, tiveram algum desconforto durante a prática?

P8: Eu olhei pra você numa hora, porque você tava ali no cantinho e eu... (áudio incompreensível seguido de risos).

P5: Eu esqueci que não podia olhar pra ela.

P1: Não, pode olhar! (Risos, burburinhos paralelos).

P5: Ah, não pode se dirigir [a ela].

P8: Mas eu te olhei quase como que buscando um interlocutor! [burburinhos paralelos].

P1: É, eu tentei olhar pra baixo porque eu comecei a ver que as pessoas estavam, sem querer, olhando pra mim. Mas então o desconforto seria mais de querer interagir com quem entrasse...?

P8: Não, mas foi uma coisa muito pontual, foi quase um acidente, sabe? Não foi o desconforto de querer falar contigo, eu acho que essa organização do Balint é bem legal. Mas foi muito automático porque você estava acessível, e eu me senti “fazendo errado”, entendeu?

(Risos).

Pesquisadora: E em relação à motivação, o que motiva vocês a participarem?

P3: O caso motivou muito, hoje. O caso já se mostrou muito interessante desde o início.

P6: Mas você tá perguntando em relação ao Balint em geral ou tá perguntando em relação a...

P4: A esse aqui.

P1: Não, eu pensei no Balint em geral, mas eu gostei também de você falar sobre o que motivou a participação agora.

P2: É, talvez... Casos interessantes! (*risos*). Você quer ouvir um caso... Interessante.

P4: É a tal pergunta, sabe, essa pergunta, ... [áudio incompreensível]. Você começa a descobrir coisas que você não imaginava. Porque quando você se forma, você não aprende a fazer essas perguntas. Tudo bem que foi acidental, mas às vezes tem algumas perguntas que a gente faz propositadamente pra descobrir coisas além. Quando a gente se forma, a gente não aprende a lidar com as respostas dessas perguntas; a gente aprende a encaminhar pra um psicólogo.

P8: A gente não aprende a *consultar* na faculdade.

P1: O que é mais profundo.

P4: É, eu acho que a gente não sabe lidar com pessoas.

[Burburinhos paralelos]

P1: Mas, sabe, por exemplo no WONCA, né: eram 40 vagas, foram 86 pessoas. O que faz uma pessoa pensar assim: “nossa, eu quero participar desse negócio”?

P6: Eu acho que uma questão fundamental do Balint é que ele qualifica a sua prática, melhora a qualidade da sua prática bastante. Em todos os livros, de qualquer área que você participa, de qualquer categoria, você fica mais qualificado.

P5: E eu acho que qualifica porque além dessa troca de experiências, de casos legais, e esse caso especificamente – porque sempre fica aquele silêncio, né? E às vezes eu penso assim: “ih, será que ninguém vai trazer?” Eu sempre tenho essa sensação.

P1: Eu fiquei meio culpada de trazer, sabe?

P5: Eu fico com essa sensação: “ninguém vai trazer caso! Ai meu deus, ai meu deus!” Agora eu acho que também... E aí quando eu cheguei eu falei com o P6, eu falei: “e aí, tá tudo bem?” E ele falou que tá ruim? Né? Porque assim, gente – tá gravando? Porque talvez depois eu queria tirar! –, o mundo tá acabando! Se é negócio de Juízo Final, Jesus está chegando. (*Risos*). Amanhã vai ter manifestação em Copacabana pelo [Sérgio] Moro com o apoio dos militares! Os militares já estão querendo, já estão achando o Moro legal. E aí eu acho que a gente não escolheu, ninguém escolhe nenhuma profissão à toa, a gente não escolheu Saúde da Família à toa, e eu acho que a gente sofre muito, porque a gente empatiza. E às vezes a gente fica com a maior raiva por não empatizar tanto, né? E aí você quer empatizar menos, só que aí não dá. Então eu acho que... Eu, pra mim, eu acho que contribuí na minha prática clínica, tem essa coisa da catarse, e de você ver que tem outras pessoas

passando pelas mesmas coisas, né? E eu tenho procurando muito... Tentei com algumas coisas, né; tentei na frente Direitos Humanos & Drogas, tentei no PSOL, tô tentando! Aí, gente, encontrei vocês! (*Risos*). Porque aí é bom você estar com pessoas que têm os mesmos princípios básicos que você, porque as pessoas estão muito sem princípios. Então aqui tá todo mundo... Todo mundo é SUS, ninguém quer matar pobre... Parece óbvio, só que não.

P3: E tá tão difícil, né? Pensar nessas coisas.

P5: Opa! Tá puxado, gente!

P7: Quer dizer que, para além de tudo, é um espaço afetivo também.

P5: Pois é; pra mim, é!

P2: E é bom você ver que as pessoas também... Sofrem, né?

P5: É, que você não é louca, né? Que você não é histérica...

P6: Vocês falaram o que é importante da questão do Balint, que é exatamente a questão relacional. Quer dizer: ao mesmo tempo que, no Balint, você está lidando com a história de um paciente, você se vê mais completamente como um sujeito. Porque você vê o seu sofrimento, as suas dificuldades etc; então você, ao se ver mais como um sujeito, você também consegue ver o paciente como um sujeito. E aí esse processo interativo efetivamente traz uma diferença, né?

P5. E aí eu vou falar uma coisa, P6. Você falou uma coisa tão linda, que me tocou tão profundamente... Assim, porque eu acho que quando você fala da gente também poder se ver como um sujeito e enxergar o outro, e se ver menos como Deus. Se ver, assim, porque essa questão da impotência, a impotência tá nele [no paciente], eu pensava assim, “não, P6, tá em mim!”

(Risos e conversas paralelas).

E aí você falou assim: “ué, a gente pode escolher! O sistema está todo errado, a gente pode escolher alguns pacientes que vai avaliar pra ele investir.” Infelizmente a escolha de Sophia, que merda, né? Mas a vida que segue, é isso que é possível.

[conversas paralelas]

P6: Eu ainda nem tinha entrado na Faculdade de Medicina ainda e eu tinha um tio que era médico, lá de Porto Alegre, ele era de lá e tal, e ele vinha pro Rio passar as férias frequentemente. E era aquele médico cirurgião modelo, né? E aí ...[áudio incompreensível] de que ele tinha morrido. E ele tinha um problema; como todo

cirurgião, ele tinha indicação de fazer a cirurgia de ponte de safena, mas ele achava que não precisava. Então ele morreu, e o porteiro do prédio onde ele morava começou aquela movimentação toda – de mala pra viajar, completamente fora do esperado, pra ele lá de Porto Alegre – e ele perguntou:

– O que é que houve? O que é que aconteceu?

– Ah, você sabe o Dr. Fulano?

– Sim, claro! E não sei o quê, não sei o quê...

– Pois é, ele morreu.

Ele parou assim, olhou, pensou... [*Faz uma expressão meditativa*]. Isso eu nunca mais esqueci:

– Ele morreu?

– É.

– Poxa, e era médico!

[riso geral e conversas paralelas]

P8: Até porque, durante todos os dias, a ... [*áudio incompreensível*] que a gente pode atender mais gente, que a gente pode ir menos ao banheiro, que a gente pode tomar menos água, comer menos e sair da clínica, é a hora que o último paciente ... [*áudio incompreensível*]. Não na hora que é pra ser, né?

Pesquisadora: E... A última pergunta, pra gente fechar: se existe alguma forma da gente aprimorar essa prática que a gente fez aqui hoje, e se existe alguma coisa que não funcionou e que a gente pode, enfim, melhorar. Alguma coisa em relação ao planejamento, à avaliação do Balint...

P3: Eu acho que esse foi o grupo menor, eu particularmente gostei.

P2: Eu acho que foi o menor grupo que eu participei, também. Eu achei mais fácil de...

P7: E eu acho que ele foi mais produtivo temporalmente, também. Pelo menos comparando com alguns outros que tinha mais gente.

P3: Foi equilibrado, eu acho. De todo mundo expor o que estava querendo, sabe?

P1: É, mas esse tem oito, que é o número de pessoas que o Balint usava. Engraçado, porque eu fiquei com medo de esse encontro não existir, porque é dezembro e eu fiquei super receosa. Eu falei: “meu Deus, eu preciso fazer o grupo porque...” É um projeto de... Já faz dois anos e meio, e aí a gente fica assim, “nossa, querendo ou não sábado é um dia de descanso”, mas eu gosto muito dessa prática. E aí, nessa pergunta sobre “o que te motiva?” eu fiquei pensando, agora, o que que me motiva a estar há dois anos, uma vez por mês, é sábado, e às vezes a gente tá super cansado – eu e o Gu... Mas é incrível, que parece, pra mim, parece uma mágica, por isso que eu

gosto tanto. Posso estar cansada, posso estar com medo de não acontecer, que *acontece*! O negócio gira! Não sei, é muito dinâmico.

P8: Eu acho que é um fresco pra cabeça, né? Que a gente não consegue ter no dia a dia, porque a gente não consegue conversar tudo que a gente quer conversar de segunda a sexta, e muito menos no horário de trabalho.

P6: Isso é uma coisa interessante, porque você está dizendo que conversar sobre trabalho refresca também, né? Que tipo de conversa é essa que refresca?

P7: Eu não sou nem médico, mas pra vocês mais refresca, tem mais essa questão leve, do que tensa?

P8: Tem, tem!

P1: Nossa!

P7: Porque pra mim, eu fico pensando sobre o caso, então tem uma certa questão...Demanda uma certa energia, sabe? Mas é porque eu não lido com isso no dia a dia.

P8: Pra mim, a angústia que eu tenho é [similar a de] quando eu tô assistindo a um filme de suspense, sabe? Mas aquilo é bom, porque o processo de trabalho que a gente tem vivido é uma coisa insana, sabe? É você atender, atender, atender – você não consegue parar, sabe?

P2: Falta uma discussão fora da Clínica, né? Fora da parte exclusivamente clínica. Eu chamo muito o pessoal da residência pra vir, e o pessoal fica muito assim: “ah, vou...” [*num tom desanimado*], mas aí, no final, eu chamo e aí, na sexta feira, “ah, tô muito cansado.” Aí eu, sempre assim, é automático já: “pô, mas isso descansa!” Ir pra praia e tudo é legal, mas assim, a gente fica tentando esquecer o que acontece, e isso às vezes não funciona tão bem.

P5: Exatamente!

P2: Às vezes é melhor você lidar e resolver do que fugir e... A praia é uma fuga; isso aqui não é uma fuga, isso aqui é um enfrentamento.

P3: Nós, estudantes, a gente acaba estudando pouco o caso clínico. E essa forma de apresentação do caso é muito boa. Porque você apresenta e você tem que saber intervir; meio que intervir, dar sua opinião com relação ao que está acontecendo.

P6: Tem um ditado – que eu não sei se é exatamente assim, mas se não for é parecido –, que diz o seguinte: *uma tristeza compartilhada, já é meia alegria*.

P1: É verdade!

P5: É bem isso.

P4: É muito verdade isso, porque eu não posso ver *uma* coisa mais complicada que eu já tô ali no WhatsApp falando pra todo mundo.

P1: Pra ver se ele sente a mesma coisa!

P4: É, sabe? Sinta essa tristeza comigo um pouco, por favor! (risos). E é só tristeza toda semana, sabe?

P1: É muito interessante... Esse caso que eu trouxe hoje tava vivo em mim, e eu o trabalhei na análise pessoal minha ontem. E aí a terapeuta falou: “é, realmente, P1, o “XXX” está estruturando uma transferência com você, né? E a sua contra-transferência, como tá?” E aí eu acho que é por isso que eu queria trazer tanto hoje... “Deixa eu colocar em ressonância minha contra-transferência um pouquinho”, sabe? Então assim, você falou do papel curativo, né? Da gente estar reunido em grupo assim, por mais que seja fim de semana. E pra mim, foi isso.

P8: Foi uma coisa que eu falei com o “X” no WONCA, que foi uma das primeiras pessoas do grupo que eu encontrei. Aí eu falei: “poxa, eu não tô conseguindo ir, tô cansada, tá muito pesado”, e aí ele falou, “é, às vezes a gente tá tão cansado que a gente não consegue nem ir pras ferramentas de cura”, sabe? Engraçado, foi um termo assim, tinha cura no final, eu não sei se eram “ferramentas” ou se era outra coisa; e é verdade, né? Às vezes o ciclo [*áudio incompreensível*], só que aí a coisa piora, né? Porque a gente não consegue enfrentar. A gente não tem força, nem força pra estar aqui e enfrentar a situação de alguma forma; ela não deixa de existir porque a gente não enfrenta.

P2: Eu tive algumas crises essa semana, foram alguns casos bem complicados, e eu acho que, no último Balint, eu não sei se... [*áudio incompreensível*].

P1: É que teve o intensivo do WONCA, né, e foi cansativo.

P2: É, eu senti falta. A sensação é de que eu já tô um pouco melhor do que semana passada. Exatamente depois de participar daqui. Eu acho que já estou um pouco mais relaxado, sabe? Eu tava sufocado.

P6: Eu tenho plena convicção de que o Balint é a prevenção de Burnout.

ANEXO V - GRUPO BALINT 3

P2: Vocês acham que vale a pena repassar as regras básicas rapidinho, pra todo mundo se situar?

P2: Então todo mundo deve um pouco [se] lembrar que a ideia básica do grupo vai ser uma discussão bem livre a partir de um caso que um dos participantes vai trazer. A gente vai, normalmente, ter um espaço inicial de fala para a pessoa que quiser trazer o caso – totalmente livre, de fala livre, inicialmente; e aí depois, para as pessoas poderem tirar dúvidas – especialmente dúvidas que ajudem a “ilustrar”, a entender melhor o desenho da situação que aquela pessoa descreveu, mais propriamente do que os sentimentos envolvidos ou algum detalhe interpretativo; uma coisa mais denotativa um pouco, de início. E aí, isso feito, a pessoa que traz o caso sai da roda e os outros participantes passam a se comportar como se ela não estivesse presente na sala, interagindo entre si livremente a partir das reflexões que surgirem, desencadeadas pelo caso. A gente segue nesse modelo por um tempo. Depois a gente, em algum momento, um dos dois moderadores – que hoje somos o P9 e eu – vão convidar a pessoa que está fora da roda a voltar. A discussão segue ainda no mesmo tom mais um pouquinho, mas já com a possibilidade de interação (de contato visual com a pessoa e de uma troca mais verbal também). E, mais um pouquinho e a gente encerra o grupo. A gente tem o hábito um pouco de fazer umas reflexões finais, que não são tão ortodoxas no modelo do método Balint, mas já é uma coisa que o grupo aqui costuma fazer normalmente. Pra facilitar isso, tem uns lembretes que a gente deixa anotados. Primeiro, que é qual o tipo caso que a gente traz: aquele caso que tá, de alguma maneira... A melhor expressão é essa, né: que a gente leva pra casa. Que a gente carrega do consultório pra casa, que fica na cabeça, porque eu lembro dele no meio do fim de semana, aquela situação que fica comigo de alguma maneira... Ou porque me angustia, ou porque me deixa muito feliz, porque desperta algum sentimento, alguma coisa que vá provavelmente significar que é interessante aprofundar a reflexão sobre aquela ação entre o paciente e você. Os tempos iniciais são 10 a 15 minutos de apresentação do caso, 5 a 10 minutos para os esclarecimentos, 35 a 50 minutos para a discussão e 10 a 15 minutos para o fechamento com a pessoa de volta na roda. Algumas regras básicas são deixar o celular no silencioso (então quem ainda não fez isso, talvez seja um bom momento), pra gente poder manter a atenção no grupo, e também não sair pra ir ao banheiro, beber água, pra gente poder manter o espaço de conversa mais focado. Lembrar de confidencialidade e respeito mútuo, né? É um espaço que, se a gente “vai bem” nele, é [um espaço] de bastante vulnerabilidade, então... Cuidar um do outro. Mas, ao mesmo tempo, sabendo que os moderadores também estão um pouco aí pra isso; só aquele cuidado do bom senso – fácil de dizer, difícil fazer. No momento das falas, falar do *seu* lugar – não necessariamente, “ah, nessa situação, o que ela fez, essa não foi a atitude certa de se tomar; talvez, nessa situação, eu provavelmente me sentiria desse jeito, agiria desse outro, cogitaria esse ou aquele caminho.” Evitar aconselhar – então “o certo a fazer nessas situações aqui, é bom que você saiba...”, não cabe muito. Mas que a fala, ainda assim, seja livre. Seja principalmente empática, com sentimentos, aspectos que de alguma maneira ressoem, e criativa. É livre para associações, para ideias, imagens, metáforas, articulações, atuação... Que seja mais ou menos raciocinado é bem característico do grupo. Até porque ele tem esse aspecto que é do pensamento divergente, que as pessoas vão pensar em facetas muito diferentes da situação que foi apresentada e essa é a potência do grupo mesmo. Desculpe, acho que passei por tudo aqui. Sobre a coisa da técnica, só antes da gente começar propriamente, alguém tem alguma dúvida? Estou olhando pra P11, porque é a sua primeira vez. (Tempo). Então... Quem tem um caso hoje?

P14: Eu tenho um caso. Partindo da perspectiva de que é um caso que a gente leva pra casa. Eu atendi num sábado, a clínica fica aberta até meio-dia e era uma paciente que tinha chegado por volta de 11h30 da manhã e logo depois chegou outro paciente, então eu sabia que tinha mais esse outro rapaz. E aí quando foi a vez dela eu chamei, e aí, por acaso, é uma gestante que, naquela semana, eu tinha puxado a lista da vigilância, da gestante e da equipe, e vi que ela estava há mais de um mês sem consulta, e fui conversar com a residente, e a residente falou: “não, ela veio na consulta, sim. O prontuário dela está aberto e eu ainda não terminei de escrever porque é muito complicado.” Aí eu falei “tudo bem.” Aí na própria sexta-feira, quando eu estava saindo da clínica, ela tava lá, aí a residente me apresentou, “essa é aquela gestante que você perguntou, ela tá vindo direitinho” e não sei o quê, aí eu falei “ah, então tá bom.” Eu me apresentei à gestante e falei “ah, eu estava preocupada com você, mas que bom que você tá aqui.” E fui embora. Aí no dia seguinte ela estava lá na clínica às 11h30 – eu achei estranho porque ela tinha tido uma consulta um dia antes. E aí ela está no início da gestação ainda, e ela falou, logo que ela entrou na sala ela já começou a chorar muito falando que na noite anterior ela tinha presenciado, na casa da amiga dela, o primo dessa amiga dela tinha sido espancado pelo pessoal da comunidade. E aí ela chorando, eu tentando acalmá-la, fazendo toda uma abordagem, até que ela virou e falou assim: “não, doutora; eu vou te dizer o que é que tá realmente dentro de mim e que não dá mais pra segurar.” Eu falei, “pois diga.” Ela falou: “a data provável desse parto, que eu tô com o bebê agora, é a mesma data da minha segunda gestação, que era uma menina com má formação que faleceu logo depois do nascimento.” E aquilo estava consumindo ela demais, porque ela estava achando que a história iria se repetir, e como ela conseguiria tirar aquilo dela?

P2: Obrigado. Alguém tem esclarecimentos, perguntas pra entender melhor essa situação?

P7: Quanto tempo antes foi essa gestação que...

P14: Foi 2 anos antes. Uma coisa que me marcou muito, e que até agora reverbera dentro de mim, é que ela falou que durante aquela outra gestação, quando ela sabia do diagnóstico, ela procurou redes de apoio, né, e tinha um grupo de facebook que tinha uma frase assim, [dizendo] que Deus escolhia poucas mães carregar essa tarefa, né, de ter um filho com má formação, carregar uma gestação desse jeito. E aí quando ela perdeu o bebê ela sentiu como se Deus não tivesse confiando mais nela nisso. Então ela teve a construção, né, positiva, e logo depois veio o negativo.

P5: Ela é muito religiosa, então?

P14: Não é tanto, não. Mas teve essa fala de Deus.

P9: Do mesmo pai?

P14: Mesmo pai.

P7: Quando você disse “como que ela vai fazer pra tirar isso dela?”, era esse sentimento, não o neném?

P14: Não o neném. Ela tem uma outra filhinha, que é ótima, participa das consultas de pré-natal, ajuda a gente, a gente pede pra ela... (*inaudível*), essas coisas, e ela super ajuda. E fala com o bebezinho, fala que tá esperando, mas ela tem muito medo disso, de ter que repetir toda a história.

P12: É algum paciente que seja já conhecido, que você já atendeu outras vezes?

P14: Eu nunca cheguei a efetivamente atendê-la; eu a conheci na sexta-feira, no final do dia, quando eu estava saindo da clínica, que ela estava pra ser atendida pela minha residente, e aí no sábado, no dia seguinte, foi o dia que eu efetivamente a consultei.

P12: Mas ela é da sua equipe?

P14: Ela é da minha equipe.

P1: Ela tá no começo da gestação?

P14: Primeiro bimestre.

P3: Você teve raiva da tua residente?

P14: Oi?

P3: Você teve raiva da tua residente?

P14: Da minha residente? Não. Ela sabia disso. Essa fala da relação com Deus, que ela comentou que Deus tirou, né, e que não confiava nela, ela tinha falado isso pra minha residente. Então... Eu me encontrei com a residente no sábado à tarde, e ela falou, “ah...”, eu sei que a gente tava num momento de descontração, mas ela falou “ah, mas eu posso te falar do caso dela?”, e eu falei “pode, inclusive eu atendi ela hoje.” Aí ela falou tudo, é um negócio que estava mexendo muito com a residente também, e aí... Acho que foi só mais uma pessoa que ela conseguiu compartilhar, entendeu, mas eu acho que a residente tá levando muito bem.

P10: A paciente foi procurar *você*?

P14: Não, eu era a médica do atendimento no sábado.

P10: Então qualquer pessoa que estivesse lá...

P14: Qualquer pessoa que estivesse lá.

P10: Ela estava precisando de alguém pra... (*inaudível*).

P14: Sim, eu não sei se ela abriria toda a história pra qualquer pessoa, porque realmente eu tive aquela conversa com ela na sexta-feira, realmente, assim, de boa, saindo, falando “ah, foi um prazer, estava preocupada com você, qualquer coisa você pode me procurar”... Fiz uma abertura. Depois eu vi que ela já tinha tido algumas consultas com essa residente. Ela tem um bom vínculo com a residente.

P10: E você acha que ela saiu mais tranquila depois do atendimento?

P14: Eu acho que ela saiu. Já tem mais de uma semana e isso ainda tá...

PARTICIPANTE NÃO IDENTIFICADO: E qual a idade dela?

P14: Ela tem vinte e poucos anos. Mas eu não me lembro efetivamente, não. Eu chutaria uns vinte e cinco anos.

P7: Ela sabe o porquê da má-formação?

P14: Confesso que eu nem me lembro qual era a má-formação mesmo, eu não achei no prontuário. Mas assim, teve a perspectiva da criança nascer e viver. Iria ter problemas, mas ela estava disposta a enfrentar.

P10: A má-formação foi diagnosticada em que momento da gravidez anterior e... foi natimorta ou...?

P14: Não, não foi natimorto. Chegou a viver, acho que dois dias. Ela inclui essa outra criança, né, a criança foi registrada e tudo, e ela fala, “não, esse vai ser meu terceiro filho”, a menininha conta, né, quando faz desenhos da família, ela inclui esse bebezinho, também... Ela faz parte da família.

P2: Você sabe mais do círculo familiar?

P14: Sei. É... Ela se dá muito bem com o marido, eles tinham uma relação muito boa. Ele costuma ir na consulta com ela. Ele não foi na sexta-feira, porque era horário de trabalho; no sábado, quem estava lá era a cunhada – elas se dão super bem também, elas têm a mesma idade. E... se dá bem também com a família dela e com a sogra. Com a família do marido. Ela tem uma boa relação familiar.

P2: Bom, obrigado.

P14 muda de posição e se recua do círculo. O grupo permanece em silêncio por aproximadamente 1min45seg.

P12: Fiquei pensando se esse caso mexeu tanto com a médica assim por... Se contribuiu pra isso o fato de ela ser uma mulher também, né... Porque ... (*inaudível*) essa coisa da empatia, mesmo, de se colocar no lugar da paciente, talvez imaginar ela mesma passando por uma situação semelhante. Eu fiquei imaginando eu, talvez, ou um [outro] médico homem, talvez se tivesse atendido na hora tivesse se comovido com a situação, mas talvez não fosse uma coisa tão forte assim, de levar pra casa e ficar remoendo e tal. Eu fiquei imaginando, um impacto forte desse jeito...

P7: Você falou de se colocar no lugar, e eu estava aqui angustiada, pensando, me colocando no lugar da gestante, assim, de como que deve ser você gestar uma criança que você não sabe, ou tem dúvidas, se ela vai sobreviver. E assim, coisas práticas, bem práticas, do tipo: comprar um enxoval, investir em questões práticas, assim, né, fazer um chá de bebê pra uma criança que você não sabe se vai chegar, né? Ficar nesse dilema, do quanto você se prepara ou não se prepara pra receber o bebê.

P12: E lidar com essa expectativa, e com a expectativa das outras pessoas, né?

P7: Só de pensar nisso já vem uma angústia tão absurda. Porque é tão difícil de lidar. O silêncio foi um pouco disso, de tentar digerir um pouco essa mínima angústia.

P1: Eu fiquei pensando assim no diálogo, no encontro entre a médica e a paciente... Dá vontade da médica poder falar, né: “olha, te garanto que não vai acontecer a mesma coisa.” E da gente não poder, né? Porque a gente tem que, em algum momento, de formas diferentes, aprender a lidar com a incerteza. E aí eu fiquei pensando, tá no começo da gestação e tal, não tem o que dizer, né, pode ser que aconteça novamente. E o tanto que isso é difícil, né? O tanto que a gente está nesse lugar de dizer coisas mais palpáveis e, nesse momento, simplesmente não existia essa substancialidade, nada próximo de uma certeza.

P13: Eu pensei assim: “será que Deus está me dando uma segunda oportunidade? E agora, se for isso?”.

P12: E essa coisa do facebook, lá, do... Que Deus escolhe poucas mães pra cuidar das crianças especiais e ele me escolheu, aí depois o bebê morreu, então Deus não confiou em mim pra cuidar dessa criança. Imagina isso, essa carga, assim, né? Ela conseguiu encontrar alguma coisa que aliviasse o sofrimento dela de ter uma criança especial e aquilo, depois, se transforma num novo suplício.

P5: Como uma espécie de falha, né? Como se ela tivesse falhado e não pudesse suportar a possibilidade de falhar de novo ali.

P10: É, por mais que se diz que tem uma segunda chance, a criança ... (*inaudível*) com problema, né?

P8: Ou então ela não conseguiria com uma criança deficiente, mas sim com uma criança normal. Então, de repente, agora vem normal e ela consegue. Ela consegue ser mãe, mas não de um deficiente...

P10: Mas uma coisa que eu estava me perguntando é se a médica conhece uma coisa que a gente chama de “reação de aniversário”. Porque o risco de problemas com ela no parto, principalmente pela data, é *muito* maior do que numa situação comum. Eu já vi vários casos do que a gente chama de “reação de aniversário” – não necessariamente com gravidez, mas com várias outras situações. Então isso realmente acontece. Acidentes que se repetem na data de aniversário, infartos que se repetem na data de aniversário, problemas de saúde dos mais variados... E o que eu achei muito interessante é que ela passa a ter um risco realmente maior do que se não fosse um aniversário, mas ela ter chamado a atenção pra isso é o que dá a chance de trabalhar preventivamente. Mas se pensasse nisso... “Ah, um risco normal”... Eu não conheço – além de você [*olha para P6*], tem mais alguém aqui que é mãe ou não? –, eu não conheço nenhuma mulher que tenha ficado grávida e que não fique na dúvida se o filho vai ser normal, se não vai ser normal, se vai ter problema, se não vai ter problema, se vai nascer bem, se não vai nascer bem. Quer dizer, uma certa dose disso é comum, né? Mas nesse tipo de situação, o risco é, realmente, maior. Então tem um trabalho preventivo importantíssimo aí pra fazer. E achei que era interessante a conexão de que, nessa estrutura familiar dela, que parece muito boa, e ela ter trazido isso antes e pensado nessa ligação também, ... (*inaudível*) quer dizer que ela abriu chance para o trabalho preventivo.

P3: A P1 colocou, né, a questão da gente estar no papel, muitas vezes – os profissionais da saúde –, das certezas, né? Coisas certas. E aí a gente ter que trabalhar com o que não é previsível muitas vezes... Mas a médica, ela conseguiu acolher essa mulher e ter uma empatia muito boa. Porque de repente, em função dessa empatia e de ela ter se colocado no lugar dessa paciente, ela conseguiu que ela pudesse, hoje, trabalhar isso da questão da data, né? É difícil porque eu acredito que ela, essa médica, ela deve ter se colocado tanto no lugar por ser mulher, por de repente estar já numa idade provável de ser mãe, também, no seu ciclo de vida... E é difícil a incerteza, se colocar... [Ela] tá num papel também de dizer *sim* ou *não*, né? Se vai ter ou não essa possível má-formação. Porque a gente nem tem como saber, na verdade. Mas deve ter sido bem difícil pra ela. Mas que bom que ela pode acolher no sábado essa mulher, né, e ter deixado ela mais tranquila.

P9: É muito louco, assim, imaginar a P14 grávida junto com a paciente dela. Tipo... grávida dessa ansiedade, desesperada com o que vai acontecer. Foi uma coisa que eu fiquei imaginando.

P1: Eu fiquei pensando a P14, assim, amparada pela medicina baseada em evidências, [e falando] “o que que eu posso fazer com essa situação pra mudar o desfecho?”, né? E o desfecho não se repetir. E ela ainda procura, né, ansiosa, aflita, porque... É isso, está em busca, mesmo que não seja algo material.

P6: E ela coloca uma responsabilidade na médica, né? “Eu tô falando pra você porque eu acho que você pode falar alguma coisa, me ajudar nisso.” Ela tira dela e joga um pouquinho pra médica, “olha, é isso. Agora é com você, assim, também.” Aí divide. Achei bem isso... “Não está mais só comigo. E você tem o poder, porque afinal você é médica. Não é uma amiga, é médica.”

P12: Isso aí é o que eu vejo quando tem, às vezes, pacientes que chegam e às vezes me procuram num momento de estresse pra contar alguma coisa, me faz pensar um pouco diferente do que você falou. Às vezes eu penso assim: “o que que essa pessoa veio dividir comigo?”. Aí sempre vem um segundo pensamento: “Será que ela não tem ninguém na rede de apoio dela, ninguém com quem ela tenha intimidade suficiente, uma abertura suficiente, pra compartilhar isso, pra falar isso, que ela procurou um profissional de saúde?”. Ainda mais quando é um paciente, uma pessoa, que eu não conheço. Que vem, compartilha isso com ela, não é nem um médico que já tem um vínculo e tal, e eu sempre tenho esse pensamento assim, me acende uma luz assim, “nossa, ela veio aqui ver como é essa rede de apoio aqui, porque se ela escolheu vir falar comigo, não tinha ninguém próximo pra ela desabafar e tal...”. Talvez ela tenha ... (*inaudível*) porque ela queria ter acesso a uma coisa médica, mesmo.

P13: Ela tem uma relação boa com a família, né?

P12: Sim.

P7: Mas eu pensei também assim se ela é influenciada minimamente por uma frase que cita Deus, será que a rede de apoio também não pode ser trabalhada de uma maneira que essa responsabilidade não fique toda em cima da gente?

P1: Da gente, mulher?

P7: Da gente, médico.

(*Risos*).

P7: Pode ser, também. Da gente como uma mulher grávida, que não sabe o que vai acontecer; da gente médico... Da rede de saúde toda.

P10: Seria um caso ótimo se um médico de família pudesse participar do parto. Seria ótimo... Sabe lá quem ela vai pegar.

P13: Eu fiquei pensando no... Que eu achei interessante o que o ... (*inaudível*) falou que a consulta com a residente foi na sexta e ela voltou no sábado. Como é que foi a noite dela? Eu não sei se ela já tinha se atentado pra essa coisa da data provável do parto, e aí, de repente, ela fez essa conexão... “É a mesma data, eu preciso falar com alguém sobre isso”. Mas eu não sei, assim... Se fosse meu, eu não sei se eu iria querer conversar isso com o pai, que também está angustiado, e “eu não quero conversar com a sogra, porque todo mundo passou por isso, mas eu quero conversar com alguém que está me dando atenção agora e que vai me acompanhar durante isso. Eu quero dividir a minha angústia, levantar um sinal de alarme, pra alguém que não vai sofrer tanto com isso, que não vai se dividir, que não passou pelo sofrimento que eu passei antes, e que não vai sofrer tanto e talvez vai me ajudar de alguma forma”. E aí eu fiquei pensando assim... Que pré-natal que vai ser esse também,

né? Porque são nove meses, e tudo o que eu tenho de medicina nada vai me ajudar a prevenir nada, não tenho evidência nenhuma pra me ajudar em nada, e eu estou aqui pra dividir essa angústia, e é tudo o que eu posso oferecer... Porque, na verdade, já é quase tudo que ela precisa, mas como que vai ser eu dividir essa angústia, né? Essa gravidez ... (*inaudível*). Como é que vão ser esses nove meses, porque eu vou ser a primeira pessoa a querer ver esse ultrassom, e eu tô ali porque na verdade eu tô mais ansiosa do que ela pra tentar dar notícias boas, pra tentar dar um lado positivo de uma coisa que eu também não tenho... Que tá completamente fora do meu controle, também.

P3: Eu me colocando agora no lugar da P14, e ouvindo a história que ela contou, não tem como a gente não fazer associações com pessoas queridas que passaram por situações semelhantes. E quando ela contou do caso, me remeteu a um caso onde amigos muito amigos, que *acabou* de perder um bebê numa circunstância parecida, que eu acho que também são amigos da P14... E isso me tocou muito, porque eu pensei logo neles de cara. Não sei se a P14 também pensou neles, assim, de alguma forma... Por ter participado em algum momento do convívio dessas pessoas, senti também um pouquinho o sofrimento deles e da paciente, delas, enfim, essa mistura de emoções.

P7: Até que ponto também ela não interpretou... É porque assim, ela meio que testou o nosso acesso no sábado, ela chegou com uma queixa que não tinha nada a ver, de ela ter ficado impressionada com um conhecido que sofreu uma agressão. Se ela chegou com essa queixa pra gente, será que isso também impactou nela de alguma forma? A frustração dela, a angústia dela. Eu sei que não é pra gente ficar hipotetizando as coisas, mas será que essa angústia dela não fez ela se sentir agredida igual a esse rapaz que foi agredido? E por isso ela teve essa “catarse” com ele? E ela viu como ela teria ficado se esse sentimento fosse um sentimento físico. Ele foi espancado; ela ter ficado daquele jeito, com essa agressão mental. E talvez isso tenha levado ela, foi o que motivou ela a ir no sábado.

P10: Eu acho que o outro lado é que... Por que acontece, quando alguém diz alguma coisa que é uma fantasia, que aparentemente não tem correspondência à realidade – que, no caso, seria não ter nenhuma evidência ... (*inaudível*) má-formação... “Ah, besteira, não se preocupe com isso, deixa isso pra lá”. Né? Quer dizer, uma tendência, sabe-se lá pra quem ... (*inaudível*), que diz “olha, fique tranquilo, tá tudo bem”, e a pessoa acaba com receio de falar de alguma coisa que as outras pessoas já estão desvalorizando, não reconhecendo o sofrimento real – importante, né, e com risco. E aí ... (*inaudível*) com uma história de... “Bom, eu vi uma agressão.” Quer dizer, ... (*trecho de 10s inaudível*). Então vamos conversar sobre alguma coisa aí, é aproveitar a deixa. É que nem aquela história, se o paciente levar aquilo pro médico “normal”, o médico de família já é diferente, o médico mais comum... “ah, eu vim aqui porque eu tô muito angustiado”, ele vai falar: “ué, então vai procurar um psiquiatra. Veio fazer o quê aqui?” (*risos*). Acho que é só o médico de família que acolhe alguém que diga isso de cara, né? Ter que vir com uma dor, com uma queixa física, né... Se não vier com uma queixa física...

P2: Só dizer que tem essa imagem do cartão de visitas, né? Que eu acho que resume bem isso:
– Oi, tudo bem? Você pode me receber?

– Posso, senta aqui.

– Ah, então vamos pro que é de verdade.

P1: Vou pegar seu gancho e unir um pouco com as falas de P6 e P13. Eu achei bem interessante ela vir dois dias seguidos, né. Aí o Balint traz uma coisa que é a fase desorganizada da doença, que você, o paciente ele não sabe bem se é um problema ou se é uma doença. E aí ele fica: “o que que eu tenho, o que que eu tenho? Como é que eu falo isso?”. E aí ele... Ele fica falando com ele mesmo, e aquilo fica reverberando, né, e aí ele fala: “não, preciso falar com alguém com mais ‘saber’”, né? Entre aspas. “Porque aí ele vai me dizer o que que é, vai traduzir *isso* em uma doença em si, né, que é a questão da dor e tal. E aí ela vai, faz o pré-natal, mas aquilo ainda está desorganizado, né? Aí ela vai no outro dia, e é outro problema, mas, na verdade, dentro dela, já é uma doença. Apesar de ela... Na hora em que ela consegue falar sobre isso, ela já adoeceu por conta daquele problema que, pra gente, pode ser um problema simples, um problema cotidiano, uma questão de vida, uma memória, algo pouco elaborado ainda... Mas dentro da paciente se transformou, né, numa doença, porque ela já tem um grau de evolução que conseguiu levá-la ao médico. Então ela está pedindo essa ajuda, né? Pra uma coisa que está desorganizada dentro dela. Eu vejo essa paciente nesse conflito.

P9: Mas eu achei interessante isso que a P7 falou, porque eu nunca tinha parado pra pensar no nexos causal do cartão de visitas. Por que esse cartão e não outro? A relação com a agressão, de repente... A agressão de quem, né? De Deus?

P8: Será que também não pode ter causado na família uma comoção que trouxe a ela, lembrou dela, porque ela também perdeu a criança, né? Quando o rapaz foi espancado, pelo menos hospitalizado, ... (*inaudível*) e, dali, ela se colocou no lugar dele, também...

P13: Eu achei interessante porque na hora que a P14 começou a falar do caso do menino que foi espancado, isso me chamou atenção, e aí depois ela começou a contar a história, e aí depois eu completamente [me] esqueci do motivo inicial. E aí eu acho que a história me agrediu, de certa forma, *tão mais*, que aquilo começou a ficar uma coisa menor. Eu [me] esqueci até que você lembrou, e aí... Da onde, como tem relação, né? Eu também me senti muito mais “afundada” por todo o resto do que pelo que ela trouxe do ...(*inaudível*.)

P8: Eu confesso também que, na primeira fala do P12, me veio isso na cabeça, da questão de... Talvez eu não me tocara tanto. Por eu não ter essa simpatia tão forte pela possibilidade de gerar um filho, né. E aí me trouxe também o que a história dela, a relação com a história dela de outros partos, e aí até o que a P4 depois falou também passa um pouco por isso, né? Tem eventos anteriores que de repente marcaram ela, ainda mais, né... Ou por ser mulher, ou por alguma coisa na história relacionado a isso, né. Aí eu fiquei pensando...

P1: “E eu, como residente, não consigo fechar essa história no prontuário. Porque é muito difícil responder o negócio, é muito complexo, mas eu consigo discutir ela com a minha preceptora, mas eu não consigo terminar de materializar... o que me dói, também.”

P6: Parece que criou um vínculo... A partir do momento que ela coloca isso pra P14, a P14 pegou isso, pegou a bola assim e agora “o que que eu faço”, né? “Agora está comigo. De uma certa forma, fui convocada a seguir com isso também.” E eu acho que por isso que não saiu da cabeça também, né, que está aqui. Porque de certa forma não foi uma coisa que bateu e passou – foi uma coisa que bateu e ficou, né?

P9: De bola pra barriga não tem uma distância muito grande.

P6: Como é?

P9: De bola pra barriga...

(*Risos*).

P6: Exatamente.

P10: Agora tem que cuidar da paciente e da residente, né?

P6: Oi?

P10: Tem que cuidar da paciente e da residente, pelo visto.

P6: É.

P1: E se autocuidar.

(*Risos*).

P8: Pelo menos ela está sendo acompanhada, né, o pré-natal dela está em dia.

P6: A bola está passando, porque foi da ... (*conversas paralelas*). Agora a bola está aqui também, né?

P1: Nossa, tem esse peso, né, de cuidar da residente? É verdade. Mais uma bola! (*Risos*).

P2: Eu fiquei até me perguntando até que ponto ela, a paciente, abriu tanto com a residente... Porque por mais que seja uma situação complexa, pelo menos pela descrição que a gente ouviu, me parece fácil descrever, né? É difícil de digerir, mas descrever ela descreveu. Ela tem um problema razoavelmente objetivo, né? Será que ela falou assim com a residente ou será que estava ainda naquela desorganização, naquelas consultas [com] a pessoa angustiada, e com queixas, e “eu não entendo porque que não está bem”, e que aí vão surgindo contas que não

levam a lugar nenhum, né? Então até que ponto a consulta com a residente foi de uma maneira potencialmente diferente da dela, que foi franca, né? Que teve aqui só uma coisinha pra gente checar, só o cartão de visita ali, “tudo certo?”, “tudo certo”, então vamos lá, seguinte! “Vou te dizer a real aqui, esse é o meu problema.”

P1: Não sei também se a P14 não usou essa subjetivação pra elaborar melhor, assim... “Então qual que é a situação, que bolo é esse que está diante de mim, que a residente também não consegue resolver? Deixa eu objetivar.” Não sei se isso também não é uma defesa...

P3: E também ela chegou pra consulta com a P14 com uma queixa... Ela não veio pro pré-natal, né? Ela veio pra uma queixa de algo que angustiava ela, o que é diferente. Pra residente, ela chegou provavelmente pra fazer o pré-natal e a queixa veio junto, né.

P12: Foi um ticket, um cartão de visitas tão incomum, né? Geralmente é uma dor, ou um... Foi realmente, né. O que você falou, eu também fiquei refletindo muito – por que que ela escolheu esse ticket de entrada tão diferente assim. E, realmente, é de uma agressão...

P3: Será que ela achava que ela iria conseguir ter mais acesso no momento em que ela falou que teve uma situação de violência? Será que a gente valoriza mais uma situação de violência do que...

P2: Só se ela já pegou a manhã do médico de família.

(Risos).

P10: Mas o que eu estava pensando é que são múltiplos partos que estão em questão. Da residente quando escreveu ... (*inaudível*), o biológico com data prevista e o ... (*inaudível*) da cabeça dela, que já começou, né?

P1: Será que se a gente mudasse a data provável do parto toda essa simbologia mudaria também? (Risos).

P9: Eu fiquei pensando nisso! Pega um outro ultrassom, muda essa data...

(Risos).

P8: *Pelo menos* (/hipótese/) no segundo trimestre, né?

P10: Mas aí tem que ser que nem aquela história do Garrincha com os russos, né?

P2: Faltou combinar?

P10: É, porque precisa botar a data provável, mas e aí na hora que o parto começar mesmo, vai ser quando? Tem que combinar com a...

P2: Com o outro time.

P10: Combinar com Deus, já que ele está na história, né?

P12: Que coincidência terrível, né? Caiu a data provável do parto no mesmo dia do outro parto dela.

P4: Não dá vontade perguntar pra Deus?

(*Risos*).

P4: Ele precisa se materializar, aqui... Responder as perguntas! (*Risos*)

P1: “Posso dizer pra ela ficar tranquila? Que a história não vai se repetir? Que o drama é outro?” (*Risos*).

P7: Será que se a P14 realmente for amiga desse casal que você conhece, que está passando por um sofrimento semelhante agora, será que essa experiência com uma paciente não pode fazer a P14 ajudar também esse casal? Que essa coincidência não seja benigna dos dois lados.

P8: Fiquei pensando no significado possível, pra ela, dessa repetição da data, e eu acho que eu encararia... Não sei, tem duas possibilidades: não é encarar como uma nova chance? Ou vai ser uma repetição fatídica e Deus está me provando, e eu vou passar por tudo aquilo de novo. Então eu ficaria nesse dilema. Se eu fosse entregar pra Deus, o que é bem comum nessas horas, tentar buscar uma resposta divina... Ou um ou outro, né. E o sofrimento de ficar nesse dilema, né?

P6: “E se for uma nova chance, será que eu estou preparada?”

P12: Dei uma viajada aqui agora... E será que tem uma segunda culpa, assim, de que talvez eu querendo que essa criança seja especial pra eu provar pra Deus que eu consigo, sabe?

P3: Eu fico pensando muito nessa culpa materna que existe sempre, assim... E aí a culpa materna da mãe, que está ali esperando, sendo preparada pra receber uma outra criança; a culpa materna da Márcia, que ainda não é mãe, mas... não sei, também, o quanto de alguma forma ela não é “mãe” da residente nesse processo de formação, e mãe dos futuros filhos que ela pretende ter (se a Márcia pretende ter ou não se pretende, eu não sei, mas...). Do quanto a culpa materna é um ponto de encontro entre essas três mulheres da história.

P10: É, eu acho que contém também essa questão exatamente de lidar com isso, porque se eu estou atendendo a paciente e ela diz: “Ah, eu tô com medo de repetir a história”, mas se eu vejo que não tem nenhum sinal, nada que faça pensar em má-formação, tá tudo funcionando bem, isso me tranquilizaria. Mas, sabendo da história, e sabendo que pode acontecer alguma coisa de fato, e que ela pode... tem ... (*inaudível*) traumatismo, tem um monte de coisas que podem acontecer na hora do parto, então a minha tranquilidade de dar o ultrassom se tiver algo, acabou. Quer dizer, eu tô tão angustiado *quanto mesmo* (/hipótese/), né? Como é que eu vou lidar com isso? É aquela história, que dizem que uma tristeza compartilhada é meia alegria, né?

P5: Talvez também essa repetição, essa coisa quase cíclica de ter um outro filho, de ficar grávida novamente, da coincidência da data do parto, talvez tenha, não sei, reativado algum luto que ela tenha passado, sabe? Ou pelo menos [tenha] trazido isso pra memória, e isso entra em conflito com a expectativa de um novo filho – ou seja, [há] uma questão de sentimentos contraditórios ali. E isso ajude, contribua, para a angústia dela, assim...

P1: É, porque é uma nova vida, mas lembra uma morte, né? Uma vida e morte ao mesmo tempo.

P5: E o processo da perda também, né?

P10: É, um luto não muito bem elaborado, né. Porque são duas coisas: uma que é a perda do bebê mesmo e a outra que é a perda da confiança de Deus. Quer dizer, são duas coisas que estão pesando aí.

P2: Parece uma história de ciclos mesmo, a ideia de que as tragédias podem se repetir – as tragédias dos pacientes e, às vezes, as minhas tragédias pessoais como médico ou médica, né? O que que pode... Como é que a vida pode rodar e as tragédias acontecerem de novo, *ciclarem*, né?

P6: É, e lembrando disso que você falou, as coisas se repetem na vida da gente, não é isso? Os comportamentos, os problemas, sempre passa um tempo e repete, e repete, então eu acho que essa repetição das coisas pode ter chamado a atenção de que *pode* se repetir, né? E a data diz tudo, que pode repetir *mesmo*. Porque até a data...

P1: É, a data materializou, né?

P6: Marcou. Porque aí tudo repete, tudo repete... A médica está sendo provocada a dizer: “não vai repetir dessa vez.” Tem que fortalecer, né?

P1: Será que isso que a paciente foi buscar?

P6: Eu acho.

P10: A rede social, ... (*inaudível*) normalmente o intermediário que a gente tem é o pastor, ou o padre, seja lá quem for. Mas na hora que vem a mulher, lá, que ela conheça, que possa entrar pra conversar com ela...

P2: E nessas condutas, assim, não sei até que ponto não ser a médica assistente da paciente, bagunça isso também, né? Porque a médica da paciente é a residente. Ai você visita ali... Ela é tua ou não é tua? Então, talvez... Como é que você elabora isso com ela nas próximas consultas que você não vai ter, que os próximos pré-natais dela não serão contigo? Você vai querer entrar, talvez?

P8: Que bom que a residente tá levando isso bem, né? Segundo a P14, a residente tá indo bem. Está com ela, pode auxiliar ali...

P10: Se eu fosse a preceptora, tem residente que eu me consultaria, se eu precisasse; tem residente que eu passo longe. Que residente é essa, será que é daquela que eu me consulto?

(Risos).

P3: Que bom ter uma preceptora que me escutou, que me acolheu na minha angústia. Mesmo num momento informal ela conseguiu parar ali, num momento de descontração ela conseguiu me ouvir e eu consegui dividir um pouco da minha angústia com ela. Que bom que ela está junto no caso comigo.

P1: Mesmo que pra dizer: “Tá no páreo, aí... Eu também não sei o que fazer”. Mesmo se for empaticamente, né?

P8: Uma meia alegria pra residente também.

(Risos).

P5: Parece que um dos pontos-chave, ainda dentro da questão da incerteza que eu tinha falado no início, é isso: como, de repente, comunicar pra essa paciente a incerteza, né? Afinal não é possível dizer ainda se vai dar tudo certo ou não nessa fase da gravidez. Mas como comunicar isso de uma forma tranquila, né? De modo que “ah, sim, a gente não sabe, mas está tudo bem agora.” Como se não fosse possível dizer isso ainda.

P4: Eu estava pensando, fazendo um raciocínio meio que de redução de danos: trabalhar com a frustração dela para que essa frustração não dobre. Porque se isso acontecer de novo, vai ser um acúmulo.

P5: Exatamente! E também não criar uma expectativa que possa se reverter depois.

P14 retorna à roda.

P2: Bem-vinda de volta.

P12: Essa fala sua me fez pensar muito no quanto que a gente sempre... Não sei se o termo é esse, mas ver pelo lado negativo, e fico imaginando assim, quando é ao contrário, quando é um exame de um feto que vem com uma alteração, que pode ser verdade ou não, e a gente trata isso, na maioria das vezes, a maioria dos médicos trata isso como uma verdade, né? “Não, tem uma alteração e nós temos que agir sobre isso, porque... né?” Mas quando o exame está bem, está falando que é normal, e a pessoa vem te perguntar, “ah, mas é certeza, você já tá...?”, “não... Não sei, pode estar errado o exame.” Quando é ao contrário, a gente é muito mais: “não, tem uma alteração aqui, temos que intervir.” Acho que muda de postura, fica muito defensivo.

P8: É, acho que tem que tentar também equilibrar, né? Uma coisa... “Pô, tá muito ruim, tá tudo errado aqui, será que meu filho vai sobreviver?” Né? Aí você diz “não, vamos ver, talvez. E aí quando ele chega e tá aberto assim, “ah, acho que tá tudo bem”, a gente mostra o exame e você “calma aí, não tá tudo tão bem assim, pode dar errado.” Tem que ter um equilíbrio pra pessoa ficar alerta e saber que ... (*inaudível*.)

P14: Isso que o P12 falou agora me trouxe quase que um ... (*expressão inaudível*), né? Que é... Se alguém falar “eu te amo”, você pede provas, né? Se alguém te falar “eu te odeio”, você aceita como verdade absoluta naquela única frase.

P2: E nessa história de mulheres, o pai... de fora, né? Que vai a todas as consultas de pré-natal, mas essa, como não foi uma consulta de pré-natal, ele não estava lá pra reviver essa... esse ciclo aí.

P12: Eu não estava nem lembrando que o pai existia.

(*Risos*).

P6: A impressão que dá é que o pai é impotente diante disso.

P5: Eu tinha até me esquecido também.

P6: Total. Quem é potente é a médica.

P8: Gente, eu acho que é a família, né? Ela está sozinha.

P6: É a médica que está ali. Ela apareceu ali e é com ela.

P4: Eu acho que o pai é outro paciente nosso, né? Ele é outro cadastrado, faz parte da nossa equipe do mesmo jeito, é mais um que a gente vai ter que trabalhar tudo isso.

P1: Mas a paciente direciona essa demanda pra médica, né? Ela não direciona para o marido. Ela tem esse potencial de... Pra quem que ela quer levar, né? Ela compartilha o peso com Deus ali, mas eu, em alguns momentos, me pareceu que a P14 estava tal qual Deus, ali.

P6: Está representando.

P1: Pra ela, pra paciente. Simbolicamente, assim...

P8: E por que, talvez, ela não queira compartilhar com o marido a angústia dela?

P5: Porque a médica tem nas mãos questões objetivas, né? Que o marido não tem. Sobre a saúde, sobre o estado da gravidez, sobre a possibilidade ou não de nascer uma criança com problemas e tal.

P6: Eu acho que passa a ideia de que o médico tem poder.

P8: Eu acho que às vezes tem. Eu acho que é mais fácil controlar a insegurança, controlar a incerteza, quando alguém te conta uma coisa e fala: “eu não sei, mas eu vou pedir o exame aqui e a gente vai tirar essa dúvida.” Aí você vai mais tranquilo. Agora eu não sei, talvez daqui a uns três meses eu tenha alguma ideia. (*Risos*). É angustiante pra caramba você falar isso pra pessoa, e é ainda mais angustiante você saber disso.

P10: É, mas voltando pra história da religião, você entende realmente porque não procurou ninguém. Eu estava pensando aqui: se fosse católica, iria ter uma vela pra acender, entre outras coisas, que seria simbolicamente um... alguma coisa. Se fosse evangélica, teria uma água abençoada pra tomar; se fosse umbandista, ou candomblé, qualquer coisa, teria sempre uma oferenda pra fazer, alguma coisa assim... Quer dizer, existem coisas objetivas para serem feitas que dão, de alguma forma, um valor simbólico enorme, né?

P1: É, a gente fica num jogo entre o tateável, né, entre o palpável, e o simbólico, né? Eles estão ainda confusos nessa história.

P8: Será que ela enxerga no médico uma possibilidade mais próxima do palpável?

P2: O problema é, justamente, o que o médico responde, né?

(*Risos*).

P2: Porque a vela não responde, a água não responde, então você faz uma coisa objetiva e entrega. Pra você eu faço uma pergunta, e você está aqui, então me fala, né? “E aí, o ultrassom deu o quê? E aí, vai rolar ou não vai rolar?” É muito pior do que a água, a vela.

P9: Mas faz pensar no papel simbólico do cuidado do pré-natal também, né? Na eficácia, assim, do...
(*inaudível.*)

P4: Mas a gente precisa responder todas as perguntas? Esse é o nosso papel?

P2: Será que a gente acha que não?

P10: Não sei, mas podia tentar saber todas as perguntas.

(*Risos.*)

P1: Pra já se preparar? (*Risos.*)

P2: Pra não ficar tomando essas porradas no joelho, né?

P5: É, mas a comunicação e a linguagem ocupam um lugar central também no tratamento, né? Ou seja, mesmo que você saiba que o estado é o mais pessimista, a maneira como você passa isso é determinante no modo como o paciente vai receber aquela informação.

P8: É terapêutico, também.

P5: Exatamente. Por isso que não basta saber se eu sei ou não a resposta, mas de que maneira eu vou passar isso, né?

P4: Se eu fosse essa residente, eu iria querer fazer o Grupo Balint todo mês. Pra ser o meu...o meu parto.

P2: O seu pré-natal.

P4: É, o meu pré-natal.

P8: Eu estava pensando isso também, se eu fosse residente... (*Risos.*) Se eu fosse esse residente, eu talvez iria querer fazer esse pré-natal nos moldes como a gente aprende né, tudo certinho, e centrado na gestante. Explorar bastante, né, a experiência da gestante. Iria me aprofundar bastante nisso.

P1: A questão também é que quanto mais você centra no outro, mais você se coloca a dispor do outro. Porque essa relação bilateral não existe, né? Você aprofunda no outro e você também mergulha mais no outro.

P2: Muito bem. Muito obrigado pra todo mundo.

ANEXO VI - GRUPO FOCAL 3

Pesquisadora: Então pessoal, são só umas perguntinhas pra entender um pouquinho do que vocês sentiram. Como vocês acham que essa prática que a gente fez mudou a forma como que vocês escutaram o caso e a forma como vocês veem o caso agora? Ou... Mudou alguma coisa, influenciou...?

P6: Eu acho que muda muito. Porque eu não prestei atenção em coisas que vocês foram falando e eu nem lembrava mais... que teve um caso antes, de uma briga, que ela começou assim a história... eu já nem lembrava disso também. Aí alguém trouxe e eu falei: “Ih, é mesmo! Teve isso”. Eu acho que, quando a gente coloca assim no grupo, faz pensar, importa as ideias, as pessoas/cada um capta de uma forma, e isso enriquece muito. Eu acho muito bom ter essa coisa de todo mundo, né, as visões, os sentimentos em relação ao mesmo fato, né... Um pouco diferente

P3: Eu acho que isso me toma um pouco assim, né, quando a gente tem apoio matricial, quando a gente discute caso em equipe, né, a gente tem tantas visões sobre o mesmo caso e isso... às vezes tu fica meio perdido quando tá atendendo sozinho. Quando tu compartilha, às vezes tu nem viu algumas coisas, né, tu não valorizou uma parte da fala da paciente por tá tu e ela ali... E outros olhares ajudam muito no direcionamento e na condução do caso. Achei muito bacana.

P14: Bom, eu estava tentando ignorar a situação, acho que por isso que ela ficava voltando pra mim, e eu não sabia nem porque que eu estava evitando, né. Vocês trouxeram uns trocentos motivos do porquê que eu estava evitando. E durante, né, a gente conversando aqui, eu tive várias oscilações de conduta, tanto de “vou me distanciar do caso” como de “vou assumir o caso só pra mim” (*risos*), mas agora a sensação mesmo é de “tá, tô com uma bagagem cheia de coisas que dá pra me ajudar a assumir/ assumir não, mas me ajudar a tocar o caso daqui pra frente. Tem muito material pra trabalhar com o caso.

Pesquisadora: Tipo instrumentalização, assim?

P14: Por exemplo. Eu tenho mania de objetivar mesmo...

P10: É, uma coisa que eu acho que tem a ver com essa questão do grupo é que quanto mais olhares você tem sobre um determinado objeto ou evento, mais perto da realidade você fica. E quando é só você, a gente sempre força muito na barra, mas quando você tem vários olhares a realidade fica mais consistente, mais palpável.

P1: Você falando assim, eu pensei numa máquina fotográfica, sabe?

P6: Eu também!

P1: Você pensou também?

P6: Pensei nisso!

P1: Que faz um zoom, volta o zoom.

P10: E ainda dá volta!

(Risos).

P1: E aí depois faz aquela... Como que fala quando deixa melhor a imagem... Foca. Aí foca da melhor forma, e desfoca...

P8: Eu penso nessa coisa dos vários pontos de vista, um objeto aqui no meio de várias... Cada canto tem uma forma diferente, mas é um objeto, é uma unidade, né? Eu estou vendo aqui uma parede lisa, sei lá, de tal cor, com tal formato, e você vai olhar uma coisa completamente diferente, eu não estou olhando dali. Do meu lugar eu vejo uma coisa; se eu vejo e você vê, a gente já vê juntos uma coisa mais próxima da realidade, do formato real, né? E aí se tiver uma pessoa vendo de todos os lados, né, aí fica uma coisa bem...

P4: Tem uma alegoria, acho que é indiana, que o elefante, e várias pessoas cegas ao redor dele, e aí o que ele toca, você acha que Deus é aquilo que você está tocando, então quem está tocando a tromba acha que Deus é uma tromba; quem está tocando a pata, acha que é uma pata.

Pesquisadora: E aí o formato de círculo tem alguma coisa a ver com isso? Com esses efeitos, será?

P8: Simbolicamente, sem dúvida, né?

Pesquisadora: É, porque você falou da imagem, né, ao redor...

P4: 360, né?

P6: Mas eu acho que também não é assim “vamos ver num ponto de vista.” Eu acho que é a imbricação dos pontos de vista. Senão fica parecendo que é assim: um foco aqui, outro ali e outro ali – eu acho que é mais do que isso, uma mistura mesmo.

P5: Eu acho que, talvez, para além de ver melhor o caso, de certa forma a gente também constrói o caso juntos. Então é também uma construção coletiva a partir da narrativa que a gente escuta da pessoa. Acaba virando uma outra coisa, né?

Pesquisadora: a gente constrói um caso ou a gente constrói vários casos?

(Várias pessoas ao mesmo tempo) – Vários casos...

P7: Vocês estavam falando da imagem da fotografia e eu estava pensando em uma outra imagem, mais parecida com o que o P5 falou, que é de uma brincadeira de improviso, teatro; a história começa com alguns atores, e aí, em determinado momento, troca, e aí as outras pessoas entram em cena com os mesmos personagens, mas aí dão uma outra direção. E em determinado momento troca de novo e as pessoas rodam em diversos papéis, improvisando e construindo junto. Essa foi a imagem que eu fiz, muito mais até que a da fotografia.

Pesquisadora: Que é uma imagem dinâmica, né?

P14: E ainda assim, cada um de vocês, que tem a mesma história na mão, eu tenho uma história diferente porque eu atendi. Mas vocês, cada um estão com uma história diferente na cabeça.

P3: [Cada um] poderia conduzir o caso de uma forma diferente. Se é um ator que entrasse na cena...

P2: Uma coisa que eu fiquei pensando, e que a P13 e eu estávamos discutindo, é sobre a dificuldade, às vezes, quando você vai fazer uma reunião de alunos em grupo sobre uma coisa objetiva, em que você quer ser analítico com relação àquilo, exige muito de um entrosamento entre as pessoas pra que elas consigam caminhar na mesma direção. “A gente vai fazer uma análise de como está a situação do acesso na clínica”, qualquer coisa, né, e aí você vai tentar, alguém fala pra fazer uma descrição, aí outra pessoa, normalmente, a outra pessoa não consegue ir na mesma linha, aí ela dá um outro ponto de vista que puxa meio que pra outro lado. E aí uma terceira pessoa [puxa] pra outro lado e você não consegue evoluir na análise. É difícil, pelo menos eu acho muito difícil fazer reflexão analítica em grupo, porque as coisas não convergem, as pessoas não – em geral, né? Porque claro, há grupos que conseguem isso; eu acho que, normalmente, depois de manter a relação por um tempo – não tendem a ir numa linha contínua pra que você possa chegar a conclusões novas naquela direção. Elas divergem. Só que ser divergente é, no Balint, um potencial, né? Então é curioso que... Isso que eu acho, que é a tendência mais natural, quando você bota um monte de gente junto, eu acho que as pessoas divergem. E aí você bota um monte de gente junta pra debater de que cor você vai pintar a parede e é difícil pra caramba, mas pra cá é ao contrário, né? É potência, a divergência. O “poxa, você tava indo pra lá”, aí você é puxado pra cá, e o outro, né, isso vai afetando todo mundo, e traz essa coisa que, talvez, seja mais natural...

Pesquisadora: Eu vou puxar, aproveitar esse gancho, pra perguntar uma coisa pra vocês. Aqui a gente tem teoria do teatro, tem enfermeira, tem fisioterapeuta, tem psiquiatra e psicanalista, tem médico, residente, estudante..., e vocês acham que isso tem um efeito potente ou um efeito que nos afasta, não nos permite confiar, ou...? Porque o Balint nasceu fixo, né, com membros fixos, e eles se encontravam, os mesmos membros, durante dois, três anos, né, e a gente, e a nossa proposta, é diferente. É um grupo aberto, sempre vem novas pessoas. O que vocês acham disso?

P3: Tu tá falando aí só de se sentir a vontade... Ou da diversidade do grupo.

Pesquisadora: Da diversidade. De lugares, né? Você traz vários lugares com você. A gente não está numa clínica só. [O grupo] Balint nasceu numa clínica só.

P3: Acho potente isso.

P4: Ser aberto, né?

P3: É, ser aberto. Seria bom se fosse mais diversificado ainda.

Pesquisadora: Mesmo além da saúde?

P3: É...

P12: É, porque a ideia do fixo, né, de tenta promover uma maior interação entre as pessoas, que talvez com a evolução do grupo até consiga alcançar lugares que o grupo inicial não alcançava, mas... Pensando assim também como um grupo dinâmico, né, também te traz uma força diferente, de você experimentar grupos diferentes. Porque se é o mesmo grupo, todo grupo são as mesmas pessoas e você meio que sabe o que esperar; mas talvez você não saber o que esperar seja bom também. Porque às vezes eu trouxe, sei lá, a P14 trouxe um caso aqui hoje, mas aí daqui a cinco meses ela volta e traz um outro caso nesse mesmo grupo, vão ser outras pessoas, então vão fazer uma discussão completamente diferente, que também vão ser duas experiências que talvez sejam mais ricas por serem diferentes do que um mesmo grupo sempre.

P13: Eu acho que tem duas questões: uma é o fato de a gente ser um grupo que não é só de médicos de família, né, não é um grupo só da mesma profissão, nós somos multiprofissionais e com bagagens bem diferentes – eu acho que isso é uma riqueza. E o fato dele ser aberto é outra questão. A gente não é – mesmo que fosse um grupo com várias profissões diferentes –, não é isso fechado, é aberto. Então é um grupo que traz, dos dois lados, a possibilidade de estar sempre tendo muitas visões diferentes pra discutir, e cada vez é um grupo que se forma completamente diferente; a cada mês a discussão é completamente diferente, e isso é rico. Eu acho que a riqueza dele se mantém muito porque as pessoas vêm com uma pré-disposição de tentar fazer bem feito, sabe? Eu acho que a gente tem esse cuidado, todo mundo que vem tem esse cuidado. Porque poderia ser trocado mensalmente e ficar extremamente superficial, e eu acho que ele tende a não ficar porque, se eu vim esse mês e eu venho daqui a três meses, eu tento manter, assim, pelo menos, o meu comprometimento com o grupo. Eu acho que está muito relacionado a isso.

Pesquisadora: Você me trouxe uma coisa que me lembra, assim, que também faz parte dessa minha pergunta, que é: se a pessoa esta aqui, ela está motivada, né? Esse compromisso. Então eu queria escutar um pouco: o que que motiva vocês a virem pra essa roda, pra esse encontro?

P10: Deixa eu só, um pouquinho antes, assim, essa questão da riqueza, eu acho que é indiscutível. Porque eu estava me perguntando é o que que faz as pessoas não voltarem, as que não voltam; porque eu não consigo pensar em *não voltar*.

(Risos).

P2: Coisa boa de se escutar.

P9: A gente se faz muito essa pergunta.

P10: Então não é que... tem gente que vem, sai com cara de que não gostou e não volta. Então o que é que faz... Porque, na minha cabeça, a gente iria ter que alugar um anfiteatro ou alguma coisa assim.

(Risos).

P2: É, no início a minha sensação era assim! Teve uma vez que foi lá em casa e eu fiz três ambientes! Eu falei: “cara, vão vir umas quarenta pessoas.” Eu virei a minha cama num canto do quarto pra ter espaço...

P10: É, pois é! Então eu acho que essa é uma questão também que merece uma reflexão.

Pesquisadora: Será que é no fim de semana, será que...

P8: Será que é muita gente de lugares diferentes e as pessoas ficam boladas...

P14: Olha, por alguns segundos passou na minha cabeça aqui, entendeu? Na hora que eu vim pro meu cantinho e vocês começaram a falar, eu falei: “ai, não devia ter falado, não devia ter vindo!”

(Risos).

P14: Mas ... (*incompreensível*) muito fácil e eu tava querendo evitar, entendeu? Não sei se isso chega a ser um motivo para as pessoas não voltarem. Isso passou rapidamente na minha cabeça.

Pesquisadora: Adorei a sua franqueza.

P2: O próprio fato da variedade das pessoas, né? Talvez fosse... “Não, são essas mesmas pessoas com quem eu convivo” e tal...?

P14: Não, de tocar com a emoção.

P2: Só que simplesmente de trazer...

P14: Isso, de você querer fugir disso, entendeu?

P2: E não necessariamente porque... “cara, e sei lá quem são/ além de eu estar me vulnerabilizando, eu estou me vulnerabilizando sei lá pra quem.”?

P14: Não, eu não pensei nisso. Na verdade, nem... É, seria um pouco da vulnerabilidade, mas de entrar em contato com os sentimentos mesmo, sabe?

P2: Mais pra dentro do que...

P14: Mais pra dentro do que pra fora.

Pesquisadora: Mas isso é engraçado, por o lugar onde o Balint nasceu era um lugar instituído, institucionalmente, para que as pessoas entrassem em contato com as suas emoções dentro do próprio trabalho. Porque o gerente bancou isso, aí tem um agradecimento do Balint no livro, “agradeço ao meu gerente” e “tãñã”... E a gente não tem esse lugar instituído no nosso trabalho, né? Então a ideia é fazer, mas assim, até que ponto se permitir sentir? Essa linha é muito tênue. Aí, de repente, a gente vem aqui sentir!

P14: É... Não, mas isso é bem passageiro. Na hora que a P7 inclusive estava falando, né, que viria todo mês fazer um pré-natal, eu pensei: “gente, tem mais uns dezoito casos aqui que eu preciso...” (*Risos.*) Por favor, né? Porque agora a sensação é essa mesmo, né? Não, tem que voltar, porque tem que vir trazer os outros...

P2: Pra não perder esse gancho, essa coisa da variedade, eu fico me perguntando o contrário, né; porque, enfim, eu acho que termina o Balint agora, eu acho que está todo mundo se sentindo muito bem, então a gente vai, tipo, “não, pô, isso aqui demais...”. Mas acho que uma coisa que/ tem dois aspectos que eu acho que contribuem pra essa sensação de segurança – eu acho, né, como pessoa que vem com mais regularidade –, eu acho que o fato de haver pessoas que vêm com maior regularidade dá um “mastro” (*hipótese da palavra que foi dita*), né?

P1: De continuidade?

P2: De continuidade. Eu tô aqui olhando em volta e aí a P4 talvez não venha tanto, mas o P8 eu estou vendo sempre, entendeu? O P9 eu estou vendo sempre, o P10... Ah, a P11 é a primeira vez que está vindo, o P12 [vem] às vezes, a P13, mais... Então isso pra mim dá um pouco essa coisa de assentar um pouco e poder enraizar – e, provavelmente, eu suponho que isso contagie os outros. Mesmo quem é novo chega e olha “ah, não, tá tudo tranquilo. Eu acho que tem pessoas à vontade aqui, então eu posso ficar à vontade.” Você falou, “ah, é muito

legal serem pessoas novas e tal”, e eu fiquei imaginando se a cada mês fosse um grupo completamente diferente. Aí eu acho que iria dar ruim... Eu acho.

P6: Eu acho também que o fato de ter um grupo básico – assim, “básico” que vem sempre –, ele estabiliza um pouco o restante que fica transitando, né? Que vem, ora vem, ora não vem, ora deu pra vir. E mesmo quem transita, eu acho que sabe que vai encontrar você aqui, ele (todos que eu encontro sempre quando vêm aqui), e aí eu acho que já dá uma segurança; tem umas peças naquele jogo aqui que eu acho que dão uma segurança, né? Eu acho que esse acaso é que enriquece. É o acaso. Senão iria ficar assim tudo... Só tem médico, só tem isso... Mas também não vou chamar qualquer pessoa... Aí vem o vizinho, o porteiro... Não, eu acho que tem que ter uma estrutura mínima de pessoas que trabalham com atendimentos, que recebem pessoas, né? Que trabalham com a clínica.

P3: É, quando eu falei assim de pessoas de outras áreas... Assim, de repente, sei lá, uma pessoa que trabalha...

P6: Na educação, eu pensei.

P3: É, na educação, ou uma pessoa que trabalha no CAPS mas não é médico, enfermeiro, fisioterapeuta... Não é...

Pesquisadora: Assistente social, um educador.

P3: Isso...!

P2: E o que eu iria falar agora é isso – a tendência das pessoas virem por convite também. Porque as pessoas não caem aqui de paraquedas, então provavelmente tinha gente aqui que não conhecia a P3, mas a P3 chegou, eu não fiz uma roda com ela, “ah, mas é a P3, tá de boa”, sabe? Os vínculos prévios ao grupo eu acho que também podem ajudar nisso. Não a rotatividade pela rotatividade, mas... Ela é nova mas não é nova, né?

Pesquisadora: Porque está dentro de um círculo maior, né?

P2: Isso. Que às vezes é até indireto; às vezes eu até nem convivo muito com aquela pessoas, mas eu já a vi em algum lugar, eu sei que ela foi residente da outra e pá... Tá de boa assim.

P8: É, ou mesmo: ah, ela veio pela primeira vez, o P2 que trouxe, “da onde?”, né, “ah, tá.”... “Ah, eu vi no facebook e resolvi vir...”

P2: Então é isso, permite essa... É uma coisa que tende a acontecer, né?

Pesquisadora: Eu fiquei na dúvida quando eu estava/ eu estou escrevendo sobre o grupo no mestrado e aí eu estou assim: “gente, mas qual é o alcance do BRAInt?”. Porque a gente tem uma mandala de dez pessoas, mas qual é o alcance de tantas redes que a gente também forma além daqui, né? Eu queria perguntar pra vocês também se vocês acham que essa prática, de alguma forma, auxilia vocês enquanto profissionais de saúde, na prática clínica? Em relação ao contato que a gente estabelece com o outro? Como, em qual ação nesse contato com o outro?

P8: Eu, hoje, pensei em pessoas da clínica, que trabalham junto comigo, da equipe, e entendi um pouco do funcionamento de outras pessoas. Não sei exatamente o porquê; não sei se foi a conduta, o sentimento que causou na P14, ou nas falas que acabaram acontecendo, que foram surgindo... Mas consegui pensar – hoje até menos em pacientes e mais em membros da equipe. Me chamou atenção isso.

P4: Pra mim ajuda porque pra mim é uma ferramenta nova de como lidar com os meus sentimentos, com as minhas atitudes durante o trabalho. Eu não consigo fazer tudo sozinha, eu não consigo lidar com tudo sozinha, e descobrir que isso pode acontecer, que eu posso compartilhar dessa maneira, e que eu vou descobrir as outras faces do elefante pelas pessoas que trabalham comigo me ajuda totalmente no trabalho.

P12: Tem uma coisa muito básica que eu acho que o Balint ajuda muito pra mim que é de lembrar que nós somos pessoas atendendo pessoas. Parece que é idiota falar isso, mas essa coisa do número de pacientes e tal, tem uma tendência muito grande de virar uma coisa em série, né, mais um entrando no seu consultório, e é muito fácil esquecer disso, né? Que você é uma pessoa cuidando de outra pessoa.

P7: Você estava falando dessa coisa das outras pessoas e eu também penso muito nisso, num cuidado com os meus pares, né? Então a gente aqui traz muito sentimento, também é tocado por diversos outros sentimentos, e o negócio é que, no dia a dia, isso acontece o tempo inteiro, e, muitas vezes, a gente não para para olhar pra isso, e pro sentimento do outro, do nosso par, né? Do agente de saúde, da enfermeira, de um outro membro da equipe, né, um técnico, um residente, um interno... A equipe é super rica, tem tanta gente, e às vezes a gente compartilha os casos de uma forma tão superficial, e a gente não fala dos nossos sentimentos em relação àquele caso! E o tanto que isso interfere na condução do caso, né?

P3: Uma coisa que tu falou agora e que eu achei bem legal... É porque, vamos supor, um posso ter atendido o mesmo caso e não ter me tocado tanto, né? O quanto a gente consegue trazer isso em reunião e para os nossos colegas, né? Porque às vezes o caso não está andando e a gente também não; não se coloca um pouco no lugar do colega, né? ?

P10: É, uma coisa que eu acho que ajuda muito é a questão do tempo de espera. Porque da forma como se faz, quando uma pessoa fala, as outras ouvem, então...

P2: O que não é uma coisa muito comum, né...

P10: Então essa coisa de você esperar pra falar, e aí então você falar, esse tempo de espera, isso amplia o espaço do outro, né? Ao mesmo tempo em que você vai refletindo, criando espaço pra você mesmo... pra você e amplia o espaço da relação com o outro. Então isso aí causa uma reflexão direta nas relações.

Pesquisadora: É, e que é essencial na clínica, né? Mas a gente não aprende assim.

P2: Eu gostei muito disso porque é um momento fora do tempo, né? Você pensa assim... “Por que eu tô sentado? Eu não tenho pressa, eu não vou a lugar algum, não tenho nada pra resolver...” Eu penso: “Eu vou ficar aqui, vou escutar o outro falar, vou falar; não tenho nenhum plano pra seguir.” Isso esvazia essa ansiedade, essa tensão de.... Ter contato com momentos assim, periodicamente, provavelmente vai se refletir no nosso estado mental fora do grupo, né?

P6: Eu achei assim duas coisas que, muitas vezes na clínica, pelo menos acontece comigo, eu me sinto assim isolada, não tem muito com quem trocar. E aí eu acho que esse é o momento de troca. E também algumas coisas como a Márcia trouxe, que ela estava com essa questão; às vezes eu fico assim com uma questão minha em que “só eu passo por aquilo.” Aí eu falei... “pô, só eu, porque todo deve saber tudo, né? E eu estou aqui sofrendo isso.” Aí, quando ela coloca, todos nós temos as mesmas questões... parecidas, né... E como é bom tocar nisso e ter essas visões, né? Eu penso isso. Então é um momento de troca que, na clínica, cada um no seu consultório, no dia a dia, não tem essa oportunidade; quando vê, já passou o dia, está no outro dia, e passou, né?

P14: Voltando, pegando aí um pouco, eu acho, da sua pergunta, P1, parecido com o que a P6 está falando, o que foi muito bom é que eu consegui perceber mesmo os sentimentos meus que, provavelmente, iriam acabar interferindo na minha relação com o caso, né? Que eu estava ignorando e que aí eu consegui senti-los, colocar eles nos lugar deles, entendeu, porque eles são sentimentos meus, eles não devem passar pra paciente. E, a partir disso, retomar o cuidado com ela. Então a partir do momento em que eu consegui lidar/ encontrar com esses sentimentos, que muitos deles foram injustificados, até pelo levantamento das outras pessoas, [eu falei] “é, vamos seguir cuidando da minha paciente.”

Pesquisadora: P11, você é a única estudante que está aqui, você quer dizer alguma coisa, compartilhar...?

P11: Muitas, na verdade. Os meus pensamentos foram e voltaram de várias formas, e eu acho que muito por isso eu não consegui verbalizar as coisas. É... Você disse agora de se sentir excluída, né, de se sentir...

P6: Isolada.

P11: ...de sentir coisas isoladamente, né, que parece que as outras pessoas não... Eu me sinto muito assim na faculdade em relação aos meus professores, que são os médicos com quem eu tenho contato, e aí, com eles, eu não tenho espaço pra discutir nada, pra conversar nada; a minha opinião pouco importa na grande maioria das

vezes. E acho que estar aqui em um grupo de médicos, sem aquele estereótipo de médico, com cara de médico, com jeito de médico – que, infelizmente, é o comum que tem dentro do hospital, você sabem disso porque vocês já passaram por isso –, é importante pra mim, é uma realidade muito diferente da que eu tenho no dia a dia. Então... Obrigada. É... Eu me sinto mais incluída, mas ainda um pouco... Eu preciso me sentir um pouco mais segura, talvez, pra interagir mais, pra trazer as minhas opiniões, enfim. Mas é uma questão muito particular, eu acho; não é nada com vocês, eu acredito.

P1: Mas a gente está aqui todo mês. (*Risos*).

P11: Pois é. O que você colocou aqui, “ah, eu não sei como as pessoas não procuram de novo”, eu também não sei, pra mim isso foi muito bom; mesmo, muito bom. Eu já participei de alguns grupos parecidos, mas não com Balint, que já faz algum tempo, e eu senti a necessidade, na minha avaliação, de procurar isso de novo. Eu soube do grupo ontem então eu não vim tão preparada, tão assim... Eu realmente não fazia ideia de como isso iria acontecer. E, pra mim, foi muito muito bom. É... é isso.

P10: Tem uma outra coisa do Balint que a fala dela agora me lembrou também. Quando você entra pra faculdade de medicina, tradicionalmente – tem algumas coisas mudando aos poucos –, mas quando você entra você deixa de ser *homo sapiens* pra ser ... *homovulgaris*. (*Risos*.) E aqui você volta a ser *homo sapiens* novamente, né? Então isso tem um fator importante aí nessa história.

P4: Essa questão de “por que não voltar?”, porque você perguntou do porquê que a gente volta e por que que alguns não voltam. Eu vim primeiro em agosto e daí fiquei esse tempo todo sem vir. Eu acho que... eu estava precisando muito em agosto. Tanto que foi a minha primeira vez que vim, e eu que apresentei o caso, e eu estava em êxtase, e aí eu saí daqui pensando: “eu preciso disso todo dia.” Mas eu não tenho Balint todo dia. E aí eu fui procurando outras ferramentas, que me sustentaram até hoje. E aí, acho que em dezembro, eu pensei: “não me sustenta mais. Eu preciso do Balint também, não tem como não vir.” Porque assim, todo final de semana que tinha o Balint tinha alguma coisa mais importante... Mas assim, não dá; pra mim, agora, é insustentável não vir. Mas talvez para as outras pessoas tenha sido isso, tenham arrumado ferramentas, descoberto ferramentas, pra lidar no dia a dia.

P1: É, sua fala me faz pensar que a gente também é cíclico, né? As histórias são cíclicas, mas a gente também funciona assim, né?

P5: É, mas talvez também o grupo tenha a sua operacionalidade de maneiras muito diferentes em cada pessoa, né? Para alguns, por meio da continuidade; para outros, dessa inconstância.

P2: “Vou ali tomar a minha dose”, né?

P13: Muito do que o P12 falou, eu lembro que eu comecei a fazer Balint no final da residência, e aí estar num grupo Balint é basicamente um convite para me colocar no lugar do outro, mas entendendo os meus sentimentos, e o quão eu precisava entrar em contato comigo para estar no Balint, né... o quanto o Balint me forçava a fazer isso. E o quanto, muitas vezes, é desconfortável, extremamente desconfortável. A partir do momento em que começou a ser mais confortável, eu comecei a gostar mais. E por mais que, no final, às vezes assim “ah, foi ótimo, né?”, aí eu saía e “foi ótimo, mas não sei...”. E aí, vir mais, [me fez pensar]: “ah, eu estou me conhecendo mais, eu estou conseguindo me perceber mais, e isso está me ajudando mais, então... que bom. Eu vou continuar por aqui, eu não não sei... Acho que eu estou num limite que eu...”

P8: Balint é enfrentamento, né? Não é fuga, né; é enfrentamento.

P10: Anti zona de conforto.

P6: Por tudo isso, muita gente não vem sempre, né?

Pesquisadora: Gente, está acabando... (*Risos*) É...

P12: Desculpa, mas só um comentário, é que eu acho que o principal fator – o meu, por exemplo – é a vida mesmo, né? Fim de semana...

P1: É, o andar da vida.

P12: É, realmente. Quando é alguma coisa estruturada dentro do seu ritmo de trabalho, como era geralmente com o Balint, é muito mais fácil.

P3: Sim...

Pesquisadora: Ou mais difícil, porque os agentes comunitários vão bater na porta.

(*Risos*).

P12: É verdade.

Pesquisadora: Então só pra finalizar, eu queria fazer duas perguntas ao mesmo tempo: primeiro, se vocês tiveram algum desconforto durante a prática, e, segundo, como a gente pode aprimorar esse espaço. O que não funcionou e pode funcionar melhor, ou questões de planejamento, implantação, monitoramento... como que esse grupo em si pode ser aprimorado?

P4: Acho que o desconforto foi só o dedo da ferida, né? A reflexão do problema.

P13: É, eu me senti desconfortável o tempo inteiro. Quando a Márcia terminou de falar, eu estava tão angustiada que meu Deus do céu! E aí, até o final eu estava menos angustiada do que logo no começo, mas acho que foi um desconforto que estava dando pra lidar ali de alguma forma, e tinha espaço pra lidar. E...

Pesquisadora: Como que a gente pode melhorar...

P13: Eu achei acho que a experiência toda muito positiva.

P6: Você falou em desconforto, né, e eu me lembrei assim, porque pra mim, o desconforto, hoje, foi aquele silêncio até alguém começar a falar.

P5: Ah, eu iria falar isso!

P6: Eu falei: “ai, meu Deus...!”. Aquilo me deu um... né?

Pesquisadora: Hoje tiveram dois silêncios marcantes, né? Um no início e o outro...

P6: Teve um outro momento menor.

P8: Depois que ela voltou.

Pesquisadora: Não, então teve três, porque eu tinha marcado...

P6: E aí essa aí foi uma questão minha, né, de lidar com esse silêncio, porque isso marcou muito hoje assim, da demora de...

Pesquisadora: Mas ele tem a função...

P6: Fiquei sem saber o que fazer. Foi só esse momento que eu achei que fique nervosa.

P2: É, em termos de instrumentalização, eu acho que o Balint é um arraso. Você aprende a ficar quieto, né? Inclusive na consulta.

Pesquisadora: Então, isso, né, tem a função; ele te prepara para uma escuta qualificada (que não chamava *qualificada* e que a gente deu esse nome depois, né?). É tipo... “fica quieto”, né? É tipo... “elabora”.

P14: Pois é, pra mim já foi terapêutico, porque na hora que ficou aquele silêncio todo, eu falei: “tá, foi pesado”.

(*Risos*).

P14: Não era só pra mim!

Pesquisadora: Desesperando a gente e te acalmando... (*Risos*).

P14: Porque no início, eu confesso que, na hora em que o P2 estava explicando, o caso já começou a falar muito alto no ouvido. Mas eu estava naquela “vibe” de que outras pessoas iriam apresentar um pouquinho – lembra?, é como a gente fazia no início. Mas aí depois que você falou assim, você fez assim (*faz algum gesto*), “é pra continuar?”, então eu falei, “realmente, a gente já tinha combinado disso, que iria ser o primeiro caso que seria o discutido.” Então eu acho que ali no início até ficou meio confuso, sabe.

P6: E quanto aconteceu isso, eu me lembrei de uma moça que veio da outra vez, muito falante, e quando ficou aquele silêncio da outra vez, ela que começou, e ela fez de conta – me passou isso tudinho, o filme, né -, ela fez de conta que ela era a pessoa.

P1: Ah, a "Y".

P6: Aí, eu falei... Aí aquilo me veio... Eu falei: “será que é pra fingir que... (*inaudível*)?”

Pesquisadora: Você quase entrou em cena? (*Risos*).

P6: Eu falei: “pô, vou ficar quieta, porque eu não sei...”. Mas me veio aquela imagem dela falando – lembra uma vez em que eu estive? E ela começou assim, como se tivesse incorporado a pessoa; ela incorporou e falou! Eu fiquei olhando e falei assim: “bom... poxa, ela agora vestiu a camisa da menina.” E eu falei: “será que é assim?”. E aí não era, né, tanto assim. Eu me lembrei exatamente na hora.

P3: É, pra mim foi estranho também, porque na última vez que eu fiz contigo, três pessoas falaram o caso e aí o grupo escolheu, né? E aí [hoje] já foi automático pra ela, e aí eu falei assim: “é, acho que é porque ninguém falou.”

Pesquisadora: É, porque isso a gente mudou porque quem traz, é porque deseja trazer, né?

P3: Não precisa ser escolhido.

Pesquisadora: É.

P10: Tem uma coisa que eu acho que poderia ajudar, se for possível, que é a se a gente conseguisse fazer uma agenda.

Pesquisadora: Agenda... Como assim?

P2: Uma programação mais estável, né?

Pesquisadora: Um planejamento, né?

P2: Pois é, mas a gente nunca conseguiu sustentar isso, né? A gente sempre teve a ideia do planejamento, mas a gente nunca falou assim: “ó, galera, são esses os dias.” Talvez até de ter agora no Facebook, né, de ter a página do BRAlint, isso possa ficar exposto, né?

Pesquisadora: A gente tem um espaço no Facebook e outro no WhatsApp.

P8: Eu pensei em duas coisas: uma, que eu acho que já tinha falado, é que eu acho bem interessante trazer mais gente da saúde mental. Eu acho que, de repente, se todo mundo concordar, a gente pode tentar fazer um esforço pra ter sempre alguns participantes da saúde mental.

Pesquisadora: Tem uma lista de psicanalistas do círculo que pediram pra eu convidar e eu me esqueci...

P8: Mas eu acho que vale o esforço, eu acho que enriquece bastante. E... Eu acho um lugar democrático, horizontal... Mas eu fico pensando: “qual seria a diferença se fosse um residente ou um estudante colocando o caso e não uma preceptora?”. Não sei a resposta, mas será que teria essa diferença? Será que ... (*incompreensível*) ao ponto de não ter? Ou será que tem que ter mesmo diferença na hora de... Né?

Conversa paralela.

P3: ...aquela vez eu acho que foi uma acadêmica que colocou, não foi?

Pesquisadora: Foi, foi uma residente que fez comigo a moderação, é.

P14: É, mas eu concordo um pouquinho com o P8. Já teve casos de ser residentes apresentando e tive que me segurar um pouquinho pra não querer preceptorar, sabe? Dar orientações.

Conversa paralela.

P8: ... eu não estou colocando nada certo, mas quais as diferenças...

P14: Mas aí entra essa questão do ... (*incompreensível*) que o P2 falou; tendo assim as pessoas e ninguém indo pra esse movimento, a tendência é a galera não ir pra isso. Se um for, os líderes vão ter que dar uma segurada, trazer de volta, ou o próprio grupo abarcar essa situação. Mas eu já participei também com residente e...

P8: É, eu assim, um pouco dá a impressão, de vez em quando, quando tem residente, eu sinto que eu tive que validar clinicamente o caso, primeiro eu tive que fazer/ responder o questionário clínico e falar: “tá, beleza, é isso, pode falar sobre a pessoa...” Essa e outras residentes também...

P1: E a "H" também, vocês, né, isso é comum, mesmo.

P4: E tiveram mais questões técnicas, né, tiveram mais dúvidas técnicas do que hoje.

P7: Mas você diz, tipo, de avaliação, isso?

P4: Foi assim: “você fez o exame tal?”

P7: Então foi avaliativo.

P4: Foi, foi avaliativo.

Pesquisadora: Eles trouxeram clinicamente o caso, pra depois falar o que tinham sentido... (*Conversa paralela*). Mas talvez seja uma defesa, então talvez eu retorne a pergunta pra vocês: por que essa diferença na apresentação dos casos?

P4: Eu acho que talvez porque a gente está numa roda de preceptores também e a gente se sente...

P14: Eu nem sei, a gente toma martelada o tempo todo assim, você tem que apresentar o caso...

P2: Como é que se passa o caso, né?

Pesquisadora: Mas eu vou olhar as gravações...

P2: E mesmo dentro da medicina de família, a gente é cheio de orgulho e tal, mas você foi passar o caso ali no apoio, e assim, tem que estar muito ruim pra você dizer que está te angustiando, né? Porque, “olha, está meio tenso ali no consultório mas é o seguinte...bá bá bá”, porque tem o próximo, né? O dia a dia tem uma demanda.

Pesquisadora: É uma coisa que dificilmente a gente alcançaria, né? Tinha que vir com vocês mesmo.

P13: Eu acho que na maioria dos casos que a gente apresenta aparece a figura do residente e do preceptor, então a gente sempre acaba explorando essa relação. É uma coisa com a qual eu acho que quase todo mundo aqui se preocupa. Então isso geralmente aparece e a gente, de repente, aborda um pouco isso, dessa relação de proteção, ou não, de vai ou não vai, a gente acaba trabalhando com uma coisa que toca a gente de certa maneira também. Difícil a gente passar por cima de coisas que ... (*inaudível*.)

P10: Eu fiquei curioso agora porque eu faço um grupo com os residentes – R2, né? da UERJ – e, para os R2, eles praticamente não falam dos preceptores.

P2: Não falam *dos* preceptores?

P10: Dos preceptores. Até existe, às vezes, um questionamento de um para o outro sobre um determinado exame, sobre determinada interpretação de um exame e tal, às vezes aparece alguma coisa assim; e às vezes impressão que dá é que, se eu não soubesse, eu iria achar que ninguém tem preceptor, que todo mundo trabalha “direto.” E me chamou atenção isso agora, curioso isso.

P2: Mas lá são só você e residentes?

P10: Eu, tem uma outra, uma psicóloga que costuma frequentar, que não é preceptora de ninguém, e os R2.

P3: Mas é Balint o que tu faz com eles?

P10: Na verdade é um Balint modificado, porque é parte de um ... (*inaudível*) de saúde mental, que eu estou começando a assumir novamente a questão de saúde mental lá na residência em medicina de família, então eu fiz dois tempos: eu tenho uma manhã toda, e um tempo é o Balint e um outro tempo é um seminário que eles trazem. E às vezes eles trazem um caso que tem a ver com o tema teórico que vai ser discutido, ou ao contrário; já teve sugestões de fazer o contrário. Mas normalmente começa com o Balint e depois a gente faz o seminário teórico de uma questão: depressão, psicose... eles escolhem. Eu faço sempre, no início do curso, um levantamento com eles do que que eles preferem ler em termos de questões psiquiátricas (ou psicológicas, não necessariamente psiquiátricas, né.) E aí tem um grupo Balint e depois um seminário que eles apresentam.

Pesquisadora: Vamos fechar? Obrigada, gente.

ANEXO VII - CURSO DE FORMAÇÃO EM LIDERANÇA DE GRUPOS BALINT NO BRASIL

Foto 3: I Curso de Formação em Liderança de Grupos Balint.



O I Curso de Formação em Liderança de Grupos Balint ocorreu de 28 a 31 de julho de 2017 no Rio de Janeiro-RJ. O encontro foi aberto a 50 preceptores de residência e professores da área da saúde, contando com a participação de profissionais de 12 estados brasileiros (PB; PE; RN; BA; GO; DF; SP; MG; RJ; SC; PR; RS). O objetivo de reiniciar a democratização da prática de grupos Balint no Brasil foi contemplado. Considero a produção deste evento uma proposta pedagógica complementar a este mestrado. O encontro foi conduzido pelos formadores credenciados pela *International Balint Federation*, Alice Polomeni (brasileira radicada na França) e Jorge Brandão (Portugal).